

URBANISME ET SANTE

Un guide de l'OMS pour un
urbanisme centré sur les habitants

Hugh Barton & Catherine Tsourou

S2D

Association internationale
pour la promotion de la Santé
et du Développement Durable



Urbanisme et santé

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

Il est reconnu depuis longtemps que l'état actuel des villes, souvent déterminé par l'urbanisme peut être nuisible à la santé. L'ouvrage Urbanisme et santé est centré sur les effets de l'urbanisme qui peuvent être positifs pour la santé, le bien-être et la qualité de vie. Il s'inspire de la définition de la santé, prise dans son sens large qui est celle de l'OMS. Les concepts et principes en sont expliqués et des expériences de villes et localités de la Région Europe de l'OMS dont beaucoup participent au mouvement Villes-Santé sont présentées. L'ouvrage va plus loin en suggérant une démarche qui remet les aspirations des habitants au cœur même de l'action de l'urbanisme.

Les professionnels engagés dans la planification, la définition et la régénération de l'environnement trouveront des idées et des démarches réconfortantes et stimulantes. Il permettra aussi aux professionnels de santé d'en savoir plus sur le rôle que peuvent jouer les urbanistes pour promouvoir la santé.

Hugh Barton est urbaniste et Directeur Général du Centre Collaborateur pour les Villes-Santé et la politique urbaine à l'Université West of England. **Catherine Tsourou** est une architecte indépendante de Padoue (Italie). Les deux auteurs ont été impliqués dans le travail concernant l'urbanisme pour la santé mené dans le cadre du projet Villes-Santé.

URBANISME ET SANTE

Un guide de l'OMS
pour un urbanisme
centré sur les habitants

Hugh Barton et Catherine Tsourou

S2D

Association internationale
pour la promotion de la Santé
et du Développement Durable



Issued in English on behalf of the World Health Organization
Regional Office for Europe by Spon Press in 2000 under
the title *Healthy Urban Planning*.
© World Health Organization 2000

La version anglaise de cet ouvrage a été publiée en 2000
pour le compte du Bureau Régional pour l'Europe
de l'Organisation Mondiale de la Santé
par Spon Press sous le titre *Healthy Urban Planning*.
© Organisation Mondiale de la Santé 2000

La version française de cet ouvrage a été publiée en 2004
par l'Association S2D/Association internationale
pour la promotion de la Santé et du Développement Durable
(Rennes - France).
© S2D-Association internationale pour la promotion
de la Santé et du Développement Durable 2004

L'éditeur est seul responsable de la fidélité de la traduction.
The publisher alone is responsible for the accuracy
of the translation.

Achevé d'imprimer par les presses de l'imprimerie
des Hauts de Vilaine (Châteaubourg - France)
Dépôt légal août 2004

Table des matières

<i>Table des tableaux</i>	viii
<i>Table des figures</i>	x
<i>Préface</i>	xii
<i>Remerciements</i>	xiii

Introduction	1
---------------------------	----------

PREMIERE PARTIE	
------------------------------	--

Concepts, principes et pratiques	5
---	----------

1. Les liens entre la santé et l'urbanisme	7
---	----------

Le concept de santé	7
---------------------------	---

Les effets de l'urbanisme sur la santé	9
--	---

Objectifs santé : douze objectifs clés pour les urbanistes.....	13
---	----

La nécessité d'un urbanisme favorable à la santé.....	22
---	----

2. Le projet Villes-Santé et l'urbanisme	25
---	-----------

Introduction	25
--------------------	----

La santé pour tous	25
--------------------------	----

Agenda 21.....	26
----------------	----

Liens entre santé et développement durable	27
--	----

Projet Ville-Santé de l'OMS	29
-----------------------------------	----

Conclusion	51
------------------	----

3. L'urbanisme et la santé dans la pratique – expériences du mouvement Villes-Santé	53
--	-----------

Introduction	53
--------------------	----

Etude effectuée dans les villes participant à la seconde phase du projet européen des Villes-Santé de l'OMS.....	54
---	----

Principes Ville-Santé appliqués à l'urbanisme.....	55
--	----

Développement du concept d'urbanisme pour la santé dans les villes..... 65
Conclusion..... 78

DEUXIEME PARTIE

Lignes directrices pour un urbanisme favorable à la santé..... 81

4. Urbanisme des zones d'habitat : faire des villes

et des communes des lieux agréables à vivre..... 83
Objectif et portée..... 83
Approche dite de l'écosystème : création de zones
d'habitat favorables à la santé des êtres humains 83
Contraintes des organismes et nécessité d'une coopération 85
Procédure stratégique d'urbanisme : coopératif, systématique et ouvert87
Politique de structuration urbaine : aller vers l'intégration, la rénovation
et la concentration 91
Localisation des équipements : prévoir la multi-fonctionnalité..... 97
Qualité du logement, diversité et accessibilité..... 101
Intégration de la santé, de la justice sociale et de la qualité
de l'environnement dans la planification des transports103
Planification des ressources en vue de réduire l'empreinte écologique
et améliorer la santé.....109
Conclusion 119

**5. Politique d'urbanisme dans les quartiers : équilibrer la tendance
au manque d'espace et les intérêts des futurs habitants 121**

Introduction 121
Principes 122
Prise de décision collective 128
Garantie de l'intégration sociale et de la mixité dans le logement 130
Facilitation de l'accès aux équipements locaux 132
Plan de déplacements 135
Espaces publics et espaces extérieurs 139
Conclusion 141

6. Évaluer un projet..... 145

Introduction 145
Processus de prise de décision 146
Choix d'un lieu adéquat..... 147
Évaluation du site 150
Proposition d'aménagement en fonction du contexte152
Immeubles et espaces privés154

7. Conclusions	157
Bibliographie	159
ANNEXE 1.	
PROGRAMME SANTE 21 : LA SANTE POUR TOUS :	
OBJECTIFS POUR LA REGION EUROPE	165
ANNEXE 2.	
VILLES PARTICIPANT AU RESEAU EUROPEEN	
VILLES-SANTE DE L'OMS AU COURS DES PHASES	
I, II ET III.....	169
ANNEXE 3.	
LES INDICATEURS DES VILLES-SANTE AU COURS	
DE LA DEUXIEME PHASE DU PROJET VILLES-SANTE	
DE L'OMS (1993–1997)	171

Table des tableaux

1.1 Diagramme représentant les domaines des politiques d'urbanisme et déterminants sociaux et environnementaux de la santé correspondants.	12
2.1 Comparaison entre les principes et les processus de SANTE 21 et d'Agenda 21.....	28
3.1 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29, 37 réponses au total) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS et portant sur la question suivante : comment s'appuyer sur l'urbanisme pour promouvoir l'égalité et de quelle manière les pratiques de développement urbain sont-elles compatibles avec les préoccupations d'égalité.....	57
3.2 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS portant sur la coopération avec des urbanistes dans les actions du projet Villes-Santé.....	59
3.3 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS portant sur le degré de participation des citoyens à la politique d'urbanisme.....	63
3.4 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS portant sur la contribution la plus importante que l'urbanisme peut apporter à la santé.	67
3.5 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29, 44 réponses au total) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS relative à la signification d'un urbanisme favorable à la santé.	69
3.6 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29, 44 réponses au total) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS portant sur les éléments préjudiciables à la santé dans les pratiques actuelles d'urbanisme.....	71
3.7 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29, 43 réponses au total) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS, soit comment rendre le processus d'urbanisation plus favorable à la santé.....	73

3.8 Résultats d'une étude menée sur des villes (n = 29, 39 réponses au total) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS ou comment définir les résultats et répercussions d'un urbanisme favorable à la santé.	75
3.9 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS. Les indicateurs de santé peuvent-ils être intégrés à la politique d'urbanisme et venir l'influencer ?	77
4.1 Emplois et structures : situation géographique par catégorie.....	99
5.1 Questions et objectifs de politiques pour un urbanisme des quartiers favorable à la santé.....	124
5.2 Population approximative par secteur pour les différents services de quartier en Angleterre en 1995.....	128

Table des figures

1.1 Les facteurs qui déterminent la santé.....	8
1.2 Les principaux déterminants de la santé.	8
1.3 Le gradient de santé.	9
2.1 Modèle conceptuel du développement durable.....	28
2.2 S'attaquer aux inégalités de santé : mesures pour agir.....	33
2.3 Problèmes du vingt-et-unième siècle et structures du dix-neuvième siècle.....	34
2.4 La roue de la participation.	36
2.5 Projet Ville-Santé de la ville de Belfast.	39
2.6 Membres d'un groupe de pilotage travaillant sur un projet " Ville-Santé "	40
2.7 Les piliers de la santé.	42
2.8 Structure du programme de développement de la santé urbaine à Copenhague.	45
2.9 Propagation du mouvement Villes-Santé au sein de la région Europe de l'OMS.	50
3.1 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29, 37 réponses au total) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS : comment s'appuyer sur l'urbanisme pour promouvoir la justice sociale et comment les pratiques de développement urbain sont compatibles avec les préoccupations de diminution des inégalités ?.....	58
3.2 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS et traitant de la coopération des urbanistes aux activités du projet Villes-Santé.	60
3.3 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS portant sur la mesure dans laquelle l'urbanisme peut le mieux contribuer à la santé.	66
3.4 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS, sur la signification d'un urbanisme favorable à la santé.....	68
3.5 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS, portant sur la façon dont on peut définir un urbanisme plus favorable à la santé.	72
3.6 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29, 39 réponses au total) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS portant sur la façon dont on peut définir les effets d'une démarche d'urbanisme favorable à la santé.	74

3.7 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS. Les indicateurs de santé peuvent-ils être intégrés à la politique d'urbanisme et influencer celle-ci ?.....	76
4.1 Contrôle d'une zone d'habitation en tant qu'écosystème.	84
4.2 Processus idéal d'orientation de la politique à partir de l'urbanisme	88
4.3 Modèle type permettant d'évaluer la compatibilité des objectifs, des politiques et des propositions concernant les transports d'une agglomération.....	90
4.4 Interconnexions entre ressources et décisions d'aménagement.	111
5.1 Vers des politiques de santé.....	133
5.2 Principes d'aménagement des transports publics.	138
5.3 Analyse de la politique des quartiers : emploi local.	142

Préface

La politique d'urbanisme et celle de la santé publique se sont développées en réponse aux effets de la rapide expansion urbaine qui s'est manifestée en Europe, au dix-neuvième siècle. La reconnaissance des effets de l'habitat insalubre et de mauvaise qualité sur la santé des ouvriers confrontés à l'essor industriel a été à l'origine d'un nouveau groupe de professionnels préoccupés par l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de la population. Beaucoup de choses ont évolué, depuis, dans l'urbanisme et la santé publique et nous en savons maintenant beaucoup plus sur les facteurs qui déterminent la santé. Toutefois, depuis cette époque, les liens entre urbanisme et santé ont été de plus en plus sous-estimés, ignorés et, peut être même, oubliés. Les systèmes d'urbanisme en Europe ont accordé une importance accrue à l'environnement construit, correspondant à une conception étroite de ville performante qui privilégie le rendement financier à court terme au détriment de la qualité de vie des habitants. La santé et la qualité de vie des citoyens doivent devenir des priorités à travers toute l'Europe. Ces orientations ne doivent pas se manifester a posteriori ou être considérées comme accessoires mais doivent donner lieu à une approche compatible avec une croissance économique durable dans laquelle les besoins des habitants des villes se trouvent être véritablement au cœur de la politique d'urbanisme.

Le concept d'un urbanisme favorable à la santé a été élaboré comme un élément essentiel du projet Villes-Santé de l'OMS, programme déjà ancien qui porte sur tous les aspects de la santé en milieu urbain. Les actions d'urbanisme tout comme les villes elles-mêmes sont à même d'agir sur la santé des citoyens aussi bien positivement que négativement. Les liens entre l'urbanisme et la santé sont complexes et revêtent de nombreuses dimensions y compris des dimensions sociales, environnementales et économiques. Un urbanisme favorable à la santé se focalise sur les aspects positifs ce qui implique que les urbanistes réorientent alors leur travail en fonction de la santé et de la qualité de la vie et s'attachent plus particulièrement à faire en sorte que ces objectifs liés à la santé soient au centre du processus de prise de décision. Ceci fait que la personne se retrouve au centre même du programme d'urbanisme. La santé constitue l'un des éléments principaux du développement durable et un urbanisme favorable à la santé vise à améliorer à la fois la qualité de l'environnement construit et la qualité de vie aussi bien des individus que de l'ensemble de la population vivant dans la ville. C'est en fonction de ces orientations que l'on peut créer une économie, un environnement et une société en bonne santé.

Marc Danzon
Directeur Régional de l'OMS pour l'Europe

Remerciements

Urbanisme et santé est le résultat d'une collaboration entre le Centre pour la Santé Urbaine du Bureau régional de l'Europe de l'OMS, le Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé et la Politique Urbaine de l'Université Occidentale de Bristol en Angleterre, ainsi que le Département d'Architecture de l'Université de Venise. Nous tenons à exprimer nos remerciements aux personnes citées ci-dessous pour l'aide qu'elles ont apportée à l'auteur et leur précieuse collaboration à la rédaction : Jim Claydon et Isobel Daniels (Université Occidentale - Angleterre) et Guiseppe Longhi (Université de Venise).

Nos remerciements vont également à la ville de Milan qui a accueilli le Séminaire de l'OMS sur l'Urbanisme et la Santé en octobre 1999 durant lequel il a été débattu d'une première version du présent ouvrage, de même qu'aux participants pour leurs commentaires et contributions au cours du Séminaire. Nous exprimons également nos remerciements à Claire Mitcham (référent pour les questions d'urbanisme au Centre pour la Santé Urbaine de l'OMS) pour ses travaux de coordination, d'édition et de conseil lors de la publication du présent document.

Les personnes suivantes ont concouru de manière très appréciable au présent ouvrage en apportant leurs commentaires et suggestions au stade des premières ébauches : Roderick Lawrence (Université de Genève), Pierre Dubé (Commission de la capitale nationale du Canada), Julia Muschner (Projet Ville-Santé de Dresde), Batya Waschitz (Projet Ville-Santé de Jérusalem), Hank Van Tilborg (Service d'urbanisme, Ville de Rotterdam), Eva Stankova (Service d'urbanisme, ville de Brno), Bjarne Gregersen (Service d'urbanisme, Municipalité de Horsens), Robert Pedersen (Projet " 6 par jour ", Copenhague) et Aileen Robertson et Xavier Bonnefoy (Bureau régional de l'Europe de l'OMS). En dernier lieu, tous nos remerciements vont à David Breuer qui a permis d'améliorer de manière significative le texte et le style de cet ouvrage.

INTRODUCTION

Les conditions dans lesquelles s'inscrit l'environnement urbain et la façon dont celui-ci est géré et utilisé par ses habitants sont fondamentales à la santé humaine et au bien-être. Beaucoup des problèmes survenant dans les villes aujourd'hui sont les conséquences d'un environnement et de conditions de logement médiocres, de la pauvreté, de l'inégalité, de la pollution, du chômage, du manque d'accès aux emplois aux biens et aux services et d'un manque de cohésion sociale. Les urbanistes par leur action, jouent un rôle sur les environnements sociaux, physiques et économiques ainsi que sur la manière dont les villes fonctionnent. C'est la raison pour laquelle ils ont un rôle clé pour les villes en fonction de la manière dont ils abordent ces problèmes et garantissent des conditions de vie qui contribuent à la santé, au bien-être et à une bonne qualité de vie.

L'urbanisme permet de prendre des décisions dans les villes, pour l'utilisation et l'aménagement des sols et la construction. L'urbanisme s'est développé à travers toute l'Europe comme moyen de garantir que les décisions sont prises dans l'intérêt public. Différentes formulations ont été retenues dans les différents pays européens en fonction des différentes procédures législatives et institutionnelles auxquelles se réfèrent les urbanistes. Ces termes ont été identifiés par la Commission européenne (1) et comprennent : l'aménagement de l'espace, les aménagements fonciers, l'aménagement urbain et rural, l'aménagement physique du territoire, l'aménagement urbain et régional, l'aménagement territorial et les systèmes de gestion de l'espace.

Un urbanisme favorable à la santé met en lumière l'importance qu'il y a à reconnaître les implications de la politique et des pratiques de l'aménagement urbain en matière de santé et le besoin qu'il y a de pousser les choses plus avant en poursuivant des objectifs de santé comme pivot des travaux d'urbanisme. Un urbanisme favorable à la santé est un concept qui a suivi l'évolution des travaux du mouvement Villes-Santé. En Europe, la troisième phase du projet Villes-Santé de l'OMS (1998-2002) vise à élaborer en priorité des principes et des pratiques d'urbanisme favorables à la santé. Le but est de montrer que les principes d'urbanisme s'alignent étroitement sur l'approche Villes-Santé en matière de gestion urbaine et que ces principes recentrent l'urbanisme sur la santé et la qualité de vie. Si les villes sont appelées à devenir dans le futur, des lieux de vie attrayants et favorables à la santé, il est vital que les urbanistes de chaque pays portent leur attention sur les personnes elles-mêmes et la manière dont elles utilisent le bâti et l'aménagement plutôt que de faire porter leurs efforts sur les constructions en tant que telles comme c'est le cas dans beaucoup de nos villes. Duhl & Sanchez (2) ont mis en lumière les liens historiques qui existent entre urbanisme et santé. Les complexités que posent la vie urbaine et les problèmes que ren-

contrent les villes rendent essentielle la nécessité d'appréhender à nouveau la raison pour laquelle les liens, entre santé et urbanisme, sont d'une importance capitale et c'est pourquoi il convient d'agir en conséquence.

Le présent ouvrage fait partie des travaux en cours sur l'urbanisme et la santé réalisés par le Centre pour la Santé Urbaine du Bureau Régional pour l'Europe de l'OMS ; sa forme et son contenu ont évolué en fonction de ces travaux. Un premier document de travail a fait l'objet du Séminaire de l'OMS sur l'urbanisme et la santé d'octobre 1999 qui s'est tenu à Milan en Italie au cours duquel des urbanistes venus de toute l'Europe ont débattu des problèmes ; ils ont exploré les manières possibles d'aller plus avant dans l'initiative de l'OMS. Cet ouvrage vient compléter les publications et les documents antérieurs qui se rapportent à l'urbanisme, fruit des travaux du Bureau Régional (2-8) de l'OMS. Il ne prétend pas être un ouvrage définitif ni fournir des réponses exhaustives mais vise à favoriser le débat sur l'urbanisme et la santé en apportant des informations complémentaires.

Les auteurs ne cherchent pas à examiner les différences entre les systèmes d'urbanisme existant en Europe. De nombreux commentateurs l'ont déjà fait (8-11). L'ouvrage illustre plutôt la raison pour laquelle l'urbanisme doit prendre en considération les effets sur la santé et les intégrer au cœur du processus décisionnel. Parce que les systèmes et les techniques d'urbanisme diffèrent parfois très largement en Europe, il est de la responsabilité de chaque pays et de chaque ville de trouver les procédés les plus appropriés pour mettre en œuvre le concept d'urbanisme favorable à la santé. Le but est, par conséquent, d'apporter une aide aux urbanistes afin que ceux-ci intègrent plus largement la santé dans leur prise de décision.

Cet ouvrage peut être utilisé par des professionnels travaillant dans une large gamme de disciplines en rapport avec l'urbanisme : les urbanistes œuvrant pour l'aménagement de l'espace et des aménagements fonciers, les architectes, les promoteurs immobiliers, les concepteurs-urbanistes, les planificateurs des transports et les personnes concourant à la réhabilitation, au réaménagement et au développement économique des zones urbaines. L'ouvrage fait également appel aux universitaires et étudiants en rapport avec ces professions. En dernier lieu, il permettra aux professionnels de santé publique d'approfondir leurs connaissances sur le rôle des urbanistes dans l'amélioration de la santé de leurs concitoyens. La lecture intégrale de l'ouvrage donne une image exhaustive de l'urbanisme et de la santé mais les lecteurs peuvent également y revenir à loisir en se plongeant dans différents chapitres afin de se référer aux questions conceptuelles, pour y trouver une aide et consulter les études de cas lorsque le besoin s'en fait sentir.

La première partie présente le concept de l'urbanisme et de la santé dit urbanisme favorable à la santé. Le chapitre 1 présente la définition de la santé donnée par l'OMS dans laquelle la santé ne signifie pas purement et simplement l'absence de toute maladie mais inclut le bien-être humain et la qualité de la vie. Il souligne les liens entre la santé et l'urbanisme et définit les objectifs d'un urbanisme pour la santé. Le chapitre 2 décrit la valeur exceptionnelle de l'approche Villes-Santé en matière de gestion urbaine en montrant pourquoi le mouvement est pertinent et intéresse les urbanistes. Le chapitre 3 poursuit par une discussion sur la portée de l'urbanisme et de la santé, il s'attache à expliquer dans quelle mesure urbanisme et santé sont devenus une

réalité dans les villes participant depuis 1987 au projet Villes-Santé de l'OMS. Il fournit des points de vue et des études de cas obtenus à partir d'une enquête récente. La seconde partie de l'ouvrage donne des conseils détaillés sur la manière de développer un urbanisme favorable à la santé. Le chapitre 4 décrit les stratégies s'appliquant à une ville dans son ensemble ou à une agglomération urbaine. Une stratégie claire de la configuration urbaine est recommandée, elle doit prendre en considération la localisation des emplois et des équipements, le nombre de logements et leur taux d'occupation, un plan intégré de transport ainsi qu'une planification des ressources essentielles. Le chapitre 5, quant à lui, traduit en pratique les principes d'un urbanisme favorable à la santé au niveau des quartiers en affirmant que la population devrait avoir plus de pouvoir dans la prise de décision concernant son quartier. Au chapitre 6, on trouvera des listes de contrôle (check-lists) permettant d'évaluer la compatibilité du développement de nouveaux sites et projets avec les principes de l'urbanisme pour la santé. Enfin, des résultats d'études sont présentés tout au long de cet ouvrage.

1

Concepts, principes et pratiques

Cette première partie présente le concept d'"urbanisme et santé" ou urbanisme favorable à la santé. Le chapitre 1 donne la définition de la santé proposée par l'OMS où le terme santé ne signifie pas purement et simplement l'absence de toute maladie mais inclut le bien-être humain et la qualité de la vie. Il souligne les liens entre la santé et l'urbanisme et définit des objectifs de santé pour l'urbanisme. Le chapitre 2 décrit la valeur exceptionnelle de l'approche Villes-Santé en matière d'aménagement urbain en montrant pourquoi le mouvement peut être utile aux urbanistes. Le troisième chapitre poursuit par une discussion sur la portée de la notion "urbanisme et santé" et s'attache à expliquer dans quelle mesure celle-ci est devenue une réalité dans les villes qui depuis 1987 participent au projet Villes-Santé de l'OMS. Il présente aussi différents points de vue et études de cas tirés d'une enquête récente.

Les liens entre la santé et l'urbanisme

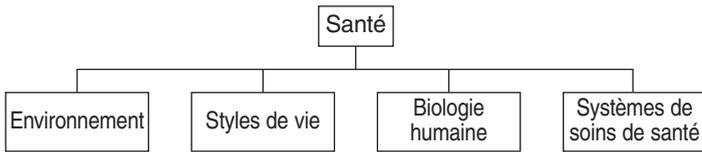
LE CONCEPT DE SANTÉ

La santé est un état de complet bien-être à la fois physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. Pouvoir bénéficier du niveau de santé le plus élevé possible est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de religion, de conviction politique ou de conditions économiques et sociales.

La définition de la santé donnée ci-dessus qui se trouve formulée dans la charte de l'Organisation Mondiale de la Santé (1946) remet en question l'hypothèse traditionnelle et classique qui veut que la politique de santé ne concerne que les professionnels de santé. Le présent chapitre affirme que la santé devrait être un objectif primordial pour beaucoup de professions et d'institutions et que les urbanistes jouent un rôle fondamental dans l'établissement d'un environnement favorable à la santé. Il a fallu un temps relativement long pour que s'opère dans les consciences le changement attendu qu'implique la définition de la santé par l'OMS et que ce changement soit confirmé par la pratique. En effet, ce n'est qu'à la fin des années 70 qu'ont été intégrées à la recherche traditionnelle sur la pathogénie (cause des maladies) des recherches complémentaires portant sur la " salutogénèse " (découverte de ce qui détermine la santé et de ce qui peut être fait pour la renforcer). Beaucoup de systèmes urbains n'intègrent pas les questions de santé. Cependant, la qualité de l'environnement et la nature du développement sont des déterminants de santé majeurs. La santé, à son tour, constitue un stimulus important pour la productivité économique. Elle s'applique à la qualité de vie menée aujourd'hui par les êtres humains mais un urbanisme pour la santé doit prendre en compte les générations futures. Les décisions qui concernent les styles de vie et celles de la vie au domicile déterminent la santé mais elles sont tributaires des conditions économiques et sociales, des revenus, du niveau d'instruction et de la qualité de l'environnement auxquels les membres du foyer sont soumis.

Plusieurs modèles décrivent et montrent les relations qui existent entre la santé et l'environnement au sens large (biologique, physique, social et économique). La figure 1.1 permet d'illustrer les liens entre les facteurs déterminants de la santé qui se trouvent par ailleurs largement exposés dans la littérature de l'OMS.

Figure 1.1. Les facteurs qui déterminent la santé

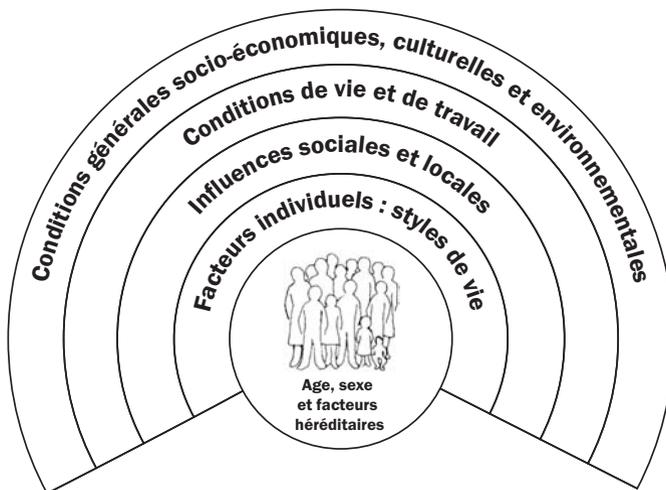


D'après Lalonde (12)

Le modèle élaboré par Whitehead & Dahlgren (13) illustré par la figure 1.2 est encore plus détaillé car non seulement il identifie les facteurs qui déterminent la santé mais il décrit aussi les quatre niveaux ou types d'influence connus.

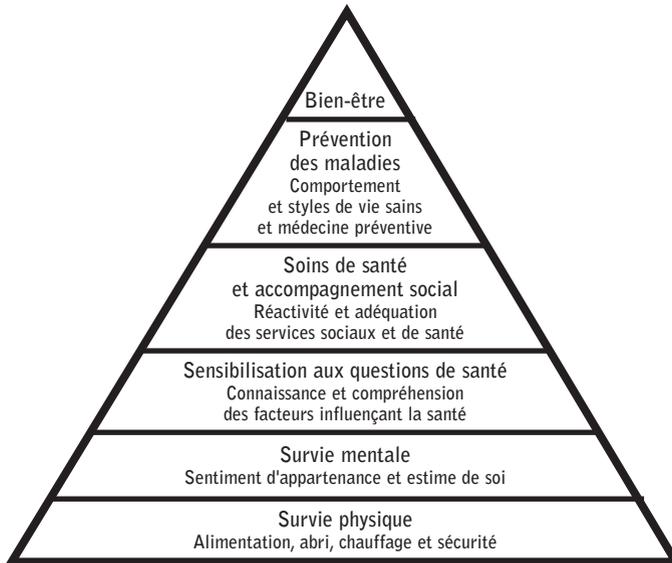
- On trouve au centre les individus avec leur héritage génétique prédéterminé. Ces individus sont soumis à d'autres éléments qui ont une influence sur leur santé et sont susceptibles d'être modifiés.
- Le premier niveau concerne le comportement personnel et le style de vie, influencés par les modèles qui régissent les relations entre amis et dans l'ensemble de la collectivité. Ces rapports peuvent être favorables ou défavorables à la santé.
- Le second niveau comprend les influences sociales et collectives : la présence ou l'absence d'un soutien mutuel dans le cas de situations défavorables a des effets positifs ou négatifs.
- Le troisième niveau intègre les facteurs tels que le logement, les conditions de travail ainsi que l'accès aux services et aux équipements.
- Le quatrième niveau englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble : conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

Figure 1.2 Les principaux déterminants de la santé



D'après Whitehead & Dahlgren (13)

Figure 1.3 Le gradient de santé



D'après Laughlin & black (14)

La figure 1.3 illustre l'interaction d'une série de facteurs de santé liés à la vie en société représentés comme un " gradient de santé ". Cela montre que l'inclinaison du gradient de santé varie selon le contexte socio-économique et que certains groupes peuvent être sujets à un plus mauvais état de santé. Promouvoir la santé uniquement en se fondant sur la modification du comportement traditionnel de l'individu peut n'avoir que peu d'impact sur les personnes les moins favorisées. Des mesures extérieures sont donc nécessaires.

La bonne santé ou bien-être s'obtient en passant par un grand nombre d'étapes comme le montre la figure 1.3. L'activité qui se trouve représentée au sommet de la pyramide ne permettra pas d'aboutir à une bonne santé sans l'action combinée d'une autre activité présente aux niveaux inférieurs. L'équilibre qui en résulte doit refléter les caractéristiques locales. Les relations entre tous ces facteurs et leur influences mutuelles signifient que toute action visant à améliorer la santé doit couvrir simultanément l'ensemble des niveaux de la pyramide.

LES EFFETS DE L'URBANISME SUR LA SANTÉ

L'urbanisme est soumis au processus administratif de prise de décisions concernant la nature et l'utilisation futures des terrains et des constructions dans les zones urbanisées. Les mécanismes garantissant que ces décisions sont prises dans l'intérêt public ont subi une évolution différente dans toute l'Europe, ils diffèrent en fonction d'un certain nombre de facteurs. Ces derniers ont été reconnus par le Bureau régional de l'Europe de l'OMS en 1999 (8) :

Les différents systèmes d'urbanisme propres à chacun des pays européens ont connu des évolutions en fonction de la législation et du cadre institutionnel auxquels ils appartiennent. Ils sont aussi fonction du rôle respectif des différents acteurs impliqués dans le processus de développement et de la mesure dans laquelle la profession spécifique d'urbaniste est apparue.

Un certain nombre de textes relatifs à la fois à l'urbanisme et à la notion de gouvernance en Europe sont disponibles ; les similitudes et les différences entre les pays sont étudiées dans le détail (3-8, 8-11). Bien que les systèmes d'urbanisme puissent varier d'un pays à l'autre, les concepts, les principes et les objectifs qui étayent ces systèmes présentent cependant de nombreux traits communs.

Notre modèle médical de santé qui se focalise sur l'individu et le traitement de la maladie prédominait dans la dernière partie du vingtième siècle, il commence à se rapprocher du modèle social dans lequel la santé est le résultat d'une série de facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux, des conditions de logement et d'emploi et du type de population. Des projets d'urbanisme sont établis en vue d'un développement physique mais les objectifs poursuivis sont essentiellement à caractère social. La politique d'urbanisme influence par conséquent de manière significative la santé à travers toute l'Europe.

L'idée que la santé et l'urbanisme sont liés n'est pas nouvelle (2). En effet, dans de nombreux pays européens, l'urbanisme a vu le jour au début du vingtième siècle résultant des préoccupations consensuelles concernant la santé et le logement. Au dix-neuvième siècle, la nécessité de mettre un terme aux épidémies très répandues dans les zones urbaines industrialisées a abouti à une étroite interconnexion entre la santé publique et l'urbanisme. Ce thème sera à nouveau repris un siècle plus tard.

À l'origine, ces préoccupations étaient exprimées en termes de normes spatiales et d'équipements qui étaient établis pour s'appliquer aux logements et aux formes simples de zonage. À partir de cette approche réactive, la forme la plus active d'intervention a vu le jour grâce à l'établissement de projets urbains dont l'objectif est d'établir les dispositions légales de base pour les nouvelles réalisations avec une démarche qui se fonde également sur une évaluation et une prévision des besoins futurs de la population.

Beaucoup des effets des décisions de l'urbanisme sur la santé de la population sont ignorés dans la pratique actuelle de l'urbanisme bien qu'un intérêt important soit porté à certains aspects spécifiques de la santé, tel que celui de la sécurité routière. Toutefois, une analyse minutieuse montre des effets en profondeur à tous les niveaux d'influence sur la santé individuelle identifiés par Whitehead et Dahlgren (figure 1.2) (2.13). Il ne s'agit pas là simplement d'une question d'accidents et de circulation routière. On peut dire plutôt que la dimension sociale que représente la santé peut être la justification et l'objectif fondamental de l'urbanisme. Un ouvrage s'inscrivant dans le cadre de la campagne de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (15) analyse ces facteurs de manière détaillée. Cet ouvrage intitulé *Les faits : les déterminants sociaux de la santé* (16), examine les politiques et les mesures à prendre vis-à-vis de la santé en fonction de cette problématique.

Le tableau 1.1 présente la relation existant entre les principaux domaines de la politique d'urbanisme et les déterminants de la santé correspondants. Les déterminants s'organisent par niveaux (figure 1.2) ; tous les niveaux, allant du choix du mode de vie aux variables environnementales les plus larges, sont concernés.

Comportement individuel et style de vie. Le premier niveau d'influence sur la santé concerne le comportement individuel et le style de vie. L'environnement physique qui se trouve façonné par les décisions d'urbanisme peut soit faciliter soit être un frein à un mode de vie salubre. Le penchant des gens à pratiquer la marche, la bicyclette ou des loisirs de plein air est affecté par le caractère pratique, la qualité et la sécurité des pistes cyclables et des allées piétonnes de même que par la disponibilité des espaces publics de proximité. Ceci est particulièrement important en ce qui concerne les enfants puisque l'habitude de pratiquer régulièrement des activités physiques favorables à la santé s'acquiert pendant l'enfance et dure toute la vie. Un entraînement régulier " protège contre les maladies cardio-vasculaires et, en freinant l'obésité, réduit l'apparition du diabète. Il favorise la sensation de bien-être et protège les personnes plus âgées de la dépression " (16).

Influence de l'environnement social. Le second niveau d'influence sur la santé de l'individu se réfère à l'environnement social : l'urbanisme peut être un agent destructeur des réseaux sociaux, c'est le cas dans les projets de rénovation urbaine sans nuance, il peut à l'inverse, entretenir les possibilités d'une vie de quartier pleine de richesses. Les réseaux locaux de solidarité et d'amitiés sont également favorisés par l'existence d'activités communes et de lieux de rencontre que sont les écoles, les bureaux de poste, les cafés et les rues sûres et conviviales. Le maintien de tels équipements locaux et de réseaux dépend en partie des politiques du logement, du développement économique et des transports cohérentes sur le long terme. Le soutien social est particulièrement important pour les groupes les plus vulnérables, car sans lui les personnes sont susceptibles de " ressentir un moindre bien-être, d'être davantage sujets à la dépression, et exposés à des risques plus importants de complication lors de grossesses et aussi d'être davantage touchés et de manière plus invalidante par des maladies chroniques " (16). Ceci ne signifie pas que l'urbanisme " crée " la cohésion sociale. Ce sont les individus eux-mêmes qui choisissent de créer du lien social. Mais l'urbanisme joue un rôle par rapport aux possibilités de choix qui s'offrent à la population.

Conditions structurelles locales. Au troisième niveau d'influence – les conditions structurelles locales – la politique d'aménagement affecte très directement et de façon diversifiée la santé de l'individu. Par exemple, le manque logement de qualité convenable risque fort d'aboutir au " stress du logement " ainsi qu'à une insuffisance de chauffage, qui peuvent affecter la santé ; des possibilités d'emploi facilement accessibles peuvent aider à diminuer précarité et dépression et par conséquent diminuer aussi le mauvais état de santé dû au chômage ; de même, une structure urbaine accessible associée à un système de transport efficace et bon marché peut aider à réduire les problèmes d'exclusion sociale, ouvrir de nouvelles opportunités et les rendre accessibles aux personnes les plus démunies et les moins mobiles.

Conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales. Au niveau le plus large de la pyramide, on note que l'organisation urbaine locale a une influence sur la qualité de l'air, de l'eau et des ressources du sol. L'organisation urbaine a également un effet sur l'émission de gaz à effet de serre, en particulier en ce qui concerne les bâtiments et les transports pouvant exagérer ou atténuer les risques pour la santé liés aux rapides changements climatiques.

Tableau 1. 1. Diagramme représentant les domaines des politiques d'urbanisme et déterminants sociaux et environnementaux de la santé correspondants

Niveaux (voir figure 1.2)	POLITIQUE D'URBANISME / DOMAINES CONCERNÉS									
	Réglementation en matière de construction	Politique du logement	Development économique	Services sociaux et prestations	Espaces verts	Transport	Energie, eau et drainage	Schema urbain	Réhabilitation urbaine	
1 Modes de vie personnels	★		★	★	★★	★★		★	★	★
2 Cohésion sociale	★		★	★		★		★★	★★	★
3 Logement	★★	★★					★★	★	★	★
3 Travail	★		★★			★		★	★	★
3 Accès		★★	★			★★		★★	★★	★
3 Alimentation		★			★			★	★	
3 Sécurité	★	★	★			★★		★	★	★
3 Justice sociale	★	★★	★	★★	★	★★	★	★★	★★	★
4 Qualité de l'air et esthétique		★	★★		★	★★		★		★
4 Eau et salubrité/ hygiène	★★		★		★			★★		★★
4 Sol et déchets solides	★		★		★					★★
4 Climat général	★★	★	★★	★	★	★★	★★	★★	★★	★

D'après Barton et al. (17)

L'urbanisme se définit en termes d'aménagement des sols, des constructions et des villes. Ce tableau ne met donc pas en lumière la réglementation qui en découle concernant les niveaux de pollution et aux autres facteurs. Il ne met pas non plus l'accent sur les services sociaux, d'éducation et de santé en soi mais bien plus sur leur accessibilité.

* influences majeures sur la santé

** influences critiques ou fondamentales sur la santé

Le tableau 1.1 indique que tous les principaux aspects de la politique d'aménagement ont un effet sur l'état de santé. Il permet aussi de souligner que l'urbanisme et la santé ne sont pas liés l'un à l'autre de manière simplement linéaire. Améliorer n'importe quel aspect de la santé, nécessite une action coordonnée dans une gamme de domaines très large. De plus, des actions menées et limitées à la sphère de l'environnement physique ne s'avèrent jamais suffisantes. Ces actions doivent être compatibles avec d'autres actions liées aux politiques sociales et économiques et aider à les renforcer grâce à une démarche partenariale.

OBJECTIFS SANTÉ : DOUZE OBJECTIFS CLÉS POUR LES URBANISTES

Les tableaux 1.1 à 1.12 présentent pour les urbanistes les 12 déterminants clés de la santé du tableau 1.1 convertis en objectifs de santé et en critères d'évaluation de la politique menée. Les bénéfices potentiels pour la santé sont exprimés dans chaque cas avec une brève indication du caractère approprié ou non des politiques.

Encadré 1.1 Objectifs santé, douze objectifs clés pour les urbanistes : styles de vie sains

Critères d'évaluation des politiques	Les politiques et les propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles la pratique d'activités physiques favorables à la santé ?
Bénéfices pour la santé	La pratique d'exercices favorables à la santé permet de combattre les maladies cardio-vasculaires, les accidents vasculaires et autres maladies associées à la fois aux emplois sédentaires et aux styles de vie stressants. Des modes de vie sains sont à même d'améliorer le bien-être mental et, par conséquent, avoir une influence sur la santé corporelle.
Effets négatifs potentiels de l'organisation urbaine	Les zones d'habitat à faible densité, et éloignées des possibilités d'approvisionnement impliquant des trajets plus long entraînent l'utilisation excessive des véhicules, n'incitent pas à des styles de vie favorables à la santé
Effets positifs de l'organisation urbaine	L'urbanisme peut créer un environnement attrayant, sûr et commode qui incite les individus à se rendre à pied ou à bicyclette au travail, dans les magasins et les autres équipements locaux. Les projets d'aménagement doivent intégrer des possibilités de loisirs adaptées également réparties dans le quartier et faciles d'accès.

Encadré 1.2 Objectifs santé, douze objectifs clés pour les urbanistes :
cohésion sociale

Critères d'évaluation des politiques Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles la cohésion sociale ?

Bénéfices pour la santé Les réseaux amicaux et de soutien mutuel présents à travers les quartiers peuvent aider l'individu, à la maison et au travail, à accélérer son rétablissement après une maladie et à diminuer les dépressions et les maladies chroniques. Ceci peut conduire à un sentiment de satisfaction plus important. La ségrégation sociale tend à aboutir à la formation de ghettos fondés sur le statut socio-économique, l'âge et l'origine ethnique. Cette situation peut conduire à l'isolement et à l'insécurité.

Effets négatifs potentiels de l'organisation urbaine La cohésion sociale peut se voir brisée par des projets de rénovation de logements peu nuancés ainsi que par la dispersion des habitants. Elle se trouve également amoindrie par des routes qui coupent les liens au sein du quartier, constituent des barrières pour les piétons et, dans une large mesure, nuisent développement commercial.

Effets positifs de l'urbanisme L'urbanisme n'est pas en mesure de créer des réseaux de quartier ou de cohésion sociale. Toutefois, la cohésion sociale peut être facilitée par la création d'environnements sûrs et ouverts avec des lieux de rencontre spontanée informelle. Le développement de la mixité fonctionnelle dans le centre des villes et les centres commerciaux comme dans les quartiers résidentiels contribuent à élargir les choix sociaux.

Encadré 1.3 Objectifs santé, douze objectifs clés pour les urbanistes :
qualité du logement

Critères d'évaluation des politiques **Critères d'évaluation des politiques** Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles la qualité du logement ?

Bénéfices pour la santé L'accès à un logement adapté est d'une importance vitale, tout spécialement pour les jeunes et les personnes âgées. Les atteintes à la santé qui ont lieu durant le premier développement se prolongent

Effets négatifs potentiels de l'urbanisme

durant toute la vie. Les facteurs environnementaux, le manque d'hygiène et d'installations sanitaires dans les bâtiments et les espaces urbains ont été largement reconnus depuis la naissance de l'urbanisme comme source de maladies.

Des logements en nombre insuffisant et surpeuplés, construits avec des matériaux toxiques et des structures polluantes et dangereuses, s'avèrent nuisibles à la santé physique. Le surpeuplement est associé aux troubles mentaux, aux pathologies physiques et aux accidents. Le choix limité de l'implantation, de l'orientation et de la conception des grands ensembles peut exagérer les actes criminels et le vandalisme. Les hautes tours d'habitation ont une influence sur la santé mentale, habiter dans ces tours et souffrir en même temps d'isolement social, peut mener à la dépression et à un mauvais état de santé générale (2).

Effets positifs de l'urbanisme

La qualité du logement peut être améliorée grâce à des études détaillées, une orientation et des matériaux favorables à bon rendement énergétique, permettant de réduire les déperditions de chaleur. Il est essentiel de proposer des logements locatifs en nombre suffisant bénéficiant de bons services de base. Des bâtiments collectifs adaptables peuvent être prévus pour différents usages tels que santé, éducation et loisirs.

Encadré 1.4 Objectifs santé, douze objectifs clés pour les urbanistes: accès au travail**Critères d'évaluation des politiques**

Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles l'accès à l'emploi ?

Bénéfices pour la santé

La sécurité de l'emploi peut améliorer la santé, le bien-être et la satisfaction professionnelle. Les personnes sans emploi souffrent d'un risque de stress économique pouvant être source de mauvaise santé, de troubles psychologiques et même de décès prématuré.

Effets négatifs potentiels de l'urbanisme

L'urbanisme peut aussi bien contrecarrer que faciliter les possibilités d'emploi. La création d'emplois en des lieux inaccessibles ou encore le manque d'une diversité des emplois au sein d'un

quartier peut affecter la santé de manière négative tant directement qu'indirectement.

Effets positifs de l'urbanisme

L'urbanisme, associé à des stratégies de relance économique, peut être bénéfique en facilitant l'émergence d'opportunités attractives pour les affaires ce qui peut favoriser la diversité des emplois et garantir le maintien d'offre locales d'emploi. Des politiques de transport équitables peuvent aussi jouer un rôle important en facilitant l'accès aux lieux de travail. Disposer d'emplois locaux permet de diminuer les durées de déplacement et réduit ainsi les émissions de gaz dues aux véhicules à moteur.

Encadré 1.5 Objectifs santé, douze objectifs clés pour les urbanistes :
accessibilité aux équipements et services

Critères d'évaluation des politiques

Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles l'accessibilité aux équipements, et services

Bénéfices pour la santé

Réduire la dépendance vis-à-vis des voitures et de toute forme motorisée de déplacement peut aboutir à davantage d'activité physique et réduire les maladies cardio-vasculaires et autres maladies chroniques. Un nombre croissant d'enfants perdent l'occasion d'un exercice physique régulier en allant à pied à l'école alors que la question de l'obésité s'amplifie. Les modèles d'activité physique établis durant l'enfance sont considérés comme des déterminants clés du comportement de l'adulte (18).

Effets négatifs potentiels de l'urbanisme

Dans beaucoup de pays, les services publics comme les hôpitaux et les écoles sont en phase de rationalisation, aboutissant par là-même à la fermeture de certains équipements. On répercute la responsabilité du déplacement aux personnes. Ceci diminue l'accessibilité et désavantage certains groupes spécifiques, tels que les personnes âgées, les femmes, les enfants, les personnes handicapées et les minorités ethniques. Les centres commerciaux géants, situés en dehors des villes ont également accru la dépendance vis-à-vis des voitures souvent au détriment des équipements locaux.

Effets positifs de l'urbanisme

L'urbanisme peut améliorer le choix entre différents modes de transport, en particulier en rendant les équipements locaux plus facilement accessibles à ceux qui se déplacent à pied, à bicyclette ou en utilisant les transports publics. On cherchera à développer les itinéraires piétons et cyclistes sans danger et écologiques ; la circulation sera gérée de façon à ralentir et calmer la vitesse des véhicules dans les zones d'habitation.

Encadré 1.6 Objectifs santé, douze objectifs clés pour les urbanistes : production locale de denrées alimentaires avec faible apport d'engrais et de pesticides

Critères d'évaluation des politiques

Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles la production locale de denrées alimentaires à faible apport d'engrais et de pesticides ?

Bénéfices pour la santé

Les gradients sociaux dans la qualité nutritionnelle et l'origine de nutriments contribuent à l'inégalité vis-à-vis de la santé avec la consommation excessive de sucres et graisses riches en calories. Les recommandations nutritionnelles en vue d'éviter les maladies chroniques, soulignent en permanence la nécessité de consommer plus de fruits et légumes frais. Les personnes à revenus faibles, y compris les familles jeunes, les personnes âgées et les personnes sans emploi sont les moins à même de s'alimenter correctement. La production et la distribution locales de denrées alimentaires peuvent avoir un effet sur la santé mentale en ce qu'elles permettent d'accroître l'activité physique, de réduire l'isolement social et de favoriser l'estime de soi et la confiance.

Effets négatifs potentiels de l'urbanisme

L'urbanisme ne tient pas toujours compte de l'importance de proposer des espaces publics et des jardins familiaux. La concentration des commerces et la croissance de vastes supermarchés réduisent la diversité de denrées alimentaires disponibles localement et désavantagent ceux qui ne disposent pas d'une voiture ce qui accentue les inégalités sociales.

Effets positifs de l'urbanisme

Les sources locales de denrées alimentaires que sont les jardins maraîchers, les jardins ouvriers,

les petites propriétés et fermettes ainsi que les fermes de villes permettent aux personnes à revenus faibles de produire leurs propres fruits et légumes. Les nouveaux lieux de vie " favorables à la santé " développent ce type d'initiatives sur place pour combiner santé, bien-être et activités physiques douces. L'urbanisme peut aussi aider à préserver et à protéger des zones qui serviront à des projets collectifs et donneront la possibilité d'une production locale de denrées alimentaires. L'urbanisme favorise également la diversité des équipements commerciaux dans des petits centres de quartier, permettant de diminuer la dépendance individuelle vis-à-vis des hypermarchés situés en dehors des centres-villes (19).

Encadré 1.7 Objectifs santé, douze objectifs clés pour les urbanistes : la sécurité

Critères d'évaluation des politiques

Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles la sécurité de la population ?

Effets sur la santé

La cause la plus importante d'accidents est liée à la circulation routière. Les groupes les plus vulnérables, jeunes, personnes âgées et handicapées sont plus particulièrement exposés au danger. Les accidents survenant au domicile et à proximité de celui-ci constituent également la menace vitale la plus grave pour les enfants et les jeunes.

Effets négatifs potentiels de l'urbanisme

L'urbanisme peut faire beaucoup pour aggraver ou supprimer les problèmes de sécurité dans les rues. Le sentiment de sécurité dans la rue passe à la fois par le fait d'être protégé des agressions et par le sentiment d'être en sûreté. Quand les zones piétonnes sont inquiétantes et déplaisantes, les voitures sont davantage utilisées ce qui nuit aux relations sociales (2).

Effets positifs de l'urbanisation

Les techniques visant à tempérer la circulation pour réduire la vitesse et donner la priorité aux piétons et aux cyclistes sont des éléments clés pour la construction d'un environnement sûr. Des études détaillées et le plan des zones résidentielles et commerciales permettent d'assurer

une possibilité de surveillance naturelle des espaces publics ce qui réduit à la fois la peur et la fréquence réelle des délits.

Encadré 1.8 Objectifs santé, douze objectifs clés pour les urbanistes :
l'égalité

Critères d'évaluation des politiques

Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles l'égalité et le développement du " capital social " ?

Bénéfices pour la santé

Il est possible de réduire le mauvais état de santé et les décès prématurés en diminuant le niveau de pauvreté. Les dommages causés à la santé ne proviennent pas seulement d'une privation matérielle mais aussi des problèmes sociaux et psychologiques liés à la pauvreté. (16).

Effets négatifs potentiels de l'urbanisme

L'urbanisme n'a pas d'effet direct sur les revenus mais il a de nombreux effets indirects. Le système d'urbanisme peut être utilisé, par exemple, pour freiner mais aussi pour faciliter l'accès aux différents équipements et aux lieux d'approvisionnement ce qui permet de diminuer les inégalités.

Effets positifs de l'urbanisme

Le type d'urbanisme choisi peut faciliter la mise à disposition de logements sociaux ou de logements à faible coût ; il peut favoriser l'emploi, et en ayant une influence sur la sécurité et les commodités du quartier peut améliorer les types de déplacement en proposant toute une série d'équipements faciles d'accès. Les réseaux locaux d'entraide sont renforcés par ces éléments ce qui aide à développer un esprit de quartier.

Encadré 1.9 Objectifs santé, douze objectifs clés pour les urbanistes :
qualité de l'air et esthétique

Critères d'évaluation des politiques

Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles une bonne qualité de l'air, une protection contre les bruits excessifs et un environnement agréable pour y vivre et travailler ?

Bénéfices pour la santé**Bénéfices pour la santé**

Les bénéfices pour la santé qu'apporte une meilleure qualité de l'air portent sur la réduction de graves maladies pulmonaires (bronchite chronique ou emphysème) ainsi que de l'état cardiaque et probablement, sur la moindre gravité de l'asthme chez l'enfant. Un environnement agréable augmente la sensation de bien-être.

Effets potentiels négatifs de l'urbanisation

Une mauvaise qualité de l'air résulte en partie de politiques inefficaces des transports et de l'occupation des sols aboutissant à une circulation routière intense ainsi qu'à la présence d'usines polluantes les zones résidentielles. L'absence d'une bonne politique de quartier peut signifier que les résidents et les ouvriers sont soumis à des bruits excessifs, des fumées et émanations déplaisantes et qu'ils sont confrontés à un environnement visuellement rébarbatif qui peut nuire à leur bien-être et être source de maladies.

Effets positifs de l'urbanisme

L'urbanisme peut aider à intégrer dans les plus hautes priorités, l'amélioration de la qualité de l'environnement local des zones commerciales et industrielles ainsi que des zones d'habitation : en particulier en opérant une dispersion des zones industrielles à la fois polluantes et bruyantes, en favorisant des formes moins polluantes de transports publics, en menant des politiques de dissuasion vis-à-vis de l'utilisation des véhicules automobiles et en obligeant les camions à emprunter des itinéraires spécifiques qui leur sont spécialement assignés ainsi qu'en soutenant le développement de quartiers et de logements " éco-énergétiques ".

Encadré 1.10 Objectifs santé, douze objectifs clés pour les urbanistes :
qualité de l'eau et des équipements sanitaires

Critères d'évaluation des politiques

Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles l'amélioration de la qualité de l'eau et de la salubrité?

Bénéfices pour la santé

Une bonne qualité de l'eau et de la salubrité s'avèrent essentiels à la santé et à la prévention des maladies.

Effets négatifs potentiels de l'urbanisme

L'urbanisme ne peut affecter que de manière indirecte l'approvisionnement en eau et le traitement des eaux usées mais la santé peut être défavorablement affectée si l'utilisation des ressources locales et le traitement local ne sont pas encouragés.

Effets positifs de l'urbanisme

L'urbanisme peut imposer des normes et des critères auxquels tout nouvel aménagement doit satisfaire. Il peut promouvoir le captage des eaux sur site, la purification et la ré-infiltration dans le sol et aider à faire remonter le niveau des cours d'eau. Il peut veiller à ce que des aménagements ne se fassent pas dans des zones menacées par des inondations et à ce que les zones humides ne risquent pas d'être contaminées par des projets concernant l'agriculture, les transports et l'industrie.

Encadré 1.11 Objectifs santé, douze objectifs clés pour les urbanistes :
qualité des terres et ressources minérales

Critères d'évaluation des politiques

Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles le maintien de la qualité des terres et des ressources minérales ?

Bénéfices pour la santé

Réduire la contamination provenant des déchets industriels causée par une gestion inefficace des déchets et des dépôts d'ordures peut considérablement améliorer la santé humaine et la qualité de l'environnement.

Effets potentiels négatifs de l'urbanisme

L'urbanisme n'est pas toujours en mesure d'avoir une influence sur ces points mais il peut amener à la prise de conscience que la dégradation des terres peut être le résultat d'une agriculture et d'une déforestation trop intensives ou par l'utilisation excessive des ressources minérales dans le cadre de projets d'équipements. Il incombe aux urbanistes d'essayer d'éviter que les aménagements ne se fassent sur des terres agricoles de type 1 au sol hautement fertile.

Effets positifs de l'urbanisme

L'urbanisme permet de garantir que des matériaux recyclés et renouvelables sont utilisés chaque fois que cela s'avère possible dans la construction. Le compostage et la culture de denrées alimentaires devraient désormais faire partie intégrante de notre nouvelle façon de concevoir les aménagements et l'urbanisme. Au niveau local, il est possible de sauvegarder les espaces

verts urbains et les jardins ouvriers, les jardins maraîchers, les petites propriétés et les fermettes ainsi que les activités ayant trait à la culture des denrées alimentaires en banlieue. Les sites sous-exploités ou laissés en friche de même que les terres urbaines abandonnées peuvent faire l'objet de ré-aménagements (4).

Encadré 1.12 Objectif santé, douze objectifs clés pour les urbanistes : stabilité du climat

Critères d'évaluation des politiques	Les politiques et propositions d'aménagement urbains favorisent-elles et facilitent-elles la stabilité du climat ?
Bénéfices pour la santé	Limiter les écarts extrêmes de température permet d'éviter la survenue de décès au sein des groupes les plus démunis et chez les personnes âgées. S'il est possible d'éviter les maladies et les hausses du niveau de la mer résultant d'une instabilité du climat, moins de personnes tomberont malades ou se trouveront déplacées hors de leurs foyers.
Effets négatifs potentiels de l'urbanisme	L'urbanisme peut aggraver les problèmes climatiques s'il ne prend pas en considération les politiques qui incitent à réduire l'utilisation des combustibles fossiles et à faire des économies d'énergie dans la construction et l'usage des bâtiments (2,20).
Effets positifs de l'urbanisme	L'urbanisme peut avoir une incidence sur le taux d'émission des gaz à effet de serre dus à l'homme dans la mesure où il joue un rôle quant à l'utilisation d'énergie dans les constructions et les transports ; il permet aussi le développement de sources d'énergie renouvelables.

LA NÉCESSITÉ D'UN URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ

Les objectifs de santé liés à l'urbanisme décrits ci-dessus illustrent comment, en agissant sur toute une série de facteurs de la vie des villes, l'urbanisme peut aussi bien promouvoir la santé et la qualité de la vie, que leur être nuisible. Un type d'urbanisme favorable à la santé implique des pratiques d'aménagement qui tendent à promouvoir la santé et le bien-être ce qui présente beaucoup de points communs avec les principes du développement durable et nécessite de porter une attention particulière aux êtres humains et à la manière dont ils traitent l'environnement dans leur projets urbains plutôt que de se préoccuper uniquement du bâti et de l'économie.

Un urbanisme en faveur de la santé implique d'intégrer au sein même du processus décisionnel des valeurs telles que l'égalité, la coopération intersectorielle et la participation. Ces thèmes font l'objet d'une étude détaillée dans le présent ouvrage et constituent des valeurs clés de la politique de l'OMS de la Santé pour tous dont le prochain chapitre fait état.

Promouvoir l'égalité comme pivot de l'urbanisme pour la santé implique de mettre en œuvre des politiques qui visent à améliorer les niveaux de vie des populations vulnérables et défavorisées. Il convient de garder à l'esprit la diversité des habitants des villes, que ce soit en termes d'âge, de sexe, d'aptitude physique, d'origine ethnique et de situation économique. Mettre le principe de l'égalité au cœur même des pratiques d'urbanisme réduit le déséquilibre qui existe au sein du tissu urbain, il permet de réduire les problèmes liés à la pollution de l'air, aux nuisances sonores et à l'accès aux transports. C'est permettre d'améliorer encore la qualité des espaces publics ainsi que la cohésion sociale, de promouvoir des modes de vie sains et de créer des emplois.

Dans la plupart des cas, les agences d'urbanisme ne sont pas les seuls organismes ni nécessairement les principaux responsables au regard des objectifs de santé urbaine. Une collaboration entre les différents acteurs s'avère essentielle, les différentes institutions sociales, économiques et environnementales doivent nécessairement être impliquées. La collaboration en matière d'urbanisme implique aussi bien des approches différentes dans le processus de prise de décisions que des efforts délibérés pour engager la collectivité. Une partie du processus nécessite d'identifier les parties prenantes qui ont localement des intérêts concurrents en matière de décisions (2).

Duhl & Sanchez (2) résumant l'idée de Luke (21) concernant les décideurs et précisent le rapport qu'ils ont vis-à-vis des urbanistes pour la mise en valeur d'une Ville-Santé :

Pour un urbanisme de la santé, le multiculturalisme et la diversité ne représentent pas un problème à surmonter mais plutôt de riches opportunités qui doivent être saisies. L'urbanisme doit s'appuyer sur des orientations dynamiques et pouvoir prendre des formes diverses et variées. Ainsi, il doit, par exemple, être ouvert à des actions menées en commun et en provenance du terrain : un urbanisme pour la santé place les citoyens en position de guides et nécessite que les urbanistes jouent un rôle de catalyseurs. Les urbanistes deviennent des leaders publics efficaces dès lors qu'ils jouent ce rôle en dépassant les cloisonnements habituels, en s'engageant, en débattant et en agissant comme médiateurs au sein de larges groupes de décideurs.

Il est possible d'appliquer dans toute l'Europe les idées et les principes qui sont au cœur même de l'urbanisme pour la santé sans tenir compte des différences entre les systèmes d'urbanisme. Il est important toutefois de garder en mémoire, dès le départ, que des différences existent. Chaque pays et chaque ville doit trouver les moyens de se référer à un modèle qui réponde le mieux à ses propres contraintes.

Le projet Villes-Santé de l'OMS souligne que promouvoir un urbanisme favorable à la santé est l'un des aspects essentiels de son action. Les chapitres qui suivent traitent du contexte et du contenu de la démarche des Villes-Santé vis-à-vis de la gestion urbaine. Ils présentent un panorama du mouvement des Villes-Santé en Europe et soulignent la relation qui s'établit entre les projets Villes-Santé et les urbanistes,

illustrant le rôle de ces derniers dans la création de villes " porteuses " de santé. Les réseaux des Villes-Santé à travers toute l'Europe et dans le monde entier apportent à la fois cadre et support à un urbanisme favorable à la santé. Il n'en reste pas moins que toute ville, quelle qu'elle soit, peut et devrait placer les objectifs de santé au cœur même de son processus décisionnel et de son développement.

Chapitre 2

Le projet Villes-Santé et l'urbanisme

INTRODUCTION

Le présent chapitre souligne l'approche Villes-Santé en termes de gestion urbaine. Il montre tout d'abord comment le contexte, l'origine et l'évolution du mouvement Villes-Santé s'inscrivent dans le cadre de la stratégie de l'OMS de la Santé pour tous. Il examine ensuite les principes clés des Villes-Santé et met ceux-ci en relation avec l'éthique et les valeurs de l'urbanisme, mettant ainsi en lumière les implications nécessaires à la pratique. Enfin, sont expliqués les aspects pratiques de l'approche Villes-Santé, ce qu'ils entraînent et comment ils affectent l'organisation et les méthodes de travail. Sont décrits les avantages de cette démarche pour les urbanistes, l'importance qu'il y a à impliquer ces derniers dans l'action Villes-Santé et les chances qui s'offrent à un urbanisme de santé.

LA SANTÉ POUR TOUS

Au cours des années 70, à travers le monde entier s'est manifestée de plus en plus l'insatisfaction envers les services de santé considérés comme incapables à répondre aux exigences et aux attentes qui apparaissaient vis-à-vis de la santé. L'OMS a alors été chargée par ses Etats membres d'élaborer un programme de réforme de la santé publique.

C'est ainsi que la stratégie de *La santé pour tous en 2000* (22) fut lancée lors de l'Assemblée Mondiale pour la Santé de 1979. Elle soulignait que les principaux domaines dans lesquels des mesures devaient être prises pour améliorer la santé et le bien-être s'étendaient très largement au-delà de celui de la santé.

En 1998, les Etats membres de l'OMS ont adopté une stratégie remise à jour, dite de *La Santé pour tous pour le vingt et unième siècle* (23) appuyée sur une Déclaration Mondiale sur la Santé. Les Etats membres de la Région Europe ont par la suite approuvé et apporté leur soutien à un nouveau cadre politique de la santé pour tous : dite *SANTE 21* (24), pour la Région Europe. Ce cadre définit 21 objectifs pour le vingt et unième siècle (Annexe 1). Le but de cette nouvelle politique est de parvenir à un potentiel maximal de santé pour tous. Les trois valeurs fondamentales sont les suivantes :

- la santé, droit fondamental de l'être humain,
- l'égalité devant la santé et la solidarité active entre les pays, entre les groupes d'individus au sein des pays et entre les sexes, et
- la participation et la responsabilité des individus, des groupes, des collectivités et des institutions, des organismes et des services œuvrant au développement de la santé.

Quatre axes d'action ont été retenus " afin de garantir que la durabilité en termes scientifiques, économiques, sociaux et politiques opère et permette de procéder à la mise en application du projet SANTE 21 " :

- établissement de stratégies multi-sectorielles pour s'attaquer aux facteurs déterminants de la santé, prenant en considération les perspectives d'ordre physique, économique, social, culturel ainsi que les différences entre les sexes. Ces stratégies impliquant l'utilisation d'études d'impact santé ;
- définition de programmes axés sur des objectifs de santé et des investissements pour le développement de la santé et des soins cliniques ;
- développement de soins de santé primaires intégrés pour les familles et la population locale, soutenus par un système hospitalier souple et adapté ;
- mise en œuvre d'une démarche participative de santé associant des partenaires capables d'agir pour la santé à tous les niveaux – domicile, école et lieu de travail mais aussi à celui des collectivités locales et des pays – cette démarche facilitant la prise de décision, la mise en œuvre et la responsabilité conjointes.

La Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé (25) a été adoptée lors de la première conférence internationale sur la Promotion de la Santé en 1986. Elle se fonde sur la politique de la " Santé pour tous " et souligne la nécessité de promouvoir la santé, reconnaissant que construire de sociétés favorables à la santé ne dépend pas seulement de la responsabilité du secteur de la santé.

AGENDA 21

En juin 1992, la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (Sommet de la Terre) s'est tenue à Rio de Janeiro au Brésil. L'*Agenda 21* (26) est le programme d'action des Nations Unies pour le développement durable adopté par 178 gouvernements lors du sommet de la Terre.

Le sommet de la Terre a lancé l'idée d'un développement durable au premier plan de la politique et de l'action internationale et, par la suite, aux niveaux national et local. La définition du développement durable largement utilisée est la suivante : " un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre à leurs propres besoins " (27). Avant tout, le développement durable porte attention à l'habitat humain et assure à l'environnement protection et soins aussi bien pour l'environnement lui-même que pour la survie de l'homme, puisque la santé et le bien-être des populations présentes et à venir dépendent de cet environnement. Les principes fondamentaux du développement durable sont par conséquent la qualité de la vie, la solidarité entre générations et la justice sociale. Les actions qui gravitent autour de l'Agenda 21 portent sur les domaines qui ont une influence sur les facteurs suivants : économiques, environnementaux, sociaux, politiques, culturels, éthiques, et ceux qui ont trait à la santé doivent être intégrés à chacun d'entre eux.

L'Agenda 21 fait plus de 200 fois référence à la santé et le chapitre 6 est consacré à la " protection et à la promotion de la santé humaine ". En outre, le principe premier de la *Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement* (28) stipule que " les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie productive et en bonne santé en harmonie avec la nature ".

L'action locale est d'une importance capitale pour l'application fructueuse des idées portées par l'Agenda 21 et, donc aussi pour le développement durable. Ceci est confirmé au chapitre 28 qui déclare que l'action locale sera un facteur déterminant pour atteindre les objectifs retenus par le sommet de la Terre. Depuis 1992, les initiatives de l'Agenda 21 local visant au développement durable dans le monde entier ont cherché à traiter les problèmes clés en modifiant la politique et la pratique à l'échelon local. Les réussites des actions de l'Agenda 21 local dépendent à la fois de l'évolution vers la prise de décision intégrée et la participation active des populations locales.

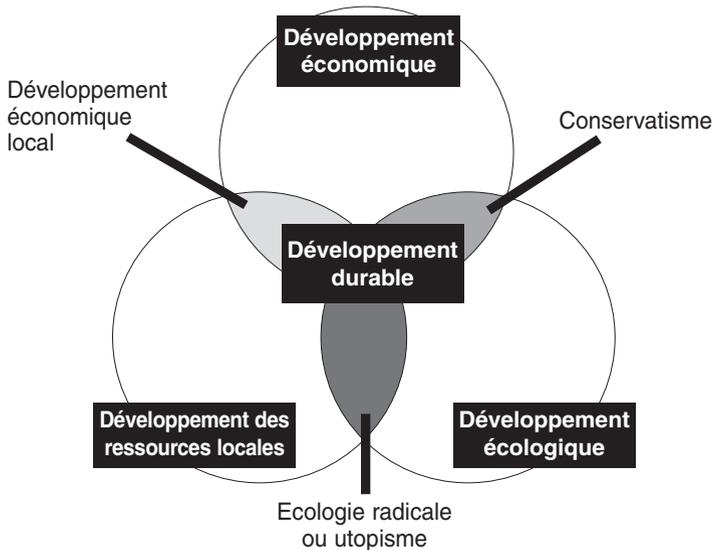
La campagne européenne des villes durables, lancée lors de la première Conférence Européenne sur les Villes durables à Aalborg au Danemark en 1994, a pour objet de faire appel aux collectivités locales afin qu'elles soutiennent les démarches d'Agenda 21 local à travers toute l'Europe. L'outil stratégique essentiel de la campagne réside dans un partenariat englobant cinq réseaux composés de collectivités locales travaillant ensemble pour promouvoir un développement durable. L'un de ces réseaux est celui des Villes-Santé de l'OMS.

LIENS ENTRE SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DURABLE

La santé et le développement durable sont intimement liés l'un à l'autre, l'absence de développement peut affecter lourdement la santé de nombreuses personnes. Toutefois, le développement peut être préjudiciable à l'environnement social et physique qui, à son tour, peut venir affecter de manière négative la santé. La figure 2.1 illustre les liens qui existent entre ces deux domaines.

Le programme SANTÉ 21 qui tire son origine du secteur de la santé, s'inscrit donc dans la perspective de la santé de l'homme. Il considère le développement durable comme un mécanisme permettant d'améliorer la santé, le bien-être et la qualité de vie des êtres humains. Les préoccupations liées à l'environnement, à l'économie et aux problèmes sociaux sont nées de ce programme " humaniste ". L'Agenda 21 tire son origine d'une préoccupation concernant la relation mutuelle existant entre développement et environnement, chacun pouvant affecter l'autre de manière positive ou négative. Ce qui touche à la santé de l'homme est une préoccupation majeure. La santé est, par conséquent, l'une des nombreuses idée-forces qui se cachent derrière l'Agenda 21. Peut-être la différence la plus importante entre le concept de santé et celui de développement durable est-elle une question de représentation ? Beaucoup de personnes perçoivent à tort le développement durable comme traitant uniquement des problèmes d'environnement et de leurs implications mondiales globales. Par conséquent, ils éprouvent des difficultés à identifier les termes utilisés et à établir un rapport entre le concept et ses implications pratiques. La santé, à l'opposé, est une chose que chacun perçoit de manière intuitive et à laquelle il peut s'identifier : c'est là un concept intrinsèquement lié à l'humain.

Figure 2.1. Modèle conceptuel du développement durable



D'après Price & Dubé (29)

Les origines du programme SANTE 21 et de l'Agenda 21 diffèrent mais elles sont, à l'évidence complémentaires, les principes et les actions qui les sous-tendent présentent de nombreux points de chevauchement. Le tableau 2.1 établit une comparaison entre les principes et les démarches correspondant à ces deux programmes. Deux documents, fruit du travail des Villes-Santé de l'OMS, débattent plus amplement des liens entre santé et développement durable. Ce travail a été mené en collaboration avec la Campagne européenne des Villes Durables (29, 30).

Tableau 2.1. Comparaison entre les principes et les processus de SANTE 21 et d'Agenda 21

Principes	SANTE 21 Agenda 21	
	SANTE 21	Agenda 21
Justice sociale	Oui	Oui
Durabilité	Oui	Oui
Promotion de la santé	Oui	(santé)
Action intersectorielle	Oui	Oui
Implication de la population	Oui	Oui
Environnements favorables	Oui	Oui
Action internationale	Oui	Oui
Actions		
Prise en compte des cadres de planification existants	Oui	Oui
Analyse de la santé, de l'environnement et des conditions sociales	Oui	Oui
Consultation publique traitant des priorités	Oui	Oui
Dispositifs d'implication intersectorielle	Oui	Implicite
Ateliers de prospective	Oui	Oui
Programme d'action à long terme assorti d'objectifs	Oui	Oui
Contrôle et évaluation	Oui	Oui

D'après Price & Dubé (29)

PROJET VILLE-SANTÉ DE L'OMS

Origines et évolution

Le projet Ville-Santé de l'OMS a vu le jour en 1986. Son objectif était de proposer l'application locale à la fois des principes de l'OMS de la Santé pour tous et ceux de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Il a, depuis lors, évolué et s'est développé en un mouvement à l'échelle européenne doté d'un large dispositif permettant la mise en œuvre de la santé et du développement durable au niveau local. SANTE 21 et Agenda 21 en sont les fondements essentiels.

Hancock & Duhl (31) ont formulé la première définition fonctionnelle d'une Ville-Santé.

Une Ville-Santé est une ville qui crée et améliore continuellement les environnements physiques et sociaux et qui développe les ressources de la collectivité, permettant ainsi aux individus de s'entraider dans l'accomplissement de l'ensemble des fonctions inhérentes à la vie et permettant à ceux-ci de développer au maximum leur potentiel personnel.

Dans le cadre de la première phase du projet Villes-Santé de l'OMS (1987-1992), cette définition originelle s'est vue complétée par la définition suivante (32).

Une Ville-Santé se définit en référence à une démarche et non pas simplement en terme de résultat. Une Ville-Santé n'est pas une ville qui a atteint un niveau particulier d'état de santé, mais une ville qui se préoccupe de la santé et s'efforce de l'améliorer. Ainsi toute ville quelle qu'elle soit peut prétendre être une Ville-Santé indépendamment de son état de santé du moment ; ce qui est exigé d'elle c'est un engagement vis-à-vis de la santé avec l'établissement d'une organisation et d'une démarche permettant d'y parvenir.

Afin de bien souligner que ces éléments ne sont aucunement restrictifs ou ne sont pas contradictoires avec d'autres définitions dites " sectorielles " mais plutôt qu'elle les englobent, l'encadré 2.1 présente les principales considérations qui ont conduit à la formulation de la première définition. L'encadré indique également la façon dont des représentants de différentes professions peuvent concevoir la visualisation d'une Ville-Santé (31).

Encadré 2.1. Qu'est-ce qu'une Ville-Santé ?

Chaque individu appréhende différemment le concept de Ville-Santé en fonction de ses propres intérêts et de sa formation, de sa culture et de ses valeurs.

Pour un économiste, une Ville-Santé peut être une ville qui resitue les importations dans une frénésie positive de créativité et d'innovation ; pour un urbaniste, une Ville-Santé peut prendre l'aspect d'une ville présentant de bonnes caractéristiques physiques dans des domaines aussi variés le logement, les transports et les espaces verts ; pour un sociologue, une Ville-Santé sera une ville favorisant la cohésion sociale ; pour un éducateur, ce peut être une ville permettant aux individus d'y grandir et de s'y développer ; pour un épidémiologiste, une Ville-Santé peut être une ville offrant des conditions de santé optimales ; pour un prévisionniste en matière de santé, cela peut signifier des services de soins de santé de haute qualité qui soient accessibles à tous et, pour le grand public une Ville-Santé sera une ville

permettant tout simplement à chacun de gagner sa vie, d'avoir un toit et de quoi se nourrir ; c'est une ville qui peut fournir aux familles ce dont elles ont besoin, qui permet à chacun de rencontrer ses amis, de se déplacer en toute sécurité et, en général, d'accomplir librement toutes les fonctions inhérentes à la vie personnelle et collective.

Le concept Ville-Santé est très vaste, il intègre des idées du domaine de la sociologie, de la géographie urbaine, de l'urbanisme, de l'écologie, de la politique, de l'économie, de la philosophie et d'autres disciplines complémentaires à la santé publique. Une Ville-Santé présente des significations différentes pour des personnes diverses au sein d'une même ville. Par conséquent, la santé d'une ville ne peut se décrire uniquement par une suite de tableaux intégrant des données ou par des piles d'imprimés sortis d'un ordinateur. La santé d'une ville doit " se vivre " et son évolution doit permettre d'élaborer et d'intégrer tout un train de mesures non-conventionnelles, intuitives et globales qui viennent compléter les données dites dures. En effet, ces données dites dures, à moins qu'elles ne soient transcrites en récits pouvant être compris par tous, ne sont efficaces dans aucun processus de changement, qu'il soit politique ou administratif.

L'encadré 2.2 identifie les critères d'une Ville-Santé. Les neuf premiers points sont manifestement compatibles avec les responsabilités et les valeurs de l'urbanisme et des professionnels concernés. Les deux derniers points sont compatibles avec les valeurs inhérentes à l'urbanisme et aux professions qui s'y rattachent mais ne constituent pas leur principale responsabilité.

Le projet Ville-Santé a été développé en trois phases distinctes. Dans chacune des phases, l'OMS a désigné un certain nombre de villes comme membres de son réseau européen (Annexe 2). Ces villes doivent satisfaire certaines exigences et répondre aux défis que pose la politique de la Santé pour tous. La structure même du projet offre aux villes l'espace, le temps et la légitimité pour expérimenter le processus de leur transformation en une Ville-Santé.

35 villes ont participé à la première phase du projet (1987-1992). L'effort portait sur la propagation de concepts innovants concernant la santé dans les villes, et sur la création de nouvelles structures organisationnelles destinées à être facteurs de changement, soutenues par un fort engagement politique. L'introduction de nouvelles méthodes de travail pour la santé dans les villes : la collaboration entre différentes structures, secteurs d'activités et la population.

La seconde phase (1993-1997) impliquait 38 villes, 13 d'entre elles n'avaient pas participé à la première phase. Cette deuxième phase était principalement axée sur l'action politique de santé publique ainsi que sur l'élaboration des plans globaux de santé pour la ville. Ces projets avaient des objectifs ciblés spécifiques couvrant des domaines tels que la justice sociale et le développement durable.

La troisième phase (1998-2002) incluait 41 villes (dont 12 étaient nouvelles) à compter de mai 2000 et était destinée à être développée plus avant. Cette phase est orientée vers le développement de la politique internationale du programme SANTE 21 et de l'Agenda 21 en se fondant sur les expériences antérieures afin de promouvoir une action durable et novatrice pour la santé en milieu urbain. Le défi majeur posé aux villes dans le cadre de cette troisième phase est d'effectuer une transition permet-

Encadré 2.2. Les critères d'une Ville-Santé

1. Un environnement physique (y compris le logement) de haute qualité à la fois propre et sûr.
2. Un écosystème stable dans le présent et durable à long terme.
3. Une collectivité forte, solidaire et qui n'exploite pas les personnes.
4. Un haut degré de participation et de contrôle par le public des décisions touchant à sa vie, à sa santé et à son bien-être.
5. La satisfaction des besoins fondamentaux (nourriture, eau, logement, revenus suffisants, sécurité emploi) pour tous les habitants de la ville.
6. L'accès à un grand nombre d'expériences et de ressources ; la possibilité d'une grande variété de contacts, d'échanges et de communication.
7. Une économie urbaine diversifiée, vivante et innovante.
8. Une mise en valeur des liens avec le passé, de l'héritage culturel et biologique des habitants de la ville et d'autres groupes et personnes.
9. Une configuration de la ville compatible avec les caractéristiques précédentes et permettant de les améliorer.
10. Un niveau optimum de services publics de santé et de soins, adaptés et accessibles à tous.
11. Un niveau élevé de santé (haut degré de bonne santé et faible taux de morbidité).

D'après Hancock & Duhl (31)

tant de passer de la promotion de la santé qui associe d'autres secteurs à celui de la santé, à une véritable démarche intersectorielle de santé. Les priorités spécifiques retenues comprennent la préparation d'outils et de conseils pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, le développement d'un urbanisme pour la santé, des actions d'évaluation et de suivi. Les thèmes sont la justice sociale et l'exclusion, le développement durable, les déterminants sociaux de la santé, les indicateurs, l'habitat favorable à la santé, le contrôle du tabagisme et l'urbanisme favorable à la santé. Les villes qui prennent part à cette troisième phase œuvrent pour faire que les objectifs retenus permettent la transition vers une Ville-Santé (33). L'urbanisme est un des objectifs spécifiques de ce projet (Encadré 2.3).

En juin 1998, la Conférence Internationale des Villes-Santé qui s'est tenue à Athènes en Grèce a marqué le début d'une décennie de mesures ayant pour cible les Villes-Santé. Cet événement a montré comment le mouvement Villes-Santé est devenu un mouvement européen et mondial porteur de changement, tant en matière d'opinion sur la santé qu'en matière de problèmes urbains et de la façon dont ceux-ci sont abordés. La Déclaration d'Athènes sur les Villes-Santé (34), qui vient renforcer l'engagement des villes vis-à-vis des principes et des actions Villes-Santé et de l'Agenda 21, a été signée par 125 représentants de ces villes.

Encadré 2.3. Exigence en matière d'urbanisme pour les villes du réseau européen Villes-Santé de l'OMS

Les villes impliquées doivent mener à bien un programme d'actions visant à définir et mettre en œuvre des politiques d'urbanisme favorables à la santé et au développement durable.

Explication

Les problèmes urbains sont complexes en raison de la nature interdépendante des composantes des villes. L'urbanisme est, par définition, conçu pour contrôler systématiquement l'utilisation des terres dans l'intérêt public. C'est un moyen important dont disposent les villes et les localités pour s'attaquer aux problèmes que pose la durabilité. Les pratiques et les actions en matière d'urbanisme doivent être adaptées afin de refléter une prise de conscience nouvelle et intégrer au vingt et unième siècle les questions économiques et sociales et celles qui concernent la santé et l'environnement.

Critères de sélection des villes candidates

Pour la définition et la mise en œuvre des politiques d'urbanisme pour la santé et le développement durable, les villes doivent s'engager à travailler en partenariat avec les urbanistes et définir les modalités de ce partenariat .

Action à accomplir durant la Phase III

Les villes doivent reconsidérer les pratiques en cours et entreprendre une action pour la définition et la mise en œuvre de politiques d'urbanisme pour la santé et le développement durable.

Principes

La façon dont le thème des Villes-Santé est abordé se fonde sur certains principes clés du programme SANTE 21 et de l'Agenda 21 local. Ces principes ont de nombreuses implications en matière d'urbanisme.

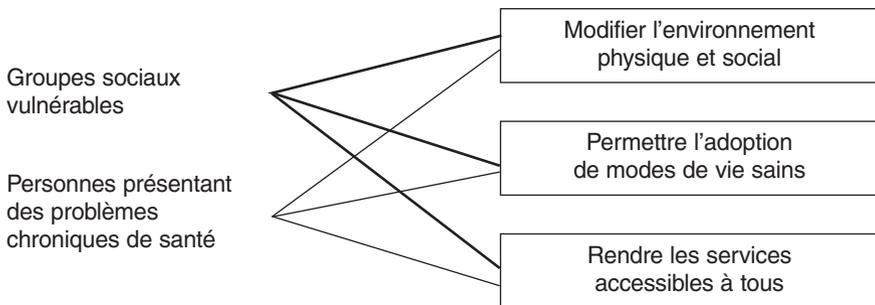
Egalité

L'égalité en matière de santé signifie que chacun doit avoir le droit et les moyens de réaliser pleinement son potentiel (32). L'inégalité politique, économique et sociale des différents groupes de citoyens influe nettement sur l'état de santé de ceux-ci.

Les villes européennes présentent des signes visibles de nombreuses formes d'inégalités. La ségrégation sociale est un phénomène courant associé à la dégradation de l'espace réservé à l'habitat, à la fois au niveau du logement et du tissu urbain. Beaucoup d'individus vivant en zones urbaines n'ont qu'un accès limité ou pas d'accès du tout aux loisirs, aux services culturels, commerciaux et administratifs ainsi qu'à des lieux de rencontre sûrs, sans parler de ce qui concerne les transports publics efficaces ou la qualité de l'air. L'ouvrage intitulé *Les faits : les déterminants sociaux de la santé* (16) décrivent les effets des conditions sociales et économiques sur la santé des individus, passant en revue des problèmes tels que le chômage, l'exclusion sociale et les transports.

Les politiques égalitaires impliquent d'améliorer les niveaux de vie et les conditions de travail des personnes défavorisées, elles se doivent d'améliorer les normes

Figure 2.2 S'attaquer aux inégalités de santé : mesures pour agir



D'après Tsouros (32)

relatives à l'environnement physique et social. L'urbanisme a dans ces domaines, la possibilité ainsi que l'importante responsabilité de réduire les inégalités touchant à la santé ; ceci est illustré dans un contexte plus large à la figure 2.2. Faire de l'égalité qu'elle soit au centre de la démarche d'urbanisme signifie également qu'il convient de garder à l'esprit les besoins des différents groupes sociaux, des différentes générations et des deux sexes.

Durabilité

La Déclaration d'Athènes sur les Villes-Santé (34) stipule que " les villes et les régions urbaines à forte densité de population sont des lieux privilégiés pour l'application d'importantes politiques combinant des objectifs environnementaux, économiques, sociaux et ceux de la santé. Le principe de durabilité se trouve au cœur de la démarche Villes-Santé. La santé et le bien-être des habitants d'une ville constituent un indicateur important du succès des politiques menées dans la perspective d'un développement durable.

De nombreux urbanistes s'impliquent de plus en plus dans les initiatives relevant de l'Agenda 21 local et encore plus nombreux sont ceux qui prennent en compte les problèmes de développement durable dans leurs pratiques quotidiennes. En partant du postulat que le rôle bien établi de l'urbanisme est de réglementer la qualité et l'utilisation qui est faite de l'environnement dans l'intérêt public, la nécessité de gérer et de procéder au développement durable des villes devrait s'ériger en principe clé s'appliquant à toute initiative d'urbanisme. Toutefois, la plupart des systèmes d'urbanisme en Europe n'abordent pas les problèmes de durabilité de manière efficace. Certains répondent principalement aux puissants intérêts économiques (tout particulièrement dans la partie occidentale de la Région Europe) et beaucoup n'interprètent la durabilité qu'en termes de rôle élargi touchant à la protection de l'environnement. L'approche Villes-Santé fournit aux urbanistes la possibilité de garantir que leurs pratiques soient plus durables, tant dans les décisions prises qu'au niveau de la prise de décision elle-même. Cette approche souligne également l'importance de la santé et de la qualité de la vie : les êtres humains devraient être au cœur même du désir de durabilité.

Vers une nouvelle démarche d'urbanisme - un guide pour réorienter l'urbanisme vers l'Agenda 21 local (8) explore plus en détail le sujet de la durabilité liée à l'urbanisme.

Coopération intersectorielle

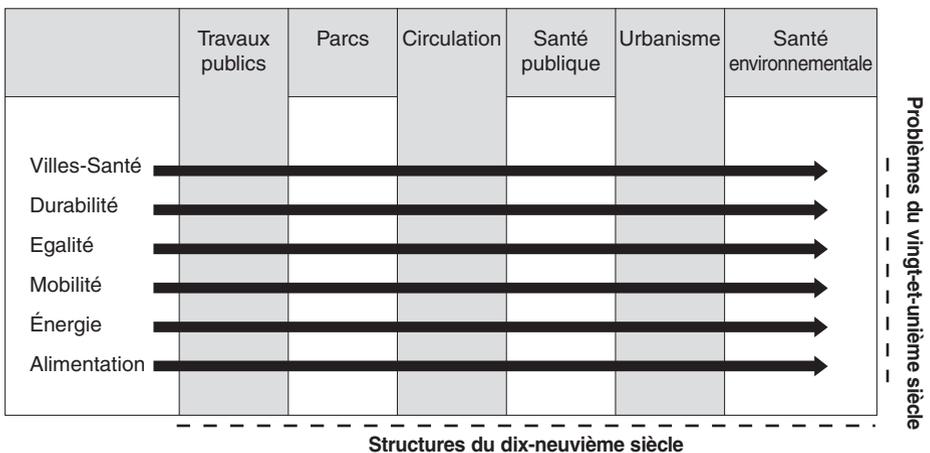
La Déclaration d'Athènes sur les Villes-Santé (34) affirme que " la santé se trouve promue plus efficacement quand de nombreux secteurs d'activité travaillent ensemble et apprennent les uns des autres. Parce que la santé peut être gagnée ou endommagée en fonction du milieu de vie, elle est soumise à l'influence de la plupart des secteurs de l'administration municipale tout comme à celles du secteur privé. Les secteurs d'activité impliqués peuvent être définis à la fois en termes d'organisation et de domaines d'actions, ils comprennent :

- Les secteurs de la santé, les secteurs sociaux, environnementaux et économiques ;
- Les secteurs publics et privés, le secteur associatif et universitaire ;
- Les différents échelons du gouvernement – national, régional, local et de quartier ;
- Les organismes impliqués dans la prestation de services au public et les équipements.

L'approche traditionnelle qui vise à s'attaquer aux problèmes urbains se fonde sur l'élaboration, au dix-neuvième siècle, de disciplines fortement marquées et cloisonnées. Hancock (35) décrit cette approche et souligne que la plupart des problèmes auxquels nous sommes confrontés au vingt-et-unième siècle traversent ces cloisonnements. La figure 2.3 résume ces idées.

La coopération intersectorielle permet de minimiser le double-emploi et la confusion des rôles en même temps qu'elle optimise l'utilisation des ressources et des résultats, elle permet aussi d'éviter toute confusion, parvenant ainsi à un maximum de synergies et d'efficacité. La coopération entre les urbanistes et les autres secteurs des collectivités locales, et avec le secteur privé, s'avère nécessaire dès lors que l'on veut s'attaquer de manière efficace aux problèmes actuels d'urbanisme. Une nouvelle directive émanant de la Commission européenne qui porte sur les évaluations des stratégies envi-

Figure 2.3 Problèmes du vingt-et-unième siècle et structures du dix-neuvième siècle



Source : Bureau régional de l'Europe de l'OMS (30)

ronnementales des plans d'occupation des sols et sur la manière dont ils sont conçus aura des implications significatives en termes de collaboration entre les organismes au sein des pays de l'Union Européenne et nécessitera une plus forte intégration des objectifs de santé dans les évaluations des stratégies environnementales tout comme dans les études d'impact environnementales.

La coopération intersectorielle peut s'avérer particulièrement difficile à atteindre. Les individus, les fonctionnaires, les professionnels et les hommes politiques, peuvent y opposer une résistance motivée à la fois par leur vision sectorielle des problèmes et par leur crainte de perdre leur identité et/ou les privilèges liés à leur profession. Une autre cause est la méconnaissance des moyens efficaces pour gérer le changement nécessaire à la mise en place de nouvelles manières de travailler. En termes de coopération intersectorielle, l'utilité que revêt la démarche Villes-Santé réside dans sa capacité à stimuler et à guider de tels changements dans les méthodes de travail.

Le chapitre 4 discute de la démarche en entreprise pour développer la coopération intersectorielle dans les procédures d'urbanisme dans la perspective de promouvoir la santé dans les villes.

Implication de la population

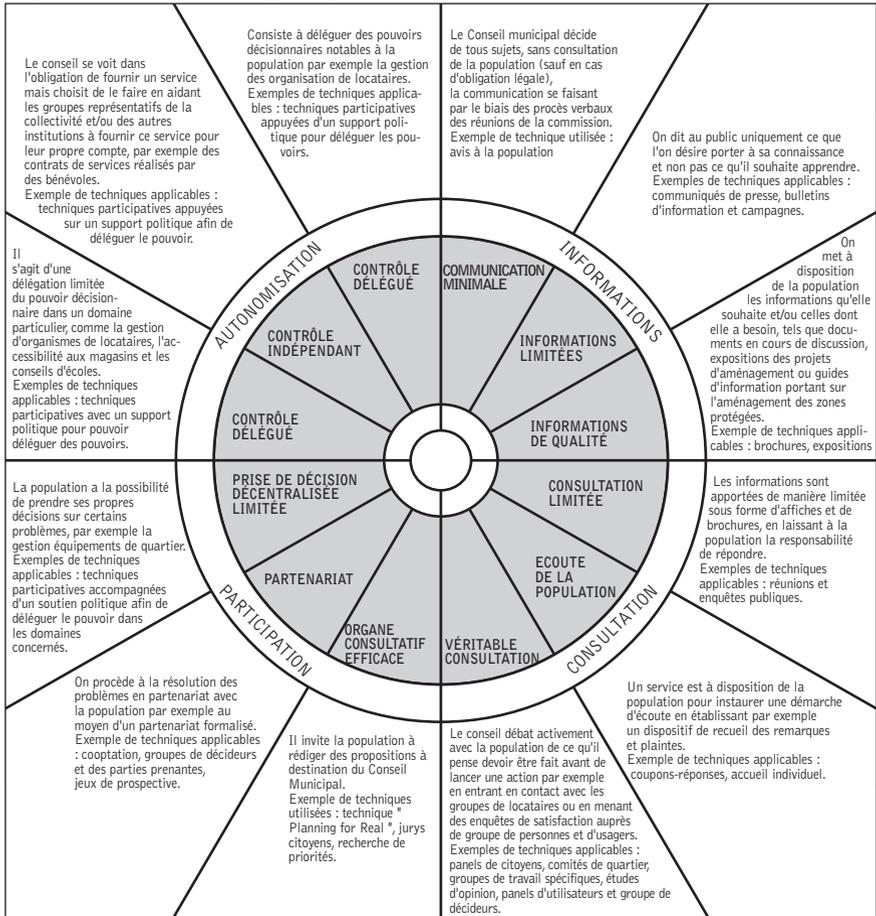
Des habitants informés, motivés et prenant une part active constituent les partenaires clés aussi bien dans le cadre de la définition des priorités que dans la prise de décisions et son application (36). La reconnaissance la plus ancienne du rôle et de la responsabilité du citoyen dans le développement de la ville se trouve clairement exprimée dans le serment que tout étranger devait prêter lorsqu'il accédait à la citoyenneté athénienne dans la Grèce antique : " nous ferons de cette ville un lieu plus grand, meilleur et plus beau que nous ne l'avons trouvé " (37).

Le programme SANTE 21 (24) souligne la nécessité d'une participation de la population dans les décisions qui affectent la santé humaine. Promouvoir la santé signifie également contribuer au développement de la collectivité, ce qui rend possible le développement des individus et des groupes qui la composent. Il leur permet de définir leurs besoins et leurs priorités (25). En d'autres termes, on incitera les individus à définir leurs besoins et à rechercher leurs propres solutions. *Participation de la population à la santé locale et au développement durable – Approches et techniques* (38) examine plus en détail l'implication de la population.

En termes d'urbanisme, le droit à la participation découle du droit du citoyen à être tenu informé et consulté sur les processus décisionnels affectant le lieu où il réside. A différents niveaux de participation correspondent différentes phases du processus d'urbanisme (Figure 2.4) (39).

Dans la pratique, la participation de la population à la démarche d'urbanisme se trouve limitée dans toute l'Europe. Les systèmes d'urbanisme de certains pays ne reconnaissent pas la nécessité d'une telle participation, arguant que les agents publics savent ce qui est le meilleur pour le bien public. D'autres systèmes incluent des processus de consultation des citoyens mais ces derniers ne sont pas les seuls à prendre part pleinement et activement au processus décisionnel. Dans certains cas, le processus est dévié pour obtenir un résultat particulier ; dans d'autres cas, on a recours à un processus de consultation pour purement et simplement légitimer les décisions déjà prises. Parfois, les autorités politiques, techniques et administratives habilent les

Figure 2.4. La roue de la participation



D'après Davidson (39)

citoyens à apporter leurs commentaires mais uniquement sur les programmes et autres projets déjà élaborés. Par conséquent ces autorités ne sont pas tenues de prendre en compte ces commentaires. Les commentaires apportés de cette manière à la dernière étape de la programmation ne peuvent prendre en compte tous les éléments pertinents, ils seront presque sûrement des généralités.

Comme le souligne Richard Rogers (37), la population peut être impliquée dans le processus décisionnel en faisant utilisation de l'environnement construit comme outil pédagogique : les villes sont un excellent laboratoire vivant (Encadré 2.4). Des exemples stimulants peuvent se trouver dans le monde entier, montrant qu'une participation publique à l'urbanisme, à l'architecture et à l'écologie gérée comme il se doit est en mesure de transformer la configuration physique et sociale de la ville. De nouvelles techniques, telle la méthode Planning for Real (38), l'architecture collective (40) et le processus de la charrette (chapitre 5) en sont des exemples. Ces initiatives

soulignent la nécessité qu'il y a pour les urbanistes et les architectes à apprendre les techniques de médiation et d'animation pour mener à bien leurs projets en étroite collaboration avec les utilisateurs finaux (citoyens).

Encadré 2.4 Participation des habitants à l'élaboration d'un plan directeur d'urbanisme à Ségovie (Espagne)

Ségovie est une ville de 60 000 habitants située au cœur de la région Castille et Léon inscrite à la liste du patrimoine mondiale de l'UNESCO. Son plan d'urbanisme a été élaboré en collaboration avec ses habitants dont les besoins et les souhaits ont été pris en considération. Plusieurs groupes d'intérêts ont pu être identifiés et se sont vus remettre un questionnaire listant les points saillants du directeur. Au cours des réunions tenues avec les administrations locales, chaque groupe a esquissé dans les grandes lignes les fonctions et les services qu'il considérait indispensables. Les différentes suggestions ont été rapportées et compilées en un résumé qui indiquait les points d'accord et de désaccord. Les urbanistes ont utilisé ce résumé afin d'identifier les objectifs et les pré-requis fondamentaux du plan directeur d'urbanisme et trancher sur l'ordre des priorités. En dernier lieu, dans le cadre d'une réunion associant l'ensemble des groupes, les résultats de l'exercice firent l'objet d'une comparaison et les décisions définitives reçurent une approbation générale. Parmi les 50 plans d'urbanisme actuellement en cours de réalisation dans les capitales des provinces espagnoles, le plan de la ville de Ségovie est le seul à avoir reçu une approbation unanime. Les autorités peuvent, en conséquence, compter sur le soutien effectif des habitants et sur leur implication active dans la vie de la cité.

Source : Bureau régional de l'Europe de l'OMS (6)

Action internationale et solidarité

Le projet Villes-Santé repose sur la volonté d'une coopération réelle, non seulement entre les différents services municipaux mais également entre les villes et les pays. Des réseaux nationaux et internationaux ont été créés afin de favoriser l'échange de ressources, de connaissances, d'informations et d'expériences, offrant ainsi un soutien mutuel et permettant l'élaboration de nouvelles stratégies. Ceci atténue les problèmes de communication liés à l'utilisation de différentes langues et méthodes de travail.

Les systèmes d'urbanisme et les pratiques varient considérablement à travers l'Europe et les possibilités qui s'offrent aux urbanistes de confronter leurs expériences et d'en apprendre plus sur les méthodes de travail de leur homologues sont limitées. Toutefois, des problèmes d'urbanisme similaires sont patents dans beaucoup de pays européens et en Europe occidentale la législation et l'élaboration de politiques émanant de la Commission européenne ont une influence sur la conception de l'urbanisme et sur les procédures. Le mouvement Villes-Santé fournit une excellente occasion aux urbanistes disséminés à travers l'Europe de confronter leurs connaissances et de partager leur expérience quant à la façon de créer des environnements urbains plus sains, plus durables et davantage centrés sur les êtres humains.

Œuvrer pour des Villes-Santé

Le Bureau de l'OMS chargé du projet Villes-Santé apporte son concours aux villes du réseau européen de l'OMS en coordonnant, en supervisant et en évaluant leurs activités. Il organise également une série de réunions sur les aspects opérationnels de l'action menée dans la perspective Villes-Santé, il se penche sur des thèmes spécifiques tels que le tabagisme, l'alcool, les transports et l'urbanisme pour la santé.

Suite à l'évolution du projet Villes-Santé qui a bénéficié de la collaboration d'universités et d'experts de toute la planète, l'OMS a édité une série de documents et de bases de données concernant les aspects théoriques et pratiques du projet (38, 41). Ceux-ci décrivent en détail les mécanismes stratégiques et opérationnels relatifs, documentent les expériences des villes du réseau européen de l'OMS et permettent d'évaluer les résultats obtenus à ce jour. Beaucoup de ces documents peuvent être téléchargés à partir du site Internet Villes-Santé à l'adresse suivante : <http://www.who.dk/healthy-cities>.

Les principes décrits ci-dessus fournissent la trame nécessaire au travail relatif au projet Villes-Santé. En termes d'action, l'approche comprend quatre éléments clés opérationnels qui, mis ensemble, fournissent une base pour la transition vers la réalisation d'une Ville-Santé, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Démarche Villes-Santé – quatre manières d'opérer	
A Engagement politique explicite à l'échelon le plus élevé vis-à-vis des principes et stratégies du projet Villes-Santé.	B Etablissement de nouvelles structures organisationnelles en vue de gérer le changement
C Engagement visant à élaborer une vision commune la ville, avec un plan santé et des actions portant sur des thèmes spécifiques.	D Investissement dans le développement de réseaux formels et informel et de coopération

L'élaboration de pratiques relatives à l'urbanisme et à la santé peut se trouver étayée par les quatre éléments ci-dessus.

A – Engagement politique

Réorienter les procédures de prise de décision permettant d'aboutir à un développement durable et favorable à la santé nécessite d'opérer des changements notamment sur la manière dont les décisions sont prises ainsi que sur la façon dont différents secteurs mettent ces décisions en application. Ceci ne peut s'obtenir que par un soutien d'ordre politique à l'échelon le plus élevé puisque ces changements doivent pouvoir s'appliquer à la ville entière et pas seulement à un seul service ou domaine d'activité. Ceci nécessite d'obtenir un aval politique vis-à-vis des principes et stratégies de Santé pour tous de l'Agenda 21, de la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé et du projet Villes-Santé.

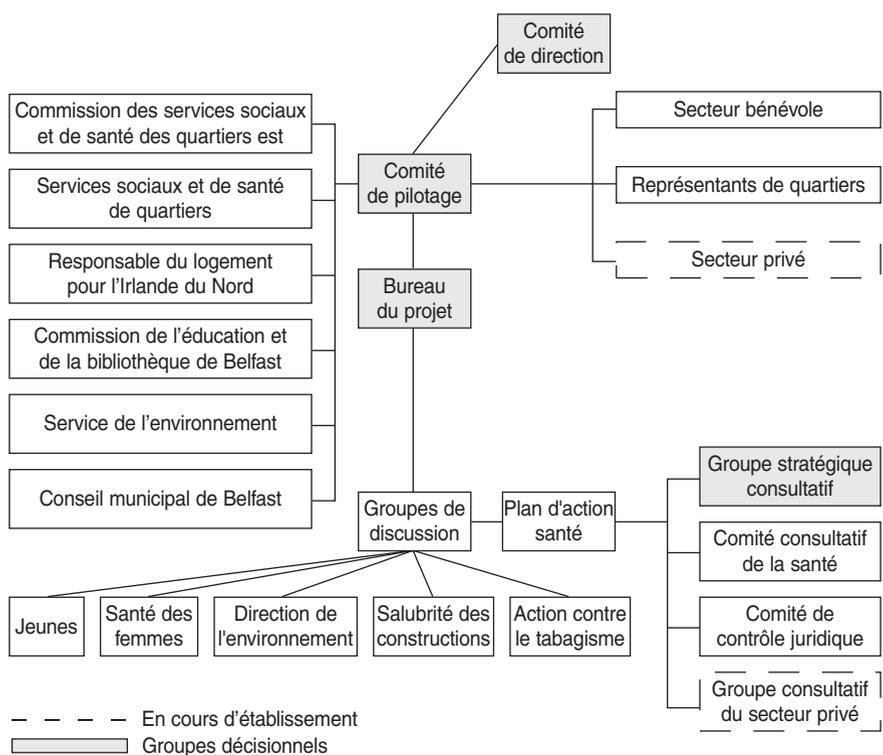
Les villes désignées pour œuvrer au sein du réseau européen de l'OMS ont pris un engagement officiel au nom du maire et des représentants de différents secteurs agissant pour le compte de l'ensemble du conseil municipal, vis-à-vis des principes et

méthodes de la Santé pour tous ainsi que du projet Villes-Santé. Les partis politiques se doivent d'y apporter leur concours. La stabilité politique du gouvernement local peut affecter le succès du projet local et les villes participantes qui rencontrent le plus de réussite sont celles dans lesquelles tous les partis ont établi un consensus par rapport à l'importance de la santé et du développement durable. La santé ne doit pas être un problème politique de parti, c'est l'affaire de tous.

B – Structures organisationnelles

Les principes d'une coopération intersectorielle et leur importance dans la construction de villes saines et durables ont fait l'objet d'études préalables. Le projet de l'OMS intitulé " Villes-Santé " aide les villes à gérer les changements intervenant dans les méthodes de travail en appuyant une telle coopération. Les villes participant à la troisième phase du projet doivent établir un groupe de pilotage intersectoriel qui supervise la stratégie et les travaux liés au projet. Un coordinateur du projet doit être désigné. Les structures exactes varient en fonction des villes et beaucoup d'entre elles commencent à créer des groupes de travail intersectoriels complémentaires pour orienter des travaux sur des thèmes particuliers.

Figure 2.5 Projet Ville-Santé de la ville de Belfast



Source : Belfast Healthy Cities (42)

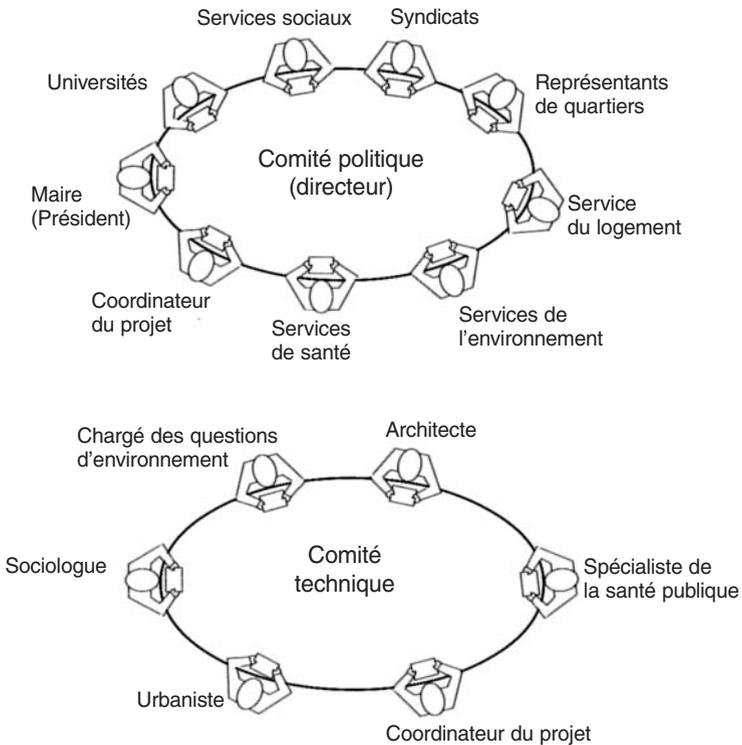
L'établissement de ces structures nécessite aussi la création de partenariats locaux autour de la santé. La nécessité d'une coopération intersectorielle doit s'étendre au-delà des frontières de l'administration urbaine afin d'intégrer, au sein même de l'organisation du projet, des représentants des entreprises locales, des groupes représentant les habitants et des associations.

La figure 2.5 illustre la structure organisationnelle du Projet " Ville-Santé " de la commune de Belfast. La figure 2.6 donne des exemples relatifs à l'organisation des différents groupes de pilotage intersectoriels au sein d'une ville.

C – Parvenir à vision commune

La vision commune que l'on peut avoir de la santé d'une ville se manifeste dans un plan santé. La nature de tels plans a évolué en même temps que le projet et reflète le renforcement des partenariats pour la santé au sein des villes. Les villes ont élaboré des plans santé locaux au cours de la seconde phase du projet. Au cours de la troisième phase, les villes travaillent à intégrer plus efficacement les objectifs de santé dans les structures urbaines afin de réaliser un plan de développement urbain favorable à la santé .

Figure 2.6 Membres d'un groupe de pilotage travaillant sur un projet " Ville-Santé "



D'après Tsouros (32)

La démarche

L'élaboration d'une vision commune concernant la santé en milieu urbain tient autant à la démarche elle-même et aux enseignements que la ville peut en retirer qu'à ce qui sera produit : un plan d'action pour la santé en milieu urbain aborde la manière dont les différents secteurs et acteurs au sein de la ville œuvrent pour améliorer la santé et la qualité de vie des habitants. Apporter des réponses à des thèmes spécifiques tels que les transports, le tabagisme, les soins aux groupes vulnérables ou bien l'urbanisme pour la santé est partie intégrante de cette démarche et devrait trouver un écho dans le plan de développement urbain pour la santé.

La planification urbaine en matière de santé et de développement durable (30) stipule ce qui suit :

Un plan santé à l'échelon de la ville est bien plus qu'une simple description figée ou un inventaire traitant des problèmes, ressources et solutions. C'est l'opportunité de redécouvrir le fait que les individus ont un rôle à jouer : celui de rendre les villes plus porteuses de santé et de promouvoir un développement plus durable. L'urbanisme devrait être un processus dynamique impliquant de nombreux partenaires.

L'importance de la coopération intersectorielle pour créer les conditions de la réussite du plan à la fois quant à son contenu et à la probabilité qu'il soit appliqué, se trouve soulignée dans l'ouvrage *City health planning – the framework* (36). Chaque ville est libre de nommer les personnes chargées de l'élaboration du programme mais les catégories suivantes doivent y figurer (36) :

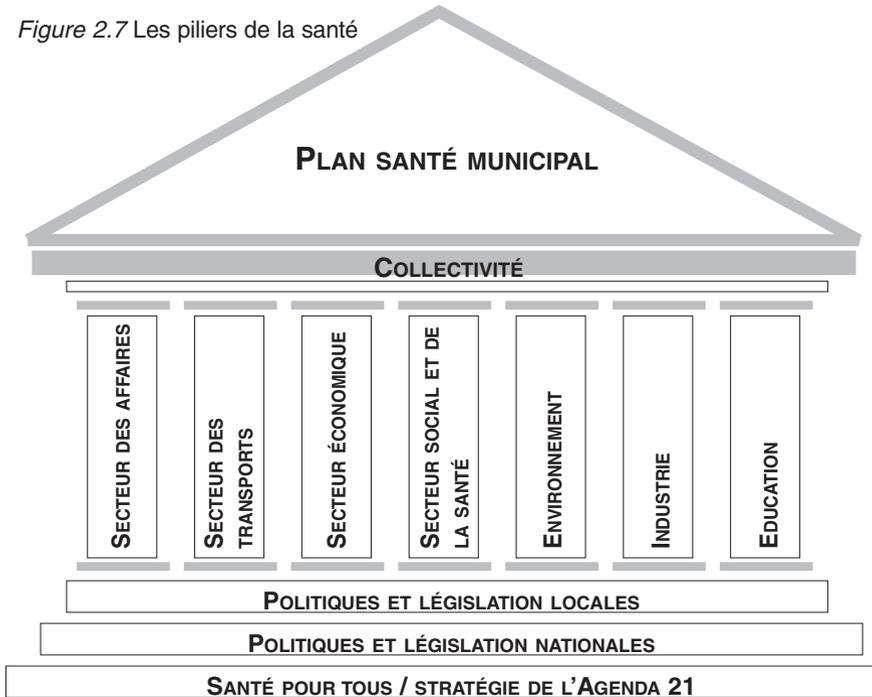
- Les politiques et les urbanistes occupant les postes de haut niveau afin de garantir l'acceptation politique du programme et son application ;
- Les représentants des différents secteurs publics pouvant avoir une influence sur la santé, en particulier : les secteurs de l'environnement, de l'éducation, de l'urbanisme et de la construction, des transports, de l'emploi, les services sociaux et de soins ;
- Les organisations bénévoles et les groupes d'intérêt particulier ;
- Les professionnels de santé, y compris les médecins généralistes et les hôpitaux ;
- D'autres groupes de spécialistes qui devront contribuer au développement des stratégies et des politiques pour la mise en application des mesures proposées par le plan ;
- La participation de la population à chaque étape de la préparation.

La figure 2.7 montre comment les hommes politiques, les professionnels et la population jouent tous un rôle important dans la démarche de planification urbaine pour la santé.

Les trois principaux outils opérationnels qui sont utilisés dans ce processus sont les suivants :

- Système d'information sur la santé
- Profil de santé
- Plan de développement urbain favorable à la santé

Figure 2.7 Les piliers de la santé



Source : Bureau régional de l'Europe de l'OMS (30)

Système d'information sur la santé

Le projet Villes-Santé utilise un certain nombre d'indicateurs permettant d'identifier les actions initiales entreprises dans chaque ville pour ensuite mesurer les progrès grâce à un suivi et une mise à jour permanents (Annexe 3). La plupart de ces indicateurs ne se trouvent pas dans la littérature relative à la santé mais ils sont extrêmement pertinents car ils reflètent la qualité de vie des habitants de la ville. Beaucoup de ces indicateurs s'appliquent à l'urbanisme ; de plus ils peuvent être rassemblés pour constituer des bases de données concernant l'environnement et la durabilité dans les villes. Chaque ville intègre cette liste à d'autres indicateurs en fonction des besoins et des caractéristiques locales ; ils constituent le fondement de la base de données de santé. Les villes utilisent ces informations, qui sont recueillies régulièrement afin d'établir un profil de santé de la ville.

Profil de santé

Un profil de santé est un rapport de santé publique qui rassemble les éléments clés d'information sur la santé et les déterminants, au niveau local, les interprète et les analyse. Le profil permet d'identifier par écrit et sous forme de graphiques les phénomènes liés à la santé et les solutions possibles pour une ville donnée (43, 44). Le profil a pour objectif d'identifier les domaines d'actions prioritaires et secondaires et constitue une base informationnelle pour la préparation du plan de développement urbain favorable à la santé.

Cet outil ne constitue pas une fin en soi mais fait partie intégrante d'un processus dynamique. Les profils doivent être établis de manière régulière. Ceci permet de "fixer des objectifs d'avancement et d'amélioration, de contrôler l'application des recommandations et de mesurer, d'enregistrer et de valider les résultats obtenus" (43).

Plan de développement urbain favorable à la santé

A partir des informations fournies par les indicateurs et le profil de santé, chaque ville a établi un plan d'action appelé plan santé pour la ville. Celui-ci met en relief les domaines sur lesquels les futurs travaux doivent porter ainsi que les priorités retenues.

Les plans urbains de santé exposent les stratégies et les programmes d'intervention en vue d'améliorer la santé dans la ville, définissent des cibles et des calendriers pour réaliser les propositions et identifier les dispositions à prendre pour le suivi (43).

Les programmes de santé en milieu urbain ne sont pas des programmes de soins de santé mais font partie intégrante d'un processus visant à élaborer une vision commune de ce que sont des collectivités saines et durables. Ils sont aussi un outil concret permettant leur mise en application. Dans la troisième phase du projet Villes-Santé de l'OMS, le plan santé a été remplacé par le plan de développement urbain favorable à la santé. Celui-ci ressemble aux plans santé existants précédemment, en ce qui concerne les problèmes qu'il aborde, mais il nécessite plus qu'avant une collaboration renforcée avec d'autres secteurs ; il implique aussi de prendre en compte le développement de la santé plutôt que la promotion de la santé.

Dans le passé, les programmes de santé étaient essentiellement des programmes axés sur la promotion de la santé. Celui qui a le mieux réussi, identifiait les activités qui devaient être mises en place dans d'autres secteurs pour promouvoir la santé. Dans le cadre de la troisième phase, la planification de la santé se fixe plus sur des sujets tels que la durabilité, l'égalité et le développement social et, ainsi, mobilise une plus grande diversité de partenaires œuvrant pour la santé. Le plan de développement pour la santé en milieu urbain renforce également les partenariats stratégiques au sein des villes, avec pour objectif de définir une stratégie intégrée de développement de la santé. Cette stratégie est ensuite mise en œuvre grâce aux activités propres à différents secteurs et le rôle de chacun d'entre eux se trouve, donc reflété dans le programme. Ainsi la démarche de planification du développement de la santé en milieu urbain renforce le rôle que joue chaque secteur dans les efforts qu'il met en œuvre pour favoriser la santé, le bien-être et la qualité de la vie dans la ville.

Les urbanistes ont une carte importante à jouer dans l'élaboration et la mise en application du programme de développement de la santé en milieu urbain. Les environnements favorables à l'élaboration et au développement d'initiatives pour une ville en bonne santé sont nécessaires et reconnus pour être l'un des principes clés de la planification du développement de la santé en milieu urbain (36) : " la création d'environnements favorables physiques et sociaux doit faire l'objet d'une étude dans le cadre du programme. Elle comprend des questions telles que l'écologie et la durabilité de même que des aspects relatifs aux réseaux sociaux, aux transports, au logement et autres problèmes environnementaux ". Les encadrés 2.5 et 2.6 proposent des études de cas portant sur les plans santé et dressent un inventaire des questions relevant de l'urbanisme.

Les plans de développement urbain pour la santé s'avèrent également utiles aux urbanistes car ils apportent des informations complémentaires sur la ville en général et plus spécifiquement sur des sujets concernant la santé. Ces plans donnent des indications sur les quartiers de la ville où se concentrent les problèmes de santé les plus importants : on peut ainsi définir les zones prioritaires afin de mener une analyse plus complète pour identifier toutes les possibilités d'initiatives urbanistiques susceptibles d'améliorer la situation.

Encadré 2.5 Plan de la santé urbaine à Copenhague (Danemark)

La ville de Copenhague a mis au point l'un des tous premiers plans santé en milieu urbain (45). Des cibles et des actions spécifiques devaient être mises en application au cours de la période 1994-1997 (figure 2.8).

Les thèmes qui concernent l'urbanisme sont la définition des zones urbaines, la coopération intersectorielle, la participation de la population, la justice sociale, le logement, les transports, les espaces publics ainsi que le suivi et l'évaluation des réalisations.

Définition des zones urbaines

Le plan santé se fonde sur la supposition que la promotion de la santé devrait se faire au niveau des zones géographiques urbaines les plus petites et les mieux adaptées. Le programme de la ville de Copenhague (plan directeur d'urbanisme) identifie 15 quartiers administratifs constituant des zones urbaines de la ville. Des travaux sont envisagés afin de déterminer si les frontières de ces quartiers coïncident avec les limites des " zones urbaines " telles qu'elles sont perçues par les citoyens ou si des zones résidentielles ou des quartiers de plus petite dimension s'avèrent mieux adaptés.

Coopération intersectorielle

Le plan souligne non seulement l'importance de la coopération intersectorielle mais fournit également une série d'explications théoriques.

- La nécessité d'une coordination entre les spécialistes reflète la reconnaissance de l'existence de nombreuses convergences entre différentes disciplines.
- La communication et le dialogue entre les secteurs, plutôt qu'une dé-spécialisation, sont la clé d'une coopération intersectorielle efficace. Les professionnels doivent être formés à développer leur capacité d'écoute ainsi qu'à comprendre la démarche d'autres groupes de spécialistes.
- Chacun a conscience que la contribution de son propre secteur est nécessaire à une coopération efficace.

Participation de la population

Le programme propose que des actions visant à faire participer la population soient menées afin que les citoyens puissent être tenus informés correctement, guidés et motivés pour participer en toute connaissance de cause aux différentes initiatives.

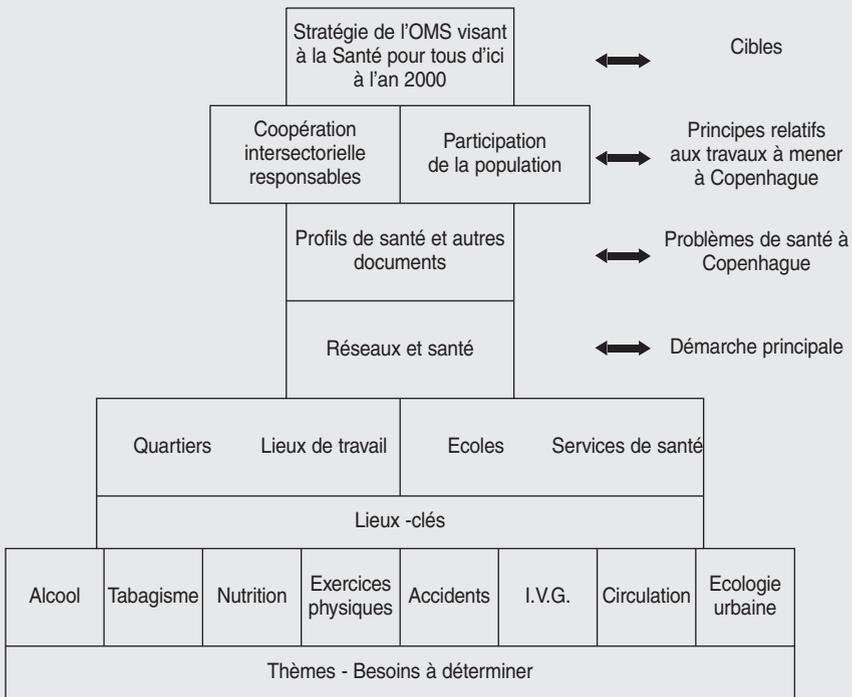
Egalité

L'objectif visant à réduire les inégalités entre les différentes zones urbaines est une priorité.

Logement

Les propositions émanant des citoyens pour la rénovation des quartiers les plus dégradés ont été analysées. L'intention est de renverser la tendance visant à " expulser " ceux qui résident actuellement dans un quartier donné après que celui-ci a été réhabilité. Une attention toute particulière est portée aux familles avec enfants. Le plan propose de construire de petits immeubles dont les appartements ont des dimensions adaptées à la taille des familles, il prévoit aussi un programme d'entretien afin de maintenir une bonne qualité de vie dans l'avenir. Concernant les aspects techniques de la rénovation dans les quartiers bétonnés (habituellement les quartiers périphériques ayant été construits dans les années 30), des projets ciblant la qualité et la taille des logements, combinés à une amélioration des zones

Figure 2.8 Structure du programme de développement de la santé urbaine à Copenhague



Source : Healthy City Project, Copenhagen Health Services (45), p. 77

avoisinentes (équipements de loisirs, services et autres aménagements), sont proposés. Un projet de rénovation du complexe résidentiel de Mønten ainsi que de celui situé dans la zone urbaine de Skoleholder (tous les deux au cœur du quartier de Bispebjerg) est en cours. Cette action s'inscrit dans le cadre d'un projet de quartier et requiert la participation active des locataires et propriétaires.

Transports

Comparée à d'autres villes européennes de mêmes dimensions, Copenhague se distingue par ses transports publics particulièrement efficaces, par son flux de circulation ainsi que par ses pistes cyclables. Le plan santé cite des initiatives visant à réduire les accidents de la route impliquant des cyclistes et à protéger les zones résidentielles les plus exposées au bruit et à la pollution atmosphérique. Les travaux envisagés pendant toute la durée d'application du plan comprenaient la reconstruction de certaines routes, l'étude de mesures particulières permettant aux cyclistes de couvrir des distances dépassant 5 à 10 km, la construction de 12 kilomètres supplémentaires de pistes cyclables, l'application de mesures permettant d'accroître la sécurité des infrastructures et de contrôler la circulation des poids lourds sur les chaussées les plus étroites de la ville.

Espaces publics

L'amélioration des espaces verts et la création d'un réseau permettant de les relier entre eux à travers l'ensemble de la zone urbaine sont identifiées comme des priorités. Le plan cherche en outre à transformer certaines rues du quartier en zones récréatives (certaines initiatives ont déjà été mises en place dans le quartier de Nørrebro) et à créer des espaces publics réservés à la vie sociale (deux places ont été agrandies dans le quartier de Vesterbro).

Suivi et évaluation

Les résultats obtenus par la mise en application du plan doivent faire l'objet d'une évaluation en contrôlant les changements (indicateurs) et les démarches de participation et de coopération intersectorielle.

Encadré 2.6 Plan de développement de la santé urbaine à Stoke on Trent (Royaume Uni)

Contexte

La ville de Stoke on Trent a été désignée en 1998 comme membre du réseau européen des Villes-Santé de l'OMS. Les travaux ont débuté avec la préparation du plan de développement de santé urbaine lors de l'été 1998. Le Conseil Municipal a lancé en novembre 1999 le programme intitulé *Sharpening the focus on health : a city health development plan* (Renforcer et préciser l'attention portée à la santé : plan de développement urbain pour la santé).

Processus

La ville de Stoke on Trent a constitué un groupe de travail principal ayant pour tâche d'élaborer le document. Ce groupe a débattu de la portée du programme et de sa relation vis-à-vis des autres instruments de planification existant au sein de la ville. Le groupe en a conclu que ce programme devrait constituer un document clé intégrant l'ensemble des travaux menés dans la ville ayant une incidence sur la santé. La façon d'envisager les actions, la stratégie et les priorités soulignées dans le programme ont été élaborées après qu'aient été identifiées, grâce à la pratique des profils de santé, les priorités de la ville en matière de politique de santé. Il a ensuite été demandé aux différents secteurs, dont les activités contribuent au développement de la santé dans les villes, d'identifier quelles étaient leurs actions vis-à-vis de ces priorités et d'élaborer une partie du programme.

Ce processus a permis de garantir que les spécialistes de santé publique à Stoke on Trent et le Conseil Municipal étaient en liaison les uns avec les autres comme il convient. Ceci a eu pour effet d'associer les premiers aux stratégies du conseil municipal tel que le programme des transports locaux et la constitution d'un Groupe " Agenda Santé " chapeauté par son Directeur adjoint. Il s'agit d'un groupe intersectoriel constitué dans la perspective d'élaborer un programme général portant sur les problèmes de santé et ayant pour fonction d'apporter des informations aux décideurs politiques. Les urbanistes disposent d'un rôle important au sein de ce groupe. Les indicateurs de santé sont désormais fixés comme faisant partie intégrante des projets de rénovation et de réhabilitation urbaine de la ville de Stoke on Trent. En

outre, le coordinateur du projet Ville-Santé agit en tant que facilitateur, autorisant ainsi la mise au point d'outils destinés à l'évaluation des impacts sur la santé et garantissant que cette dernière soit prise en considération parmi les sujets prioritaires que sont le logement, l'environnement, les transports, le développement économique et l'urbanisme.

Contenu

La perspective d'amélioration de la santé de la ville de Stoke on Trent se concentre sur une prise de participation active de la collectivité aux processus décisionnels promouvant l'égalité et la collaboration intersectorielle afin d'améliorer la santé et la qualité de la vie. Les priorités d'action tournent autour des problèmes inhérents au mode de vie, au développement économique, à l'éducation, à la pauvreté, à l'environnement, à la délinquance, aux transports, au logement et à l'accès aux soins. Pour chacun de ces problèmes, le plan donne des détails sur les conditions de vie au sein de la ville, précise comment ces problèmes seront abordés et traités, quelles seront les passerelles vers les programmes locaux pertinents et quelles actions spécifiques seront prises. Les liens avec l'urbanisme (ou l'aménagement foncier) existent dans un certain nombre de domaines et les actions qui tombent en partie ou en totalité dans les attributions des urbanistes sont identifiées. Les exemples relatifs au logement et aux transports sont passés en revue ci-dessous.

Logement

Le plan de développement urbain pour la santé identifie les problèmes que posent les logements de mauvaise qualité du secteur privé, les logements vieillissants du secteur public, l'incapacité des individus à assumer des dépenses de chauffage, le nombre significatif de personnes âgées occupant des logements inadaptés à leurs besoins, les problèmes de sécurité au sein de la collectivité et les milieux de vie médiocres. Les stratégies visant à s'attaquer à ces problèmes sont mises ici en exergue et présentent des liens avec le projet d'urbanisme (aménagement foncier), la planification institutionnelle ainsi qu'un certain nombre d'initiatives se rapportant à la rénovation, au logement, au développement de la collectivité et à la justice sociale. Des types spécifiques d'action sont mis en lumière. Ceux-ci prévoient :

- La satisfaction des besoins et des aspirations en matière de logement par une conception de l'habitat qui soit abordable pour les individus grâce à une planification effective, des essais probatoires et une conception appropriée ;
- L'élaboration d'options permettant de pallier les problèmes immobiliers dans les secteurs public et privé pour lesquels la demande est faible ;
- La création et le maintien de collectivités harmonieuses en s'attaquant aux problèmes de l'exclusion sociale et de la pauvreté et en encourageant le choix du logement et la mobilité ;
- De s'attaquer aux logements dits inhabitables en proposant des options de rénovation ou de démolition identifiées lors d'enquêtes ;
- D'élaborer des projets de logement spécifiques lorsque le besoin s'en fait sentir ; et
- D'étendre les partenariats aux associations de résidents et autres organismes qui aident au développement de la collectivité et prodiguent leurs conseils.

Transports

Le plan traite des aspects positifs et négatifs du choix des transports, de leurs influences sur la santé et identifie tout un éventail de stratégies permettant de s'attaquer aux aspects négatifs et de promouvoir des options de transport saines. Ces stratégies incluent la planification du transport des habitants de la périphérie mais aussi la marche à pied, les déplacements à bicyclette et les transports publics ; des liens sont établis en relation avec le programme d'urbanisme (ou aménagement foncier), l'Agenda 21 local et les programmes liées à l'environnement, à la santé et à la réhabilitation des quartiers. Un large éventail d'activités permet de faire avancer ces stratégies. Celles qui revêtent une pertinence toute particulière pour les urbanistes intègrent la santé comme composante des programmes de transport et visent à promouvoir la marche à pied et les déplacements à bicyclette.

La santé sera intégrée aux stratégies de transport et fera utilisation des moyens suivants.

- Mise au point d'un programme de planification des transports locaux d'ici à juillet 2000 pour la période 2001-2006. Ce programme permettra d'améliorer l'environnement urbain par des initiatives visant à réduire les encombrements et à optimiser la gestion du trafic, une attention toute particulière étant portée aux schémas de développement durable. Améliorer la santé des individus est l'un des objectifs de cette stratégie.
- Un nouveau plan d'urbanisme sera élaboré et publié en 2002. Il exposera les directives permettant d'accroître la mobilité et l'accessibilité pour tous les résidents de Stoke on Trent, une attention toute particulière étant portée aux personnes ne disposant pas de leur propre véhicule et aux personnes handicapées.
- Un programme touchant aux modes de déplacement plus écologiques et moins polluants à l'adresse du Conseil Municipal sera élaboré d'ici à avril 2000 et préconisera l'application progressive de politique alternative de transport.

Les déplacements à pied et à bicyclette seront encouragés en utilisant les moyens suivants :

- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan urbain de déplacements à bicyclette. Ce programme vise à augmenter le nombre de personnes utilisant ce moyen de transport et à garantir que des équipements à long terme sont prévus pour les cyclistes ;
- La mise en service d'un réseau cyclable à travers toute la ville, selon le modèle national ;
- L'extension des itinéraires cyclables afin de répondre aux besoins de déplacements des habitants de la périphérie. Les itinéraires menant aux magasins et aux équipements de loisirs seront également pris en compte de même que des itinéraires plus sûrs menant aux écoles ;
- L'édition de cartes présentant les itinéraires et voies cyclables ainsi que les équipements disséminés à travers toute la ville destinés aux cyclistes. Enfin la mise à disposition d'informations concernant les avantages de l'utilisation de ce mode de déplacement pour la santé.

- Assurance que les nouveaux aménagements tiennent compte des piétons et des cyclistes ;
- Assurance que les besoins des piétons et des cyclistes sont pris en compte dans le cadre de différents lieux de discussion, comités et groupes ; et
- Incitation au développement des voies piétonnes et cyclables à des fins récréatives.

Conclusion

Le processus d'élaboration du plan de développement santé en milieu urbain s'est avéré extrêmement important en ce qu'il a permis aux personnes issues de différents secteurs d'avoir une réflexion sur la santé, dans la mesure où celle-ci est en rapport avec leur travail. Ce programme illustre dans quelle mesure les travaux de chacun des différents secteurs impliqués a contribué à parvenir à une démarche d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de la vie à Stoke on Trent. Les urbanistes ont joué un rôle essentiel dans ce processus, non seulement en termes de travail fourni sur les profils de santé et d'élaboration d'une vue d'ensemble des besoins de la ville mais également par leur participation active à l'élaboration de programmes pour l'avenir destinés à satisfaire ces besoins.

Source : Stoke on Trent Healthy City (46)

D – Développement de réseaux

Réseaux nationaux et internationaux

Outre les villes participant au réseau européen de l'OMS, le mouvement des Villes-Santé intègre des réseaux nationaux et internationaux. Plus de 1000 villes et communes sont liées aux réseaux Villes-Santé dans 29 pays européens (figure 2.9) (47).

L'OMS ne pouvant apporter directement son soutien à tous les projets Villes-Santé, des réseaux nationaux ont été constitués pour des villes de même langue ou dépendant d'une même structure institutionnelle ou administrative. L'OMS assure la liaison avec les coordinateurs des réseaux nationaux. Les activités de ces derniers portent sur la traduction de documents d'orientation et de conseil concernant le projet dans la langue nationale de chaque pays, la rédaction de bulletins d'information, la popularisation du mouvement et l'incitation à y participer ainsi que l'organisation de réunions et de journées de travail portant sur les orientations générales ou sur des thèmes spécifiques.

Les groupes de travail thématiques connus sous le nom de Programmes d'Action Multi-Villes existent à l'échelon national et international et leur but est de travailler sur des thèmes spécifiques (48). Chaque programme d'action rassemblant plusieurs villes définit ses propres buts mais les objectifs généraux de ces programmes d'action sont les suivants :

Figure 2.9. Propagation du mouvement Villes-Santé au sein de la région Europe de l'OMS



- Elaborer et mettre en œuvre des projets, des politiques, documents et déclarations à caractère innovant ;
- Diffuser le savoir-faire à d'autres villes ;
- Impliquer d'autres acteurs de la ville à l'action des réseaux internationaux, aux côtés des partenaires du projet local Ville-Santé.

Les thèmes passés et actuels des groupes de travail thématiques portent sur les sujets suivants : Agenda 21, activité physique, tabagisme, femmes, nutrition, accidents de la route. Un autre groupe associe des villes de la mer Baltique.

Un groupe de travail thématique portant sur le thème urbanisme et santé prend actuellement forme en Europe. En octobre 1999, des urbanistes, coordinateurs des projets Villes-Santé et des universitaires venant de 19 villes européennes membres du réseau Villes-Santé de l'OMS se sont réunis à Milan pour débattre du concept d'urbanisme et santé (49, 50).

Les débats et les discussions ont porté sur la signification du terme " urbanisme favorable à la santé " et ont également abordé le type de soutien et de conseil dont les urbanistes et les promoteurs des projets Villes-Santé ont besoin dans ce domaine. Les discussions ont aussi porté sur la manière dont le réseau devrait procéder pour développer ses travaux futurs, eu égard à ce concept " d'urbanisme favorable à la santé ". Les idées présentées ont été reçues avec un grand enthousiasme et beaucoup de suggestions nouvelles ont été faites à la fois aux villes et à l'OMS. La question de la façon dont les deux peuvent faire progresser les choses dans ce domaine a aussi été posée. Il fut recommandé que l'OMS instaure un groupe de travail d'action local sur ce thème. Ce groupe testerait les conseils prodigués, contribuerait au développement de nouveaux outils et ferait office de réseau de soutien aux initiatives émanant des villes. Il travaillerait de manière plus ciblée et en collaboration plus étroite avec l'OMS que les autres groupes ne l'avaient fait.

CONCLUSION

Ce chapitre est principalement axé sur les activités des villes membres du réseau Villes-Santé de l'OMS ainsi que sur celles des villes participant aux réseaux nationaux. Les urbanistes travaillant dans ces villes peuvent contribuer de manière très appréciable au processus de planification d'une Ville-Santé et l'approche Ville-Santé peut, à son tour, permettre d'étendre et d'améliorer les politiques et pratiques de l'urbanisme.

En résumé, l'approche Villes-Santé s'avère importante pour l'urbanisme en raison des motifs suivants.

- Elle permet de stimuler le développement de politiques et d'actions de développement urbain favorables à la santé en général et de prendre en compte plus particulièrement des objectifs de justice sociale, de durabilité et de participation.
- Elle apporte une légitimité aux politiques et pratiques existantes de développement urbain favorables à la santé.
- Elle facilite la coopération entre les différents secteurs au sein des villes. Les urbanistes peuvent tirer avantage d'une telle coopération en évitant les doublons, mais aussi des divergences entre les politiques des différents secteurs. La mise en application plus efficace des initiatives politiques peut ainsi être obtenue.
- Grâce aux mécanismes de développement des réseaux, la démarche Villes-Santé donne la possibilité aux urbanistes d'entrer en contact au niveau national et international avec des confrères. Les urbanistes résidant en Europe sont confrontés aux mêmes problèmes, le projet Villes-Santé leur permet de partager leurs expériences et pratiques.
- Le soutien politique apporté à la démarche Villes-Santé permet d'appuyer comme il se doit, à l'échelon local le plus élevé, les principes et les politiques liés à un urbanisme soucieux de la santé.

La démarche Villes-Santé n'est pas restrictive. Les urbanistes qui travaillent dans les villes ne faisant pas partie du mouvement mondial Villes-Santé peuvent trouver dans cette approche une inspiration leur permettant de modifier leurs pratiques, en se conformant aux principes Villes-Santé. Les urbanistes peuvent :

- Commencer à développer des réseaux associant des représentants de différents secteurs d'activité et de partenaires au sein même des villes, améliorant ainsi la communication à la fois entre différents secteurs de l'administration locale et avec les entreprises locales et la population.
- procéder à un nouvel examen des pratiques de l'urbanisme de sorte que la santé soit considérée comme une priorité dans le processus décisionnel : par exemple, faire de la santé et du bien-être des habitants d'une ville un objectif pivot de l'urbanisme et de l'aménagement foncier.

Urbanisme et Santé en pratique – expériences du mouvement Villes-Santé

INTRODUCTION

Les chapitres précédents ont souligné les liens qui existent entre la santé et l'urbanisme, illustrant l'intérêt de la démarche Villes-Santé et l'importance d'un urbanisme favorable à la santé. Le présent chapitre établit une base pour les futurs travaux à mener dans ce domaine. Le projet Villes-Santé de l'OMS existe en Europe depuis 1986 mais il a pour la première fois été officiellement demandé aux villes d'associer des urbanistes aux travaux de la troisième phase du projet (1998-2002). L'urbanisme favorable à la santé constitue là un nouveau domaine d'action et donne ainsi matière au travail du mouvement Villes-Santé. C'est la raison pour laquelle l'OMS a réalisé à la fin de la seconde phase du projet (1993-1997) une enquête sur les urbanistes résidant dans les villes membres du réseau Villes-Santé de l'OMS. (51).

Le présent chapitre examine dans le détail les résultats de cette enquête. Il analyse dans quelle mesure les principes, promus par les villes du réseau européen Villes-Santé de l'OMS, sont d'ores et déjà intégrés au processus d'urbanisme. Il examine également jusqu'à quel point le concept d'urbanisme favorable à la santé a pu être développé dans les villes. Les résultats de l'enquête sont complétés par une série de commentaires, d'exemples et d'études de cas provenant des villes européennes du réseau.

Cette enquête est particulièrement pertinente et s'adresse aux villes participant au mouvement Villes-Santé mais elle présente également un intérêt pour les urbanistes de toute l'Europe. En premier lieu, les réponses au questionnaire et les exemples donnés montrent les similitudes et les différences dans la façon d'aborder les problèmes d'urbanisme dans les différents pays. En second lieu, l'enquête fournit la preuve qu'une politique d'urbanisme favorable à la santé peut effectivement devenir une réalité.

Comme le montre ce chapitre, les travaux n'en sont qu'à leur début. Toutefois, la nature intersectorielle des travaux menés dans les Villes-Santé a permis dans un certain nombre de ces villes européennes, d'établir des passerelles entre les projets Villes-Santé et les urbanistes. Des liens ont pu être ainsi établis et des travaux effectués en collaboration se développent à différents niveaux. Dans un certain nombre de cas, ces démarches sont menées dans le cadre de projets de rénovation et de réhabilitation individuels, dans d'autres cas, elles s'appliquent à l'urbanisme de l'ensemble de la zone urbaine.

ETUDE EFFECTUÉE DANS LES VILLES PARTICIPANT À LA SECONDE PHASE DU PROJET EUROPÉEN DES VILLES-SANTÉ DE L'OMS

Contexte

L'étude a été menée dans les villes participant à la seconde phase du projet européen des Villes-Santé de l'OMS afin d'en connaître davantage sur l'opinion des urbanistes vis-à-vis des relations entre santé et urbanisme et de savoir si les urbanistes qui travaillent dans ces villes ont pris en compte la santé, le bien-être et la qualité de la vie dans leurs travaux. Les résultats pourraient permettre à l'OMS, dans le cadre de son initiative naissante, d'élaborer les concepts et les pratiques d'un urbanisme favorable à la santé.

Méthodes

En mai 1998, un questionnaire a été envoyé aux responsables de l'ensemble des services d'urbanisme des villes participant à la seconde phase (1993-1997) du projet Villes-Santé de l'OMS (Annexe 2).

Les objectifs principaux de ce questionnaire consistaient à étudier en détail les points suivants :

- Manière dont les villes interrogées interprètent la relation entre santé et urbanisme ;
- Comment les principes d'un urbanisme favorable à la santé influencent la pratique de l'urbanisme ? ;
- Questions concernant la définition des priorités et les propositions d'action ;
- Obstacles à la réalisation de programmes, plans et propositions ;
- Etat de la question et résultats des programmes, politiques ou projets les plus significatifs.

Le questionnaire comportait trois parties :

- Les pratiques d'urbanisme dans chaque ville concernée ;
- L'implication des urbanistes dans le projet local Ville-Santé ;
- Comment une politique d'urbanisme favorable à la santé est-elle perçue aussi bien du point de vue théorique que pratique ?

Analyse des réponses

Le taux de réponse a été de 76% (29 villes sur les 38 concernées). Beaucoup de réponses étaient d'un caractère très général et ne proposaient pas d'exemples spécifiques. En outre, bien que les deux premières parties du questionnaire posent des questions d'ordre général et que la troisième partie porte sur des questions théoriques et pratiques, les réponses faites étaient souvent répétitives et thématiques.

Afin de rendre plus aisée l'analyse des questionnaires, les réponses ont été rationalisées. Les mêmes concepts, exprimés de différentes manières, ont été classés comme apportant les mêmes réponses. En même temps, toute simplification à l'extrême fut évitée ce qui aurait eu pour effet d'empêcher diverses interprétations. L'analyse a été menée en ayant présent à l'esprit les orientations générales et les domaines d'action d'un urbanisme favorable à la santé.

PRINCIPES VILLE-SANTÉ APPLIQUÉS À L'URBANISME

Le questionnaire a permis de contrôler dans quelle mesure certains principes clés du projet Villes-Santé de l'OMS (chapitre 2) tels que la justice sociale, la coopération intersectorielle et l'implication de la population ont pu être intégrés aux pratiques d'urbanisme.

Justice sociale

Une démarche d'urbanisme intégrant la dimension santé tend à favoriser la justice et la cohésion sociales. Une politique urbaine favorable à la santé implique de prévoir ce qui est bon pour chacun dans la ville et non pas simplement de répondre aux intérêts les plus puissants ou de ceux qui s'expriment le plus fort. L'étude de cas présentée dans l'encadré 3.1 montre comment les principes de justice sociale peuvent être explicitement intégrés dans l'action de l'urbanisme.

Encadré 3.1. Promouvoir l'égalité à Milan (Italie)

En 1990, la ville de Milan a lancé un projet ayant trait à la santé connu sous le nom de Healthy Urban Child (Evolution de l'enfant dans un milieu urbain favorable à la santé) (52). Ce projet impliquait les enfants de toute la ville de Milan. Ceux-ci devaient se représenter leurs propres quartiers pour qu'ils répondent davantage aux besoins et aux désirs des enfants. Ce projet avait également pour objectif de permettre à ces derniers de s'exprimer sur le développement urbain. Dans un premier temps, avec l'aide d'enseignants et d'experts, les élèves ont procédé à une analyse de l'état de leur propre quartier. Ils ont pris en considération l'urbanisme, les transports et la circulation, les lieux de vie sociale, les espaces verts et les aires de jeux. La phase suivante consistait pour eux à concevoir des programmes et des schémas visant à expliquer leurs idées et les améliorations proposées. Cinq des programmes proposés par ces enfants furent retenus et réalisés. L'équipe professionnelle était composée d'architectes experts en matière de conception architecturale et habitués à travailler avec des enfants, des urbanistes, un anthropologue spécialisé dans l'étude de la vie urbaine, des enseignants et des agents de la circulation.

Les résultats du projet comprenaient les points suivants :

- Les lieux n'étant pas habituellement utilisés comme des places firent l'objet d'un examen, pour envisager comment ceux-ci pourraient être aménagés pour accueillir et intégrer d'autres activités.
- Les routes conçues à l'origine comme itinéraires pour le trafic routier furent reclassées afin de permettre la circulation des piétons et des cyclistes et présenter des espaces où les enfants pourraient s'ébattre et se sentir davantage dans un cadre naturel.
- Les espaces verts déjà utilisés en tant qu'aires de jeux ou de lieux de rencontre furent améliorés afin de multiplier les usages possibles.
- Les espaces intérieurs et extérieurs des jardins d'enfants furent repensés afin de multiplier les activités de jeux et permettre au personnel et aux enfants de modifier les dispositions spatiales en fonction de leurs besoins et des tâches à accomplir. Le projet a également permis de stimuler et d'inciter à d'autres changements dans la manière de gérer la ville.
- Le personnel municipal s'est trouvé motivé par les expériences acquises dans le cadre du projet.

- Les urbanistes ont pris plus pleinement conscience des exigences générales des enfants.
- Le quartier tout entier s'est vu impliqué dans le projet par le biais des familles des enfants scolarisés.
- L'école a été utilisée comme un lieu de rencontre de proximité.
- Les enfants, les familles, les professionnels et les résidents ont pu développer un sens accru de l'appartenance ce qui leur a permis de s'investir dans leur quartier.
- Les habitants ont reconnu de plus en plus la valeur que représente la diversité culturelle et environnementale comme une composante essentielle des villes saines et durables.

Cet exemple montre que les différents éléments concernant un urbanisme favorable à la santé sont intimement liés. Le projet de santé intitulé " l'enfant dans un milieu urbain favorable à la santé " a débuté comme un exercice visant à impliquer les enfants dans le domaine de l'urbanisme mais les résultats et les effets portent sur un horizon beaucoup plus large.

Les réponses faites par les urbanistes à l'enquête menée dans les 38 villes du réseau européen de l'OMS portant sur la question des groupes dits vulnérables illustrent dans quelle mesure les urbanistes prennent aujourd'hui en considération les besoins des citoyens. Il a été demandé à chacune des villes les mesures qu'elles projetaient de prendre vis-à-vis de ces différents groupes, notamment les enfants et les personnes âgées.

Les réponses ont été divisées en trois catégories et exprimées en termes de compatibilité avec les principes d'un urbanisme pour la santé :

- compatible : des groupes de travail sont constitués des personnes concernées ;
- partiellement compatible : les besoins spécifiques sont pris en considération mais sans la participation active des personnes concernées (analyse de l'information) ;
- incompatible : lorsque les citoyens sont considérés comme une population abstraite et générale.

Le tableau 3.1 présente des résultats détaillés. Il indique le type d'initiatives qui ont été prises. Certaines villes ont fourni plus d'une réponse et comme il était considéré important de faire apparaître toutes les réponses dans le tableau de résultats, aucun pourcentage n'est indiqué. L'une des 29 villes interrogées n'a pas fourni de réponse. Le tableau 3.1 donne un récapitulatif des résultats.

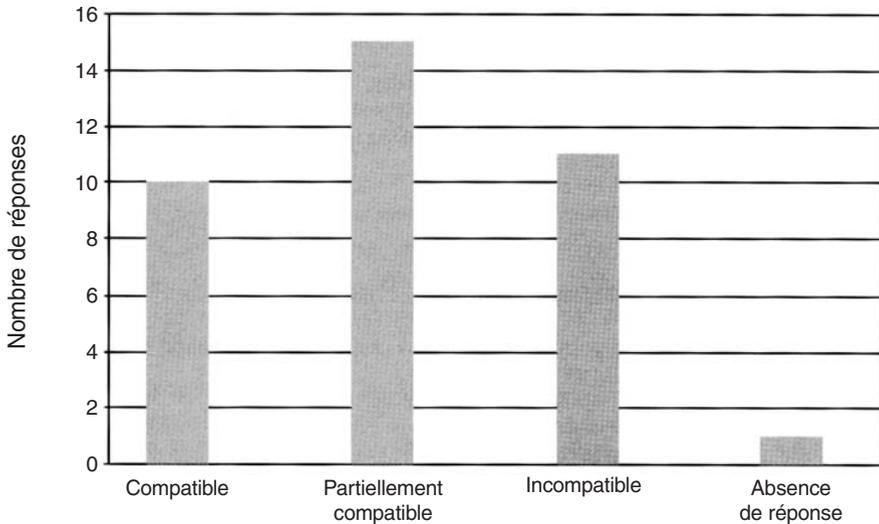
Tableau 3.1. Résultats d'une étude menée dans les villes (n = 29, 37 réponses au total) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS portant sur la question suivante : comment s'appuyer sur l'urbanisme pour promouvoir la justice sociale et de quelle manière les pratiques du développement urbain sont-elles compatibles avec les préoccupations de justice sociale ?

Réponses au questionnaire selon les catégories de compatibilité	Fréquence pour chaque réponse
Compatible avec les principes d'un urbanisme favorable à la santé	10
Création de groupes de travail composés d'urbanistes et de personnes concernées	5
Regroupement des différents besoins relatifs aux espaces publics	2
Prestation de services à proximité du lieu de résidence	1
Elaboration de projets locaux destinés à des groupes spécifiques	1
Propositions d'installations spécifiques telles que celles destinées aux personnes âgées, ou le logement et les espaces verts.	1
Partiellement compatible avec les principes d'un urbanisme favorable à la santé	15
Création de routes sûres	1
Consultation auprès des services sociaux et d'éducation pour obtenir des informations	3
Evaluation des demandes des citoyens	1
Implication occasionnelle des groupes locaux	2
Consultation auprès du conseil de quartier	1
Etablissement de plans intersectoriels	5
Instauration de programmes spécifiques	1
Recherche spécifique	1
Incompatible avec les principes d'un urbanisme favorable à la santé	11
Application des normes imposées par la loi	8
Recours à l'expérience de l'urbaniste	1
Création des zones multifonctionnelles	1
Éléments généralement non pris en compte	1
Absence de réponse	1

Une sélection des réponses portant sur urbanisme et justice sociale sont données ci-dessous. Elles apportent un éclairage sur les différentes démarches menées en fonction des groupes concernés par le développement urbain.

- Le programme de développement concerne l'ensemble de la ville. Une série de plans d'action intégrés axés sur des zones urbaines locales précisément définies, prend en compte les besoins spécifiques des différents groupes.
- Prévoir les besoins des différents sous-groupes présents dans notre ville s'effectue à différentes phases de la planification. Lors de la préparation du programme de travail du Conseil Municipal, on retient un grand nombre de populations cibles de sorte que lorsque les services municipaux fixent les tâches à réaliser, ils devront également vérifier quels sont les groupes de population qui doivent bénéficier d'un soutien. Ce qui implique qu'une analyse détaillée permette de prévoir que chacune des actions de la ville réponde aux besoins de chacune des populations cibles et des quartiers ainsi qu'aux projets et objectifs établis par la municipalité.

Figure 3.1. Résultats d'une étude menée dans les villes (n = 29, 37) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS portant sur la question suivante : comment s'appuyer sur l'urbanisme pour promouvoir la justice sociale et comment les pratiques de développement urbain sont-elles compatibles avec les préoccupations diminution des inégalités ?



- Cette analyse est effectuée par les soins des services municipaux lorsque les programmes annuels ou pluri-annuels sont réalisés. Le programme de travail de la municipalité est également informatisé de sorte que chaque action touchant à l'urbanisme peut être complétée par un suivi et une évaluation. Une autre méthode consiste à créer des équipes intersectorielles agissant en direction de populations spécifiques. Ces équipes ont pour mission de diriger la programmation commune et d'assurer la coordination entre les différents services. Au cours de l'année passée, trois équipes intersectorielles ont été créées par la municipalité sur ce modèle. Une première équipe fait porter ses efforts sur les questions concernant les personnes âgées, une autre s'intéresse aux familles monoparentales et la dernière axe son travail sur les jeunes confrontés à la détresse et à la misère. Les populations-cibles elles-mêmes sont également impliquées dans les travaux menés par chacune de ces trois équipes.
- Les plans d'urbanisme concernant notre ville reflètent les intérêts des différents groupes sociaux. Une attention toute particulière est accordée aux intérêts des enfants. Il existe un système parfaitement organisé d'écoles, jardins d'enfants, crèches et maternelles de même que des aires de sport et terrains de jeu. Pour les personnes âgées, il existe une organisation des services de soins et des maisons de retraite. Toutes les décisions d'aménagement sont adaptées aux personnes handicapées.
- Dans le futur, des objectifs spécifiques d'urbanisme concernant différents groupes seront proposés et une étude d'impact sera effectuée en vue de faire des choix entre différentes propositions.
- Afin de répondre aux besoins des différents groupes de population de notre ville, des équipes d'urbanistes de composition variable travaillent ensemble sur des tâches spécifiques pendant une période donnée.

Coopération intersectorielle

L'un des indicateurs clés permettant d'évaluer dans quelle mesure un urbanisme favorable à la santé se développe au sein des villes est la quantité des relations existant entre les services d'urbanisme et le projet Villes-Santé. Des contacts informels ont souvent pour effet de stimuler les occasions de travailler conjointement sur des projets spécifiques et permettent d'aboutir à une démarche commune dans l'action de développement urbain (encadré 3.2). Par exemple, dans le projet d'urbanisme du quartier de Gasvej à Horsens (voir chapitre 5), le service de l'urbanisme a pris l'initiative de lancer le projet, mais comme celui-ci faisait également partie intégrante du projet Villes-Santé des liens étroits de travail se sont établis entre les deux services. En outre, le groupe de pilotage interdisciplinaire en charge du projet a intégré des représentants des services sociaux, des secteurs de la santé et de l'éducation ainsi que des personnes du quartier.

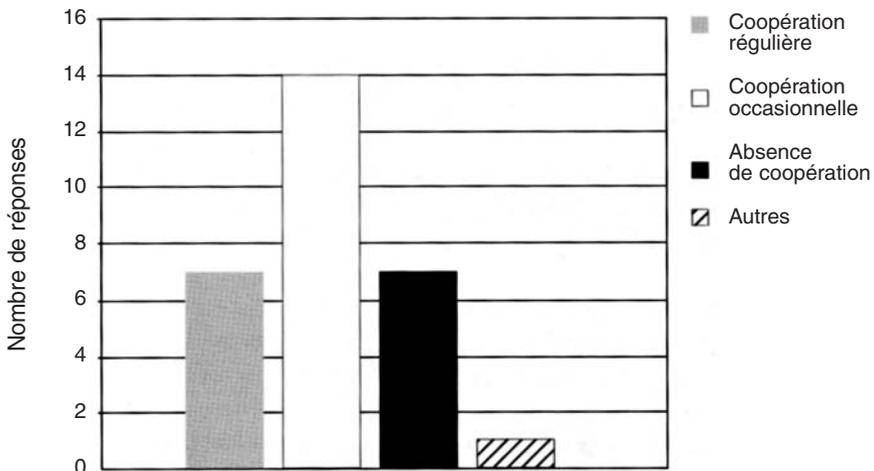
Les initiatives dans ce domaine émanent parfois du Bureau Ville-Santé de la ville qui apporte son concours au service de l'urbanisme dans certains domaines, c'est le cas de l'exemple de Newcastle présenté ci-dessous. Ce peut aussi être l'inverse, le service de l'urbanisme se trouvant impliqué dans un projet géré par le Bureau Ville-Santé, comme cela apparaît dans l'exemple de la ville de Milan présenté plus haut.

L'étude menée dans les villes (51) a conduit à poser la question de l'implication des urbanistes dans les travaux du projet Villes-Santé. Cette étude montre de fortes variations, certaines villes ont eu de très bons contacts avec les urbanistes alors que d'autres n'en avaient aucun. La plupart des villes sur lesquelles l'étude a porté indiquaient qu'il n'existait que peu de liens entre le projet Ville-Santé et le service de l'urbanisme. Le tableau 3.2 et la figure 3.2 illustrent ces résultats.

Tableau 3.2. Résultats d'une étude menée dans les villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS et traitant de la coopération avec des urbanistes dans les actions du projet Villes-Santé.

Catégorie	Réponses au questionnaire	Nombre de villes	% des villes
Coopération régulière avec des urbanistes	Oui, depuis le lancement du projet Villes-Santé Oui, coopération permanente	7	24
Coopération occasionnelle avec des urbanistes	Oui, pour certains projets Oui, uniquement en phase préliminaire de planification Oui, dans certains cas Oui, concernant le projet Santé " l'enfant dans un environnement urbain favorable à la santé " Oui, mais seulement récemment	14	48
Absence de coopération avec des urbanistes	Ceci ne s'intègre pas dans nos travaux Pas directement Non	7	24
Autres	Non, mais nous avons intégré ces principes dans nos projets	1	3

Figure 3.2. Résultats d'une étude portant dans les villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS, traitant de la coopération des urbanistes aux activités du projet Villes-Santé



Quatre types de coopération ont été identifiés à partir des réponses au questionnaire :

- Coopération régulière : celle-ci implique une bonne compréhension des liens existant entre la santé et les questions d'urbanisme ;
- Coopération occasionnelle : implique la reconnaissance de certains liens entre la santé et l'urbanisme ;
- Coopération inexistante : implique la non-reconnaissance des liens existant entre la santé et l'urbanisme ;
- Autre : réponses non-incluses dans les groupes mentionnés ci-dessus mais fournissant des informations significatives.

Les commentaires fournis par les villes éclairent davantage les différents types de contact.

- Certaines idées et certains projets pertinents émanant du bureau d'architecte consultant sont mis en œuvre ou appuyés par nos collègues du Bureau Ville-Santé. Par exemple, l'idée d'un sentier passant à travers les réserves foncières situées dans différents quartiers de la ville émane du bureau d'architecte. Cette idée a pu voir le jour grâce au Bureau Ville-Santé.

- Je suis membre du groupe intersectoriel Ville-Santé qui soutient à l'échelon local les projets de promotion de la santé et les stratégies de l'Agenda 21 menées à l'initiative des citoyens, des associations et autres. Ce travail a influencé la stratégie et l'application du projet urbain municipal.

- Des collègues au sein du bureau d'études sont impliqués de diverses manières dans le projet Ville-Santé. L'un est membre de l'organisme consultatif chargé du projet Villes-Santé, un autre travaille en tant que membre d'un groupe interdisciplinaire sur les directives permettant d'évaluer les actions de la municipalité en direction des enfants ; un autre effectue la même tâche vis-à-vis du groupe spécifique des personnes handicapées. Un autre exemple est celui de notre implication dans un programme visant à la réduction des émissions de CO₂ et de notre implication dans des projets relevant de l'Agenda 21 local.

Encadré 3.2. Coopération intersectorielle dans le cadre du développement d'un nouveau plan d'action pour la ville de Brno (République tchèque)

En 1997, l'Assemblée des représentants municipaux de la ville de Brno a approuvé la préparation d'un nouveau programme stratégique intitulé : *Une stratégie pour la ville de Brno*. Ce projet constitue un outil pour le développement à long terme de Brno et comporte des sujets d'ordre économique, social et environnemental. Il ouvre non seulement des perspectives pour la ville de Brno, mais comprend également un programme, un plan d'action ainsi qu'un plan financier permettant de concrétiser ces perspectives. Une fois parachevée, cette stratégie s'inscrira dans le plan directeur d'urbanisme (plan d'occupation des sols) de la ville de Brno.

Dans le cadre du Projet Villes-Santé, Brno a déjà commencé une démarche de planification, d'application et de suivi des actions visant à améliorer la santé, les conditions et la qualité de vie des habitants de la ville de Brno. En conformité avec les principes de la stratégie de l'OMS de la Santé pour tous ainsi qu'avec les principes du développement durable, la coopération intersectorielle s'est toujours avérée un élément clé de cette stratégie. Les principes du Projet Villes-Santé sont en passe d'être intégrés au projet global de la ville (une stratégie pour Brno) de sorte que la santé ne soit pas considérée par les différents secteurs d'intervention de la ville comme étant un sujet à part.

Au sein de la municipalité de Brno, le service d'urbanisme a été désigné comme unité coordinatrice chargée d'élaborer la stratégie. Ses représentants, par conséquent, font partie du groupe de coordination qui comprend également des élus, des membres d'autres services municipaux, des représentants de la population, ainsi que du comité Villes-Santé. La principale tâche de ce groupe a consisté à déterminer les méthodes de travail, le type de démarche à mettre en place et à identifier les changements organisationnels de la structure municipale permettant de faciliter la mise en application de la stratégie en question. Un certain nombre de tables rondes et de forums ouverts à tous ont été organisés afin de faire participer à la fois le public et les professionnels à l'élaboration de cette stratégie. Les principes clés pour le développement de celle-ci, approuvés par l'Assemblée des Représentants Municipaux, étaient les suivants :

- Un développement durable comme facteur régulateur du développement économique, social et environnemental ;
- Un soutien politique actif ;
- Une démarche de partenariat ;
- La participation du public ;
- Une évaluation continue du processus.

Le groupe de coordination a donc proposé un certain nombre de modifications portant sur la manière dont le Conseil Municipal de Brno est structuré. La municipalité envisage à l'heure actuelle la création d'une nouvelle unité de développement qui sera constituée pour partie de l'actuel service d'urbanisme, du service financier et

du bureau Ville-Santé. Cette modification dans l'organisation a pour objectif de rendre effectifs les liens existants entre l'urbanisme et le projet Villes-Santé, offrant ainsi la possibilité d'intégrer au plan de développement urbain les orientations de l'OMS de La Santé pour tous et celles du développement durable.

Source : d'après une présentation faite par Ivana Draholova, coordinatrice du projet Ville-Santé de la ville de Brno, dans le cadre du séminaire de l'OMS des 17 et 18 octobre 1999 à Milan, Italie, portant sur l'urbanisme et la santé (49, 50).

Implication de la population

La participation de la population aux processus décisionnels et aux processus de mise en œuvre constitue un élément pivot de la démarche Villes-Santé. Il existe de nombreux exemples de participation concernant l'action en faveur d'un urbanisme favorable à la santé ainsi que de différents éléments spécifiques du projet Villes-Santé en Europe (38). Le chapitre 2 présente le principe de participation et ses implications vis-à-vis de l'urbanisme. Ce sujet est développé d'un point de vue pratique dans le chapitre 5, mais la question est posée de savoir jusqu'à quel point la population est effectivement et habituellement impliquée dans l'élaboration des projets urbains ?

On a demandé aux villes quel était le rôle du citoyen ou de l'utilisateur dans les actions d'urbanisme (51) selon trois types de démarches participatives :

- Démarche participative : les citoyens coopèrent dans tous les cas avec les urbanistes, apportant des informations et fournissant des solutions qui seront prises en compte ;
- Démarche semi-participative : les citoyens coopèrent avec les urbanistes seulement dans certains cas, apportant des informations et fournissant des solutions prises en compte ;
- Démarche non-participative : les opinions des citoyens n'ont aucune influence concrète sur le projet d'urbanisme ou les choix du projet.

Le tableau 3.3 illustre ces résultats. Il montre que la culture de participation varie largement et comporte des pratiques tout aussi différentes. Certaines villes ont fait beaucoup de chemin dans ce domaine, tandis que dans d'autres la démarche d'urbanisme tirerait avantage à intégrer l'approche Villes-Santé.

Les extraits suivants des réponses à l'enquête donnent un aperçu qui permet de comprendre la diversité des approches participatives dans l'action d'urbanisme.

- Participation active visant à parvenir à des solutions communes concernant les questions et problèmes d'urbanisme ; retour d'information sur les réalisations accomplies par les autorités locales (panel d'utilisateurs, panel de citoyens) ; rôle des citoyens : prise de responsabilité concernant les questions et les problèmes, participation et vote.

Tableau 3.3. Résultats d'une étude menées dans les villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS traitant du degré de participation des citoyens à la politique d'urbanisme.

Catégorie	Réponses au questionnaire	Nombre de villes	% des villes
Démarche participative	Participation à la politique d'urbanisme. Participation effective à toutes les phases de la planification : projet provisoire et projet définitif.	11	38
Démarche semi-participative	Participation active dans certains cas Consensus des citoyens obligatoire pour les choix à court terme. Opinion de certains groupes requise dans le cadre des projets.	7	23
Démarche non-participative	Les citoyens sont informés du projet lors de la publication de celui-ci. Possibilités de débats publics et de communication des commentaires avant adoption, les pétitions venant après. Le citoyen peut exprimer son opinion sur les choix déjà formulés sans pour autant avoir de pouvoir décisionnel. Le citoyen dispose du droit de consulter tous les plans d'urbanisme. Les citoyens font l'objet d'une consultation par le biais d'enquêtes et de réunions de quartier	11	38

- Les citoyens et les organismes concernés, etc... ont une large possibilité d'intervention sur l'ensemble des programmes d'urbanisme grâce à un processus préliminaire dit " d'appel d'idées ", à des audiences et réunions publiques, des groupes de travail et aussi grâce à une collaboration directe avec le personnel municipal.
- Les citoyens sont impliqués à la fois dans les phases de préparation et dans les discussions concernant les plans d'occupation des sols. Ils sont ainsi en mesure d'apporter leurs commentaires sur les plans proposés ou d'être à l'origine de modifications, en qualité à la fois de citoyens et de propriétaires.
- Les citoyens sont consultés au cours des enquêtes publiques ou par l'intermédiaire des commissions de quartiers. Il existe un numéro vert gratuit (ligne directe de la municipalité) que les citoyens peuvent appeler pour faire part de leur point de vue et de leurs requêtes.

Dans certaines villes, les urbanistes commencent déjà à intégrer les projets Villes-Santé pour améliorer les démarches de participation de la population. En 1991, le projet Ville-Santé de la commune de Newcastle a entamé une collaboration avec le service local de l'urbanisme. Ce projet faisait partie intégrante des orientations et de la programmation du projet urbain (53). Il a facilité la popularisation du pré-projet urbain auprès des habitants de la ville en :

- mettant à disposition du personnel chargé de rendre visite aux différents groupes de la population pour décrire leurs propositions et recueillir leur opinion sur le sujet ;
- remaniant le document provisoire de sorte que les propositions spécifiques de chacun des groupes puissent être regroupées ;
- en organisant des manifestations à destination de groupes spécifiques, par exemple, des jeunes et personnes présentant des problèmes de santé mentale.

Ceci a permis d'établir une base de collaboration permanente dans certains domaines particuliers, par exemple les aménagements pour les cyclistes à l'occasion d'un projet d'aménagement de la partie nord de la ville.

Encadré 3.3. Association des Centres et Conseils de quartiers de la ville de Jérusalem (Israël)

L'Association des Centres et Conseils de quartiers de la ville de Jérusalem (Jerusalem Association of Community Councils and Centers (JACC)) est un organisme regroupant 29 centres et conseils de quartiers disséminés à travers tout Jérusalem. Son objectif est de renforcer les pouvoirs des quartiers à Jérusalem en encourageant les habitants à participer à l'amélioration de la qualité de la vie. Cette association travaille en étroite collaboration avec le projet Ville-Santé, et les conseils de quartiers sont devenus les principaux organismes de promotion et de mise en application de la santé pour tous et de l'Agenda 21 à l'échelon local. L'Association des Centres et Conseils de quartiers de la ville de Jérusalem (JACC) est également affiliée à la municipalité de Jérusalem.

Les conseils de quartiers sont actifs à la fois au sein des quartiers juifs et arabes. Chacun de ces conseils est administré par un collège élu démocratiquement et se compose de plusieurs commissions dont une consacrée à l'urbanisme. Les conseils de quartiers emploient du personnel professionnel en fonction des besoins et des équipements disponibles. Les activités sont très diverses : elles comprennent les soins aux enfants d'âge pré-scolaire, les activités éducatives, culturelles et de loisirs ainsi qu'un certain nombre d'activités plus étroitement liés à l'urbanisme. Les conseils ont pour mission : d'identifier les besoins des quartiers, d'élaborer des plans et projets de quartier, de se pencher sur des problèmes de circulation et de bruit, de s'occuper des parcs et des équipements de loisirs, du recyclage et de l'écologie ainsi que de la réhabilitation urbaine, y compris l'amélioration des bâtiments dégradés, les zones voisines et la préservation des bâtiments plus anciens.

Le transfert aux conseils de quartiers d'un nombre croissant de tâches fait partie intégrante d'un processus plus large de décentralisation mené à Jérusalem ; l'Association des Centres et Conseils de quartiers de la ville (JACC) incite les habitants à prendre part et à soutenir les démarches de planification décentralisée ainsi que les initiatives de quartier. Les requêtes des habitants dont les centres commu-

naux se font l'écho ont permis d'aboutir à des changements directs au sein du tissu physique même des quartiers ; ces changements se sont appliqués aux politiques d'aménagement des quartiers. Par exemple, le conseil de quartier de Nachlaot Rechavia représente un groupe important de citoyens du troisième âge. Le projet Ville-Santé a reçu de nombreuses plaintes émanant des résidents locaux soulignant qu'un nombre important et toujours croissant de bureaux venaient s'installer dans le quartier. Nombre de résidents avaient le sentiment que les rues étaient devenues désertes la nuit et qu'ils ne se sentaient pas en sécurité lorsqu'ils s'y promenaient. Le conseil de quartier, en coopération avec la municipalité, a pris une décision visant à limiter le nombre d'entreprises commerciales autorisées à s'installer dans ce quartier.

En résumé, les actions des conseils de quartiers et du projet Ville-Santé de Jérusalem ont permis de modifier les points de vue de la ville vis-à-vis de l'administration locale. Les conseils sont devenus un mécanisme permettant de renforcer l'implications du terrain, de promouvoir la justice sociale de manière directe et concrète, d'accroître l'efficacité, de limiter la bureaucratie, d'économiser des ressources précieuses, de développer la notion de pouvoir local et de donner le pouvoir aux habitants sur une série de questions touchant à leur vie quotidienne.

D'après Waschitz (54)

DÉVELOPPEMENT DU CONCEPT D'URBANISME POUR LA SANTÉ DANS LES VILLES

Comprendre le concept d'urbanisme favorable à la santé et tout ce que cela implique est essentiel pour changer les pratiques pour que l'urbanisme soit en mesure d'améliorer la santé et le bien-être des habitants d'une ville. Afin de déterminer dans quelle mesure les urbanistes des Villes-Santé prennent en compte la santé, des questions spécifiques ont été posées sur les sujets suivants :

- liens entre la santé et l'urbanisme ;
- signification d'un urbanisme favorable à la santé ;
- pratiques actuelles non-favorables à la santé ;
- manière dont l'urbanisme peut être rendu plus favorable à la santé ;
- comment définir les résultats favorables à la santé de l'urbanisme ;
- des indicateurs locaux de santé peuvent-ils être intégrés à la politique d'urbanisme et influencer celle-ci.

Les paragraphes suivants passent en revue les résultats des réponses à ces questions. Ils indiquent que, bien que la santé soit implicitement prise en compte dans les politiques d'urbanisme, les urbanistes n'ont pas toujours pleinement conscience que la santé est une réelle question, ce qui souligne la nécessité pour les professions liées à l'urbanisme, de se pencher davantage sur celle-ci. En portant plus précisément attention à la santé, l'urbanisme répond de manière plus complète et plus efficace aux défis actuels.

Liens entre santé et urbanisme

Le chapitre 1 souligne les liens entre la santé et l'urbanisme et Duhl & Sanchez (2) les ont exploré en détail. Jusqu'à présent toutefois, les urbanistes n'ont vraiment pris conscience de ces liens que très partiellement. L'enquête menée auprès d'urbanistes (51) a permis de constater que beaucoup d'entre eux considèrent les liens entre l'urbanisme et la santé principalement en terme de mesures à prendre pour réduire la circulation et autres questions environnementales. En dépit de la diversité des autres idées et principes reconnus par les urbanistes dans le cadre de l'étude qui a été menée, beaucoup d'entre eux continuent, dans la pratique, à considérer la santé dans les villes comme un problème d'environnement et, plus spécifiquement un problème de pollution.

Il a été demandé aux villes de préciser quelle pourrait être de la part des urbanistes, la plus importante contribution à la santé. Le tableau 3.4. indique la gamme des différents domaines énoncés. Certaines villes ont recensé plus d'un problème comme important. Les réponses ont été classées ainsi : transports, espaces publics et aménagements, logement, préservation du patrimoine culturel et environnemental, modèles d'urbanisme, processus de planification, zones résidentielles et quartiers. Les pourcentages exprimés se fondent sur un nombre total de 56 réponses et les résultats sont résumés à la figure 3.3.

En dépit de la préoccupation générale portant sur les transports et la pollution, certaines villes reconnaissent l'importance de relier la santé à l'urbanisme dans un sens plus large comme le montrent les extraits suivants des commentaires formulés.

- L'aménagement physique peut diminuer la pression liée à différentes fonctions et activités urbaines qui s'exercent sur la santé des citoyens. De plus l'aménagement physique est un facteur clé qui permet la gestion durable du système urbain.

Figure 3.3 Résultats d'un questionnaire mené dans des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS portant sur la mesure dans laquelle l'urbanisme peut le mieux contribuer à la santé.

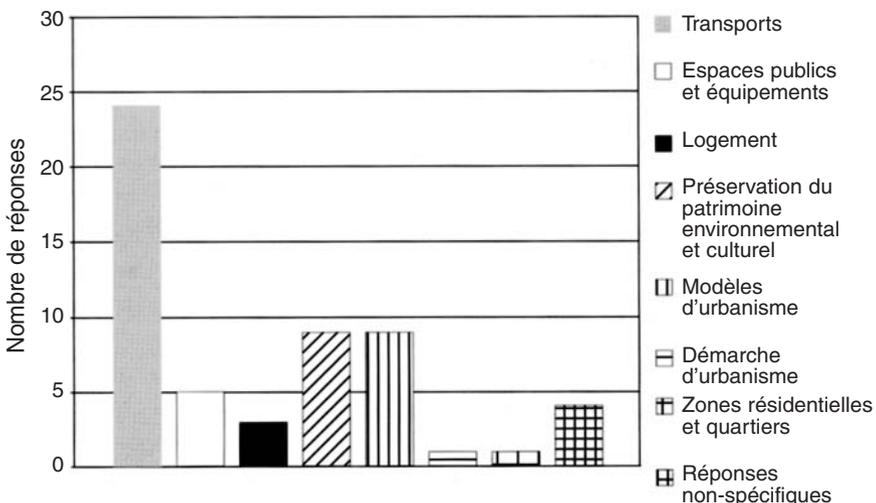


Tableau 3.4 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS sur la contribution la plus importante que l'urbanisme peut apporter à la santé.

Réponses	Nombre	% des réponses exprimées
Transports	24	43
Transports publics	5	
Pistes cyclables	3	
Régulation de la circulation	6	
Routes où les enfants peuvent jouer	1	
Zones piétonnes	2	
Restriction de la mobilité	1	
Prévention de la pollution	4	
Réseau efficace en termes de transport et d'accessibilité	1	
Diminution du recours aux véhicules automobiles	1	
Espaces publics et aménagements	5	9
Parcs, squares et places	1	
Ceintures vertes et espaces verts	3	
Zones de loisirs	1	
Logement	3	5
Normes s'appliquant aux logements de bonne qualité	2	
Planification et aménagement des logements	1	
Préservation du patrimoine culturel et du patrimoine lié à l'environnement	9	16
Restauration des monuments	1	
Restauration des centres historiques	1	
Protection de la flore et de la faune	1	
Préservation des ressources naturelles	4	
Prévention de la pollution	1	
Traitement des eaux usées	1	
Modèles d'urbanisme	9	16
Développement équilibré et contrôlé	1	
Utilisation de matériaux écologiques	1	
Etablissement de zones multifonctionnelles	2	
Durabilité	2	
Réseau d'équipements municipaux	0	
Principes d'écologie urbaine	1	
Entretien des bâtiments existants	1	
Routes et places calmes et sûres	1	
Processus de planification	1	2
Dialogue entre le niveau local et le niveau décisionnel	1	
Zones résidentielles et quartiers	1	2
Zones résidentielles pourvues d'équipements locaux	1	
Réponses non spécifiques (théoriques)	4	7

- Existence de mesures visant à améliorer l'environnement dans le domaine public (par exemple, la conception des rues et autres artères, accessibilité physique, l'accès aux transports, meilleure qualité urbaine).
- Possibilité de répondre aux besoins fondamentaux des personnes pour un bien-être économique, écologique, social et culturel du milieu urbain.
- Réduction du chômage grâce à la création d'emplois et à la création d'environnements résidentiels favorables à la santé. Les statistiques en matière de santé, dans certaines parties de la ville où le taux de chômage est élevé et les conditions de logement sont déficientes, ne peuvent que difficilement se comparer aux parties plus aisées de la ville.
- L'organisation et la gestion de la circulation, la politique de l'habitat, le traitement des eaux usées, les problèmes d'environnement, la durabilité entre autres sont autant d'éléments ou de facteurs qui ont à voir avec la santé.

Que veut dire un urbanisme favorable à la santé ?

Le chapitre 1 définit et explique ce qu'est un urbanisme favorable à la santé. Les modalités pratiques en vue d'élaborer une telle démarche sont examinées dans le détail. La partie 2 étudie plus particulièrement les politiques et les actions qui donnent corps à cette démarche. La manière dont différents urbanistes interprètent le concept d'urbanisme favorable à la santé a des implications dans la pratique. Il est par conséquent important, alors que les travaux se développent dans ce domaine, de comprendre que les urbanistes peuvent trouver des points d'appui sur différents dispositifs institutionnels et organisationnels.

Il a été demandé aux villes interrogées si l'idée d'un urbanisme favorable à la santé avait un sens pour elles. Le tableau 3.5 et la figure 3.4 illustrent la manière dont les urbanistes interprètent ce concept. Les réponses ont été classées par catégories et ventilées dans les groupes suivants : circulation, espaces publics et aménagements, logement, interventions et principes directeurs, structure sociale, pollution, autres.

Figure 3.4. Résultats d'une étude portant sur des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS, sur la signification d'un urbanisme favorable à la santé.

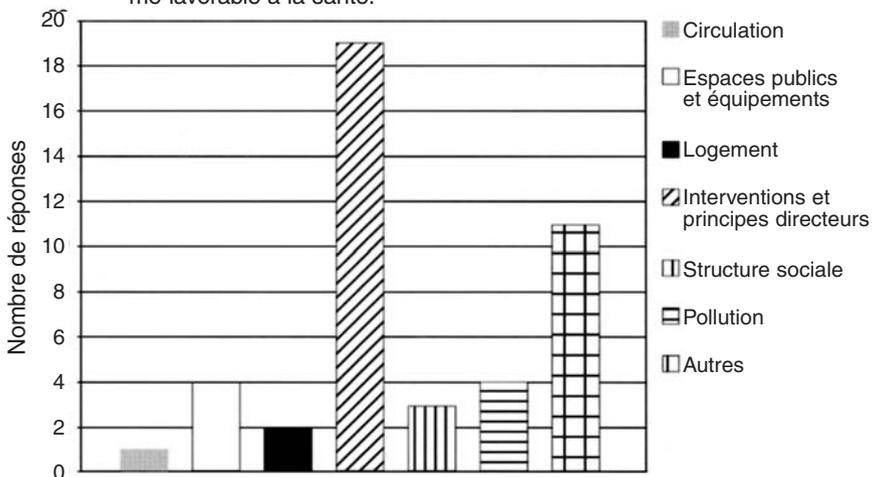


Tableau 3.5. Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29, 44 réponses au total) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS, relative à la définition d'un urbanisme favorable à la santé.

Réponses	Nombre	Réponses exprimées en %
Circulation	1	2
Zones piétonnes	1	
Espaces publics et aménagements	4	9
Espaces urbains attrayants	3	
Zones de loisirs	1	
Logement	2	5
Meilleures conditions de logement	2	
Interventions et principes directeurs	20	45
Rénovation du centre urbain	1	
Nécessité d'une approche holistique	1	
Possibilité de fournir des informations et apporter des connaissances sur les problèmes de santé	1	
Similarité avec le développement durable	7	
Accent mis sur la société humaine	2	
Se rapporte à l'écologie urbaine	1	
Chômage	1	
Possibilité d'éviter une urbanisation mono-fonctionnelle (zonage mono-fonctionnel)	1	
Participation équitable aux procédures d'urbanisme	2	
Importance pour la formation des urbanistes	1	
Influence les modes de vie et dépend de la situation économique	2	
Structure sociale	3	7
Réduction de la ségrégation sociale	1	
Réduction de la ghettoïsation	1	
Réduction du stress et de la solitude	1	
Pollution	4	9
Diminution de la pollution	3	
Diminution du bruit	1	
Réponse manquant de clarté, ou théorique ou hors sujet	11	25

et réglementation, organisation sociale, pollution. Certaines villes interrogées ayant mis l'accent sur plusieurs problèmes, l'ensemble de ceux-ci se trouve rapporté dans les tableaux. Les pourcentages sont, par conséquent, exprimés pour 49 réponses données.

Ces résultats montrent que, dans l'ensemble, les urbanistes travaillant dans les villes du réseau européen de l'OMS ont pris conscience de ce que le concept d'urbanisme favorable à la santé englobe une grande diversité de sujets. Un certain nombre de villes interrogées ont assimilé les aspects sociaux et économiques du concept. Toutefois, les résultats montrent aussi que beaucoup de personnes sont préoccupées par les aspects

environnementaux et écologiques du développement durable ce qui est susceptible d'aboutir à une interprétation étroite du concept d'urbanisme favorable à la santé.

- Certaines villes ont identifié des aspects clés de l'urbanisme favorable à la santé.
- L'urbanisme favorable à la santé devrait permettre de créer un environnement physique qui évite ou minimise les facteurs de risques tels que la pollution de l'air, le bruit, la ségrégation sociale, la solitude, le stress et l'exclusion de tout groupe, quel qu'il soit (personnes handicapées, âgées, réfugiées, démunies, enfants).
- L'urbanisme favorable à la santé signifie que le processus de développement urbain englobe aussi largement que possible l'éventail des questions relatives à la santé, tel qu'ils sont définis dans le projet Villes-Santé. Cette approche permet d'augmenter la prise de conscience des urbanistes et des décideurs vis-à-vis des questions liées à la santé et donne l'assurance que la santé sera considérée comme une préoccupation majeure lorsque ceux-ci auront à déterminer une ligne de conduite et à fixer des priorités. Bien évidemment, il est essentiel que le public soit également tenu informé de ces questions.
- La vision que j'ai de notre ville serait une zone urbaine sans détritiques et exempte de toute pollution, bien entretenue et où il ferait bon ne pas y respirer les gaz d'échappement, une ville dotée d'espaces urbains accueillants, espaces verts ou bâtis ; elle serait débarrassée des immeubles dégradés et de terrains à l'abandon, les habitants auraient du travail et disposeraient de logements et d'environnement résidentiels décentes, où le patrimoine historique de la ville serait réutilisé à des fins industrielles et technologiques. Ce serait vraiment une ville favorable à la santé.
- L'urbanisme pour la santé est aujourd'hui un truisme car un urbanisme qui ne comporte pas la dimension de la santé est dépourvu de sens.
- Pratiquement chaque plan d'aménagement a des effets positifs et/ou négatifs sur la santé des personnes au sein de la société. Il est important que tous les plans soient sélectionnés en fonction de leur effet sur la santé aussi favorable que possible.

Quels sont les aspects préjudiciables à la santé dans les pratiques actuelles d'urbanisme ?

Si l'urbanisme favorable à la santé est un idéal, une façon de travailler à laquelle les urbanistes devraient aspirer, il devrait porter sur ce qui, à l'heure actuelle, se révèle être préjudiciable à la santé dans la manière dont les villes sont aménagées ? Beaucoup d'aspects liés à l'urbanisme aujourd'hui pourraient être considérés comme préjudiciables à la santé. Certains de ces aspects sont présentés au chapitre 1. Le tableau 3.6 donne, à ce sujet, une vue d'ensemble des opinions des urbanistes qui œuvrent dans le cadre des villes appartenant au réseau Villes-Santé.

Les résultats sont ventilés en fonction des catégories suivantes : les transports, le tissu urbain, l'accessibilité et la justice sociale, la législation et les outils d'urbanisme, les plans directeurs, la pollution et la structure sociale. Plusieurs villes interrogées ont identifié plus d'un problème, 54 réponses se trouvent ainsi incluses au présent tableau. Les réponses qui mettent plus particulièrement l'accent sur les principes liés au programme d'action SANTE 21 et à la démarche Villes-Santé apparaissent clairement en italique. Dix réponses (19%) mettent ces principes en lumière. 17 autres (32%) portent sur les problèmes liés aux transports et à la pollution.

Tableau 3.6. Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29, 44 réponses au total) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS portant sur les éléments préjudiciables à la santé dans les pratiques actuelles d'urbanisme.

Réponses	Nombre	Réponses exprimées en %
Circulation	8	15
Circulation routière	7	11
Utilisation excessive des véhicules	1	
Tissu urbain	6	
Forte densité	1	
urbanisation mono-fonctionnelle (zonage mono-fonctionnel)	2	
Zones en friche	1	
Terrains contaminés	2	
Accessibilité et justice sociale	3	6
<i>Manque d'espaces verts</i>	2	
<i>Manque de mixité sociale</i>	1	
Législation et outils de l'urbanisme	4	7
Législation inappropriée concernant les espaces publics	1	
Plan trop rigide	1	
Absence de plan	1	
Plan non réalisé	1	
Plans directeurs	9	17
<i>Manque d'attention portée aux besoins quotidiens des citoyens</i>	4	
Accent mis sur le profit à court terme	2	
Prédominance du profit privé et impact négatif sur l'environnement	3	
Pollution	9	17
Bruit	2	
Pollution atmosphérique	3	
Pollution de l'eau	2	
Déchets	2	
Structure sociale	7	13
<i>Ségrégation sociale</i>	3	
Délinquance	1	
Toxicomanie	1	
Chômage	2	
N'ont pas donné de réponse ou réponse hors sujet	8	15

Les réponses qui mettent plus particulièrement l'accent sur les principes liés à SANTE 21 et à la démarche Villes-Santé apparaissent en italique.

Les extraits suivants, obtenus à partir des réponses faites, offrent une grande diversité de perspectives sur les pratiques d'urbanisme dites préjudiciables à la santé, de la part des urbanistes travaillant dans les villes des réseaux Villes-Santé.

- Il existe sur le marché des demandes d'aménagements de grande envergure (nouveaux centres commerciaux) ce qui a pour effet d'accroître le trafic routier. L'aménagement de nouvelles zones résidentielles distinctes ainsi que la rénovation d'anciennes zones de logement au cœur de la ville ayant été négligées pour-

raient déboucher sur la ségrégation des familles selon leurs revenus. Rien n'a été fait concernant les zones polluées au sein des parcs industriels de la ville ce qui représente une menace importante pour les eaux souterraines et la qualité de l'environnement en général.

- La prolifération et le développement tentaculaire des logements à faible densité aboutissent à des encombrements de circulation et donnent naissance à des transports en commun de mauvaise qualité, sans parler du manque de coordination de la politique des transports et de celle de l'aménagement foncier et de l'absence d'une politique claire vis-à-vis des réserves d'espaces publics.
- L'accent est mis sur les profits à court terme.
- Il s'agit principalement d'une question d'environnement social (concentration de personnes confrontées à de nombreuses difficultés) et de chômage.
- De manière occasionnelle, pressions exercées par certaines parties de la population, les entrepreneurs entre autres, les décisions ne prenant pas en compte l'importance des facteurs qui agissent sur la santé.

Rendre l'action de l'urbanisme plus favorable à la santé

Cet ouvrage apporte beaucoup d'idées et d'exemples quant à la manière d'instaurer une démarche d'urbanisme favorable à la santé, à la fois en termes de principes directeurs (partie 1) et en termes de planification et d'aménagement, au niveau des zones d'habitation, des quartiers ou des projets individuels (partie 2). Une analyse des points de vue des urbanistes qui travaillent dans les villes du réseau européen de l'OMS illustre le degré de compatibilité avec ces idées.

Le tableau 3.7 et la figure 3.5 décrivent la multiplicité des suggestions données en réponse à la question : " Comment imaginez-vous, de manière concrète, que le processus d'urbanisation puisse être plus favorable à la santé ? ".

Figure 3.5 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS, portant sur la façon dont on peut définir un urbanisme plus favorable à la santé.

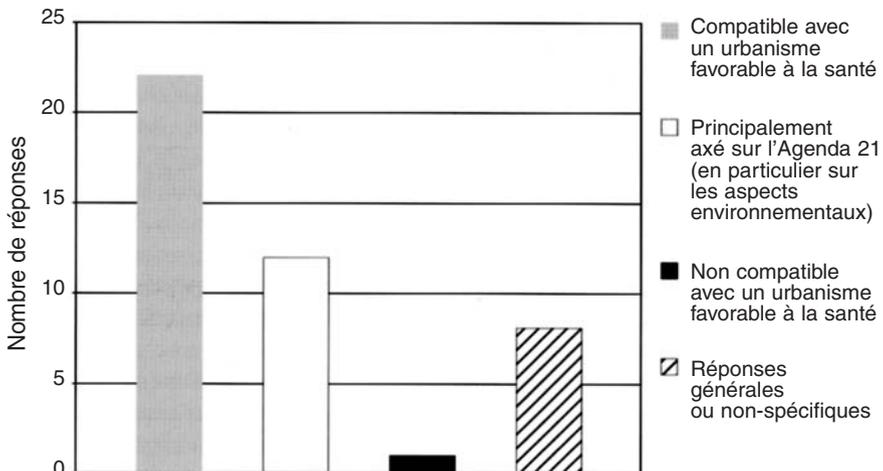


Tableau 3.7. Résultats d'une étude portant sur les villes (n = 29, 43 réponses au total) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS, soit comment rendre le processus d'urbanisation plus favorable à la santé.

Réponses	Nombre	Réponses exprimées en %
Principalement compatible avec un urbanisme en faveur de la santé	22	51
Participation de la population aux processus décisionnels	4	
Développement d'une vision holistique de la ville	3	
Implication du service santé dans les programmes d'urbanisme	1	
Coordination de la planification et de la mise en oeuvre	1	
Sécurité routière	1	
Prise en compte de la santé dans l'urbanisme	1	
Priorité donnée à la santé dans la prise de décision	2	
Réglementation et normes d'urbanisme de haute qualité	2	
Pouvoir décisionnels locaux concernant l'urbanisme	1	
Non considération des coûts comme un facteur déterminant	1	
Recours à des techniques d'observation et de suivi de la santé	1	
Création de la mixité dans les zones urbaines	1	
Meilleure compréhension des liens entre occupation des sols et styles de vie	2	
Objectifs à long terme et mises au point progressives	1	
Focalisation accrue sur l'Agenda 21 (particulièrement les aspects environnementaux)	12	28
Mise en application de l'Agenda 21	1	
Atténuation de l'étalement tentaculaire de la villes	4	
Développement des transports publics et des déplacements à bicyclette	1	
Attention plus forte portée à la protection de l'environnement	2	
Réduction de la pollution	2	
Coordination de la planification d'aménagements et des transports	1	
Absence de zonage	1	
Non compatible avec un urbanisme favorable à la santé	1	2
S'avère déjà suffisamment sain	1	
Réponses générales ou non-pertinentes	8	19

Les réponses sont classées par catégorie afin de faire apparaître les suggestions qui visent principalement la santé ou la démarche des Villes-Santé ainsi que celles qui soulignent plus nettement les principes de l'Agenda 21. Les liens avec l'Agenda 21 sont difficiles à évaluer. Dans certains cas, les urbanistes pensaient que l'aménagement urbain et l'Agenda 21 ne constituaient qu'un seul et même processus. Dans d'autres, les villes interrogées reconnaissaient qu'il était possible d'établir des liens et

qu'il existait des possibilités de mettre sur pied des programmes communs, mais cela était loin d'être tout. Parce que certaines villes ont donné plus d'une réponse, les pourcentages exprimés sont calculés sur la base d'un nombre total de 43 réponses.

Les exemples présentés ci-dessous montrent la diversité des commentaires qui ont été faits sur les démarches visant à rendre les programmes d'urbanisme plus favorable à la santé :

- En rendant plus explicite le lien entre les plans d'occupation des sols et la possibilité de modes de vie meilleurs pour la santé, de même qu'en rendant plus explicites les arguments économiques et urbanistiques qui sont présentés en faveur ou en défaveur de propositions particulières, les bénéfiques ou les effets négatifs sur la santé peuvent apparaître plus clairement.
- En établissant et en mettant en œuvre un programme d'urbanisme intégrant l'implication et la participation des citoyens à l'échelon local, en traitant des problèmes locaux, des tâches à assumer et des possibilités qui peuvent se présenter ; et en connectant ces efforts aux politiques d'ensemble de la ville.
- En formulant des demandes raisonnables concernant l'environnement ainsi que des compromis entre êtres humains et environnement, pour qu'ils ne lui soient pas préjudiciables. En renforçant la sensibilisation à l'environnement et en développant des actions d'éducation des citoyens à l'environnement.
- En laissant le service de santé urbaine jouer un rôle dans les actions d'urbanisme, parfois au moyen de projets radicaux (par exemple, absence de toute circulation automobile dans un quartier). En offrant des choix plus larges permettant d'aboutir à un équilibre optimum entre les intérêts sociaux, économiques et écologiques.
- En ne considérant plus les coûts financiers comme le critère le plus important et en gardant à l'esprit les coûts sociaux induits.

Définir les résultats attendus d'une politique d'urbanisme favorable à la santé.

Ce chapitre a largement évoqué les principes et les démarches qu'impliquent un urba-

Figure 3.6 Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29, 39 réponses au total) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS, portant sur la façon dont on peut définir les effets d'une démarche d'urbanisme favorable à la santé.

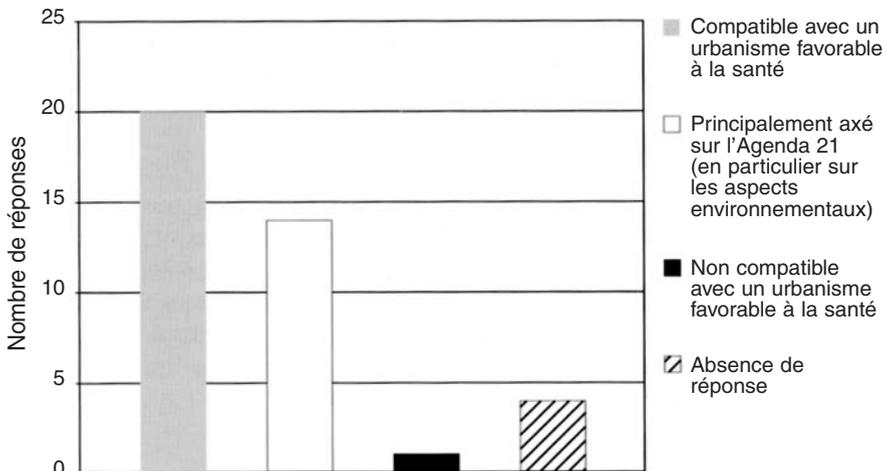


Tableau 3.8. Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29, 39 réponses au total) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS ou comment définir les résultats et répercussions d'un urbanisme favorable à la santé.

Réponses	Nombre	Réponses exprimées en %
Principalement compatible avec un urbanisme favorable à la santé	20	51
Lorsque celui-ci répond aux besoins de l'ensemble des groupes	6	
Lorsque les personnes sont impliqués dans la maîtrise de leur avenir	1	
Améliorations de l'habitat	1	
Introduction de normes spécifiques	1	
Approche globale	1	
Recours à des systèmes de suivi mieux adaptés	4	
Amélioration de la santé et des tensions sociales	1	
Modification structurelle des zones urbaines en vue de générer une mixité des usages	1	
Espaces verts publics	1	
Mise en application concertée des choix prévus	1	
Prise de responsabilité de la part des politiques	1	
Meilleure qualité de vie au sein de toutes les zones urbaines	1	
Focalisation renforcée sur l'Agenda 21 (particulièrement sur les aspects environnementaux)	14	36
Equilibre harmonieux	1	
Réductions de la pollution	4	
Protection de l'héritage historique	2	
Utilisation équilibrée des zones construites et des bâtiments	2	
Réduction de la circulation	3	
Réduction de la consommation en énergie	1	
Réduction de l'utilisation des ressources naturelles	1	
Non compatible avec un urbanisme favorable à la santé	1	3
Zonage bien défini	1	
N'ont pas donné de réponse	4	10

nisme en faveur de la santé, mais qu'en est-il des effets ? Au chapitre premier l'étude des douze objectifs-clés de santé pour l'urbanisme apporte des suggestions quant aux effets que peut avoir un urbanisme en faveur de la santé et ceci en fonction de différentes thématiques ; ces suggestions sont présentées dans la seconde partie de l'ouvrage.

Les réponses qui sont les plus significatives par rapport à l'urbanisme favorable à la santé sont indiquées en italique.

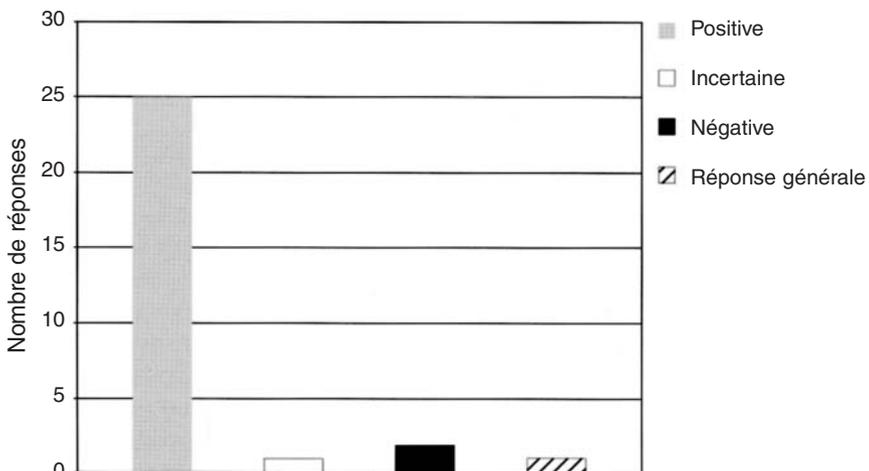
Dans le cadre de l'étude qui a été menée, il a aussi été demandé aux personnes interrogées comment elles définiraient les effets d'une pratique de l'urbanisme considérée comme favorable à la santé. Les résultats sont présentés sur le tableau 3.8 et à la figure 3.6. Comme pour les questions posées précédemment, les réponses sont classées par catégories en fonction de leur compatibilité complète avec la notion d'urba-

nisme favorable à la santé et une comparaison est faite avec l'Agenda 21. Les pourcentages sont calculés sur 39 réponses obtenues. Les réponses les plus significatives par rapport à l'urbanisme favorable à la santé sont en italique.

Les commentaires ci-dessous sont ceux qui sont le plus dans la lignée du concept de l'OMS concernant l'urbanisme favorable à la santé. Ils ont en commun, contrairement à certaines réponses, d'être axés sur les besoins de la population et sur la manière dont ces besoins sont influencés à la fois par l'environnement physique, social et économique et par l'intervention des urbanistes qui s'avère déterminante pour l'environnement. Afin que les actions d'urbanisme puissent être considérées comme favorables à la santé, les résultats doivent être envisagés en référence aux êtres humains. C'est part eux que commence une démarche d'urbanisme en faveur de la santé.

- Les résultats liés à une opération d'urbanisme peuvent être définis comme favorables à la santé dans la mesure où ils garantissent la prise en considération des conditions suivantes :
 - l'amélioration des conditions de vie pour chaque citoyen d'aujourd'hui ainsi que pour les générations à venir ;
 - l'amélioration continue de l'économie locale avec un regard vers l'avenir ;
 - la protection du patrimoine naturel, culturel, historique et architectural.
- La répartition des zones urbaines et des espaces publics (verts) doit permettre que la vie devienne agréable dans toutes les parties de la ville. Il doit y avoir des écoles dans lesquelles on se sente en sécurité, des magasins de proximité, des terrains et autres aires de jeux au coin de la rue, un lieu de travail tout proche, des espaces publics de proximité. L'accessibilité vaut également pour la sécurité des cyclistes et des piétons et implique également la présence de transports publics.
- Une action d'urbanisme bien pensée devrait permettre d'améliorer non seulement la santé physique de la population mais également d'augmenter le degré de socia-

Figure 3.7. Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS. Les indicateurs de santé peuvent-ils être intégrés à la politique d'urbanisme et influencer celle-ci ?



- lisation et d'accroître l'intégration des individus dans la collectivité.
- Les critères concernant des environnements favorables à la santé doivent être adaptés aux besoins de la population, ils ont à voir avec le lien social, touchent la sécurité de vie et des biens ainsi que l'accès aux aires de loisirs, aux services et aux commerces etc. Critères d'une population en bonne santé : les besoins des personnes sont satisfaits.
 - Nous qualifierions l'urbanisme comme favorable à la santé dès lors qu'il permet de répondre aux besoins de tous les groupes, que ce soit les enfants, les familles, les jeunes, les personnes âgées et, en dernier lieu mais non le moindre, les personnes handicapées.

Utilisation des indicateurs de santé dans les actions d'urbanisme

Le projet Villes-Santé de l'OMS utilise des indicateurs de santé comme élément pivot de sa démarche d'urbanisme. Le chapitre 2 traite de l'utilisation des indicateurs et l'annexe 3 présente les indicateurs auxquels il est fait recours durant la seconde phase du projet. L'annexe 3 identifie les indicateurs habituellement utilisés en urbanisme. Il a été demandé aux urbanistes, par le biais du questionnaire, s'ils pensaient que les indicateurs de santé (décrivant la santé de la population et les facteurs sociaux et environnementaux ayant une influence sur la santé) pourraient être intégrés à l'action d'urbanisme et avoir une influence sur elle.

Les réponses figurent au tableau 3.9 et à la figure 3.7, elles sont classées comme suit : réponse positive, indécise, négative et non significative. Du fait qu'il n'était possible d'apporter qu'une seule réponse par ville concernée, les pourcentages exprimés représentent la proportion des villes ayant répondu au questionnaire.

Tableau 3.9. Résultats d'une étude menée dans des villes (n = 29) participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS. Les indicateurs de santé peuvent-ils être intégrés à la politique d'urbanisme et influencer celle-ci ?

Réponses	Nombre	Villes exprimées en %
Positive	25	86
Oui, s'ils sont utilisés pour contrôler les répercussions des décisions d'urbanisme	1	
Oui, nécessaires dans la prise de décisions et le suivi	12	
Oui, cela est possible	2	
Oui, ils sont importants	7	
Oui, afin d'expliquer aux individus les changements qui interviennent	1	
Oui, ils sont déjà utilisés dans certains cas	2	
Indécise	1	3
Peut être, dans l'idéal	1	
Négative	2	7
Non, seulement certains d'entre eux	2	
Réponse globale	1	3

Du fait que cette question était non-équivoque, sa signification aurait dû être claire pour l'ensemble des villes interrogées. Celles-ci ont largement accepté le fait d'introduire les indicateurs de santé dans la phase analytique de préparation des plans d'urbanisme. En outre, certains urbanistes considèrent ces indicateurs comme un outil très utile permettant d'étayer les choix à faire pour le projet urbain en la matière ; ils permettent aussi d'en évaluer les effets. Les extraits suivants sont tirés de certaines réponses positives faites au questionnaire.

- Oui, cela a une grande importance.
- Ils devraient être intégrés dans la démarche d'urbanisme parce que la santé est un facteur déterminant de l'urbanisme. Une documentation devrait être mise au point et des conférences devraient se tenir sur ce sujet afin que chacun puisse être conscient du fait suivant : " planifier ma ville revient à planifier ma santé ".
- Des indicateurs locaux de santé devraient être intégrés aux plans et projets locaux et apparaître dans les descriptifs de projets. Ils devraient être utiles en apportant la connaissance du contexte dans lequel les politiques et les propositions pourraient être établies. Une procédure d'évaluation de l'impact de ces politiques deviendrait alors possible.
- Les indicateurs de santé permettent d'établir une base commune d'informations relatives à l'état de santé de la population et de suivre ainsi l'évolution des besoins pour élaborer des réponses appropriées. Ils sont essentiels à toute prise de décision et sont un outil d'évaluation pour la planification des actions de santé, ils sont aussi outil de communication dans les relations avec différents services administratifs, associations et l'ensemble de la population.
- Oui, lorsque ces facteurs et indicateurs sont publiés et fournissent une base d'évaluation servant aux élus et aux responsables de l'administration municipale.

CONCLUSION

Les résultats de l'étude menée par les services d'urbanisme des 38 villes participant à la seconde phase du projet Villes-Santé de l'OMS permettent de comparer les recommandations faites aux chapitres 1 et 2 à la situation actuelle. Ces informations permettent d'évaluer dans quelle mesure l'approche Villes-Santé a commencé à infiltrer les politiques et les pratiques d'urbanisme. Il est possible d'en tirer les conclusions suivantes :

Pour la plupart des villes interrogées, le concept Ville-Santé semble être intuitivement clair. De bien des façons, le désir d'améliorer la santé est un aspect implicite de l'urbanisme et l'enthousiasme vis-à-vis d'une démarche favorable à la santé en milieu urbain était nettement perceptible, en ce sens qu'elle avait pour objectif principal la qualité de vie et le bien-être des individus. Ceci n'est pas surprenant étant donné les liens historiques qui existent entre la santé publique et le mouvement de l'urbanisme.

Toutefois, d'une manière générale la compréhension de l'importance des liens entre santé et urbanisme reste limitée, ce qui a conduit à des interprétations théoriques et pratiques fragmentaires de ce qu'est la démarche d'urbanisme et santé. Beaucoup de villes interrogées ont reproduit l'approche conventionnelle de l'urbanisme comportant une généralisation abusive (non prise en compte des besoins spécifiques) ou

une hyper-spécialisation (focalisation sur des projets marginaux plutôt que sur une démarche globale).

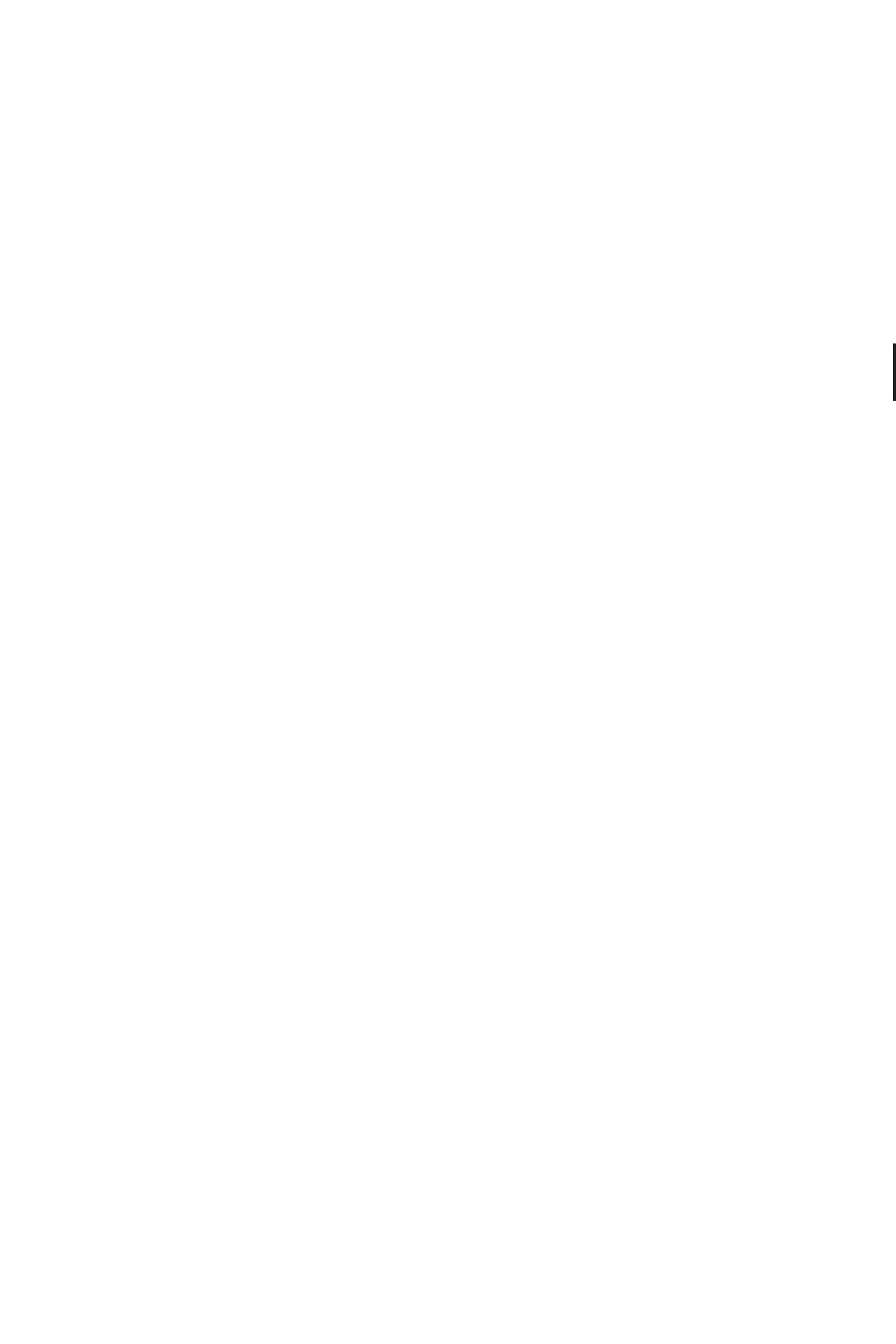
Il existe une grande diversité d'interprétations et, par conséquent, d'applications du projet SANTE 21 et des principes Villes-Santé. En particulier, les relations avec les aspects environnementaux du développement durable tendent à être surestimées. Le développement durable est un principe clé de Villes-Santé et de SANTE 21, il peut induire en erreur et être restrictif en limitant la durabilité à un aspect primaire purement environnemental. Beaucoup de villes interrogées ont donné la priorité aux questions d'ordre environnemental faisant presque exclusivement porter leur attention sur la circulation automobile. Bien que certaines des villes interrogées aient reconnu les gradients sociaux pour ce qu'ils sont, beaucoup d'autres les ont passés sous silence.

Les principes développés par l'OMS ont permis d'aboutir, en termes d'urbanisme, à certaines innovations localement importantes, à la fois du point de vue de la stratégie générale à l'échelon local, mais l'impact général en reste limité. De fait, la plupart des administrations municipales semblent ne pas avoir réussi à intégrer les principes de santé à l'action d'urbanisme. Elles tendent plutôt à confiner les initiatives en rapport avec la santé à des domaines marginaux et à considérer celles-ci en termes de "projets intéressants".

L'urbanisme pour la santé constitue un nouveau domaine de travail tant dans sa conception que dans ses applications pour aménager et gérer les villes. Il reflète le caractère "contagieux" de la démarche Villes-Santé. Avant même que l'urbanisme favorable à la santé ne devienne une exigence explicite, certaines villes avaient fait des progrès significatifs dans le développement d'un urbanisme de ce type. Leur expérience sera une aide précieuse au moment où l'OMS met au point son initiative portant sur urbanisme et santé et alors que des villes de plus en plus nombreuses adoptent cette démarche en participant au réseau de l'OMS ainsi qu'à d'autres programmes.

Lignes directrices pour un urbanisme favorable à la santé

Les chapitres 4 à 6 présentent la mise en pratique effective d'une démarche d'urbanisme favorable à la santé. Ils examinent tout à tour l'ensemble des aménagements, les quartiers ainsi que les projets de développement particuliers. Chaque chapitre commence par des conseils à la fois sur la philosophie de la démarche, puis passe aux domaines clés portant sur la ligne de conduite à adopter, et se termine enfin par une ou deux études de cas. Le chapitre 6, qui traite des projets eux-mêmes, est différent car il est conçu comme une liste de contrôle (checklist) portant sur l'ensemble des questions à se poser et vise à aider à l'amélioration des propositions de projets et à leur évaluation .



Urbanisme des zones d'habitat : faire des villes et des localités des lieux agréables à vivre

OBJECTIF ET PORTÉE

Ce chapitre a pour but de fournir des conseils aux urbanistes lorsqu'ils sont confrontés à la question de l'urbanisme des villes et des localités dans leur ensemble. Il peut donc être utile dans tout une série de situations :

- Conception de projets de transport et d'aménagements fonciers à long terme ;
- Vision stratégique sur des sujets spécifiques pris dans leur contexte concernant le logement, l'emploi, le commerce de détail, l'énergie ou l'eau ;
- Choix des localisations des nouveaux projets.

L'accent est mis sur le développement spatial des villes, cet aspect étant de la responsabilité de l'urbaniste. Toutefois, la planification de l'espace s'avère être inséparable d'autres problèmes sociaux, économiques et financiers. Le chapitre est construit de façon à faire ressortir ces liens.

Ce chapitre se réfère à l'approche de l'écosystème suggérée par la Campagne Européenne des Villes Durables et utilise cette démarche pour recommander une procédure technique simple de planification en cinq phases. Cette procédure raisonnablement systématique et réaliste est compatible avec la démarche Villes-Santé en matière de gestion urbaine. L'accent est mis sur la collaboration et la prise de décision pour venir les étayer et apporter l'information permettant de savoir si les objectifs de santé peuvent être atteints. La majeure partie du chapitre donne des indications sur le vaste domaine d'action que sont la structure urbaine, les emplois et équipements, le logement, les transports et les ressources.

APPROCHE DITE DE L'ÉCOSYSTÈME : CRÉATION DE ZONES D'HABITAT FAVORABLES À LA SANTÉ DES ÊTRES HUMAINS.

Ce chapitre traite des questions de planification stratégique à l'échelon d'une localité ou d'une ville dans son ensemble ou à l'échelon d'une agglomération urbaine comprenant un certain nombre de zones d'habitat. Le chapitre débute en s'appuyant sur le principe selon lequel la planification de zones d'habitat dites favorables à la santé nécessite de considérer l'agglomération urbaine en termes écologiques fonctionnels, reflétant ainsi les schémas quotidiens de l'activité humaine, plutôt que de définir celle-ci en termes de frontières physiques et de limites administratives. Les problèmes liés à une mauvaise qualité de l'air, à une mauvaise accessibilité ainsi qu'à la ségrégation sociale ne peuvent être abordés de manière efficace que lorsque la rurbanisation des périphéries urbaines ou la concentration urbaine sont intégrées à l'équation.

Il est fait référence à cette zone géographique sous le terme de " région urbaine ".

Etant donné que souvent les entités administratives municipales responsables des transports, de l'énergie, de l'eau et de la santé ne coïncident pas avec la " région urbaine ", ou même ne coïncident pas entre elles, établir des politiques cohérentes s'avère très difficile. Les responsables de quartier ainsi que les organismes qui y sont rattachés doivent, par conséquent, collaborer entre eux et garantir une approche cohérente.

Une des clés relatives à cette cohérence consiste en une conception partagée de la planification. Ceci peut s'obtenir par l'approche dite de l'écosystème. Les zones d'habitation au sein de l'arrière-pays dont elles dépendent sont considérées comme des écosystèmes, les différents groupes humains et leurs activités sont interdépendants et la relation avec la dotation en ressources naturelles telles que la terre, l'eau, l'air, l'énergie, les denrées alimentaires et les matériaux est ainsi rendue explicite. L'objectif commun, qui l'emporte sur les attributions spécifiques de chaque organisme, est de créer un habitat à la fois sain pour l'être humain dans le but de garantir une haute qualité environnementale pour les personnes quelque soit leurs revenus ou leur statut social et d'une manière qui soit écologiquement durable.

Parvenir à cette vision partagée des choses ainsi qu'aux engagements nécessaires en termes de partenariat constituent les pré-requis à toute action efficace.

Ce qui fait la force de l'approche dite de l'écosystème réside dans sa capacité à gérer les zones aménagées de manière globale. En revanche, sa faiblesse peut résider dans la tentation de traiter chaque région urbaine en tant qu'entité indépendante. Ceci s'est produit, par exemple, dans le sud de l'Angleterre. Certaines autorités, dans un passé récent,

Figure 4.1. Contrôle d'une zone d'habitation en tant qu'écosystème.



ont évalué la population maximale qu'une zone urbaine peut recevoir sans compromettre de manière inacceptable la santé et la qualité environnementale de celle-ci puis ont " remonté le pont-levis " refusant par là-même tout développement supplémentaire. Mais aucune ville n'est une île. Etant donné les niveaux actuels de la mobilité et des marchés mondiaux, l'écosystème d'une ville vient se nicher au sein d'écosystèmes plus larges, à l'échelon régional et mondial, qui définissent en partie le rôle de ce premier.

CONTRAINTES DES ORGANISMES ET NÉCESSITÉ D'UNE COOPÉRATION

Nombre de systèmes d'urbanisme et de gestion en Europe se fondent sur des organismes spécialisés qui mettent en œuvre leurs compétences particulières de manière largement cloisonnée. Par exemple, il existe souvent des organismes bien distincts en charge des transports, du contrôle de la pollution, de l'énergie, de l'eau, de la santé et de l'aménagement foncier. Ces systèmes sont défectueux. Ils se fondent sur une vision linéaire et trop simpliste des causes et des effets ainsi que sur une idéologie dépassée de la concurrence. La nécessité d'une approche holistique et intégrée signifie que la coopération et le partenariat doivent se substituer à la concurrence. Les secteurs dont la coopération est la plus nécessaire sont les suivants :

- L'aménagement foncier et l'organisation des transports, en lien avec la définition de zones destinées au logement, à l'emploi et aux équipements et avec les plans de déplacement.
- Les organisations et définitions des services sociaux, qui opèrent une pré-planification des logements sociaux, de la santé, de l'éducation, des bibliothèques, des espaces verts et autres services publics et relie celle-ci à une planification des transports et à l'aménagement foncier intégrés.
- Les stratégies économiques de réhabilitation s'appuyant sur des programmes de développement économique et de réhabilitation urbaine comme moyens de mise en œuvre d'une stratégie pour un urbanisme favorable à la santé.
- Une stratégie intégrée des transports, englobant la construction des routes et leur entretien, la gestion du trafic routier, les parcs et aires de stationnement, les services de chemin de fer, l'organisation et le fonctionnement des transports publics, la planification des déplacements à bicyclettes et en cyclomoteurs ainsi que celle des déplacements piétons.
- Une planification intégrée des ressources, optimisant ainsi les opportunités liées aux solutions fondées sur des synergies, concernant l'énergie, l'eau, les denrées alimentaires, les déchets, la faune sauvage, la création d'emplois ainsi que les programmes liés aux loisirs (Encadré 4.1).

Le fait de travailler conjointement, ou simplement de partager et d'échanger des informations dans ces différentes sphères d'action est une perspective bien inquiétante. Certains organismes ont des attributions qui viennent faire obstacle à une collaboration efficace. Par exemple, il peut être demandé aux industries qui fournissent l'énergie de satisfaire la demande plutôt que de se soucier de réduire les émissions toxiques et nuisibles à la santé ou de permettre aux personnes moins riches de s'approvisionner en combustibles. Dans certains pays, la démarche pour un urbanisme favorable à la santé peut dépendre d'un gouvernement qui modifie ces contraintes. Mais un souci

partagé, concernant le problème de la santé dans la ville, peut s'avérer être un puissant facteur stimulant la coopération. Le reste du chapitre traite du partenariat.

Encadré 4.1. Approche d'un écosystème à Hammarby Sjöstad, Stockholm (Suède)

Hammarby Sjöstad, grand projet de développement pour l'extension de la zone urbaine sud de Stockholm, prévoit que l'impact normal du projet d'urbanisme sur l'environnement soit divisé par deux. Il est prévu que ce processus s'applique à la fois à la phase de construction même ainsi qu'aux conditions de logement qui en découlent. Le soutien technique est conçu dans le but de parvenir à la fois à des solutions efficaces de coopération et favorables à l'environnement dans le domaine de l'énergie, de l'eau, des eaux usées et des déchets.

Un partenariat regroupant les autorités municipales ainsi que les trois principales sociétés de gestion de l'eau, de l'énergie et des déchets a permis de mettre au point une organisation conjointe pour ce nouveau quartier qui optimisera la gestion des ressources et exploitera au mieux la technologie du recyclage.

La compagnie des eaux de Stockholm (Stockholm Vatten AB) produit et fournit l'eau potable, gère les stations d'épuration des eaux usées ainsi que les retenues d'eau à travers toute la Suède. Skafab, société détenue par la ville de Stockholm, aura pour principale responsabilité la gestion des déchets solides ou ordures ménagères, et Stockholm Energi AB est l'un des principaux fournisseurs d'énergie en Suède.

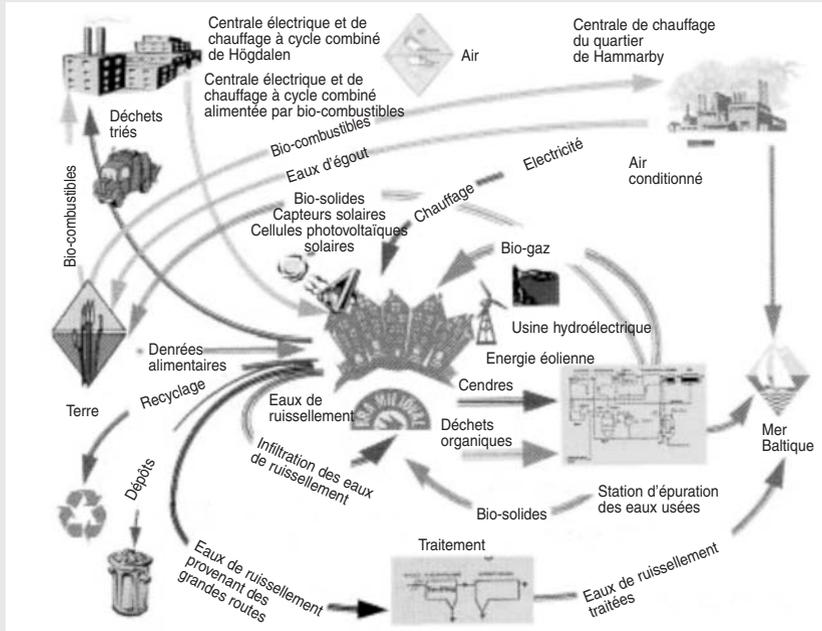
Le nouveau plan de développement a pour centre un ancien complexe industriel situé à proximité d'une zone portuaire et totalisera approximativement 8000 appartements destinés à recevoir environ 15000 personnes. De nouveaux bâtiments seront construits dans des quartiers offrant déjà un réseau de logements, de magasins, de bureaux et de petites entreprises. Les bâtiments comporteront quatre à six étages et seront situés sur tout le pourtour de cette nouvelle zone. Les immeubles seront pourvus de balcons et de terrasses, d'espaces verts, ils offriront une vue sur l'eau.

Le but est de créer des cycles écologiques à un niveau aussi local que possible en :

- Réduisant au maximum la consommation de ressources naturelles ;
- Utilisant l'énergie provenant de sources renouvelables et en ayant recours aux sources locales autant que faire se peut ;
- Concevant des solutions sur mesure afin de répondre aux besoins des résidents tout en favorisant la coopération sociale et la responsabilité écologique ainsi qu'en encourageant la participation de la population pour établir la configuration du quartier ;
- Elaborant des projets à effet de levier destinés à mettre au point de nouvelles solutions permettant à la fois d'utiliser l'énergie et les autres ressources naturelles, de promouvoir la production locale de denrées alimentaires, de réutiliser et de recycler les produits issus des déchets et de minimiser les exigences en matière de transport.

Un centre d'information sur l'environnement, géré par les trois sociétés nommées plus haut, contribuera à fournir des informations et des ressources au fur et à mesure du développement du projet.

Illustration des flux d'énergie, flux de déchets et débits d'eau.



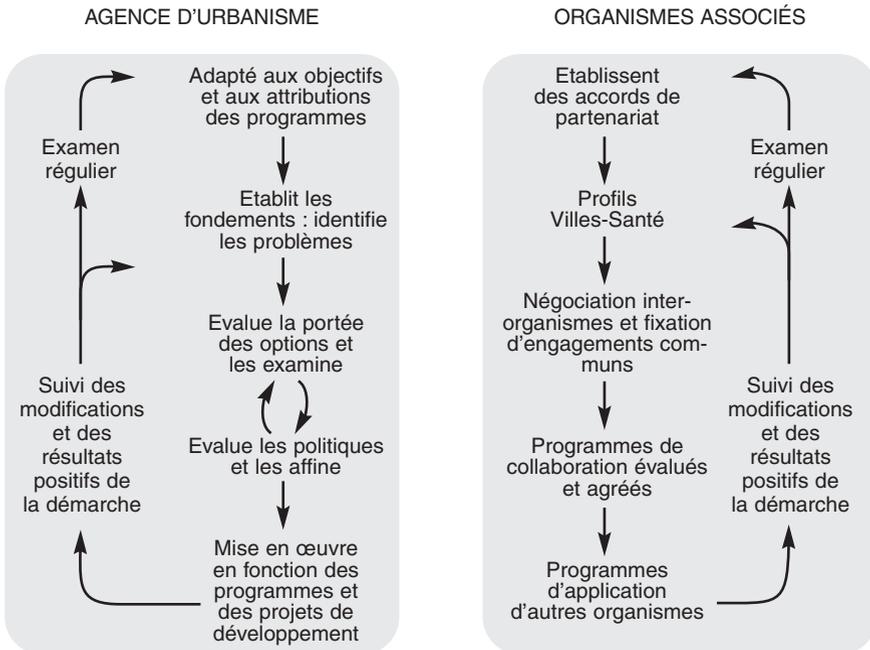
Source : Compagnie des Eaux de Stockholm (56)

PROCÉDURE STRATÉGIQUE D'URBANISME : COOPÉRATIF, SYSTÉMATIQUE ET OUVERT

Etude d'impact environnemental

Le modèle qui est illustré ici provient de deux sources principales : les exigences naissantes de l'Union Européenne en matière d'études d'impact environnemental et la démarche de coopération inter-institutionnelle dont la voie fut ouverte en premier par le mouvement Villes-Santé. Ce mouvement se trouve analysé en détail au chapitre 2. La directive finale en matière d'études d'impact environnement est en passe d'être adoptée, mais des formes diverses de celle-ci, s'appliquant tout spécifiquement aux plans d'urbanisme, fonctionnent déjà dans des pays tels que l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume Uni. Dans son ensemble, les études d'impact environnement permettent non seulement d'évaluer de manière très rigoureuse les projets, lorsqu'ils apparaissent, mais elles sont aussi également axées sur l'ensemble du processus d'élaboration des projets. Les aspects à retenir principalement sont la clarté des objectifs, l'établissement de rapports portant sur l'état de l'environnement ainsi que la possibilité d'apprécier la portée d'un programme et de tester des stratégies alternatives. Une étude d'impact environnementale donne de l'importance à une approche honnête, explicite et transparente de planification.

Figure 4.2 Processus idéal d'orientation de la politique à partir de l'urbanisme



D'après Barton et al. (17)

Plusieurs gouvernements et beaucoup de collectivités locales appliquent activement les principes inhérents aux études d'impact environnemental à une forme moins stricte d'étude d'impact qu'est l'étude d'impact pour le développement durable y intégrant explicitement les critères sociaux et économiques aussi bien que les critères environnementaux. Les implications relatives à la santé devraient constituer un élément fondamental d'une telle évaluation. L'une des motivations présidant à une collaboration initiale entre les organismes responsables de la planification, de l'urbanisme, de la santé et des autres secteurs pourrait être la nécessité de définir une base commune, soit un profil de Ville-Santé qui leur soit commun (chapitre 2). Ceci constitue une phase clé du processus de planification stratégique (figure 4.2).

Processus en cinq phases

1. Négociation d'objectifs clairs et contraintes relatives au projet

Le fait d'avoir des pratiques communes de travail et de partager les responsabilités s'avère souvent peu facile dans la phase initiale de définition d'un projet. Toutefois, le fait de consulter très largement les institutions, le public et les politiques sur les objectifs du projet et sa portée s'avère essentiel. Créer une ville plus saine est un but sur lequel tous les intérêts en jeu peuvent s'entendre. La qualité de vie actuelle et future des individus est mise au centre du débat. D'autres objectifs, se rapportant aux emplois, au logement, aux transports, aux ressources et à l'environnement, peuvent

en découler. La manière dont la population envisage ces objectifs de même que des études portant sur le comportement social sont examinées en détail dans l'ouvrage intitulé *Community participation in local health and sustainable development : a working document on approaches and techniques* (38) (participation de la population à la santé locale et au développement durable : approches et les techniques). Ces études constituent un apport estimable dans la définition des priorités.

Les contraintes auxquelles est soumis le projet doivent être fixées de sorte que le projet puisse effectivement porter sur la création d'une ville en meilleure santé. Sans empiéter sur le territoire d'autres institutions, ce projet doit être reconnu comme le moyen par lequel les décisions en matière d'aménagement de l'espace de l'ensemble des organismes concernés publics, privés et associatifs sont négociées afin que ces décisions soient cohérentes et qu'elles se renforcent mutuellement.

2. *Etablissement d'une base de travail commune : problèmes et opportunités*

Des motifs communs et une compréhension commune des différents intérêts en jeu constituent une priorité fondamentale pour qu'une application ultérieure soit couronnée de succès. Des programmes communs conçus pour fixer les conditions sociales, sanitaires, économiques et environnementales de base (sous forme d'un profil de santé du milieu urbain) peuvent être une manière relativement objective et non partisane, de reconnaître les problèmes auxquels certains groupes ou certaines collectivités sont confrontés. La reconnaissance de la part de tous qu'il existe certains problèmes qui doivent être traités est un pas important en avant et permet de forger des alliances pour tenter de porter remède aux difficultés reconnues.

La politique d'aménagement de l'espace ne peut, toutefois, traiter que certains types de problèmes. Il convient de ne pas anticiper ni d'en tirer de fausses prévisions. C'est une des raisons pour laquelle les principaux décideurs doivent être en possession du profil de santé de la ville de sorte que chacune puisse, en conséquence, jouer son rôle.

L'analyse doit également traiter des intérêts des générations futures et de ceux de la génération présente. Les contraintes prévisibles liées au développement commercial, les problèmes auxquels on peut s'attendre concernant le surpeuplement, la qualité des logements, l'inégalité et autres problèmes devraient clairement se faire jour. Un cadre analytique simple mais efficace s'applique aux domaines suivants : contrainte, état, réponse.

- Contrainte. Comment le commerce, la technologie et les modes de vie se modifient-ils et comment cela affectera-t-il la santé ?
- Etat. Quels sont l'état et la qualité actuels du capital environnemental, économique et social et quelles sont les prévisions à cet égard ?
- Réponse. Quelles politiques sont en place et quelle est leur efficacité lorsqu'il s'agit de s'attaquer aux problèmes ?

3. *Présentation et analyse des options*

Bien que l'établissement d'une base de données soit un point important pour un projet évolutif à long terme, une action efficace est nécessaire immédiatement. Présenter des options et mener des actions doit se faire au moment même où les problèmes sont identifiés et analysés. Chacun peut informer l'autre. En effet, une proposition particulière peut souvent être un facteur déclenchant et inciter à réaliser d'autres travaux d'étude. Le processus doit être pragmatique, ne nécessiter que des ressources limitées et peu de pression politique.

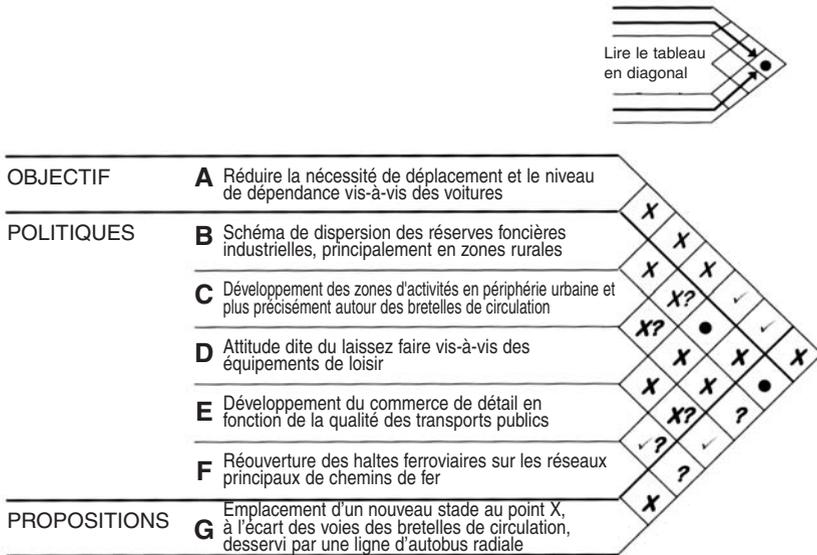
Présenter le projet, en établir la portée et examiner les options vont de pair. Le processus d'étude d'impact environnemental de l'Union Européenne, tel qu'il est appliqué aux projets d'aménagement de l'espace, comporte l'obligation de passer au peigne fin les pratiques les plus appropriées et les idées les plus novatrices menées par d'autres municipalités. Il implique aussi d'examiner les conseils prodigués par l'Union Européenne et les gouvernements. D'autres institutions compétentes doivent également être consultées.

L'objectif qui consiste à examiner les alternatives possibles doit permettre de venir à bout de l'inertie politique et d'encourager chaque institution à innover. L'absence apparente de toute option réaliste dans nombre de processus décisionnels en matière de politique est toujours suspecte. Il conduit à soupçonner que des intérêts établis (commerciaux, institutionnels ou politiques) se sont imposés dans la démarche et ont bloqué toute discussion ouverte.

4. Evaluation et amélioration des politiques

Le processus consistant à évaluer et à choisir une politique doit être ouvert, explicite et transparent si les décisions qui en résultent veulent avoir un certain poids. Les évaluations qualitatives et quantitatives se doivent d'être équilibrées, les intérêts des différents groupes (parfois conflictuels) doivent être pris en compte. Les objectifs initiaux du projet que sont la santé et l'environnement apportent les critères nécessaires.

Figure 4.3. Modèle type permettant d'évaluer la compatibilité des objectifs, des politiques et des propositions concernant les transports d'une agglomération.



Degrés de compatibilité et de certitude

- Les politiques se renforcent mutuellement
- Les politiques n'ont que peu d'effet ou aucun effet mutuel (neutre)
- Tendence des politiques à se contrecarrer les unes les autres
- Effets incertains ou non connus (peut s'appliquer à tout autre symbole quel qu'il soit)

D'après Barton & Bruder (57)

En termes d'évaluation, la difficulté réelle est de prendre en compte les effets interactifs et cumulatifs d'une politique. Une manière de faire face à la complexité de la vie dans la réalité est d'utiliser des modèles permettant de mettre en lumière les zones conflictuelles et de renforcer les liens entre les différentes politiques.

Ce modèle établit un rapport entre un objectif dans ses grandes lignes et une série de lignes directrices données par une administration locale, il permet aussi de faire un lien avec les propositions d'autres institutions clés. Ceci permet d'instaurer des règles de logique et de cohérence nécessaires aux négociations entre les institutions, et d'encourager l'administration locale concernée à être plus explicite dans ses procédures de décisions internes. Ceci constitue un exemple d'une version parachevée.

5. *Coordination de la réalisation,*

En elles-mêmes, beaucoup d'agences d'urbanisme disposent de pouvoirs plutôt limités souvent négatifs. Il n'y a aucun mérite à attribuer courageusement des terrains destinés aux logements si les organismes gérant l'eau, les transports, le développement économique, la santé et l'éducation ne sont pas présents ! Le travail de l'urbaniste consiste à négocier et à établir des programmes coordonnés sur lesquels les différents organismes s'accordent. Cela leur permet de s'entendre également sur les principaux objectifs sociaux. Les buts que représentent la santé humaine et la qualité de la vie sont un pivot permettant d'obtenir l'engagement de ces parties. Si ces objectifs disposent dans les sphères les plus hautes du soutien des politiques et des responsables de haut niveau, alors des partenariats fructueux peuvent perdurer et les résultats sur le plan social peuvent être améliorés.

POLITIQUE DE STRUCTURATION URBAINE : ALLER VERS L'INTÉGRATION, LA RÉNOVATION ET LA CONCENTRATION

Le type de relations spatiales qui existe entre les différentes utilisations des terrains aident à définir le degré de dépendance vis-à-vis des véhicules automobiles, l'accessibilité, la population et la justice sociale. Il est par conséquent primordial que chaque utilisation faite du terrain ne soit pas traitée comme un problème d'urbanisme à part comme cela peut être le cas dans un modèle dit " fluide " désagrégé et dispersé. Le fait d'éviter d'imposer, par centralisme, des schémas de zonage trop simplistes, qui réduisent le choix et la diversité, s'avère primordial. Une stratégie d'aménagement foncier, pour qu'elle soit couronnée de succès, nécessite un engagement à long terme de la part de tout une série d'organismes.

Priorités de santé

Les priorités de santé, de toute politique d'urbanisme, comprennent les points suivants :

- Favoriser une accessibilité aux services à pied ou à bicyclette, qui permette d'inciter à la pratique d'exercices bénéfiques à la santé, favorise le sentiment d'un sens de la collectivité locale et l'égalité d'accès aux services, pour les personnes ne bénéficiant que de conditions médiocres d'accès aux transports ;
- Favoriser la viabilité des transports publics comme moyen d'augmenter les possibilités de déplacement, réduisant ainsi la dépendance vis-à-vis des véhicules automobiles et donc le nombre des accidents, la pollution de l'air et les émissions de CO² ;
- Multiplier les possibilités de choix afin que soient ouverts à toutes les catégories

- de la population, plus particulièrement aux personnes n'utilisant pas de véhicule particulier, l'accès à l'emploi, à l'éducation, à la santé, aux commerces et loisirs ;
- Accroître la diversité et la qualité des logements et permettre ainsi aux ménages de trouver plus facilement un logement correspondant à leurs besoins et à leurs revenus ;
 - Stimuler la croissance économique induite par les zones d'habitation, augmentant par la même la variété des opportunités d'emploi et créant les ressources nécessaires à la fois à la réhabilitation des zones urbaines et à la prestation de services.

Débat sur la forme urbaine

Le système urbain est ici défini comme étant la répartition et le schéma des zones d'habitation au sein d'une agglomération. Les variables clés en sont la densité, la forme, le degré de dispersion ou de concentration ainsi que la qualité de l'infrastructure pour les transports publics. Le débat portant sur le thème d'un tissu urbain durable est vif dans les milieux universitaires, considérant notamment la question des différentes formes de densité ou de décentralisation. Le consensus au sein des pays de l'Union Européenne favorise l'idée d'une forte densité urbaine avec une limitation des implantations dans la périphérie tel que cela est avancé dans le document d'orientation de la politique gouvernementale s'appliquant à l'environnement urbain (58). La position en faveur d'une forte densité de population comporte des avantages manifestes en matière de santé et de durabilité, du moins en théorie, comparée à un schéma urbain où les populations sont dispersées :

- Les durées de trajet sont plus courtes (à l'inverse de ce qui se passe dans un schéma urbain dans lequel les populations sont dispersées) offrant en cela plus de possibilités d'activités physiques en favorisant la marche à pied ou le vélo ;
- La dépendance vis-à-vis des voitures particulières est moindre permettant ainsi de réduire le taux de pollution ;
- Il est possible d'accéder à pied à un grand nombre d'installations, favorisant ainsi un accès plus important et plus varié aux produits alimentaires ;
- Le prix des terrains peut s'avérer suffisant pour inciter à une rénovation et à une réhabilitation urbaine, ce qui peut renforcer une certaine fierté et un sentiment d'appartenance à un quartier ;
- La vitalité et la viabilité du centre ville s'en trouvent soutenues, améliorant ainsi l'économie et augmentant l'offre d'emploi ;
- Les bâtiments et les matériaux sont réutilisés réduisant ainsi la consommation d'énergie et de ressources ;
- L'accès à l'espace rural s'en trouve amélioré, offrant ainsi la possibilité de développer les activités de loisirs.

Ainsi la densification peut éventuellement aider à rendre l'environnement plus propre, plus accessible, plus juste et plus convivial. Toutefois, la densification peut créer des problèmes en termes de densité trop élevée, de perte d'espaces publics, de loyers trop élevés (source d'exclusion sociale) et d'équipements insuffisants. Si le taux de croissance est élevé, la capacité d'accueil des zones urbaines existantes peut s'avérer insuffisante. En outre, les pressions du marché de l'automobile, une législation fragile et peu convaincante, la compétition entre les villes pour le développement d'importantes zones de développement sans parler de la mauvaise image que donnent certaines zones urbaines, font qu'il est très difficile de parvenir à un développement urbain dense.

Chaque région urbaine a sa propre dynamique sociale et économique subit des pressions politiques qui lui sont propres et présente des caractéristiques géographiques particulières. Par conséquent, aucune réponse ne peut être universelle. Sont données ci-dessous quatre formes de stratégie s'appliquant au système urbain que les décideurs peuvent prendre en considération. Ces quatre options sont conçues pour être analysées en série de sorte que celles qui sont en théorie les plus favorables à la santé soient examinées en premier. Elles constituent des options en termes de développement urbain sur une période allant de 10 à 25 ans. Elles sont dites séquentielles dans le sens où, seulement dans le cas où la réhabilitation urbaine s'avère insatisfaisante, il convient alors de passer à une phase de développement dit densifié et si le développement densifié lui-même est inadapté, il sera alors légitime d'envisager une décentralisation et un concentration linéaire.

Stratégie pour une rénovation urbaine

La politique de rénovation urbaine compte sur le fait de pouvoir principalement adapter le nouveau développement au sein de la zone urbaine existante en recyclant les bâtiments et réutilisant les sites inutilisés, contaminés et laissés à l'abandon. Si le marché du logement et celui du commerce sont soutenus et actifs, on se préoccupe alors tout particulièrement des espaces verts et des établissements qui ont tendance à se répandre hors des limites de la ville. L'action doit compter sur des politiques fortes et efficaces en matière d'urbanisme dès lors qu'elle est amenée à fonctionner dans l'intérêt des habitants (voir étude de cas, Encadré 4.2).

Contrôles systématiques (checklist) :

- Y a-t-il moyen, au sein de la zone urbaine existante, de procéder à un développement des logements, des commerces et des services, par exemple en récupérant et en convertissant les sites laissés à l'abandon, en réaménageant les zones d'habitation à faible densité ainsi qu'en répartissant mieux les parcelles de terrain et les bâtiments ?
- Existe-t-il une réserve foncière théorique qui soit bien située et reliée aux bassins d'emplois et services existants ou futurs ? Est-elle également reliée aux services de transports publics, avec des zones urbaines isolées ou mal desservies ?
- Les mécanismes normaux du marché (décisions prises par les entreprises et les ménages) seront-ils aptes à s'intensifier dans le laps de temps nécessaire ?
- Existe-t-il des politiques d'urbanisme actuelles qui entravent inutilement ce processus de densification, par exemple des politiques concernant les coefficients d'occupation des sols (densité de construction), la prévision minimum d'aires de stationnement et la préservation du caractère social existant d'une zone donnée ?
- Les espaces verts urbains (relevant soit de la propriété privée ou publique) qui sont utilisés par la population locale ou ceux qui ont une valeur écologique, esthétique ou historique ont-ils été identifiés et sont-ils effectivement protégés contre toute tentative d'aménagement ?
- Les sites situés en périphérie et inclus dans la ceinture verte, les villages satellites et les terres agricoles de première catégorie (où les aménagements sont souvent moins coûteux qu'en ville) se sont-ils vus effectivement limités afin d'obliger les promoteurs et autres aménageurs à appliquer la politique en cours ?
- Lorsque les terres inutilisées et laissées à l'abandon sont contaminées ou lorsqu'il s'avère difficile ou coûteux de réaménager celles-ci, existe-t-il alors des subventions ou des accords de partenariat pouvant aider à obtenir des fonds privés ?

Encadré 4.2. Réhabilitation à Barcelone (Espagne) : rénovation d'un quartier dégradé (Ciutat Vella)

Le quartier historique de Ciutat Vella (91000 habitants) était l'une des zones souffrant le plus de dégradation et présentait également un niveau socio-économique très bas au sein de la ville de Barcelone. Les taux de mortalité étaient élevés pour toutes les catégories, tout comme une forte exposition aux principaux facteurs de risque vis-à-vis d'une mauvaise santé, comme la violence, la prostitution, le sida, la pharmaco-dépendance et les logements insalubres. Cette dégradation croissante résultait également de décisions d'urbanisme inappropriées ainsi que de l'absence de tout projet proposant les réglementations nécessaires et permettant de déterminer une stratégie financière.

Le projet de rénovation, en conformité avec les principes du projet Villes-Santé de l'OMS, fut réalisé par le biais d'une coopérative associant divers partenaires issus du secteur public et privé, y compris l'Université de Barcelone, le Port de Barcelone, les instances régionales et locales ainsi que plusieurs sociétés de services associés à une société de " joint venture " (la PROCIVESA) représentant la ville de Barcelone. Les investissements publics d'un montant de 80 millions de dollars américains eurent pour effet d'attirer immédiatement les investisseurs privés. Les réalisations comprenaient les points suivants : restauration et amélioration générale des logements, ouverture de squares et places ainsi que d'espaces verts, construction d'équipements culturels et de loisirs, programmes de santé à destination de groupes de marginaux et programmes de développement économique. Plus de dix ans se sont écoulés et les premiers résultats sont maintenant visibles et permettent d'établir une comparaison. La zone concernée présente nombre de nouvelles activités économiques et la population actuelle jouit d'un statut socio-économique nettement supérieur.

Source : Bureau régional de l'Europe de l'OMS (6)

Le programme de réhabilitation urbaine s'applique tout particulièrement à des régions à croissance modérée où la restructuration économique se poursuit, ou bien à des régions où la concentration urbaine générale est actuellement faible. Toutefois, le principe visant à recycler les bâtiments et les terres urbaines sous-utilisées concerne tous les programmes. Cette démarche peut se révéler d'importance pour les villes et les communes qui se meurent du déclin économique et social auquel elles ont à faire face et qui sont de ce fait confrontées à une perte de population. Elle est encore importante en zone rurale où la concurrence entre les villes se trouve exagérée à cause de la concentration croissante de commerces de détail à la périphérie des villes.

Stratégie pour une croissance dense

Une politique visant à une croissance dense doit être envisagée lorsque la zone urbaine ne dispose que d'une capacité insuffisante d'accueil pour la croissance prévue. La stratégie consiste alors à libérer des terres à proximité de la ville offrant un bon accès aux équipements urbains, que se soit à bicyclette, à pied ou par transports publics. Les aménagements sur sites au cœur de la ceinture verte ne sont pas considérés comme une alternative à la réhabilitation mais comme un moyen supplémentaire d'y parvenir.

Liste de contrôles (checklist)

- Les études montrent-elles clairement que la capacité de la zone urbaine existante est suffisante pour accueillir de nouveaux aménagements sans compromettre la qualité de l'environnement ou menacer la stabilité économique à long terme ainsi que la justice sociale ?
- Existe-t-il des ceintures vertes autour de la ville pouvant potentiellement fournir un bon niveau d'accessibilité vers le centre ville soit à bicyclette ou par les transports en commun (distance du centre d'environ 5 km), soit à pied pour se rendre au cœur d'un quartier (distance d'environ 1,5 km) et qui puissent offrir un environnement attrayant ?
- Est-il possible d'aménager de tels sites tout en préservant les espaces verts d'un haut intérêt, en particulier les zones inondables, les coteaux, les zones boisées et les espaces verts et de loisirs ?
- L'aménagement de tels sites peut-il être utilisé comme support (plutôt que comme rival) à la réhabilitation urbaine, par exemple en finançant en partie de nouvelles structures de santé et d'enseignement, en améliorant l'accès aux complexes industriels à l'agonie, en justifiant une amélioration des transports en commun suburbains ou en déclenchant le processus de rénovation du centre des quartiers ?
- Les parties prenantes de la zone urbaine existante (par exemple les groupes de résidents, les prestataires de services et les intérêts commerciaux) ont-elles été consultées afin d'aider à établir de quelle manière ce développement nouveau pourrait être aussi profitable que possible ?

La politique de densification est susceptible de s'appliquer aux villes qui poussent plus rapidement mais qui restent d'une taille relativement petite. Ceci n'est pas adapté ni même envisageable pour les conurbations. A noter que la spécification de 1,5 km fait référence à la distance que nombre de personnes sont prêtes à couvrir à pied pour atteindre un centre ville. Encourager les trajets à pied est un objectif important en matière de santé mais les habitudes diffèrent en fonction de chaque zone culturelle. Des critères localement valables reflétant le comportement humain ainsi que les conditions physiques les plus courantes doivent être définis.

Stratégie pour une décentralisation plus ciblée

Une démarche visant à une décentralisation plus ciblée consiste à développer la démarche de densification pour qu'elle soit adaptée à un tissu urbain plus large en se focalisant sur les forces décentralisatrices du marché. Les recherches suggèrent que son application peut devenir improductive si la ville vient à dépasser une certaine taille pour les raisons suivantes :

- La longueur des trajets quotidiens devient trop grande ;
- Les encombrements et la pollution sont aggravés ;
- La concurrence pour l'espace se fait acharnée ;
- L'accès à la campagne est moins aisé ;
- Les problèmes d'exclusion sociale et de ségrégation augmentent.

Le développement à venir des périphéries des grandes villes (supérieur à un rayon de 5 km ou agglomérations excédant 250000 habitants) doit donc être considéré comme une question critique.

La politique visant à une décentralisation ciblée tend à détourner une partie du potentiel de croissance en direction des villes de banlieue et villes dortoirs autonomes dans le but d'augmenter l'autarcie en terme d'emplois et de services, agissant ainsi comme contre-aimant vis-à-vis des villes centres. Cette stratégie est particulièrement adaptée aux régions fortement urbanisées présentant un réseau ou maillage de villes étroitement reliées entre elles.

Liste de contrôle (checklist)

- Le potentiel de croissance urbaine au sein des villes centre et communes limitrophes a-t-il été reconnu comme il se doit et a-t-il fait l'objet de recherches pour qu'il puisse constituer un élément clé de tous les projets, quels qu'ils soient ?
- La ville est-elle trop étendue ou trop peuplée pour permettre une stratégie de croissance densifiée sans exagérer les problèmes d'accès, de santé et de justice recensés ci-dessus ?
- Existe-t-il des villes voisines ayant des centres très facilement accessibles (ou qui pourraient le devenir) sur un plan local et régional grâce aux transports en commun avec un potentiel économique permettant de proposer une large gamme de débouchés et de services ?
- Existe-t-il des espaces verts au sein de ces centres et à leur périphérie qui répondent aux critères de croissance compacte ?
- Si les villes existantes offrent des possibilités de croissance qui s'avèrent être inadaptées, existe-t-il pour une nouvelle commune qui se trouverait suffisamment éloignée de la ville principale, la possibilité d'avoir une indépendance relative tout en représentant un attrait pour les employeurs importants ? Aurait-elle aussi la possibilité d'avoir d'excellentes conditions de liaison par les transports en commun ?
- Ces villes en pleine croissance (récentes ou anciennes) sont-elles potentiellement en mesure de proposer un degré d'autonomie correct et acceptable aux habitants ayant pour la plupart un travail sur place, des services adaptés, y compris de grands magasins de vêtements et d'alimentation, un centre de loisirs ou un stade, un hôpital, un centre de formation permanente pour adultes (de même que des écoles), une bibliothèque et un théâtre, des cinémas et une discothèque ?

Stratégie de concentration linéaire

Une politique visant à une décentralisation plus spécifiquement ciblée pose de réelles difficultés. Elle fonctionne bien dans le cas d'une simulation théorique s'inscrivant dans un futur imaginaire où les distances à couvrir seraient grandes ; mais elle le fait nettement moins bien dans la situation actuelle, le prix du carburant (dans nombre de pays) étant relativement bas, le nombre de propriétaires de véhicules augmentant et l'utilisation des automobiles ayant été favorisée par la construction de routes. Une grande diversité de lieux accessibles en 30 minutes, que ce soit en matière de travail, de loisirs, de courses et de vie sociale, s'offre aux individus. Dans une telle situation, la stratégie de décentralisation ne fait qu'accroître la durée moyenne des trajets de même qu'elle accroît la complexité d'un schéma de déplacement déjà très diffus. Cette politique offre un risque de contagion en raison des dangers qui en résultent et des méfaits qui se diffusent à une zone plus large.

Par conséquent, une autre option consiste à revenir à l'idée de concentration, non point envisagée d'un point de vue périphérique comme précédemment mais considéré de façon linéaire. La concentration linéaire représente une croissance urbaine le long de larges couloirs de circulation qui intègrent les transports publics. Ces couloirs permettent de relier la ville principale aux villes satellites. Ces couloirs ne doivent pas

être trop longs sinon le même problème de longueur et de durée des trajets se manifesterait, comme c'était le cas dans la précédente politique.

La force de la stratégie linéaire réside dans le fait que celle-ci ne prétend pas que les villes limitrophes soient fonctionnellement autonomes mais elle considère l'agglomération comme une entité sociale et économique tout en encourageant la décentralisation.

Contrôle

- Le potentiel de croissance urbaine et de développement dense a-t-il été examiné et exploité comme il se doit ?
- La stratégie de décentralisation ciblée est-elle susceptible (si le carburant continue d'être relativement peu cher) de déboucher sur un schéma diffus qui concernerait des trajets d'une certaine longueur et engendrerait une dépendance significative des véhicules automobiles ?
- Existe-t-il, à proximité de la ville centre, des possibilités de développer des couloirs le long des principaux itinéraires existants ou futurs au bénéfice des transports publics, offrant ainsi des liaisons entre la ville centre et ses satellites potentiels ou existants ?
- Ces couloirs sont-ils suffisamment larges (par exemple d'environ 1 à 2 km) pour permettre le développement d'équipements locaux et générer une forte demande de transports en commun ?
- Est-il possible de poursuivre une stratégie de ce type sans trop exagérer les encombrements sur les radiales (principales routes reliant les zones périphériques au centre de la ville) ni être préjudiciable à l'aménagement des villes historiques ou bien encore favoriser le sentiment d'une identité distincte ?

Conclusion

Il n'existe pas de formule rapide permettant de résoudre le problème que pose l'élaboration d'une stratégie pour un urbanisme favorable à la santé. Les politiques et les pontifes universitaire sont souvent en quête de solutions claires et simples mais l'urbaniste doit faire face à une réalité plus diffuse et gérer de façon créative les problèmes soulevés par toute politique générale, sans pour autant compromettre les objectifs. La stratégie de décentralisation ciblée tout comme la stratégie de développement linéaire peuvent s'avérer toutes deux adéquates dans différents cadres, soit séparément ou soit associées l'une à l'autre. Les deux intègrent et vont au-delà de l'ensemble de la rénovation urbaine et des options dites compactes.

LOCALISATION DES EMPLOIS ET DES ÉQUIPEMENTS : PRÉVOIR LA MULTI-FONCTIONNALITÉ

Dans la mesure où les stratégies et la mise en place d'un schéma urbain durable portent leurs fruits, il convient alors d'exercer un certain contrôle sur les lieux d'implantation des activités professionnelles et des administrations qui entraînent une demande de déplacement. Les avantages potentiels pour la santé en terme de qualité de l'air, de sécurité, d'exercice, d'accessibilité et d'égalité sont considérables.

L'accent est mis sur toutes les activités qui génèrent des déplacements importants pour les individus ou les marchandises :

- Les installations touristiques et de loisirs ainsi que les magasins de détail ;
- Les développements de zones de bureaux (des secteurs public et privé) ;
- Les établissements industriels et de distribution ;
- Les équipements de soins, d'éducation et d'activités culturelles.

Toutes ces activités doivent être traitées de manière cohérente, à la fois du point de vue de la planification des transports et de l'occupation des sols afin de réduire le recours aux automobiles et d'encourager ainsi la marche à pied, les déplacements à bicyclette et l'utilisation des transports publics accessibles à tous.

Les villes ayant un faible pouvoir économique ou ne disposant que de peu de soutien de la part de l'Etat rencontrent des difficultés majeures pour réaliser ce type de démarche. Les sociétés et les institutions publiques visent à minimiser les coûts et à choisir de plus en plus des emplacements accessibles aux voitures. Ces deux constats visent des sites en bordure de ville. Réduire le choix des implantations s'avère politiquement et socialement inacceptable dès lors que les emplois sont en jeu et que les services essentiels ne sont pas fournis. Un schéma de prise de décision doit par conséquent être établi pour que les décisions intégrant l'objectif de santé soient aussi économiquement les meilleures.

Principes

- La prise de conscience concernant les problèmes de santé et d'environnement devrait se faire, par exemple, par l'établissement de profils de santé urbaine ainsi que par une action politique et publique de haut niveau, de sorte que ces questions deviennent une préoccupation commune et qu'il soit publiquement gênant pour les chefs d'entreprises et les institutions de les ignorer.
- Les Villes-Santé doivent développer des démarches de coopération pour que les chefs d'entreprises et les responsables des institutions puissent créer un terrain d'entente et œuvrer pour établir des partenariats et des options communes pour l'action.
- Des modèles d'utilisation durable des sols devraient être encouragés, ils se fonderaient non seulement sur les avantages sociaux, sanitaires et environnementaux qui peuvent en découler, mais ils seraient également un moyen effectif de stimuler l'économie et l'efficacité des institutions. L'accessibilité devrait être améliorée pour l'ensemble des groupes, le commerce tirant avantage d'un regroupement des activités, la promotion de la ville se faisant alors autour d'une image plus favorable à la santé et à la qualité de la vie.
- Des directives détaillées et logiques en matière d'urbanisme devraient être établies pour pouvoir créer un champ d'action pour toutes les formes d'activité commerciale. Dans certains pays, il conviendrait de modifier ou d'apporter des améliorations à la législation pour y parvenir.
- Il devrait être fait appel aux investissements en matière de transport ainsi qu'aux politiques visant à limiter l'utilisation d'automobiles afin que l'attention des institutions et des milieux d'affaires se porte sur des sites appropriés et fasse que les emplacements inadéquats soient plus onéreux en imposant par exemple une taxe annuelle sur les places de stationnement réservées aux véhicules particuliers.

Distinction entre services locaux et services urbains

Certains emplois et services sont par nature des emplois et des services locaux. D'autres s'appliquent à une zone d'attraction plus vaste. Les services et équipements locaux doivent être dispersés à travers toute la ville de sorte qu'ils puissent être accessibles à la population. Dans un marché non dirigé, les principaux bureaux et grandes surfaces (ayant une zone d'attraction à l'échelon du quartier ou à l'échelon régional) sont souvent éparpillés. Ces deux types de services doivent être traités de manière complètement différente dès lors que l'accessibilité aux transports publics qui requiert une concentration des services en question, devient un critère clé.

Tableau 4.1. Emplois et structures : situation géographique par catégorie

Catégorie	Types d'activité	Pré-requis en matière d'accessibilité	Autres critères ou politiques
Implantations de type A Centres-villes (dans villes ou localités) et principaux centres de quartiers au sein des agglomérations	<i>Producteurs de trafic régional</i> <ul style="list-style-type: none"> Centres d'affaires et bureaux Points de vente au détail pour biens de consommation durables et produits spécialisés Principales attractions culturelles ou de loisirs Universités et hôpitaux régionaux 	<ul style="list-style-type: none"> Zones situées dans un rayon de 800 mètres par rapport à une gare à trafic interurbain Situation centrale par rapport aux transports urbains publics 	<ul style="list-style-type: none"> Faible niveau de dépendance vis-à-vis des véhicules automobiles Taux d'occupation maximum des parkings : 25% de la demande théorique Réseaux piétons et cyclables convenables permettant une liaison avec les zones résidentielles avoisinantes Les exigences et critères liés aux implantations et qui sont ici suggérés sont donnés à titre d'illustration et ne présentent pas de caractère définitif.

Sources : tiré de la pratique mise en place aux Pays-Bas et adapté de Barton et al. (55)

Il convient de différencier les différents types et niveaux de services. Le tableau 4.1 distingue quatre catégories de sites et identifie le type de critère d'accessibilité à utiliser pour orienter le développement.

Les services remplissant principalement une fonction à l'échelon local (catégorie D) devraient être regroupés et concentrés au sein de la localité (accroissant de cette sorte les possibilités de déplacement à objectifs multiples) et devraient être organisés de manière centralisée en tenant compte des réseaux existants permettant les déplacements à pied ou à bicyclette.

Les principaux producteurs de circulation (activités ou sites) qui desservent un secteur plus vaste que le bassin local (catégorie B) devraient être concentrés au niveau des nœuds de circulation avec un bon accès des transports publics en provenance de la plupart des directions. Les services et les équipements destinés à des bassins urbains ou régionaux (catégorie A) devraient être situés à proximité de services permettant une desserte par lignes d'autobus interurbains ou par trains rapides et se trouver au cœur même du réseau urbain des services de transport en commun. Ces principes réaffirment le rôle traditionnel qu'ont les centres des villes, des communes et des quartiers. Le travail d'urbanisme consiste à garantir suffisamment d'espace et de souplesse au cœur même de ces centres, tant au niveau des terrains que du bâti, afin de pouvoir accueillir cette croissance.

Les entreprises de stockage ainsi que les industries de transformation de grande envergure (comptant relativement peu d'ouvriers à l'hectare mais générant des mouvements significatifs de marchandises) devraient être situées à proximité des voies principales et routes nationales et offrir des possibilités d'accès par rail et par voie fluviale ou offrir un accès depuis la côte.

Certains modèles classiques de développement sont exclus. En particulier, les sites décentralisés à faible densité de population et ne proposant qu'un usage unique de leurs services (tels que les parcs d'affaires, les "retail parks" [pôles commerciaux gigantesques avec parkings surdimensionnés], les C.H.U. et les universités) génèrent un nombre considérable de déplacements automobiles tout en étant difficiles d'accès pour les personnes ne disposant pas d'un véhicule. Ils sont cause de pollution, d'un mauvais état de santé et d'exclusion sociale. Des formes alternatives et viables de développement doivent être créées.

Taille des équipements

La tendance qui vise à accroître la taille des équipements et autres services (notamment les commerces de détail, les écoles, les hôpitaux) et à les implanter loin dans la périphérie se trouve normalement justifiée par les exploitants eux-mêmes en termes d'économies d'échelle ainsi qu'en termes d'amélioration des choix et des services pour les usagers. Toutefois, ce choix peut s'avérer néfaste à la santé pour des raisons sociales, environnementales et sanitaires.

En particulier, les investissements qui sont réalisés dans les grands magasins d'alimentation, les établissements scolaires, les centres hospitaliers régionaux peuvent jouer directement en défaveur de plus petites structures accessibles aux collectivités locales. Ceux qui conçoivent les politiques ignorent souvent le poids de leurs décisions sur les ménages en termes de situation géographique, ce qui signifie une utilisation supplémentaire du véhicule, une plus grande consommation de carburant, des durées de trajet allongées pour les parents et un défaut d'activité physique favorable à la santé pour les enfants. L'engagement des établissements d'enseignement, des établissements de santé, des directeurs de centres de loisirs et autres à proposer des structures facilement accessibles s'avère crucial.

QUALITÉ DU LOGEMENT, DIVERSITÉ ET ACCESSIBILITÉ

Dans beaucoup de régions urbaines on perçoit un antagonisme entre le désir de garantir à tous les habitants un accès à un logement satisfaisant et les objectifs de préservation des espaces verts ainsi que le caractère spécifique d'une région. Le logement est reconnu comme étant l'un des facteurs clés déterminants de la santé. On ne doit pas se servir des contraintes environnementales pour tenter de justifier des logements dits défectueux ou inappropriés. Toutefois, la " valeur intrinsèque " que représentent les espaces verts à des fins de loisirs, pour la faune sauvage, en termes de gestion de l'eau et de ressources en énergie et aussi comme " capteurs " de pollution est considérable. Dans le contexte de la diversité des différentes options inhérentes au tissu urbain, une politique du logement qui tente de parvenir à ce double objectif peut être élaborée. Les points suivants constituent des principes utiles à un urbanisme dit spatial.

- Le domicile constitue l'environnement physique dans lequel plus de la moitié de la population urbaine passe au moins 80% de son temps. Ce chiffre augmentera en fonction du nombre de personnes travaillant à leur domicile tout ou partie de la semaine.
- Le domicile doit être un espace privé au sein duquel les individus disposent de la place nécessaire pour se détendre. Des situations de surpeuplement et le manque d'intimité peuvent engendrer du stress et conduire à une pathologie mentale ou physique voire accroître le nombre d'accidents. Le développement mental des enfants et des jeunes adultes est souvent lié à l'inadaptation sociale ; ce facteur qui pouvant être expressément lié à de mauvaises conditions de vie.
- Dans le processus de prise de décision, une importance particulière doit être accordée aux estimations réalistes portant sur le nombre total de logements nécessaires au sein d'une région urbaine donnée, au niveau régional, et également sur la période prévue du projet. Si l'offre ne répond pas à la demande, alors les augmentations de prix obligent les personnes à accepter des conditions de vie médiocres, générant ainsi du stress au sein du foyer ou obligeant les banlieusards à couvrir de longues distances. Tout ceci naturellement a de graves répercussions en matière de justice sociale et de santé.
- Les bailleurs de logements publics, sociaux où à faible coût s'avèrent des éléments clés et

Encadré 4.3. Réhabilitation de logements sociaux et participation de la population-Vienne (Autriche)

La ville de Vienne a défini une série de projets et élaboré toute une gamme d'outils techniques axés sur la rénovation urbaine et la restauration des logements grâce à une enquête financée par les Nations Unies à laquelle ont pris part des experts venant de différents pays européens. L'un des objectifs, appelant à la participation des locataires, est de minimiser le nombre de ceux qui auront à déménager. Si, après la restructuration, le loyer devient supérieur à un certain pourcentage du revenu du locataire, celui-ci se voit alors octroyer une subvention. L'investissement visant à améliorer les conditions de logement semble avoir une importance psychologique, tout particulièrement lorsque le locataire concerné est associé. L'expérience montre que les locataires qui sont impliqués dès la phase initiale du projet de rénovation sont plus enclins à payer un loyer majoré.

Source : Commission Economique des Nations Unies pour l'Europe (60)

jouent un rôle central vis-à-vis des intérêts des groupes les plus vulnérables. Ils devraient être intégrés aux débats portant sur une stratégie globale du logement de sorte que les problèmes de disponibilité des terrains, d'emplacement et de conception puissent être abordés de manière cohérente. Les groupes à faibles revenus n'ont pas accès à un logement adéquat simplement en fonction d'une offre globalement suffisante mais ils se voient contraints de forcer le marché et les barrières institutionnelles à la fois pour répondre à des besoins spécifiques et en raison de mouvements d'habitants entre différents secteurs (encadré 4.3).

- Les foyers ont besoin non seulement de disposer d'un logement adéquat mais également qu'il soit bien situé et pratique. Les organismes bailleurs en sont conscients mais un principe général veut que chaque quartier devrait offrir une large diversité de types de logements, libres à la location, et faire en sorte que nombre de ceux-ci répondent aux exigences en matière de superficie, de prix et comportent des jardins. Ce principe est décrit plus amplement au chapitre 5.
- Il s'ensuit que les nouveaux logements ne devraient pas être concentrés sur un ou deux sites principaux (à savoir les nouvelles banlieues ou les nouvelles zones d'habitation) mais devraient être répartis dans toute la ville, permettant ainsi aux familles de choisir un lieu de résidence réduisant au minimum les distances des trajets nécessaires en même temps que leurs effets négatifs sur la santé (15, 16, 59).
- Les politiques de rénovation urbaine et de renforcement du tissu urbain favorisent la diversité du logement et restent communes à toutes les stratégies de modèle urbain.

Encadré 4.4 Principes de l'OMS pour une politique du logement favorable à la santé

Protection contre les maladies contagieuses grâce à :

- Un approvisionnement en eau sûr et fiable
- Un système d'élimination des déjections
- Une élimination des déchets solides
- Un drainage des eaux de surface
- Une hygiène personnelle et domestique
- Une préparation saine des aliments
- Des dispositifs de protection

Protection contre les accidents corporels, les empoisonnements et les maladies chroniques grâce à une attention portée :

- Aux éléments de construction et meubles en saillie
- A la pollution de l'air intérieur
- A la prévention contre les risques chimiques
- A l'utilisation du logement comme lieu de travail

Diminution du stress psychologique et social grâce :

- A un espace de vie, une intimité et un confort appropriés
- A la sécurité personnelle et familiale
- A un accès aux structures de loisirs et structures collectives
- A une protection contre les nuisances sonores

Disposition d'un milieu de vie apportant un soutien avec :

- Des services de sécurité et d'urgence
- Des services sanitaires et sociaux
- Un accès aux structures culturelles et autres

Source : Organisation Mondiale de la Santé (61)

- La notion de densité varie énormément entre les différentes villes européennes. Toutefois, le principe qui vise à atteindre une densité du tissu urbain à la fois cohérente et compatible avec des garanties de qualité reste un principe solide qui s'applique aussi bien à la rénovation des bâtiments existants qu'à la construction de nouveaux édifices. Une densité plus élevée a pour effet d'accroître la demande en installations et services locaux et en services de transports publics, elle favorise la marche et les déplacements à bicyclettes et réduit l'impact sur les ressources naturelles, notamment au niveau des espaces verts.
- L'emplacement et la densité doivent être déterminés en termes de facilité d'accès. Les nouveaux logements ne devraient normalement pas être conçus sur des sites se situant à distance d'installations et d'équipements locaux trop grande pour être parcourue à pied ou situés, à une distance trop grande (par exemple 5 km) d'un principal centre de services ou bassin d'emplois (catégorie A dans le tableau 4.1) La densité doit être graduelle, la plus forte se situant au sein des zones les plus facilement accessibles.

Une politique du logement favorable à la santé ne tient pas uniquement au nombre suffisant de logements mais au fait qu'ils soit situés dans des lieux appropriés. Une telle politique nécessite aussi une démarche qui associe différents organismes. Les services sociaux et de santé sont impliqués de même que le sont les organismes d'urbanisme et les bureaux d'études. L'encadré 4.4 résume les principes de l'OMS relatifs à une politique du logement favorable à la santé.

INTÉGRATION DE LA SANTÉ, DE LA JUSTICE SOCIALE ET DE LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT DANS L'ORGANISATION DES TRANSPORTS

La Troisième Conférence Ministérielle sur l'Environnement et la Santé s'est tenue à Londres en juin 1999. Y ont pris part les ministres de l'environnement, de la santé et des transports de 54 pays différents. La Conférence a souligné le potentiel des stratégies intégrées permettant de diminuer le recours aux véhicules automobiles tout en facilitant les déplacements à bicyclette, à pied et aux moyens des transports en commun (62). Une Charte sur les Transports, l'Environnement et la Santé (63) a été adoptée. Elle a mis en lumière le rôle fondamental et stratégique des politiques d'occupation des sols ainsi que des programmes d'action locaux et régionaux pour des transports favorables à la santé.

Priorités

Chaque région urbaine a besoin d'une organisation de transports favorable à la santé qui parvienne à une bonne coordination de tous les modes de transport, en harmonie avec les plans d'occupation des sols et qui débouche sur un renfort mutuel. La forme que prend cette stratégie est largement acceptée. Elle vise à renverser la tendance à dépendre de l'automobile. Les priorités de santé relatives à cette démarche sont les suivantes :

- Améliorer la qualité de l'air, tout spécialement au cœur des zones urbaines qui ont souvent les taux de concentration en pollution les plus élevés ;
- Encourager la pratique régulière d'activités physiques bons pour la santé sous la forme de déplacements à pied ou à bicyclette, qui peuvent accroître le sentiment de bien-être chez les individus, réduire l'incidence de l'obésité, le diabète et les maladies cardio-vasculaires ;
- Réduire le nombre d'accidents de circulation qui ont pour conséquence des niveaux élevés de mortalité et de traumatismes entraînant des coûts de soins importants ;

- Améliorer le degré d'accessibilité aux emplois et aux services pour ceux ne disposant pas d'un véhicule particulier, donnant ainsi des atouts à ces derniers ;
- Favoriser les occasions d'échanges sociaux et développer un sentiment d'appartenance à la collectivité : la circulation routière peut être une cause significative d'aliénation et d'isolement au sein des villes, les routes faisant " éclater " la collectivité et séparant les habitants des deux côtés d'une même rue ;
- Réduire la consommation d'énergie qui peut se faire rare, ainsi que des ressources utilisées dans la construction des routes ;
- Réduire les émissions de CO² provenant des transports qui devient la source la plus importante d'émissions de gaz à effet de serre responsables de la modification du climat.

Principes

L'ensemble des principales sociétés de transport de l'agglomération urbaine, y compris les sociétés nationales de chemins de fer et les compagnies locales de bus et de tramways, devraient être impliquées dans l'élaboration et dans la mise en application de la politique des transports. Sans leur participation, il est fort peu probable que cette politique fonctionne.

La cohésion entre les différents constituants de l'agglomération urbaine est aussi un point essentiel, que ce soit en centre ville, dans les banlieues ou en zone rurale. Le fait d'être propriétaire d'un véhicule et le niveau de dépendance vis-à-vis de celui-ci varient avec la densité et réciproquement. Paradoxalement, les problèmes de santé qui sont associés à l'utilisation de véhicules sont plus importants dans les centres ville où les résidents les utilisent le moins. On aboutit ainsi à des politiques de transport très différentes, que ce soit au sein des villes ou à l'extérieur de celles-ci. Les pratiques visant à diminuer la circulation et à avoir recours aux transports en commun ont l'appui des institutions dans les villes tandis qu'une utilisation croissante des véhicules continue d'être encouragée en périphérie. Cette approche schizo-phrénique est totalement aberrante et peu judicieuse. Les contraintes inhérentes à la ville ne font que déplacer la circulation routière pour porter celle-ci à ses abords, déplaçant ainsi les problèmes de pollution et de danger mais ne les résolvant pas. En conséquence, les ménages et les entreprises tendent à se " réinstaller " dans des zones périphériques accessibles en voiture ce qui constitue une menace potentielle pour la vitalité du centre urbain. Les déplacements se font plus longs, les émissions, dans leur ensemble, plus importantes et tout cela se trouve être, de maintes façons, préjudiciables à la santé (15,16, 59).

Neutraliser l'augmentation des problèmes de santé dus aux transports nécessite une action concertée de la part des gouvernements nationaux, de l'industrie des transports et des autorités locales (Encadré 4.5). La stratégie globale comprend :

- L'accroissement des frais pour les automobilistes avec l'augmentation du prix des carburants et instaurant des taxes sur l'utilisation des voies routières et des aires de stationnement ;
- Le soutien aux modes de déplacement dits sains que sont la marche à pied et la bicyclette ainsi que la promotion des transports en commun comme alternative aux véhicules particuliers ;
- L'élaboration d'un modèle d'urbanisme et d'exploitation foncière ainsi qu'une amélioration de la qualité de l'environnement pour encourager les déplacements à pied, à bicyclette et l'utilisation des transports en commun ;
- La modification progressive de la conception et de la technologie des véhicules publics et privés afin de les rendre plus sûrs et plus sains.

Encadré 4.5 Approche intégrée de gestion de la circulation routière à Florence (Italie)

Afin de protéger le centre historique contre les encombrements dus à la circulation, les autorités administratives de la ville de Florence ont lancé un projet de grande envergure se décomposant en quatre points :

- Amélioration et extension du réseau ferré de banlieue pour permettre un accès plus important et plus rapide aux banlieues concernées ;
- Création d'un système de tramways reliant les parcs de stationnement périphériques au centre de la ville, les personnes venant des banlieues pouvant laisser leur véhicule et emprunter les transports en commun ;
- Création de lignes spéciales de bus : les trajets sont maintenant plus rapides et plus fiables et peuvent concurrencer l'utilisation de la voiture ;
- Extension de la zone piétonne passant ainsi de 25 à 50 hectares, avec une desserte par bus électriques dans le centre historique, davantage de pistes cyclables et de nouvelles technologies de transport comme le " scooter " bimode (fonctionnant à la fois au carburant et à l'électricité par commutateur).

Source : Bureau régional de l'Europe de l'OMS (6)

Choix et qualité

Le fait de limiter l'utilisation des automobiles est très souvent perçu comme une entrave à la liberté et provoque, par conséquent, une opposition de la part des élus libéraux ou de ceux qui sont orientés vers une économie de marché. Toutefois, les arguments énoncés ici peuvent être présentés dans un tout autre sens. Les politiques conventionnelles, qui tendent à faciliter une dépendance accrue vis-à-vis des automobiles, ont pour effet de restreindre la liberté. Elles privent systématiquement de leurs droits à cette liberté ceux qui ne possèdent pas ou n'utilisent pas un véhicule, en particulier les jeunes, les personnes âgées ou démunies et celles qui sont les plus exposées à un mauvais état de santé. Même ceux qui utilisent un véhicule automobile contribuent, de leur propre chef, à aliéner leur propre liberté qui est celle de se déplacer à pied, à bicyclette ou à utiliser les transports publics du fait des choix collectifs et individuels qui sont faits et qui accroissent la dépendance vis-à-vis des véhicules. Par conséquent, la stratégie préconisée est conçue pour procurer à chacun une possibilité de choix et permettre de garantir que tous les groupes de population puissent effectuer les déplacements qu'ils leur sont nécessaires sans posséder ou utiliser pour autant une voiture. Cette politique n'est pas en elle-même opposée à l'utilisation de véhicules automobiles mais elle cherche à promouvoir la santé et la facilité d'accès. En tant que telle, elle présente un attrait et un intérêt certains sur le plan politique.

Il ne s'agit pas ici d'énoncer dans le détail les politiques de transports qui s'appliquent aux agglomérations. Les concepts clés inhérents à ces politiques, et qui devraient faire office de guide dans le choix des orientations politiques à adopter, sont mis en relief. Le chapitre 5 développe de manière plus détaillée les politiques locales et comment elles sont élaborées.

Marche à pied et déplacements à bicyclette

La brochure de l'OMS intitulée *Walking and cycling in the city* (se déplacer à pied et à bicyclette en ville) (7) traite de certains des avantages qu'il y a pour la santé à se déplacer à pied ou à bicyclette. Elle traite aussi des moyens de dissuasion, des politiques ainsi que des solutions proposées (Encadré 4.6).

- Un réseau dense de voies piétonnes peut être créé pour relier l'ensemble des activi-

tés principales et les services de transport en commun, garantissant de ce fait une sécurité, des trajets plus directs et facilitant l'utilisation pour les personnes les moins mobiles. Un environnement sûr et attrayant, réservé aux piétons, voit ainsi le jour.

- Les piétons devraient avoir la priorité absolue en ce qui concerne le système des déplacements. Lorsqu'ils sont en conflit avec la circulation routière, les itinéraires piétons devraient avoir rang de priorité et des choix en ce sens rester ouverts. Cette approche a

Encadré 4.6 Le projet ADONIS, Copenhague (Danemark)

Le projet ADONIS à Copenhague, financé par l'Union européenne, impliquait des participants provenant de quatre villes (Amsterdam, Barcelone, Bruxelles et Copenhague) dont l'intention était de rechercher les moyens de promouvoir les déplacements à pied et à bicyclette en Belgique, au Danemark, aux Pays-Bas et en Espagne et d'examiner les différentes méthodes d'approche de ce projet. Celui-ci portait sur les pratiques d'excellence visant à promouvoir les déplacements de ce type et s'intéressait aussi aux facteurs comportementaux venant affecter ce choix modal. Une analyse qualitative des facteurs d'augmentation des accidents survenant aux piétons et cyclistes fut également prise en compte ainsi que la manière de substituer les déplacements à pied et à bicyclette aux trajets en voiture sur de courtes distances.

Les critères à retenir concernant les mesures de promotion de la marche à pied ou des déplacements à bicyclette comprennent les points suivants :

- Rendre les déplacements attrayants et plus courts ou plus rapides ;
- Stimuler la marche à pied et/ou à bicyclette ;
- Faire que ces déplacements soient efficaces ;
- Accroître la sécurité (aussi bien la sécurité réelle sur les routes que le sentiment de sécurité).

Les facteurs importants pour promouvoir la marche à pied et les déplacements à bicyclette sont les suivants :

- Elaborer un projet intégré et mettre en application des trains de mesures de manière progressive, sachant que les actions individuelles n'ont que des effets limités ;
- Mettre en œuvre des infrastructures suffisantes permettant aux piétons et cyclistes de traverser les routes. Ceci devrait permettre une détection suffisamment précoce ainsi qu'une bonne visibilité pour tous les usagers de la route ;
- Accroître chez les usagers de la route une prise de conscience mutuelle et réciproque ;
- Limiter les vitesses de déplacement des véhicules par des mesures de ralentissement de la circulation et/ou de par l'intervention d'agents de police.

Le rapport définitif intitulé *How to substitute short car trips by cycling and walking* (comment substituer les déplacements à pied et à bicyclette aux trajets en voiture sur de courtes distances) est disponible auprès du Danish Council of Road Safety Research, Ermelundsvej 101, DK-2820 Gentofte, Danemark, tél : +45 39 680444 ; fax : +45 39 657362 ; e-mail : imb@rtf.dk ainsi qu'auprès de la Commission européenne, DG VII/E, Transport Research Help Desk, Avenue de Beaulieu 31, Bureau 4/83, Bruxelles, Belgique, tél : +32 2 2954300 ; fax : +32 2 2954349.

Un catalogue des pratiques d'excellence intitulé *Best practice to promote cycling and walking* qui peuvent servir de guide aux autorités locales afin qu'elles puissent faire le choix des principales mesures à adopter est disponible auprès du Road Directorate, P.O. Box 1569, DK-1020 Copenhague K, Danemark, tél : +45 33 933338 ; fax : +45 33 156335 ; e-mail : puk@vd.dk.

Sources : Danish Council of Road Safety Research (65, 66) et Road Directorate (67)

été testée et appliquée dans la ville de Salzbourg en Autriche et a joui d'une grande popularité auprès des citoyens (2, 64).

- Il conviendrait d'accroître l'ampleur du développement des zones et des itinéraires piétons lorsque l'intensité actuelle ou potentielle le justifie.
- Un réseau très largement développé d'itinéraires cyclables adéquats ainsi qu'un environnement sûr pour les cyclistes devraient être mis au point. Ceci peut impliquer de concevoir des itinéraires cyclables (permettant un bon contrôle visuel de la part des cyclistes) tout spécialement pour ce qui est des accès aux écoles et aux centres de loisirs. Plus généralement, ceci implique qu'il est nécessaire de ralentir la circulation sur les routes normales afin que celles-ci soient mieux adaptées à la vitesse de déplacement des cyclistes. Il conviendrait également, dans cette optique, de prendre en compte les déplacements à bicyclette dans les carrefours et les autres types de croisement.

Transports publics

- La rentabilité des services de transports en commun devrait être accrue. La priorité générale devrait leur être donnée sur le trafic routier, sur les principaux itinéraires ainsi qu'au cœur des zones fortement sollicitées (tel que les centres-villes), assurant ainsi des relais et des échanges satisfaisants entre les différents services.
- Des systèmes intégrés de billetterie s'appliquant à différents types de transports en commun devraient être mis en place, par exemple les services locaux de desserte par bus, tramways et trains régionaux.
- Il devrait être établi un objectif visant à ce que toutes les zones d'une ville ainsi que les zones d'habitation en périphérie, et pas seulement les zones à forte densité soient accessibles par les transports en commun .
- Des seuils minimum de qualité de service devraient être fixés et utilisés dans l'évaluation des services actuels et en projets, ainsi que des niveaux d'accessibilité aux zones résidentielles, commerciales et de desserte. De telles normes varient en fonction des traditions et des situations locales. Par conséquent, des normes locales adéquates doivent être établies et se fonder sur des recherches axées sur le comportement des voyageurs. Quoi qu'il en soit, voici quelques exemples de politiques d'ensemble :
- Toutes les zones de logements nouvellement créées devraient se situer dans un rayon de 400 mètres d'un bon service de bus.
- Tous les aménagements de bureaux, de loisirs et les commerces de détail devraient se situer à moins de 300 mètres à pied de bons services de transport publics (voir également le chapitre suivant).
- Un bon service permet de concurrencer véritablement les voitures en terme de facilité d'accès, de rapidité et de prix. La fréquence des services et le temps d'attente maximum ne devraient pas excéder 10 minutes, des services devant être prévus et fournis au public en fin de semaine, en soirée ainsi que les jours ouvrés.
- De nouveaux projets devraient aider à financer les améliorations des transports en commun pour multiplier le nombre des arrêts.

Planification de la circulation routière

- Les objectifs techniques conventionnels s'appliquant à la circulation et visant à réduire les encombrements, à améliorer les flux de circulation ainsi qu'à maximiser la capacité des routes et la vitesse doivent être remplacés par des principes durables : réduire les flux de circulation, modérer la vitesse de déplacement et réduire la capacité des routes.
- Les nouvelles routes et celles qui ont été améliorées ne devraient être autorisées que

lorsqu'elles s'avèrent essentielles et permettent un accès au niveau local, une extension du réseau des transports en commun et une plus grande priorité donnée aux piétons.

- Les zones, au niveau desquelles la circulation s'est vue réduite, devraient être élargies et la capacité globale de réception des véhicules à moteur diminuée pour garantir ainsi un rythme régulier du trafic routier et donc améliorer les conditions de circulation pour les autres usagers de la route (en particulier la sécurité). Les vitesses de base indicatives sont les suivantes :
 - 30 km/h au sein des zones résidentielles et commerciales ;
 - 50 km/h dans les autres zones urbaines et sur les principales routes urbaines ;
 - 80 km/h sur les routes de campagne.

La diminution du trafic devrait également s'appliquer aux zones suburbaines, aux zones rurales d'habitation ainsi qu'aux centres-villes ou quartiers historiques.

Stationnement et péages urbains

L'approche commune concernant le stationnement des véhicules consiste en une politique " d'anticipation et de prévision " permettant de fournir les emplacements nécessaires pour répondre à la demande prévue. Au niveau de la ville, toutefois, le fait de réduire les aires de stationnement est le principal mécanisme actuellement disponible de dissuasion de l'utilisation d'automobiles. Cette approche doit être minutieusement élaborée afin de venir renforcer les autres politiques de transport et d'urbanisme sans être pour autant cause d'effets secondaires indésirables pour les résidents ou venir empêcher toute utilisation d'un véhicule lorsque cela s'avère essentiel. Les politiques visant à contrôler les stationnements doivent s'appliquer de manière égale aux zones suburbaines et extra-urbaines ainsi qu'aux zones urbaines elles-mêmes. Le but est d'éviter que les entreprises ne fuient la ville ou que ne se développe une banlieusardisation des problèmes de santé liées aux transports.

- Les parcs de stationnement, prévus là où sont implantés les principaux producteurs de circulation (que se soit au niveau des implantations urbaines, suburbaines ou rurales), doivent être maintenus au niveau de leur minimum opérationnel, autant que faire se peut.
- Les seuils limites types d'occupation de 10%, 25%, 50% et 75% doivent s'appliquer aux utilisateurs professionnels en fonction de la disponibilité des services de transports publics (voir également dans le chapitre suivant les politiques s'appliquant à de tels utilisateurs).
- Une autorisation temporaire devrait être délivrée permettant de stationner lorsque les transports en commun sont inadaptés mais qu'il est prévu qu'ils soient améliorés. Lorsque la suppression graduelle des aires de stationnement s'effectue, le promoteur peut en tirer avantage en obtenant ainsi une surface constructible plus importante (densité de construction).
- Si la législation le permet, il convient d'avoir recours à d'autres techniques fiscales afin de renforcer le contrôle des aires de stationnement, y compris les impôts prélevés sur les parcs de stationnement privés à des fins commerciales (ainsi que sur la clientèle), les péages urbains et les péages routiers.

Projets de parcs de stationnement dissuasifs

Le stationnement dissuasifs peut être une solution appropriée :

- Dans les villes souhaitant promouvoir un environnement en centre-ville sans voiture ;
- Dans les villes ayant de sérieux problèmes d'encombrement et/ou disposant d'aires de stationnement limitées en centre-ville et qui souhaitent améliorer l'accessibilité en incitant les voyageurs à utiliser des transports en commun de haute qualité ;

- Dans les villes qui attirent les touristes et qui souhaitent se protéger contre la vue désagréable d'un grand nombre de véhicules en stationnement ;
- Au niveau des vastes parcs d'activité disposant d'aires limitées de stationnement. Ceci peut, de manière caractéristique, faire partie intégrante d'un plan de déplacement journalier des banlieusards ; et
- Au niveau des secteurs dits sauvegardés ou quartiers historiques pour protéger la zone que les personnes désirent visiter et où il est souhaitable de fermer les routes d'accès à l'ensemble de la circulation, sauf exceptions bien déterminées.

Les parcs de stationnement incitatifs peuvent être introduits progressivement sur un certain nombre d'années tandis qu'une prise de conscience se crée chez les utilisateurs et que le nombre des passagers augmente. Il s'agit d'une approche à petits pas. Toutefois, les projets de parcs de stationnement incitatifs ne devraient pas représenter une organisation de transport durable et à long terme, sauf dans les zones ayant une faible densité et pour lesquelles les transports publics sont peu développés, du fait que les projets de parcs de stationnement incitatifs peuvent encourager une utilisation accrue des véhicules ainsi qu'une augmentation des distances parcourues. Des études récentes ont démontré que les projets de parcs de stationnement incitatifs encouragent et favorisent effectivement une utilisation accrue des véhicules ainsi qu'une augmentation des distances parcourues. Lorsque sont fournis des services de parcs de stationnement incitatifs suburbains ainsi qu'à la périphérie des villes, ceux-ci attirent un nombre significatif de voyageurs qui avaient auparavant pour habitude d'effectuer l'intégralité de leur trajet par transport en commun. Ceci peut agir de manière négative sur les services ruraux et suburbains de transport par autobus (à l'exception des trajets principaux qui desservent les aires de stationnement incitatif) et accroître le trafic routier au niveau des zones périphériques de la ville. L'effet s'avère nuisible sur la santé et la sécurité en milieu suburbain. Les effets globaux portant sur l'utilisation qui est faite de l'énergie ainsi que sur les émissions de CO² peuvent se compenser mais, dans certains cas, sont susceptibles d'être négatifs (68) (Encadré 4.7).

- Il ne devrait être fait recours aux projets de parcs de stationnement incitatifs que dans les zones à faible densité où les niveaux existants de transports en commun s'avèrent totalement inadéquats.
- Ceux-ci devraient être situés aussi près que possible du lieu même dont viennent les voyageurs, par exemple dans les zones d'habitation périphériques, situées en banlieue, plutôt qu'en bordure même des villes et ces lieux devraient être conçus de manière à encourager les cyclistes, les marcheurs et les utilisateurs de bus locaux à faire utilisation de ces services du moins tout autant que les utilisateurs de voitures particulières.

PLANIFICATION DES RESSOURCES EN VUE DE RÉDUIRE L'EMPREINTE ÉCOLOGIQUE ET AMÉLIORER LA SANTÉ

La gestion des ressources est intimement liée à l'aménagement foncier, à la fois en raison des implications profondes du développement urbain portant sur l'utilisation et la qualité des ressources, ainsi qu'à leur gestion en raison des besoins nécessaires. Les ressources fondamentales qui sont ici mises en lumière sont l'énergie, l'eau, les denrées alimentaires et les déchets. Les implications pour la santé, liées à toute défaillance à gérer les ressources de manière efficace, ainsi que les avantages potentiels sont listés pour chacune des ressources.

Parvenir à une gestion efficace s'avère difficile dans beaucoup de pays du fait que les institutions indépendantes, œuvrant souvent à un niveau régional, prennent des décisions chacune de leur côté. Le potentiel de collaboration, visant à résoudre des problè-

mes qui n'admettent aucune concession ou visant à créer de nouvelles opportunités, se trouve entravé par les conflits existant entre les attributions des différentes institutions et par l'inertie des pratiques établies. Les municipalités n'ont qu'un pouvoir limité.

Certains pays ont sciemment tenté de faire tomber ces barrières. La Nouvelle Zélande, par exemple, a remplacé son système de planification par un système de gestion des ressources qui tente de faire confondre les intérêts de celles-ci, étudie et évalue les proposi-

Encadré 4.7 Intégration des politiques d'urbanisation et de stationnement à Lyon (France)

Lyon est la deuxième ville de France avec une population de 1,2 million d'habitants, elle est située dans la partie sud-est de la France. Elle s'est vue confrontée à une croissance toujours plus importante du trafic routier ainsi qu'à des problèmes d'encombrement. Le SYTRAL (Syndicat Mixte des Transports pour le Rhône et l'Agglomération Lyonnaise) a mis au point un projet de transports urbains pour la ville. Ce projet a été suivi de la construction d'un métro et la mise en place d'un système rationnel de contrôle des stationnements de sorte à améliorer l'environnement et la qualité de vie en général. Cette opération a vu le jour grâce à une participation mixte publique et privée, le Lyon Park Auto, en coopération avec tout un ensemble d'administrations municipales et nationales se situant à différents échelons.

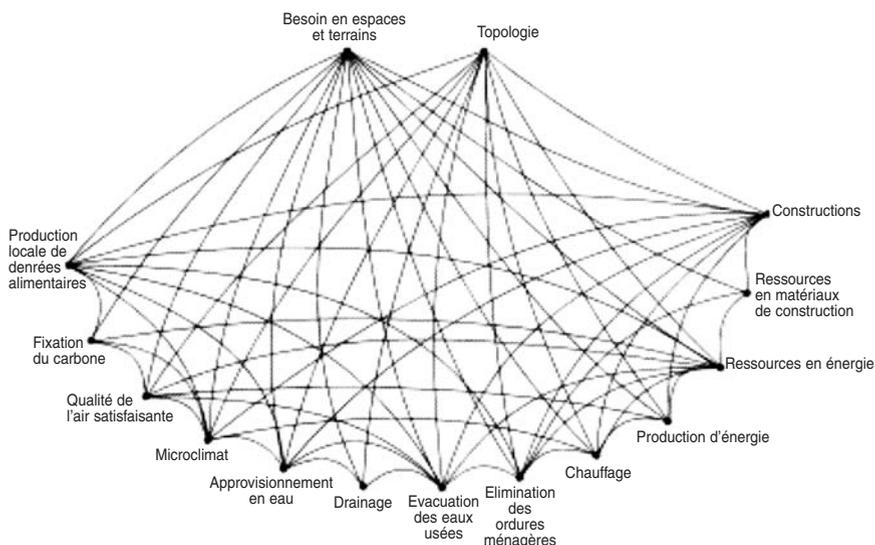
La stratégie du programme des transports urbains prévoyait de définir une hiérarchie dans l'offre qui était faite des parcs de stationnement et prévoyait également d'éliminer les parcs de stationnement de surface, elle prévoyait aussi d'étendre les installations de parcobus ou parcs de stationnement incitatifs situés le long des routes périphériques sur lesquelles les véhicules de transport public circulent. De nouveaux parcs de stationnement souterrains de haute qualité furent situés au niveau du périmètre immédiat et à proximité des principales routes afin d'aider à réduire tout trafic non nécessaire. Les espaces publics ont ainsi été améliorés, en redéfinissant le paysage et en intégrant des éléments de conception originale ainsi que des objets d'art. Un trait caractéristique, particulier à la mise en application de cette politique, réside dans le fait que la société d'économie mixte qui gère l'intégralité du système des stationnements sur rue et stationnements hors rue. Le résultat définitif est que la politique de stationnement est devenue un outil de réglementation et de gestion urbaine car elle influence les flux de circulation et l'aménagement foncier urbain.

Le projet de transports urbains a été adopté en 1990. Bien que les résultats aient été encourageants, montrant un équilibre satisfaisant entre usagers à court terme, résidents et habitants de la banlieue, plusieurs autres questions doivent être affinées. Celles-ci impliquent de définir une politique d'application efficace, de limiter les stationnements de longue durée et de trouver des emplacements, sous forme de stationnement sur rue ou hors rue, pour les véhicules des résidents du centre-ville pendant leur journée de travail. Les investissements pour ce programme ont représenté la somme de 700 millions de FF sur 5 ans.

Ceci illustre comment l'élaboration d'un projet de transports urbains, associant des propositions pour un métro, un système de contrôle du stationnement et des installations plus vastes de parcs de stationnement incitatifs, a aidé à améliorer la qualité de l'environnement et la sécurité publique. Les avantages pour la santé que représentent l'élimination de tout trafic de transit non-nécessaire ainsi que l'amélioration des espaces publics peuvent se constater au niveau d'une diminution des polluants atmosphériques et d'une réduction des niveaux sonores dus à la circulation.

Source : EURONET/ICLEI Consortium (69)

Figure 4.4. Interconnexions entre ressources et décisions d'aménagement



d'après Barton (17)

tions de développement en fonction des effets produits sur les ressources. En Europe, la Suède et le Danemark sont probablement les pays les plus avancés dans la planification énergétique. Les Pays-Bas ont intégré la lutte anti-pollution à l'aménagement foncier. La figure 4.7 montre l'interdépendance existant entre ressources et aménagements fonciers.

Gestion intégrée des ressources

La démarche Villes-Santé facilite l'organisation de méthodes de travail en coopération (transversalité), dispositions instaurées entre les institutions responsables des différentes ressources (Encadré 4.8). Un facteur déclenchant pourrait être l'élaboration d'un profil commun de santé en milieu urbain (ainsi que la surveillance continue de ce profil). Des possibilités de projets collectifs ultérieurs sont illustrées par les exemples suivants.

- A Bristol, au Royaume Uni, un incinérateur brûle des galettes provenant des boues des eaux usées afin de produire de la chaleur pour l'industrie locale. La valeur que représentent les boues des eaux usées en recyclage a été reconnue de deux manières. Les boues des eaux usées étaient auparavant séchées naturellement tout en libérant du méthane ce qui avait pour effet de chauffer l'eau actionnant les turbines électriques. Les cendres provenant de l'incinérateur sont converties en compost pour les agriculteurs. L'incinérateur peut également traiter des galettes faites à partir de déchets ménagers organiques.
- Dans le comté de Fyn, au Danemark, une coopérative agricole fait fonctionner une centrale à la fois électrique et thermique. Cette centrale apporte son concours au réseau électrique en alimentant localement le réseau de chauffage urbain. Le lisier excédentaire est utilisé comme combustible. Les cendres dites volantes provenant de la centrale retournent à la terre et servent de fertilisant ou engrais.
- A Kolding, au Danemark, un projet de rénovation urbaine a permis d'associer un haut degré d'éco-énergie à la réhabilitation des logements. L'utilisation de panneaux solaires de même que le recours à la technique du chauffage solaire de l'eau permettent de

Encadré 4.8. Plan stratégique pour la renouvellement de l'environnement de la communauté urbaine de Bilbao (Espagne)

Bilbao, la septième ville d'Espagne, est la capitale commerciale du Pays Basque. A l'instar de nombre de villes post-industrielles où l'industrie lourde était autrefois le secteur prédominant, Bilbao a été victime d'un déclin depuis les années 70 avec de sérieuses conséquences à la fois pour l'économie et l'environnement entraînant une perte du nombre d'habitants. Le gouvernement basque, la province de Biscaye et la ville de Bilbao ont essayé d'endiguer la crise et d'améliorer la qualité de vie pour les habitants de Bilbao en valorisant l'environnement urbain. Ces différentes autorités ont élaboré un projet à la suite d'un exercice de réalisation de consensus. Un partenariat privé-public à but non lucratif dénommé Bilbao Metropoli-30 a été créé afin de mettre en œuvre le projet. Celui-ci comprenait plus de 100 organismes métropolitains et la revitalisation de l'environnement et de l'économie de la ville a été lancée. La stratégie de mise en application passait par cinq phases comprenant quatre objectifs principaux :

- Réduire progressivement les niveaux actuels de pollution atmosphérique ;
- Encourager des projets visant à rénover les systèmes de réseaux d'égouts et d'assainissement ainsi que les systèmes de traitement des eaux usées pour réduire la pollution de l'eau ;
- Mettre en œuvre des équipements appropriés de gestion des ordures ménagères ;
- Mettre en œuvre des équipements appropriés pour la gestion des déchets industriels.

Pour atteindre ces objectifs, une série d'opérations a été planifiée. Ces opérations devaient intégrer la mise en œuvre d'une collaboration plus importante entre les universités et les sociétés privées. Elles devaient aussi comporter un projet de contrôle de la conformité aux normes environnementales, investir dans des équipements de traitement et d'épuration des eaux usées, promouvoir les transports en commun, élaborer une base de données environnementale et proposer aux sociétés des incitations fiscales afin de réduire la pollution. Le trait caractéristique unique est le développement d'un partenariat indépendant, l'envergure d'un partenariat précédemment cité, regroupant plus de 100 représentants des secteurs public et privé, d'organisations bénévoles et de l'enseignement supérieur. Le financement s'est chiffré à plus de 16 milliards d'Euros ; il provenait de beaucoup de ces organismes ; un apport complémentaire a été fourni par la Commission européenne. Les résultats de cette opération ont amené les habitants à reconsidérer les avantages liés à la protection de l'environnement et à apprécier la valeur que représente l'environnement naturel. Les projets de réhabilitation ont amélioré la qualité de l'environnement urbain et naturel ayant ainsi une incidence positive sur la prospérité économique. Bien que la réhabilitation de l'environnement soit un processus à très long terme, des progrès initiaux ont déjà été réalisés conjointement avec la mise au point, par Bilbao Metropoli-30, d'un système d'indicateurs de revitalisation et de redynamisation. Le projet démontre que le procédé peut être adapté à d'autres villes importantes souffrant de problèmes similaires.

Les objectifs clés de santé en matière d'urbanisme qui sont présentés au chapitre 1, permettent d'identifier l'importance que revêt une bonne qualité de l'air, de l'eau et du système de salubrité, il montre aussi la nécessité qu'il y a à réduire la contamination du sol par les déchets solides. Cette étude de cas illustre comment un plan à long terme permet de mettre en œuvre un projet, grâce à un partenariat indépendant. Les résultats positifs apparaissent aussi bien du point de vue de l'économie que du bien-être social, ils contribuent à une qualité de vie généralement améliorée pour les habitants.

Source : EURONET/ICLEI Consortium (70)

produire l'électricité sur site. L'eau est récupérée du toit et purifiée avant d'être utilisée à des fins ménagères secondaires. Un modèle ambitieux de traitement local des eaux usées prend la forme d'une serre pyramidale procurant un emploi à l'un des habitants celui-ci élève des poissons (destinés à l'alimentation pour chats) et produit des fleurs en provenance de plantes qui elles-mêmes favorisent la purification de l'eau.

De tels projets impliquent une collaboration étroite entre tout une série d'organismes et nécessitent une réglementation qui les soutienne. Ces projets impliquent souvent de modifier les réglementations ou de modifier les organisations existantes ce qui ne peut se faire que par un engagement vers un objectif commun. Les urbanistes sont souvent des facilitateurs clés dans ce processus.

Stratégie en matière d'énergie

L'utilisation de l'énergie et les émissions qui en résultent au niveau local et mondial sont étroitement liées à la politique d'exploitation des sols de bien des manières, par exemple par l'interaction des transports et de l'utilisation des terres, ou par le niveau d'utilisation des automobiles. Il en va de même en ce qui concerne les politiques de construction soucieuses d'un bon rendement énergétique et d'options pour des énergies nouvelles.

Chaque ville peut avoir une stratégie en matière d'énergie qui tend à améliorer l'efficacité et le rendement énergétique ainsi qu'à accroître la part de l'approvisionnement en énergies renouvelables. La Suède et le Danemark sont des modèles en la matière. Les municipalités ont la responsabilité de coordonner la fourniture en énergie et son utilisation, de réduire la dépendance vis-à-vis de sources non-renouvelables et d'améliorer la qualité de vie au niveau local. Les municipalités sont en mesure de gérer des programmes coordonnés portant sur l'éco-énergie, sur l'énergie obtenue à partir de matières résiduelles ou déchets, sur des programmes combinés de chauffage et de fourniture de courant ainsi que sur des programmes de chauffage urbain (Encadré 4.9).

Les avantages potentiels pour la santé, découlant d'une stratégie rationnelle en matière d'énergie, sont les suivants :

- Une incidence réduite sur les coûts de chauffage : coupures de courant, dettes, humidité, hypothermie et ménages vivant seulement dans une seule pièce parce qu'ils ne peuvent se permettre de chauffer les autres ;
- Les émissions nuisibles pour la santé se trouvent réduites : en particulier celles provenant du dioxyde de soufre, des oxydes nitreux et autres polluants résultant de la combustion inefficace du bois, du charbon, du pétrole et du gaz naturel (Encadré 4.10) ;
- Des émissions réduites en CO² ce qui aura pour effet de diminuer l'ampleur de l'effet de serre à long terme ;
- Une amélioration de la santé et de la qualité de vie pour les enfants, particulièrement ceux qui vivent dans les familles les moins aisées dans lesquelles la plus grande partie des revenus est consacrée à l'alimentation. L'absence d'humidité au sein du logement à des effets bénéfiques sur la santé et la fréquentation scolaire s'en trouve améliorée ;
- Au niveau local, cette politique génère de nouveaux emplois liés à l'énergie (tout particulièrement aux programmes d'isolation), elle permet de recycler les ressources sur place et évite d'avoir à payer des énergies importées. Une diminution du chômage est aussi bénéfique à la santé.

Encadré 4.9 Politique de l'énergie. Expérimentation menées dans le logement. Glasgow (Royaume Uni)

La ville de Glasgow (670 000 habitants) est le plus important propriétaire de biens immobiliers en Europe : elle possède environ 140 000 logements. L'un des plus gros problèmes concernant ces logements est le coût du chauffage. On estime que la moitié des locataires ne peut chauffer qu'une seule pièce et qu'un quart d'entre eux n'est en mesure de n'en chauffer aucune. Pendant les mois d'hiver, on estime que certains jeunes vivant seuls doivent dépenser 70% de leurs revenus en combustible pour bénéficier d'un chauffage convenable.

Les responsables municipaux sont fermement convaincus qu'un logement précaire est synonyme d'une santé précaire parce que les personnes à faibles revenus ont tendance à vivre dans des logements mal isolés, les coûts en énergie par logement étant pour ceux-là les plus élevés. Glasgow participe au réseau européen Villes-Santé de l'OMS. En se fondant sur l'objectif qui veut faire de Glasgow une ville porteuse de santé, une étude est actuellement menée dont les résultats fourniront également des réponses à d'autres questions touchant aux programmes d'amélioration des logements. Hutchesontown est un exemple d'un programme spécifique visant à améliorer les logements au sein de la ville de Glasgow.

Hutchesontown représente un complexe d'habitations de plus de 1 000 logements construits dans les années 1960 qui se situe à environ 1,5 km au sud-est du centre-ville de Glasgow. A peu près la moitié des habitants vivent dans quatre tours de 23 étages de 552 appartements composés d'une et deux chambres. Les autres vivent dans des immeubles de quatre étages desservis par une galerie commune extérieure. Scottish Homes, l'agence nationale écossaise pour le logement, possède et gère ces biens. Comme beaucoup d'ensemble collectifs construits autour des années 60, les logements de Hutchesontown pâtissaient de médiocres conditions thermiques aggravées par la présence de balcons à ciel ouvert, et par leur orientation particulièrement exposée ainsi que par des systèmes de chauffage électrique à accumulation d'un coût de fonctionnement très élevé. Le froid et l'humidité étaient cause de condensation largement répandue et de moisissures dans les logements, ce qui occasionnait un inconfort particulièrement important pour les habitants.

Après que ce quartier de Glasgow ait été désigné pour prendre part à un programme spécifique de réhabilitation, un nouveau système collectif de chauffage au gaz a constitué la pièce maîtresse de cette opération. Chaque foyer alors, devait pouvoir contrôler la consommation de sa propre installation de chauffage, les paiements s'effectuant par un système de cartes. Le complexe dans son intégralité a été "habillé" d'un nouveau revêtement étanche, les fenêtres ont été remplacées par du double-vitrage et les balcons à ciel ouvert ont été fermés pour en faire des vérandas. L'implication des locataires a constitué un rôle clé dans l'ensemble de l'opération et ceci dès la phase initiale de l'étude, aussi bien en ce qui concernait la conception que les travaux d'installation.

Le coût total de la remise à neuf du système de chauffage s'est monté à 3200 £ par logement. Les factures moyennes de chauffage pour le nouveau système collectif sont estimées à environ 3,50 £ par semaine (soit 182 £ par an) ce qui représente une diminution considérable de 700 £ par an sur les charges liées à l'ancien chauffage en partie électrique. Les appartements sont maintenant nettement plus confortables et des évaluations indiquent que le projet a permis d'améliorer le bien-

être des locataires et de rendre moins aigus les problèmes de santé associés à l'humidité et à la condensation. Du point de vue de l'association du logement, les avantages comportent une réduction des coûts de gestion et d'entretien et contribuent à diminuer les émissions de CO² dans l'environnement.

Source : Lyon (71), Combined Heat & Power Association (72) and Scottish Homes (73)

Principes

- L'énergie devrait être considérée comme une ressource clé et tout comme les sols, être gérée dans le cadre de la politique urbaine.
- Les organismes impliqués dans la fourniture et l'utilisation de l'énergie qui prennent en compte les intérêts des consommateurs, de même que les organismes sociaux et de santé concernés par le problème de chauffage précaire doivent travailler avec les autorités locales afin d'élaborer une action coordonnée.
- L'objectif fondamental est que les foyers dépendent moins des combustibles fossiles tout en garantissant à l'ensemble de la population un approvisionnement convenable en courant et en chauffage.
- La première des priorités retenue dans les projets d'aménagement est d'accroître l'efficacité énergétique des immeubles avec la réhabilitation et la construction de nouveaux immeubles. Ceci a des implications du point de vue des types de construction, les complexes en terrasse étant privilégiés.
- Les coûts intégrés, relatifs à l'énergie, peuvent être réduits en ayant recours aux matériaux dits à faible coût énergétique pouvant être obtenus localement ainsi qu'à des types de construction dont le rendement énergétique s'avère efficace.
- De nouveaux modèles permettent de favoriser les énergies renouvelables, tout spécialement en intégrant à la construction des éléments solaires passifs. La conception et la disposition doivent permettre de garantir une bonne pénétration du soleil dans tous les bâtiments (sous les climats plus frais) ; il faut aussi proposer une protection adaptée contre le soleil (pour les climats plus chauds). Les chauffe-eau solaires et les cellules photovoltaïques constituent également des propositions de plus en plus séduisantes.
- Sous les climats septentrionaux, les projets qui associent à la fois chauffage et courant et utilisent des combustibles renouvelables ou pauvres en carbone pour les réseaux de chauffage urbain, sont possibles. Ces projets ont des implications significatives pour l'aménagement foncier en termes de densité des aménagements, de pluri-fonctionnalité et de linéarité.

Stratégie appliquée à l'eau

L'approvisionnement en eau pure et claire et le traitement efficace des eaux usées sont des éléments fondamentaux pour une vie en bonne santé en milieu urbain. L'approvisionnement en eau et le traitement de celle-ci nécessitent de consommer de grandes quantités d'énergie alors qu'ils pourraient représenter eux-mêmes une source d'énergie grâce à une production hydroélectrique et à l'utilisation de l'énergie pro-

Encadré 4.10. Directives de l'OMS en matière de qualité de l'air et de production d'énergie

Les directives de l'OMS s'appliquant à la qualité de l'air (74) soulignent que la pollution de l'air intérieur provenant de l'utilisation de foyers ouverts, que ce soit pour la cuisine ou le chauffage, peut être cause de graves problèmes de santé tout spécialement lorsque du bio-combustible est brûlé. On estime à environ 1,9 millions le nombre de personnes qui décèdent chaque année dans le monde des suites d'une exposition à des concentrations trop excessives de particules restant en suspension dans l'air intérieur. Les polluants de l'air intérieur comprennent une grande variété de sources, par exemple la fumée dégagée par le tabac, les particules biologiques, le plomb, le radon, le monoxyde de carbone ainsi que toute une gamme de produits chimiques synthétiques.

duite par l'épuration. Les actions planifiées de contrôle en matière de développement permettent de déterminer dans quelle mesure l'eau est utilisée, quelle en est son utilisation abusive, ceci à chaque phase de son cycle. L'eau est également omniprésente sur les sols.

- Une stratégie dite de l'eau pure et saine nécessite l'application d'un programme tendant à réduire progressivement la consommation non nécessaire en eau pure (dite eau " blanche ") par les ménages et les entreprises tout en encourageant le captage et l'utilisation locale des eaux de pluie (ou dite eau " grise " ou eau de lavage légèrement polluée).
- Les effluents provenant des sites industriels et commerciaux doivent effectivement être traités, de préférence sur site, comme le sont les eaux de surface et de ruissellement des parcs de stationnement (lorsque celles-ci sont contaminées par de l'huile) afin que ces effluents puissent retourner aux cours d'eau et aux eaux souterraines sans être contaminés.
- Toutes les eaux pluviales tombant en zones bâties ou agglomérations devraient pouvoir s'infiltrer dans le sol (lorsque le sous-sol le permet) afin de reconstituer les nappes phréatiques dont les puits et sources dépendent, afin d'éviter ainsi tout danger d'inondations. Des matériaux poreux existent maintenant pour certaines surfaces et sont disponibles. Lorsque les ruissellements et autres écoulements sont inévitables, alors il convient d'avoir recours à des baissières et bassins tampons.
- Les systèmes biologiques de traitement des eaux usées à faible consommation d'énergie devraient progressivement être mis en place localement (lorsque le climat le permet) afin de réduire l'utilisation en énergie et en matériaux, encourager la biodiversité et accroître la sensibilisation à l'écologie humaine.
- Les zones de captage des eaux devraient être protégées contre tout aménagement nuisible (polluant), il devrait en être de même pour les zones inondables, les cours d'eau et les rivières ne devraient pas être canalisés à cause du risque plus élevé d'inondation induit.

Les avantages pour la santé portent aussi sur la sécurité et la qualité de l'alimentation en eau, évitent la pollution et permettent de minimiser les risques. Une étude de cas portant sur la conception d'un nouveau système de drainage des eaux de pluie

Encadré 4.11. Projet Intégré de Réhabilitation Urbaine, Kolding (Danemark)

La faisabilité du captage des eaux sur site et du traitement des eaux usées au sein des zones urbaines a été testée grâce au Projet Intégré de Réhabilitation Urbaine à Kolding, au Danemark. Le projet comprend la rénovation d'un îlot urbain situé à proximité du centre-ville et concerne 40 maisons, 129 appartements et 6 entreprises, il permet de renforcer l'autonomie de l'îlot urbain en énergie et en eau et aussi de créer un espace commun semi-public.

Les eaux pluviales sont captées sur les toits et passent à travers un filtre à gravier avant d'être utilisées dans les chasses d'eau des toilettes. Les eaux usées, présentant différents degrés de contamination, sont traitées dans des réservoirs placés dans la cour intérieure et sont purifiées au sein d'une imposante serre de forme pyramidale utilisant un système de bassin d'algues. Un jardinier est embauché pour faire fonctionner ce système biologique, il est rémunéré à la fois grâce à l'argent qui est économisé sur la consommation ainsi réduite en eau provenant de l'alimentation publique ainsi qu'en vendant les plantes qui poussent dans la serre.

L'Etat a financé les dépenses d'équipements du système de traitement de l'eau et des eaux usées sur une base expérimentale. Ce système ne peut toutefois pas être reproduit à grande échelle au prix où coûte l'eau actuellement mais démontre la faisabilité technique qu'offre un haut niveau d'autonomie en eau dans les zones à forte densité. Pour des densités plus faibles (dans les banlieues), d'autres technologies moins coûteuses, telles que le lagunage, sont à la fois possibles et plus rentables.

D'après Barton (17)

installé au cœur d'un nouveau grand ensemble au Danemark illustre certains de ces points (Encadré 4.11).

Denrées alimentaires

En Europe occidentale, la production de denrées alimentaires en zones urbaines et périurbaines a quasiment disparu à l'exception du jardinage de loisir bien qu'aujourd'hui certains programmes locaux en faveur de la santé commencent à établir un lien entre nutrition, exercice physique et production locale de denrées alimentaires. A l'inverse, la production locale de denrées alimentaires et les cultures à des fins de subsistance prennent de l'ampleur en Europe centrale et orientale. Elle est un facteur important qui permet de garantir à la fois une sécurité alimentaire et d'apporter un complément aux revenus des ménages. On estime que 10 à 40% du revenu des ménages provient de la production et du traitement des denrées produites à l'échelon national en Europe centrale et orientale.

Une politique (19) s'appliquant aux denrées alimentaires produites en milieu urbain peut :

- Aider à promouvoir la culture de denrées alimentaires dans les jardins particuliers, les jardins familiaux et ouvriers et les petites propriétés ou fermettes ;
- Encourager le compostage des déchets organiques par les ménages et les services de gestion des parcs ;

- Aider à promouvoir les échanges locaux et la vente de denrées alimentaires par le biais des marchés de producteurs et des projets locaux de vente de légumes.

Les urbanistes peuvent jouer un rôle dans ce cadre en :

- Encourageant les jardins particuliers situés à l'arrière des habitations où il est possible de cultiver des denrées alimentaires ;
- Sauvegardant les jardins familiaux et ouvriers, le jardinage de loisir et les petites propriétés productives ;
- Faisant que des espaces réservés aux jardins familiaux soient prévus dans tout nouvel ensemble d'habitations, ces espaces étant situés à une distance raisonnable des habitations (par exemple moins de 200 mètres). Ces jardins peuvent également être regroupés et destinés aux loisirs, les personnes s'y occupant en fin de semaine. Ils devraient être munis d'installations essentielles à moins qu'une forte densité de population ne rende impossible l'installation de jardins à proximité des logements ;
- Intégrant une agriculture urbaine, pratiquée par les ménages, au sein des espaces verts et des espaces de loisirs ;
- Intégrant des espaces de jardinage à proximité des écoles et des jardins d'enfants s'il n'y en a pas encore ;
- Encourageant les marchés de producteurs au centre des villes et dans les quartiers.

Les bienfaits potentiels en termes de santé impliquent :

- D'encourager la pratique d'activités physiques régulières favorables à la santé et efficaces ;
- D'améliorer la santé mentale et de favoriser l'intégration sociale ;
- De réduire la dépense énergétique liée à la production de denrées alimentaires (comme l'utilisation d'engrais chimiques et de tracteurs), de réduire la transformation des denrées alimentaires, le transport et aussi d'améliorer la gestion des déchets ;
- De procurer des denrées alimentaires plus fraîches et plus nutritives ;
- De favoriser l'emploi local et le commerce ;
- De favoriser les liens sociaux.

Le Draft Urban Food and Nutrition Action Plan (19) mis au point par le Bureau Régional pour l'Europe de l'OMS en octobre 1999 souligne l'importance qu'il y a à avoir accès à des produits alimentaires sains ainsi qu'à élaborer des stratégies visant à améliorer les méthodes de production. Produire les types de denrées alimentaires qui conviennent spécifiquement à la santé peut réduire la consommation en carburant, la pollution, le transport et les frais de conditionnement, cette action peut promouvoir la biodiversité, spécialement si les denrées alimentaires sont produites à proximité de leur lieu de consommation (Encadré 4.12). Le rôle des jardins de proximité et des jardins maraîchers est particulièrement significatif pour réaliser ces objectifs.

Encadré. 4.12. Production de légumes sur les toits de St-Petersbourg (Fédération de Russie)

La population de la Fédération de Russie a connu des pénuries en produits alimentaires de base depuis le début des années 90. Jardiner sur les toits est considéré comme une idée novatrice qui permet de produire des légumes pour les habitants de la ville qui n'ont pas accès aux terrains situés en dehors de St-Petersbourg. Jardiner sur les toits représente un potentiel immense. Dans un seul quartier de St-Petersbourg, on peut produire jusqu'à 2 000 tonnes de légumes. St-Petersbourg compte environ 15 jardins sur les toits. Des procédés de culture portant sur des couches minces de terre ont été mis au point avec l'assistance technique d'une organisation non gouvernementale l'ECHO (Educational Concerns for Hunger Organization). Un mélange de terre s'avère essentiel pour cultiver les plantes. Les légumes provenant des jardins sur toits ont été testés par des organismes indépendants afin de détecter la présence de métaux lourds : des taux plus faibles en contaminant que les légumes achetés sur les marchés de la ville et testés ont été trouvés.

Source : Bureau régional de l'Europe de l'OMS (19)

CONCLUSION

Les interconnexions fonctionnelles entre l'énergie, l'eau, les déchets et les denrées alimentaires sont très nettement marquées. Lorsqu'on les envisage, non pas de manière globale mais pris en compte séparément, les systèmes mis en place se révèlent non pérennes. Lorsque ces interconnexions sont planifiées de manière intégrée, comme le montre l'étude de cas de Kolding, au Danemark (Encadré 4.11), alors les bienfaits potentiels sont immenses.

Une planification intégrée des ressources est également intimement liée au système d'utilisation des sols et des transports. La configuration des vallées fluviales donne leur structure aux villes. Le principe visant à encourager l'approvisionnement en denrées locales affecte l'intensité et le type du développement. Les urbanistes œuvrant pour une stratégie urbaine doivent admettre ces éléments et les intégrer plutôt que de répondre simplement aux pressions du marché visant à un développement maximum.

- La création de partenariats, entre les groupes et les institutions concernés par les ressources économiques, sociales et environnementales, est la clé du succès.
- Des stratégies coordonnées doivent faire l'objet de contrôles vis-à-vis des critères fondamentaux de santé exposés au chapitre 1.

Politique d'urbanisme dans les quartiers : équilibrer la tendance au manque d'espace et les intérêts des futurs habitants.

INTRODUCTION

Les quartiers sont des lieux où vivent les personnes et où se crée un sentiment d'appartenance et de participation ; ils sont le lieu d'activités partagées d'éducation, d'achats et des loisirs et deviennent un foyer de vie sociale. Pour beaucoup, notamment les plus âgés et les jeunes ainsi que les moins aisés et les moins mobiles, le quartier permet de tisser un réseau de relations et de développer un soutien mutuel. Il est prouvé que de tels réseaux favorisent le bonheur et la santé.

Dans certaines villes, spécialement en Europe orientale mais pas uniquement, des programmes de logements publics ont créé des environnements socialement homogènes, mal desservis et inhumains, les résidents n'y ont que peu de contrôle sur leur propre situation et les problèmes de pauvreté, d'anonymat et de délinquance contribuent à nuire à la santé. Il est primordial de favoriser la stabilité de la population, les réseaux de voisinage et l'activité économique locale dans de telles situations.

Les quartiers ne sont jamais autonomes et ne sont pas nécessairement bien délimités. Dans les parties de la ville les plus anciennes, les quartiers tendent à se fondre les uns dans les autres et chacun pourra avoir une perception un peu différente en fonction de son lieu d'habitation et des principaux moyens de communications existants. Les nouveaux quartiers périphériques sont souvent mieux délimités mais bénéficient en revanche d'équipements locaux moins nombreux.

L'élément principal à prendre en considération pour l'urbanisme des quartiers est la facilité d'accès pour les piétons. L'échelle d'un quartier doit se mesurer par des distances raisonnables à parcourir pour les piétons (par exemple, 400 à 800 mètres). Marcher, courir, jouer, se déplacer à bicyclette en toute sécurité et en plein air, rencontrer des gens de manière imprévue ou lorsque l'on s'est donné rendez-vous, se déplacer aisément sans avoir besoin d'utiliser de véhicule polluant sont les éléments clés d'un milieu de vie commun favorable à la santé. La planification et l'aménagement des quartiers devraient considérer ces éléments comme les objectifs centraux.

La réalité peut être tout autre. Les ménages s'isolent de plus en plus depuis la seconde moitié du vingtième siècle ; le temps passé à la maison et dévolu à la télévision et à l'ordinateur va croissant ; le bruit et l'insécurité ont dissuadé les gens de marcher, parler et jouer dans la rue. Dans le même temps, l'augmentation du parc automobile a réduit le problème des distances conduisant ainsi les gens à raisonner moins en termes de quartiers. Les communautés d'intérêts remplacent les communautés géographiques, les grands magasins centralisés remplacent les commerces et services de quartier qui déclinent faute d'une bonne facilité d'accès.

Les urbanismes ont souvent contribué à ce déclin à cause d'une conception erronée fondée sur quatre principes : le zonage, l'aménagement d'ensemble, les économies d'échelle et l'inéluçtabilité du recours à la voiture. Le découpage en zones conçu à l'origine pour séparer les habitations des entreprises polluantes augmente les déplacements pour l'accès à un emploi ou à des services. L'aménagement général de nouvelles ou d'anciennes zones peut mener à la sclérose des quartiers et à la ségrégation sociale. Les économies d'échelle présumées aboutissent au remplacement des écoles, hôpitaux et commerces de quartier par de plus grands équipements situés plus à l'extérieur. La construction de routes adaptées à une circulation plus dense favorise l'augmentation du trafic routier et donc du bruit, des fumées, du risque d'accidents, de l'isolement de la population et de l'exclusion sociale.

La création de quartiers favorables à la santé implique nécessairement de remettre en cause ces principes erronés. Le tableau 5.1 donne une vue d'ensemble des politiques requises. Sa structure indique les objectifs des politiques pour chaque problème de santé majeur en fonction des quatre grands sujets que sont le logement, les équipements locaux, les déplacements et les espaces publics. Etant donné le grand nombre de questions de santé, on pourrait s'attendre à peu de cohérence de l'ensemble du tableau, ce qui n'est pas le cas. On peut clairement définir une politique d'aménagement de quartier qui comporterait les éléments suivants :

- stabilité accrue de la population ;
- diversité et vraie qualité du logement ;
- création d'emplois locaux ;
- facilité d'accès aux équipements ;
- développement des réseaux piétonniers et cyclables ;
- restriction de l'usage de la voiture et aide aux transports en commun ;
- aménagement du réseau d'espaces ouverts ;
- stratégie en matière d'énergie et d'autres ressources ;
- stratégie d'utilisation de l'eau ;
- aménagement intégré de l'espace ;
- développement de la vie sociale.

Le problème n'est pas uniquement d'identifier une stratégie souhaitable en théorie mais de s'assurer qu'elle est reconnue et appliquée par la plupart des organismes qui devront être impliqués dans la mise en œuvre : la démarche " Villes-Santé " (Encadré 5.1). Le concept central repose sur un partenariat entre les intérêts publics et privés et ceux de la population locale.

PRINCIPES

Un quartier comprend un écosystème tout comme une ville et son arrière-pays. Les principes de base de santé et de durabilité sont similaires :

- sur le plan social : amélioration de la qualité de vie, plus spécialement pour les personnes moins aisées et moins mobiles en passant par un accroissement des possibilités, des choix et des commodités, apparition d'un sentiment d'appartenance

au quartier et de participation à la gestion de celui-ci ainsi que le développement des réseaux de quartier ;

- sur le plan environnemental : réduction de l'impact du quartier sur son environnement écologique en minimisant la dépendance aux ressources non renouvelables et en réduisant la contamination des environnements immédiats, régionaux et mondiaux par les polluants et les déchets.

Ces deux objectifs mettent l'accent sur l'importance de la décentralisation : c'est à dire la nécessité de pouvoir subvenir localement aux besoins du quartier. Cela n'implique pas que les quartiers doivent fonctionner comme des villages coupés de leur contexte urbain. Cela implique de remédier aux tendances néfastes de la centralisation et à la globalisation des actions de contrôle par l'application du concept de subsidiarité, en revenant ou en gardant au niveau local les opportunités ou responsabilités qui relèvent plus particulièrement de ce niveau.

Que signifie local ?

Il est impossible de définir nettement ce qu'est l'unité de voisinage à un échelon local. Chaque personne perçoit subtilement les différents secteurs en fonction de ses propres relations. La définition des quartiers peut se faire à différents niveaux eu égard aux intérêts et aux fonctions en jeu. Dans chaque cas, trois aspects du développement durable comme énoncé ci-dessous, servent à déterminer le sens du terme " local " :

- l'aspect social renvoie au type de comportement humain et aux besoins ;
- l'aspect économique considère les solutions réalisables et durables à moindre coût ;
- l'aspect environnemental prend en considération la gravité des effets sur les ressources et l'écologie.

Par exemple, le principal élément à prendre en compte vis-à-vis de la santé en ce qui concerne l'enseignement primaire consiste pour les enfants en celui de proximité. Les enfants sont ainsi proches de la maison, peuvent se rendre à pied à l'école et se sentir intégrés à l'ensemble des familles jeunes d'un quartier. L'acceptation de ce principe influence les politiques de répartition géographique et de taille des établissements scolaires. L'une des études réalisées prévoit des secteurs scolaires s'inscrivant dans une zone de 600 mètres (55).

Les circonscriptions de l'enseignement secondaires sont beaucoup plus vastes pour correspondre aux tailles supérieures des établissements. Les secteurs définis pour d'autres activités (comme les centres de santé, les commerces de proximité, les parcs et les centres de quartier) peuvent varier de manière importante tout en ayant une incidence sur les types de comportement des consommateurs et acteurs du quartier. De plus, le maintien d'un certain niveau de services dépend de la densité de la population à un endroit donné, ce qui peut varier au fil du temps. Le tableau 5.2 illustre la densité de population par secteur en Angleterre en fonction des services de quartier proposés. Cette liste non exhaustive reflète le vécu dans le système anglais. Ces zones de densité de population peuvent varier en fonction du lieu et du moment et peuvent différer selon qu'il s'agit d'établissements culturels ou administratifs. Les urbanistes doivent faire ici leur propre évaluation locale.

Dans ce contexte, la notion de quartier est floue. Les limites fixées ne sont généralement pas adaptées, ce qui peut entraîner une carence de certains services.

Tableau 5.1. Questions et objectifs de politiques pour un urbanisme des quartiers favorable à la santé

SECTEUR D'APPLICATION DE LA POLITIQUE			
Questions clés	Logement	Équipements locaux/Déplacements	Espaces ouverts
Qualité de l'air	<ul style="list-style-type: none"> • Parc immobilier éco-énergétique • Matériaux non-toxiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Délocalisation des équipements • Localisation des équipements incitant à la marche à pied 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la dépendance à la voiture • Réduction de la présence de camions dans les quartiers et réduction du trafic
Activité physique	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement résidentiel attractif et sain 	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité des équipements locaux favorisant la marche et l'utilisation de la bicyclette 	<ul style="list-style-type: none"> • Voies vertes • Terrains et aires de jeux
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • Conception des constructions favorisant une meilleure surveillance efficace et délimitation des espaces semi-publics et privés 	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité des équipements locaux les gens à emprunter la rue 	<ul style="list-style-type: none"> • réduction du trafic • Conception plus adéquate des voies piétonnes et des trottoirs pour en faciliter la surveillance
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de transports et services locaux proches du public • Répartition des densités de logement • Interdiction de construire de nouveaux logements sur les sites inaccessibles 	<ul style="list-style-type: none"> • délocalisation des services au sein des zones d'habitation • délocalisation des équipements pour les rendre accessibles aux piétons et proximité des transports publics 	<ul style="list-style-type: none"> • Aménagement des installations pour les personnes handicapées • Environnement piétonnier et cyclable perméable
Abri	<ul style="list-style-type: none"> • Diversité des modes d'occupation, de la taille et du prix des logements dans chaque quartier • parc immobilier éco-énergétique • Choix de l'emplacement pour réduire les pertes de chaleur 	<ul style="list-style-type: none"> • Bâtiments modulables pour usages sociaux et commerciaux de quartier • Peu coûteux à mettre en place et éconergétiques • Choix de l'emplacement pour réduire les pertes de chaleur 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de vérification de la viabilité des transports en commun • Espaces ouverts à des activités multiples • Brise-vents

Emploi	<ul style="list-style-type: none"> • Encouragement au télétravail • Bassins d'emploi principaux accessibles par les transports en commun depuis les zones d'habitation 	<ul style="list-style-type: none"> • Encouragement des « petits boulots » de quartier 	<ul style="list-style-type: none"> • Bassins d'emploi principaux accessibles par les transports en commun • Réseau de pistes cyclables organisé pour la desserte de la localité 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en valeur des espaces extérieurs
Population	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien aux activités de la population • Conception de zones résidentielles favorisant les modes d'occupation plurifonctionnels et aux programmes de construction par des constructeurs indépendants 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien des services et des emplois locaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau piétonnier et cyclable attrayant et perméable • Sécurité sur la voirie publique • Aménagement de lieux pour rassemblements occasionnels 	<ul style="list-style-type: none"> • Parcs, terrains et aires de jeux, lieux de rencontre
Eau et biodiversité	<ul style="list-style-type: none"> • Accroissement de l'autonomie en eau • Programme de traitement des eaux usées et de reconstitution des eaux souterraines à l'échelon local • Préservation et amélioration des habitats 	<ul style="list-style-type: none"> • Accroissement de l'autonomie en eau • Programme de traitement des eaux usées et de reconstitution des eaux souterraines à l'échelon local • Préservation et amélioration des habitats 	<ul style="list-style-type: none"> • Drainage de la voirie et reconstitution des eaux souterraines à l'échelon local • Réduction de la circulation routière 	<ul style="list-style-type: none"> • Structuration des espaces verts autour des cours d'eau afin d'y créer des habitats pour la faune et de préserver l'eau • Création d'une variété d'habitats sauvages
Ressources naturelles, sol et minéraux	<ul style="list-style-type: none"> • Construction utilisant des matériaux recyclés ou renouvelables • Dispositif de protection des terres arables • Encouragement au compostage individuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Construction utilisant des matériaux recyclés ou renouvelables 	<ul style="list-style-type: none"> • Moindre construction de routes 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitation de l'utilisation locale des lotissements et du recyclage des déchets biologiques • Cultures pouvant servir à l'artisanat et à la construction
Écosystème global	<ul style="list-style-type: none"> • Construction et fonctionnement favorisant les économies d'énergie 	<ul style="list-style-type: none"> • Construction et usage favorisant des économies d'énergie 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la dépendance aux combustibles fossiles 	<ul style="list-style-type: none"> • Culture de plantes énergétiques • Réduction de la vitesse du vent par plantation d'arbres • Augmentation de la fixation du carbone

Encadré 5.1. Aménagement de quartier à Horsens (Danemark)

La politique d'urbanisme à Horsens donne la priorité à la question des quartiers en s'intéressant aux différentes étapes du processus de préparation et d'application des programmes. Le programme municipal d'Horsens (plan directeur) (75) est l'un des rares à avoir complètement intégré les principes de Ville-Santé et à avoir fondé ses programmes d'aménagement sur ces principes. Le programme, adopté en 1993, associe aménagement stratégique de l'espace et implication des citoyens. Les trois principaux objectifs de ce programme sont les suivants :

- La promotion de la santé – en tant que critère fondamental vis-à-vis de toutes les opérations d'urbanisme décidées par le conseil municipal ;
- des principes de gestion locale – fondée sur l'hypothèse que la création d'environnements de vie favorables à la santé nécessite une administration locale de quartiers ;
- une expansion urbaine s'orientant vers une configuration " compacte " comportant des zones multi-fonctionnelles pour éviter le confinement des zones résidentielles en périphérie.

Au-delà de ce programme municipal, la Municipalité de Horsens a pris l'initiative de préparer des programmes pour chacun des quartiers. Ce projet a débuté en 1987, avec le projet du quartier Gasvej (76) qui suivait les principes des Villes-Santé en impliquant les services d'urbanisme, de l'environnement, du secteur social, de l'éducation et de la santé ainsi que la population concernée. Un programme de quartier a été élaboré en tenant compte des suggestions faites par les résidents en matière d'environnement physique et social dans la perspective d'améliorer la qualité de vie dans le quartier. Ce programme s'est déroulé selon la procédure suivante :

- analyse de la situation réelle, y compris l'histoire, les conditions sociales, les conditions de logement, les transports, l'environnement, les écoles, les commerces, l'industrie, les activités culturelles, les espaces verts et autres espaces publics ;
- examen des programmes existants : ceux-ci comprenaient le programme municipal, celui des services sociaux, des services de l'éducation, le plan de développement, les programmes économique, technologique et environnementaux ;
- recours aux groupes de travail : des groupes de résidents ont collaboré avec des animateurs afin d'exprimer, à la fois par écrit et par le dessin, leurs idées quant aux aménagements futurs du quartier ;
- identification des actions considérées comme " immédiates " ou " futures ".

Bien qu'aucun projet d'urbanisme n'ait été identifié comme immédiatement nécessaire, des propositions pour l'avenir ont été retenues. Ce sont :

- 2 ou 3 centres de quartier avec des aires de jeux ;
- la création de rues plus calmes et plus vertes ;
- la transformation de " Lunden " en parc public ;
- la création d'une bourse d'échange ;
- la réorganisation des flux de circulation ;
- la conversion du lieu dit Bredgade en une zone piétonne arborée et bénéficiant d'autres aménagements ;

- la construction d'un tunnel passant sous deux routes (front de mer et Sunvej) ;
et
- l'installation de bancs publics dans les rues.

Le projet de Gasvej a été perçu comme un premier pas vers une auto-administration locale. Le succès de ce projet est résumé comme suit (76) :

" Il règne un bon esprit de quartier à Gasvej. Nous avons notre propre centre de quartier dont nous nous servons pour de nombreuses activités. Nous nous réunissons tous les quinze jours pour des repas en groupe dans ce centre spacieux. Nous nous retrouvons généralement entre 150 et 200 et chacun est prêt à apporter son aide. Nous fêtons beaucoup d'événements pendant l'année, le Mardi Gras par exemple. Tout le monde est d'accord pour dire combien il est agréable de vivre à Gasvej. Beaucoup de personnes ont emménagé dans le quartier. Il y a également beaucoup plus d'enfants, environ 200. Nous avons une rampe de skateboard à Lunden. Ça a été dur de la construire. Les pouvoirs locaux n'étaient pas pour ce projet tout comme certains résidents du troisième âge qui ne comprenaient pas l'installation de cette rampe à cet endroit. Il y a plus d'espaces verts dans notre quartier. Des rues entières sont devenues calmes et résidentielles. Un coiffeur pour hommes s'est installé à côté du Café Gasroden. Il y a des tables et des chaises en terrasse. On a plaisir à s'y réunir et des centaines de gens viennent consommer chaque semaine. Presque tous les habitants font partie de l'association des résidents et joue un rôle actif dans le processus d'aménagement du quartier ".

Sources: Municipalité de Horsens (75,76)

Tableau 5.2. Population approximative par secteur pour les différents services de quartier en Angleterre en 1995

Type de service	Population dans le secteur
École primaire	2 500 à 4 500
Établissement du secondaire	7 000 à 15 000
Cabinet de chirurgie médicale	2 500 à 3 000
Pub ou bar	5 000 à 7 000
Commerce de proximité	2 000 à 5 000
Centre commercial local	5 000 à 10 000
Bureau de poste	5 000 à 10 000
Maison médicale (quatre médecins)	9 000 à 12 000
Bibliothèque	12 000 à 30 000
Église ou lieu de culte	9 000 minimum
Centre de quartier	7 000 à 15 000
Club de jeunes	7 000 à 11 000
Club de sport	25 000 à 40 000
Grand magasin ou centre commercial	25 000 à 40 000

Source: Barton et al. (55), p. 113

PRISE DE DÉCISION PARTICIPATIVE

Travailler en partenariat

Il est prouvé que l'efficacité des décisions prises à l'échelon du quartier dépend à la fois de la qualité de celles-ci et de l'engagement des responsables locaux (26, 30). Le processus peut également être considéré comme valable en lui-même dans la mesure où il encourage le dialogue et l'interaction au niveau local, ce qui renforce la notion d'appartenance (38, 55). Ce sentiment d'appartenance à une collectivité locale active favorise la santé (particulièrement la santé mentale) en contrebalançant les effets de l'isolement et l'exclusion sociale (77).

Alors que la plupart des pays prescrivent différentes sortes de procédure de consultation publique dans les lois d'urbanisme, l'approche Villes-Santé considère l'implication de la collectivité comme fondamentale dans la prise de décision qui devrait se faire en commun avec la municipalité et les entreprises. Les techniques qui permettent de structurer l'implication au niveau du quartier sont la prospective, la méthode Planning for Real, les groupes de discussion, les jurys citoyens, les conférences des institutions impliquées et les groupes de débat sur l'environnement (8,38). Pour certains sujets, le pouvoir peut être délégué de façon formelle aux conseils de quartier, avec une action coordonnée par des programmes de quartier décentralisés. La représentativité et l'efficacité sont les deux problèmes clés auxquels il faut faire face, quelle que soit l'approche utilisée. Les paragraphes suivant portent sur ces questions et présentent les meilleures pratiques.

Représentativité et efficacité

La représentativité est importante pour s'assurer que toutes les opinions et tous les intérêts locaux sont pris en compte dans la prise de décision. Les groupes sous-représentés

Encadré 5.2. Participation du quartier : une " charrette " à Waitakere (Nouvelle Zélande)

Waitakere est l'une des quatre entités locales de la ville d'Auckland en Nouvelle Zélande. Elle se distingue par l'extension anarchique de sa banlieue du fait de la forte utilisation de la voiture et par la volonté de ses résidents à s'y installer durablement. Ceci a conduit tous les nouveaux aménagements à se faire sur les espaces disponibles au-delà des limites de la ville. En 1990, une nouvelle direction politique du parti écologique a tenté de réorienter les projets d'aménagement vers les centres urbains dégradés plutôt qu'en périphérie (terrains non bâtis). Le conseil a adopté le procédé de la " charrette " (une méthode condensée et interactive impliquant toutes les parties prenantes sur une période de temps limitée) afin de travailler dans le sens d'une réhabilitation urbaine coordonnée. Le procédé de la charrette a été utilisé pour chacune des zones de densification et implique ce qui suit :

- Le débat public a été déclenché et la prise de conscience accrue par une action politique et professionnelle ciblée.
- Une série de réunions a été organisée avec toutes les parties intéressées, y compris les propriétaires fonciers, les détaillants, les industriels et les groupes de quartier et de pression pour la défense de l'environnement, ainsi que les services municipaux concernés. Certaines réunions portaient sur des sujets précis mais d'autres avaient une portée explicitement intersectorielle. Les personnes étaient motivées pour y participer car le débat public était très dynamique.
- Les responsables locaux ont défini l'ordre du jour dans toutes ses dimensions : densification urbaine, réhabilitation de quartier et priorité aux piétons et aux transports en commun.
- Les différentes parties prenantes ont publiquement fait part des problèmes qu'elles percevaient, de leurs aspirations et de leurs idées pour le futur dans le cadre proposé par les responsables locaux.
- Les groupes de travail mis en place par les pouvoirs locaux ont élaboré des options prenant en compte l'ensemble des problèmes et des questions à débattre par la suite. En cas de conflits d'intérêts, les parties prenantes concernées se chargeaient de chercher les solutions.
- Les pouvoirs locaux ont produit une ébauche de plan directeur, donné des lignes de conduite en matière d'aménagement et élaboré une stratégie d'investissement pour les réunions à venir.

Le résultat de ce processus s'est révélé très positif puisque les positions vis-à-vis du projet ont changé et un programme efficace est actuellement appliqué. Le secret de cette réussite résidait non seulement dans l'implication active des différents groupes mais aussi dans la recherche d'activation des solutions ce qui a été clairement un avantage pour tous. L'attitude des pouvoirs locaux s'est avérée cruciale alliant une vision claire des choses à une ouverture d'esprit non-bureaucratique permettant à ces institutions d'apprécier les points de vue des autres parties prenantes.

sentés tels que les minorités ethniques, les chômeurs, les personnes démunies et les jeunes sont précisément les plus concernés par un mauvais état de santé et/ou par les accidents. De tels groupes doivent être impliqués, et toute forme d'exclusion (même non intentionnelle) doit être évitée.

L'intégration est aussi un point crucial pour les décideurs. Par exemple, dans certains cas, des groupes parallèles de prise de décision sont apparus : l'un (doté de pouvoir) impliquant les organismes officiels et l'autre (sans pouvoir) suscitant de faux espoirs chez les habitants. La démarche ne sera efficace que si tous les principaux intérêts dotés des pouvoirs aussi bien publics que privés au sein des organisations bénévoles y participent pleinement. Une approche intersectorielle est requise.

La gestion d'un tel réseau d'intérêts est complexe. Les municipalités détiennent le rôle central de facilitateurs. Elles ont suffisamment d'influence sur les employeurs, les promoteurs, les sociétés de transport en commun, les sociétés de gestion de l'eau, les conseils d'éducation et la population pour réussir cette collaboration. C'est aussi la municipalité qui dirige. Elle doit agir de manière incitative en définissant des objectifs clairs pour le processus et les modalités de prise de décisions et de mise en œuvre. (Encadrés 5.1 et 5.2).

GARANTIE DE L'INTÉGRATION SOCIALE ET DE LA MIXITÉ DANS LE LOGEMENT

Principes

Les problèmes de disponibilité, de choix et de qualité du logement sont généralement pris en considération dans les politiques à l'échelon national et municipal mais ils revêtent également une importance au niveau du quartier. La tâche de l'urbanisme est de faire correspondre la disponibilité des logements avec les besoins en logement, à la fois dans les nouvelles et les anciennes zones, tout en élargissant les choix proposés aux occupants.

Chaque quartier devrait disposer d'un nombre équilibré des différents types de logement en terme de mode d'occupation, de taille et de coût. La politique correspondant à une zone d'aménagement particulière dépend de la taille et du cadre de celle-ci. Tout grand projet d'aménagement prévoyant 2000 logements ou plus devrait être conçu dès le départ comme un ensemble équilibré devant permettre la construction de logements et de modes d'occupation différents. Pour rendre le marché flexible, la diversité des types de logements doit être appliquée à toute la zone. Certaines habitations avec terrasse devraient être de grande taille et d'autres petites, certaines avec jardins et d'autres ne comportant qu'une simple cour. De cette façon, on atteindra un équilibre du quartier et une mixité sociale.

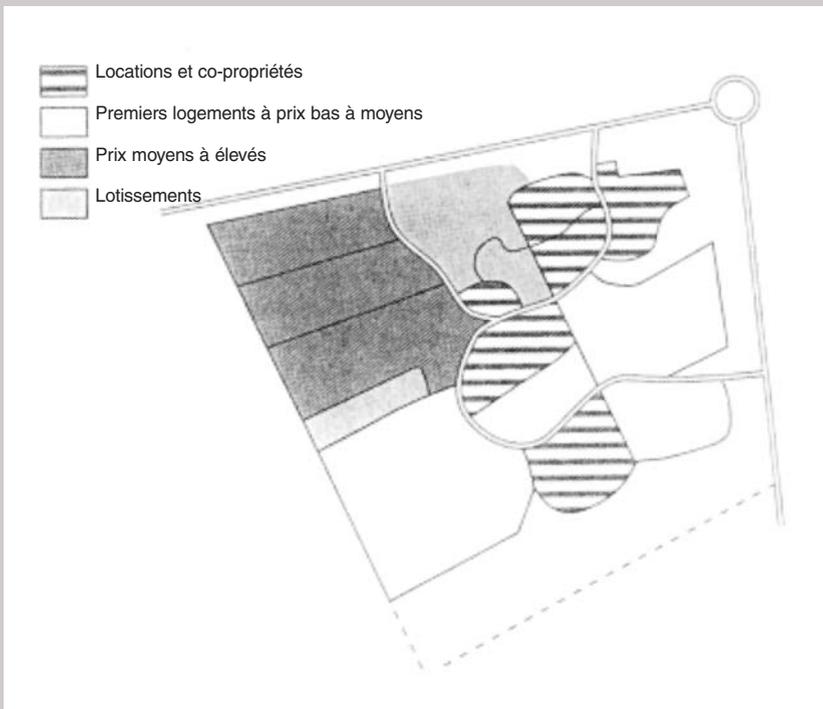
Les objectifs de santé devraient être les suivants :

- donner aux personnes le maximum de possibilités de trouver un logement qui corresponde à leurs revenus et à leurs besoins, réduisant ainsi le stress du logement et le mauvais état de santé qui en découle ;
- donner aux occupants (en particulier aux personnes ayant des problèmes de transport) la possibilité de choisir des lieux d'habitation pratiques et facilement accessibles afin de réduire leurs déplacements et le niveau de pollution lié aux transports ;

Encadré 5.3. Des logements diversifiés à Milton Keynes (Royaume-Uni)

Milton Keynes est une ville nouvelle située sur la principale voie reliant Londres et Birmingham. Son plan d'urbanisme comprend un réseau de routes donnant accès à des zones résidentielles et d'activités économiques réparties sur l'ensemble de la commune. Chaque carré du plan représente un quartier de 2000 à 4000 personnes, bien identifié physiquement, il est situé à l'écart des voies de circulation secondaires. Milton Keynes a poursuivi une politique de diversification des logement dans chaque quartier, réussissant une bonne mixité sociale. Ceci a permis d'éviter certains problèmes d'exclusion et aux occupants de trouver des logements convenables dans toute la ville. Cette mesure a permis aux résidents de réduire les distances à parcourir dans leur vie de tous les jours.

La figure illustre comment chaque quartier est divisé en une mosaïque de zones résidentielles, chacune développée par un organisme, un entrepreneur en bâtiment ou un constructeur indépendant différent. Les locations, les co-proprétés ou logements à prix réduit et les logements à prix élevés représentent chacun environ un tiers des logements disponibles dans chaque quartier.



Source: Barton et al. (17) d'après Milton Keynes Development Corporation (78)

- éviter les pics et les creux des demandes en équipements locaux (spécialement destinés aux enfants, aux adolescents et aux personnes âgées) qui amènent à des carences ou des excès de l'offre ;
- réduire les problèmes d'exclusion et d'isolement social, favoriser un sentiment d'appartenance au quartier.

Mise en œuvre

La municipalité doit consulter la population et les sociétés de gestion immobilière afin d'identifier les besoins locaux en logements mal satisfaits. Cela signifie également qu'il faut aller contre l'idée communément admise de ne construire qu'un type de logement. Au contraire, la solution réside dans la diversité. Là où un quartier ne dispose que de logements privés coûteux, des logements publics ou sociaux abordables sont nécessaires (et vice et versa). Là où les pavillons prédominent, il serait plus approprié d'augmenter le nombre d'appartements (Encadré 5.3).

Cette politique devrait être appliquée aux nouvelles zones comme aux anciennes. Dans certains quartiers, cela peut signifier aller à l'encontre des idées régnantes du marché pour s'assurer que les groupes les plus vulnérables aient une possibilité de choix. Dans cette situation, la mise en œuvre peut nécessiter une plus forte intervention sur le marché pour réussir ce qu'un programme d'urbanisme ne peut faire seul. Aux Pays-Bas par exemple, les communes achètent et possèdent de nouveaux terrains à bâtir. En Angleterre, les propriétaires d'ensembles locatifs de plus de 30 logements peuvent être obligés par la loi de prévoir un certain nombre d'habitations à loyer modéré.

FACILITATION DE L'ACCÈS AUX ÉQUIPEMENTS LOCAUX

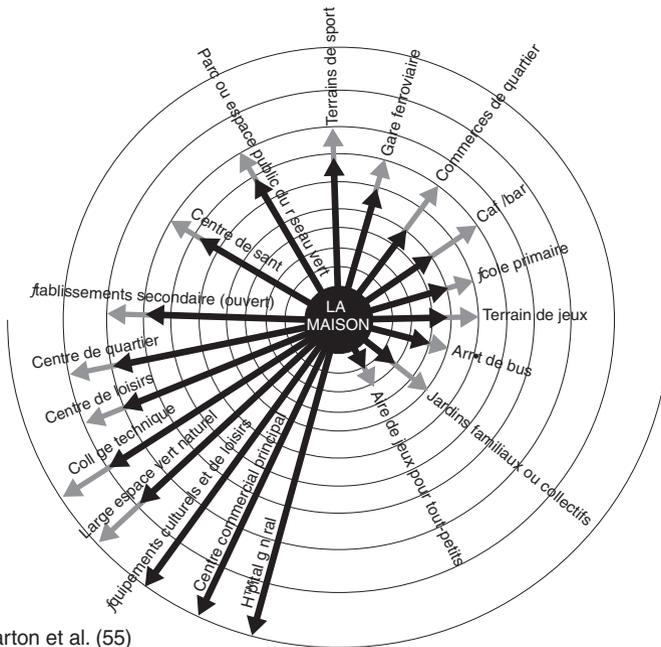
Principes

Un bon équilibre entre le logement et l'emploi, les commerces, les écoles et les équipements de santé au niveau local est essentiel à la réalisation de quartiers en bonne santé. En d'autres termes les personnes ne disposant pas de voiture peuvent encore avoir un travail à proximité et fréquenter les magasins, clubs, écoles et équipements de santé du quartier. De plus, une plus grande proportion de déplacements se fera à pied ou à bicyclette. Les personnes utilisant la voiture n'auront pas besoin d'aller bien loin. Les rencontres fortuites entre les gens augmenteront et faciliteront le tissage de réseaux d'amitié et le développement d'un sentiment d'appartenance à la collectivité.

La difficulté réside dans le fait que l'utilisation croissante de la voiture et la baisse de la densité urbaine ont réduit l'attractivité et la viabilité des services locaux dans beaucoup de villes. Ces effets défavorables à la santé ont souvent été créés par des urbanistes croyant à tort à la fluidité du trafic, au zonage et aux programmes d'aménagement ambitieux qui isolent les localités. Les alternatives positives sont une circulation ralentie, un usage mixte des terrains et un aménagement à petite échelle.

Les localités devraient être pensées de façon à favoriser la viabilité des emplois et des équipements locaux, en assurant un accès aisé à pied et à bicyclette et en encourageant le regroupement des équipements de façon à ce qu'ils puissent s'adapter et se développer en même temps que changent les conditions sociales et le marché (Figure 5.1).

Figure 5.1. Vers des politiques de santé



Source: Barton et al. (55)

Parmi les objectifs de santé liés à la planification d'équipements locaux, on trouve les suivants :

- Une bonne gamme d'emplois locaux augmente les possibilités de choix, spécialement pour les groupes les plus touchés par les problèmes de santé associés à la pauvreté et au chômage par exemple les personnes ayant peu de qualifications, les personnes à mobilité réduite, les familles monoparentales et les jeunes.
- La facilité d'accès aux services est un facteur clé dans la promotion de la santé. Il aide aussi à combattre l'injustice subie par les personnes ne possédant pas de voiture.
- L'augmentation du nombre de trajets à pied ou à bicyclette est un facteur positif pour la santé.
- La diminution du besoin d'utilisation de la voiture permet de mettre en place des politiques qui réduisent la circulation et diminuent les émissions de gaz. Cela favorise le recours aux équipements locaux grâce à la présence de rues plus agréables et plus sûres, tout ceci contribuant ainsi à la santé et au bien-être.
- Une présence plus massive de personnes dans les rues et les installations favorise le renforcement de la communauté locale et crée un environnement plus sûr pour les enfants.

Tous les nouveaux bâtiments devraient pouvoir accueillir une variété d'équipements afin de diminuer les trajets, inciter à la marche et à l'utilisation de la bicyclette et faciliter l'accessibilité. Des normes standard d'accessibilité devraient être intégrées au programme d'aménagement et aux descriptifs ultérieurs.

Mise en œuvre

Pour l'implantation des équipements les urbanistes ont besoin de travailler étroitement avec les secteurs d'activités aussi bien privés que publics ou bénévoles. Les entreprises ont des exigences bien particulières en matière de localisation mais ces dernières ne sont souvent pas prises en compte dans la conception classique des quartiers. Les magasins, par exemple, nécessitent une implantation dans une zone très fréquentée par les piétons, une bonne souplesse des zones d'attraction commerciale et une bonne visibilité. Le secteur public a souvent des programmes d'aménagement qui centralisent plutôt qu'ils ne décentralisent (des hôpitaux de quartier sont fermés en faveur des hôpitaux destinés à toute la ville) ce qui nécessite de changer ses attributions afin de l'encourager à penser au niveau local. Le secteur bénévole a souvent des projets distincts, propres à un quartier, pouvant aider à renforcer un sentiment d'appropriation locale.

La mise en œuvre des programmes d'aménagement pourrait être grandement facilitée si les urbanistes réussissaient à concevoir clairement leurs objectifs et à identifier précisément les critères à utiliser pour les prises de décisions. Cependant, les leçons du passé nous enseignent qu'il faut faire attention puisqu'elles montrent que l'aménagement des quartiers allait parfois à l'encontre des comportements humains. Comme dans beaucoup de villes et de banlieues développées au XX^{ème} siècle, les approches traditionnelles vis-à-vis des équipements locaux ont assimilé les zones d'attraction d'équipements à des quartiers limités et distincts (sans interpénétration possible). Le problème de cette approche réside dans son manque de souplesse, puisqu'elle ne permet ni de reconnaître des zones de tailles différentes ni de s'adapter aux changements induits par les conditions économiques, les préférences sociales et les types de population. Elle limite également le choix proposé aux résidents dans chacun des quartiers. Les exigences des utilisateurs étant plus grandes en termes de choix et leur mobilité plus importante, certains de ces endroits pourraient se voir priver de leurs équipements.

Pour ces raisons, l'aménagement des quartiers ne devrait pas suivre les modèles faussement déterministes avec des zones figées aux frontières imperméables. Au contraire, les quartiers devraient être vus comme un continuum urbain : ils se fonderaient les uns dans les autres, permettraient des déplacements libres entre eux à pied ou à bicyclette, et les équipements s'inscriraient dans la zone de leur choix.

Vers des politiques de santé

Ce qui suit sont des directives générales pour l'aménagement de l'espace dédié à l'installation des équipements locaux. Elles sont générales et non spécifiques car les contextes urbains à travers l'Europe varient largement tout comme les seuils et normes d'accès aux services.

- Encourager la décentralisation des équipements de santé, des équipements scolaires, sociaux et des magasins de détail.
- Regrouper les équipements, y compris les fournisseurs d'emplois, le long des rues principales et dans les centres-villes, afin d'encourager les trajets à buts multiples.
- S'assurer que les bassins de population peuvent changer en fonction des besoins actuels des différentes activités et qu'elles pourront le faire aussi dans le futur.
- Répartir la densité de logement afin qu'elle soit plus forte près des concentrations d'équipements et plus faible en s'en éloignant et appliquer cette répartition aux zones en rénovation ainsi qu'aux terrains à bâtir.

- Identifier les seuils d'accessibilité souhaités pour les équipements-clés locaux et déterminer le programme d'aménagement qui en résulte. Par exemple une école primaire devrait être située à 800 mètres maximum de chaque habitant.
- Garantir une facilité de déplacement à pied entre les zones résidentielles et ne pas établir de quartiers aux frontières figées.
- Développer (ou maintenir) des espaces locaux de bureaux et d'ateliers au cœur des zones d'habitat et imposer une taille maximale stricte pour les sociétés et leurs zones de stationnement afin d'éviter l'implantation des grandes entreprises dans les zones résidentielles.
- Respecter des principes stricts de bon voisinage en matière de bruit, de fumées et de luminosité.

PLAN DE DEPLACEMENTS

Principes

La finalité du transport est de permettre aux personnes de se déplacer, normalement (comme c'est le cas) au moyens de véhicules. Ceci n'exclut pas qu'il est aussi très valable de se déplacer par soi-même autrement dit de pratiquer une activité physique.

Les objectifs de santé dans le cadre des plans de déplacements locaux sont donc :

- l'incitation à des modes de vie plus sains – davantage de trajets à pied et de déplacements à bicyclette ;
- la réduction des accidents de la voie publique ;
- la diminution de la peur des agressions et de la délinquance urbaine ;
- l'amélioration de l'accès aux équipements locaux et aux services de transports publics, particulièrement pour les personnes à mobilité réduite et pour les personnes pénalisées par le coût des transports ;
- la transformation des rues et des places en lieux de rencontre favorisant les réseaux de soutien locaux, l'amélioration de la qualité de vie et l'accroissement du sentiment d'appartenance au quartier ;
- la réduction du CO² et de la pollution de l'air due à la circulation.

Pour atteindre ces objectifs, il faut que les personnes de toutes catégories se mettent à marcher. Une étude montre que la sécurité, la commodité, et le plaisir ressentis pour la marche affecte de façon significative la propension des gens à marcher. La sécurité est également un facteur clé d'encouragement à l'utilisation de la bicyclette, particulièrement pour les enfants et les personnes âgées. La distance par rapport aux arrêts, la fiabilité, la vitesse et le confort du service ainsi que sa fréquence affectent profondément l'utilisation des transports en commun. La réussite de ce programme nécessite une étroite collaboration avec les sociétés de transport et un aménagement efficace de l'espace.

Programme pour les piétons

Marcher est la forme la plus commune de déplacement qui soit, elle est praticable par presque tout le monde. La marche constitue le mode de déplacement principal des personnes ne possédant pas de voiture, particulièrement les femmes et les enfants (79). Tout comme la bicyclette, la marche n'implique que peu de moyens matériels et peut constituer une expérience physique et esthétique saine et agréable. Cependant,

l'environnement pédestre est de plus en plus dangereux dans beaucoup de villes et ceci est exagéré par le fait que les aménagements modernes reposent de plus en plus sur l'utilisation de la voiture. Dans certains cas extrêmes, la marche est effectivement exclue par l'inconfort, le danger, les fumées et la laideur de l'environnement.

Les orientations suivantes se font l'avocat de la marche :

- Chaque aménagement, petit ou grand, devrait avoir un accès direct, pratique et visible pour les piétons. Au lieu d'être accessibles par leur parking, les magasins, cafés et établissements de santé, par exemple, peuvent donner sur une rue ou sur une place.
- La conception des chemins piétonniers et des trottoirs devrait permettre une bonne perméabilité (un choix d'itinéraires passant par une zone et donnant des chemins pratiques pour aller n'importe où, depuis n'importe quel point de départ).
- Les équipements devraient être regroupés afin d'inciter les gens à s'y rendre encore plus facilement à pied et les logements devraient se situer à des distances raisonnables pour un piéton.
- La construction de nouveaux logements ne devrait pas être permise sur des sites isolés (au-delà d'une distance-limite) à moins que cette construction ne génère d'autres équipements locaux.
- En matière de sécurité par rapport à la circulation, des techniques efficaces de ralentissement devraient être mises en place pour remplacer les croisements dénivelés et les chicanes habituels qui réduisent la mobilité des piétons.
- Les itinéraires piétonniers doivent être conçus de façon à être directs (réduire les distances vers les équipements et les quartiers) et pratiques (éviter les pentes raides, les marches et les bordures de trottoirs qui peuvent gêner physiquement les personnes à mobilité réduite et les personnes utilisant des fauteuils roulants et des poussettes).
- La clé du plaisir de la marche et de ses bénéfices sociaux éventuels est d'arriver à des endroits où il est naturel de s'arrêter et de regarder, de rencontrer des gens et de s'asseoir. Dans les villes, de tels endroits peuvent être des places, des mini-parcs ou simplement des trottoirs plus larges devant les magasins, les cafés ou les arrêts de bus.

Programme pour les cyclistes

Se déplacer à bicyclette constitue un excellent exercice et améliore l'accessibilité aux équipements. Selon une étude menée au Royaume-Uni (55), la moyenne d'un trajet à bicyclette est de 3 km et au-delà de 5 km la bicyclette n'est généralement plus utilisée. La propension à utiliser la bicyclette dépend de la sécurité et de la commodité des itinéraires disponibles. L'habitude d'utiliser la bicyclette s'acquiert plus facilement quand on est jeune ; la priorité doit donc être donnée à la création, en collaboration avec les parents, les professeurs et les enfants eux-mêmes, de routes sûres menant aux écoles, parcs, magasins locaux et autour des quartiers résidentiels. Le défi pour un urbanisme de santé est d'augmenter le nombre de cyclistes tout en réduisant le nombre d'accidents. Cette réalisation s'avère particulièrement difficile car la bicyclette est une activité assez anarchique qui n'est pas facilement régulée. En effet, la liberté que procurent les déplacements à bicyclette, c'est à dire la capacité d'aller n'importe où depuis n'importe quel point, est l'un des côtés attirants de cette activité qui s'accompagne certainement de bénéfices psychologiques.

Les critères de conception des réseaux cyclables comprennent l'accès, la sécurité, la continuité, la prévision du trajet le plus direct possible, le confort et la présence d'arceaux pour cycles ou d'autres solutions de stationnement.

Accès. Les rues à usage mixte offrant un accès direct aux habitations et aux équipements ont besoin d'être particulièrement agréables aux cyclistes avec une circulation limitée. Dans certaines situations, il est préférable d'avoir des itinéraires à part (comme les voies vertes à travers les parcs) mais ces derniers ne peuvent remplacer les routes sur lesquelles il est possible de rouler en toute sécurité.

Sécurité. En cas de conflit insoluble avec une circulation dense ou rapide, il faut prévoir des allées ou des chemins à part. Quatre-vingt pour cent des accidents se produisent à des croisements ou à proximité, là où les voitures coupent les bandes cyclables. Les mesures donnant la priorité aux cyclistes sont donc d'une très grande importance.

Continuité. Les bandes cyclables principales devraient être aussi continues que possible, avec peu de stops. La fragmentation des pistes cyclables en tronçons peut en fait augmenter les dangers en général. La mise en œuvre d'itinéraires cyclables devrait donc comporter des étapes intermédiaires pour aboutir à une meilleure sécurité.

Trajet direct. Normalement, les cyclistes n'apprécient pas les déviations qui augmentent de façon significative la longueur et le temps de leur trajet ainsi que l'effort qu'ils ont à fournir (par exemple, de plus de 10%). Le chemin le plus direct dans les zones urbaines existantes passant par la route principale, certains itinéraires isolés sont parfois inconfortables. Lors des nouveaux aménagements, les priorités peuvent être inversées accordant le chemin le plus pratique aux cyclistes et aux piétons.

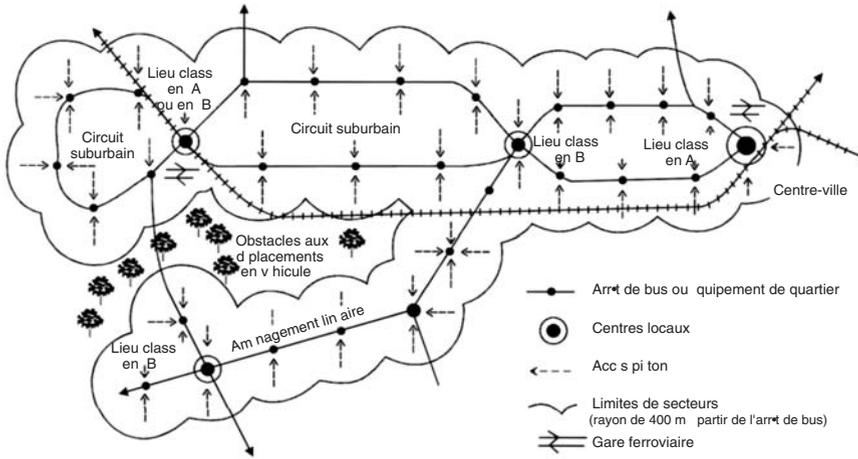
Confort. Lors de leur conception, les routes destinées aux cyclistes doivent être pensées dans les moindres détails puis entretenues en conséquence, afin de ménager des pentes faibles (inclinaison maximale de 5%), de proposer des surfaces lisses, de protéger les cyclistes des gaz d'échappements, de les préserver de la crainte que représentent les poids lourds et de leur offrir un paysage attrayant.

Parcs à vélos. La répartition des parcs à vélos (dans les gares par exemple) et leur sécurité ont une influence sur l'utilisation de la bicyclette comme moyen de transport. Encourager les déplacements à bicyclettes étend effectivement la zone d'affluence de la gare.

Fonctionnement des transports publics

L'organisation des services de bus dans un quartier est trop importante pour être laissée à la charge des seuls opérateurs. Les urbanistes peuvent avoir une influence significative sur la viabilité des transports publics et sur le réseau routier dans les nouvelles zones en aménageant des routes, chemins piétonniers et l'utilisation des sols. On obtient une meilleure qualité des services de bus et de trains lorsqu'un maximum d'usagers peut atteindre sa destination en prenant un nombre minimum de routes. La linéarité est donc une caractéristique clé. Les points où les routes se croisent (croisements) deviennent alors des endroits de premier choix pour les emplois et services locaux et un point de rencontre des rues piétonnes et des pistes cyclables. Il en ressort qu'il faut considérer la commodité d'accès aux transports publics comme le point de départ de l'aménagement du quartier et non comme un problème secondaire (dont le marché aurait la charge) ; l'exploitation des terrains est alors liée au réseau des transports publics (Fig. 5.2).

Figure 5.2 Principes d'aménagement des transports publics



Source: Barton et al. (55), p. 124

Accès aux haltes ferroviaires et aux gares

Dans l'idéal, tous les nouveaux logements devraient se situer à une distance de marche raisonnable des services de transport public de qualité donnant accès aux principaux centres d'activité urbaine (Encadré 5.4). Une norme commune pour l'Europe en matière d'accès aux bus prévoit une distance de 400 mètres. Au-delà de cette distance, la proportion de gens disposés à marcher diminue progressivement et la dépendance à la voiture augmente. Le critère des 400 mètres doit être appliqué avec précaution. Il s'agit de la distance effective que les gens parcourent ; si les itinéraires sont indirects, la distance à vol d'oiseau peut s'avérer beaucoup plus courte. La présence de pentes (spécialement pour les personnes âgées) et certaines barrières psychologiques comme le métro ou une crainte provoquée par la circulation routière ont aussi une influence sur l'accessibilité aux services de transport. Inversement, la majorité des gens est prête à marcher davantage pour accéder à des services de tramway ou de métro de haute qualité.

Organisation de la circulation routière

La maîtrise de la circulation routière constitue la clé d'un système de transport favorable à la santé. Il ne faudrait normalement pas augmenter la capacité du système routier, tout simplement parce que cela encourage les trajets supplémentaires en voiture et aggrave les problèmes de pollution de l'air et (parfois) le nombre d'accidents tout en diminuant la tendance à marcher, à se déplacer à bicyclette ou à utiliser le bus. Au contraire, suite à un aménagement positif des modes de transports autres que la voiture, il serait préférable de réduire progressivement l'encombrement des routes (en laissant du temps pour que les mentalités changent) en :

- élargissant les trottoirs en assurant la sécurité des piétons ;
- insérant des pistes cyclables spéciales et en créant des mesures pour donner la priorité aux cyclistes aux croisements ;

- créant des voies réservées aux bus et aux lignes de tramway.

Vitesse et circulation routière

Puisque la vitesse de circulation est une cause majeure d'accidents, des limitations appropriées devraient être intégrées aux programmes de conception des routes et des mesures de gestion de la circulation. La vitesse dans les zones résidentielles et dans les rues commerçantes devrait être limitée à 30km/h environ. Ce but peut être atteint en rétrécissant la largeur des voies de circulation, en réalisant des virages serrés, en réduisant la visibilité et en installant des zones de jonction et des bandes rugueuses (tout en réalisant une voie lisse pour les bicyclettes). Les ralentisseurs (dos-d'âne) ne devraient normalement pas être utilisés. Ils sont inappropriés pour les bus et causent une pollution et du bruit supplémentaires lorsque les véhicules freinent et accélèrent. L'objectif à atteindre devrait être une vitesse de circulation lente mais constante.

ESPACES PUBLICS EXTERIEURS

Principes

Les zones sauvages, les parcs, les petits squares et les autres espaces collectifs sont tous importants. Dans beaucoup de villes, les espaces publics sont fonction de divers intérêts : un terrain pour un club de football, un parc municipal, un pâturage sur la plaine inondable. Si le but est d'obtenir un environnement durable et sain, cette approche non coordonnée et à but unique est inadéquate. Les nombreuses fonctions des espaces publics relatives à la fois à l'activité humaine et à l'environnement physique se recourent. Pour aboutir à un environnement urbain sain, il faut que ces fonctions soient reconnues et que les divers organismes concernés travaillent en harmonie. Loin d'être des friches résiduelles laissées de côté suite à l'aménagement, les espaces ouverts nécessitent une stratégie cohérente entre les organismes.

Les espaces publics extérieurs jouent un rôle primordial dans la protection et la promotion de la santé de la population (5). Les personnes doivent pouvoir se détendre de nombreuses façons au contact des éléments de la nature dans les espaces verts : activités de loisirs, sociales, culturelles et physiques. L'étude menée auprès des urbanistes dans les villes participantes au réseau des Villes-Santé Européennes de l'OMS (51) montre que l'accessibilité aux espaces verts varie énormément selon les pays. Cependant, une mesure pouvant servir de critère fondamental à la vérification de la disponibilité de l'espace consiste à considérer la distance entre celui-ci et le logement des utilisateurs. À Bruxelles, Copenhague et Glasgow, 100% des résidents peuvent accéder à un espace vert en 15 minutes. Dans beaucoup de villes, ce pourcentage est bien plus faible : par exemple à Bratislava et Kiev seuls 47% des résidents peuvent en faire autant.

La politique des espaces verts devrait tendre à la création d'un réseau vert urbain accessible à tous les habitants et organisé autour de l'eau et des terrains boisés afin de laisser la ville respirer. Ceci devrait être complété par un réseau de squares et d'autres équipements extérieurs à travers la ville.

Les fonctions, en lien avec la santé, le bien-être et la qualité de vie qui se recourent sont la gestion de l'eau, la résorption de la pollution, la modification du climat,

Encadré 5.4. Projet d'aménagement sans voiture à Edimbourg (Royaume-Uni)

Restreindre la liberté de posséder une voiture est souvent vu comme politiquement inacceptable. À Edimbourg cependant, l'aménagement de logements dans des zones sans voiture a révélé un nombre surprenant de demandes non satisfaites effectuées par des résidents potentiels voulant échapper aux dangers et aux risques pour la santé liés à la circulation automobile. Un plan de 120 logements situés dans une zone où les équipements locaux sont facilement accessibles à pied et où les services de transports publics sont excellents est actuellement en cours d'élaboration. Comme l'espace n'est pas gaspillé inutilement en places de stationnement pour les résidents, les coefficients d'occupation des sols peuvent être élevés. Les immeubles à quatre étages (construits selon le modèle traditionnel d'Edimbourg) surplombent un grand jardin collectif et sont accessibles par une rue piétonne et une piste cyclable.

Les bâtiments ont été conçus pour favoriser au maximum les apports solaires, ils ont de très bons niveaux d'efficacité énergétique ce qui réduit les besoins de chauffage. Ainsi, le manque de combustible et les problèmes de santé qui y sont liés, fréquents dans les logements publics au Royaume-Uni seraient éradiqués dans ce quartier d'Edimbourg. Les matériaux de construction ne nécessitent pas d'entretien, sont recyclables et choisis pour leur impact environnemental minime.

Ce projet a été lancé par le Service d'urbanisme de la Ville d'Edimbourg, il est mis en œuvre par l'association de logement " Canmore " et la société " Malcolm Homes Ltd ". De considérables obstacles légaux ont été surmontés pour s'assurer que la zone d'implantation de ce nouveau projet et les zones l'entourant resteraient sans voiture. Il est trop tôt pour déterminer si la décision d'exclure les voitures pourra être respectée dans la pratique une fois que les gens auront acheté ou loué leur habitation.

Source: Kleiner (80)

la détente, la production urbaine de nourriture et de combustibles, le captage du CO² et les habitats des espèces animales.

Gestion de l'eau. La gestion de l'eau comprend le drainage des eaux superficielles, le traitement des eaux usées grises (légèrement polluées) et noires (extrêmement polluées) et le contrôle des inondations.

Absorption de la pollution. La végétation, particulièrement les arbres, diminue la concentration de la pollution dans les villes en régénérant l'air.

Modification du climat. A l'échelon de la ville et aussi des quartiers des chaleurs estivales ou des froids hivernaux excessifs sont modérés par la présence d'arbres et d'espaces verts. Quand cela est possible, il faut planter des rideaux d'arbres qui servent de remparts, réduisant ainsi les déperditions de chaleur des bâtiments.

Détente. Les espaces verts proches des habitations fournissent un cadre pour des activités physiques bénéfiques, ils incitent aussi à la marche et aux déplacements d'agrément

à bicyclette. Des jardins publics paysagers peuvent proposer des équipements de détente et de loisirs à tous les âges. Il en est de même avec des terrains de basket-ball et de football, des cafés, des lieux pour des concerts en plein-air et des rencontres théâtrales, ainsi que d'autres points de rendez-vous, tout ceci contribuant à une bonne qualité de vie.

Production urbaine de nourriture et de combustibles. Les jardins familiaux, les jardins de loisirs et l'horticulture permettent d'augmenter la production locale de nourriture. Ils permettent aussi d'améliorer la qualité de la nourriture, de recycler des matériaux, garantissent la diminution du volume des emballages, réduisent l'utilisation des énergies fossiles et contribuent au maintien de la biodiversité. Ces jardins permettent aussi de pratiquer des activités favorables à la santé, de développer l'esprit de quartier et de contribuer à l'intégration sociale.

Captage du CO². L'augmentation du nombre d'arbres favorise la fixation du carbone et ainsi compense en partie les émissions urbaines de CO² et réduit l'impact écologique de la ville sur l'environnement.

Habitats des espèces animales. La présence d'espèces animales dans les villes contribue autant au bien-être et à la qualité de la vie des hommes (tant en termes d'éducation qu'en termes de ressource pour la collectivité) qu'à la faune elle-même.

Exécution

La propriété et l'accès, les droits à l'accès et à la protection de l'espace privé constituent tous des points importants. La politique d'urbanisme peut aussi aider à la création de nouveaux espaces publics extérieurs comme des squares, des mini-parcs et des terrains de jeux dans des lieux appropriés, en s'assurant que des normes sévères en termes de niveaux de services et d'accessibilité sont mises en œuvre. Cette réalisation peut se faire à la fois par des programmes de rénovation et de réhabilitation d'anciennes zones urbaines et par une réglementation relative aux nouveaux aménagements.

CONCLUSION

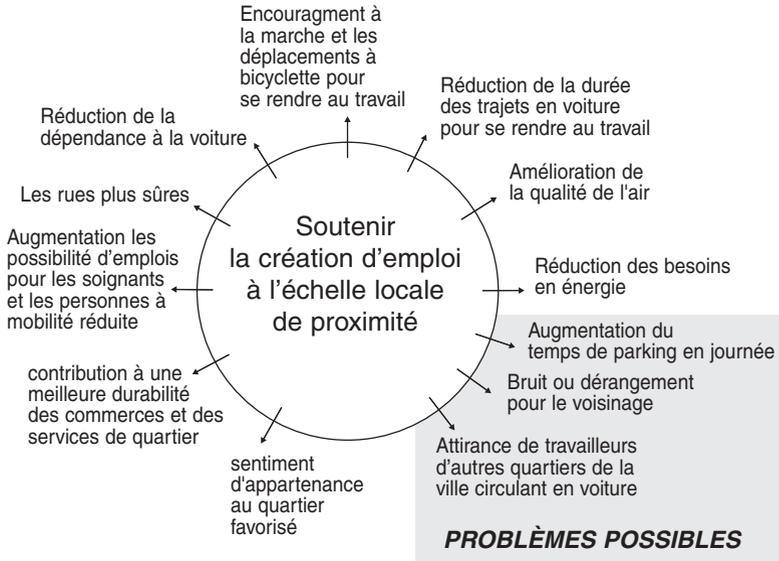
Une approche expérimentale

Les normes culturelles varient énormément en fonction des villes et des pays. Une formule qui fonctionne dans une ville peut ne pas fonctionner dans une autre. Il est important d'adopter une approche systématique et expérimentale pour mettre en œuvre une politique.

L'ouverture d'esprit est l'essence même de toute approche expérimentale. La figure 5.3 propose un exemple appliqué à la politique de l'emploi. Elle illustre la grande diversité de bénéfices possibles et de problèmes qui peuvent en résulter pour la population. La qualité première de l'urbaniste, en collaboration avec des spécialistes du développement économique et avec le secteur privé, est de concevoir une politique précise qui augmentera au maximum les bénéfices tout en minimisant les problèmes. Ceci nécessite une approche créative et souple, ce que la dépendance bureaucratique aux conventions des politiques passées ne sait faire. De plus, il est essentiel de contrôler l'efficacité de la politique pendant sa mise en œuvre. Est-elle appliquée comme

Figure 5.3 Analyse de la politique des quartiers : emploi local

BÉNÉFICES POTENTIELS



prévu ? Sinon, pourquoi ? Obtient-elle les résultats escomptés ? Produit-elle des effets secondaires imprévus ? L'urbaniste doit alors adapter, tisser et moduler sa politique pour la rendre fonctionnelle. La politique est une expérience testée dans le monde réel. Comme toute expérience, cela peut ne pas fonctionner.

Evaluation

Une autre démarche essentielle est l'évaluation de la portée générale et du contenu des programmes étant donné qu'ils sont conçus en référence aux objectifs originaux. L'encadré 5.5 illustre comment un seul objectif peut servir à dégager une gamme d'actions possibles. Jusqu'à quel point le programme doit-il les intégrer ?

Encadré 5.5. Lier les objectifs de santé aux politiques de quartier :
exemple

Objectif 1: qualité saine de l'air

Politiques possibles :

Logement

- Améliorer l'efficacité énergétique du parc immobilier
- Construire avec des matériaux non-toxiques
- Augmenter les densités de logements près des équipements locaux et desservices de transports publics
- Refuser la construction de nouveaux logements dans des lieux inappropriés

Équipements

- Augmenter les opportunités d'emplois locaux
- Empêcher l'industrie polluante
- Encourager la construction d'écoles, de magasins et d'équipements de loisirs locaux
- Décourager les employeurs et les équipements dont l'activité s'inscrit à l'échelon de la ville

Espaces ouverts

- Développer un réseau local d'espaces ouverts
- Augmenter la plantation d'arbres
- Concevoir ces espaces pouvant engendrer un bon microclimat

Déplacements

- Tracer des chemins piétonniers et des pistes cyclables pratiques, sûrs et attrayants
- Améliorer l'accès aux transports publics
- Réduire l'accès des camions aux quartiers

Source: d'après Barton (17)

Évaluer un projet

INTRODUCTION

Ce chapitre porte sur les principes d'urbanisme au niveau d'un site précis ou d'un projet spécifique (par exemple, un programme de rénovation mixte, un nouveau magasin ou un nouvel aménagement de logements). Les différents thèmes abordés renverront non seulement aux sujets traités dans les chapitres précédents (faisant office de résumé du projet) mais aussi à des questions touchant particulièrement à l'analyse d'un site et à l'évaluation d'un pré-projet.

Ce chapitre est rédigé sous la forme d'une liste de questions. Cette liste est destinée à aider les personnes chargées de la prise de décision concernant les aménagements (chefs de projet, concepteurs, membres du bureau de contrôle des aménagements et personnes travaillant sur des programmes locaux précis), car elle permet d'évaluer dans quelle mesure un projet particulier ou des options de modifications d'aménagement, répondent aux critères de santé et de durabilité. La liste de contrôle est plus indicative qu'exhaustive. La première partie porte sur le processus de consultation et l'établissement de partenariats avec les organismes concernés et la population. Les parties suivantes abordent les problèmes clés les plus importants concernant les besoins, la localisation, le contexte, l'analyse du site, la conception et la qualité du plan et de la construction.

La liste de contrôle est abordée du point de vue du service municipal d'urbanisme mais est également pertinente pour le développeur responsable au niveau social et pour les intérêts de la collectivité. L'idée de la liste de contrôle provient de plusieurs sources. D'une manière générale, elle est liée aux procédures destinées à l'évaluation de l'impact sur l'environnement. Certains pays et municipalités appliquent le principe d'études d'impact environnement, non seulement aux grands projets pour lesquels il est obligatoire, mais aussi à tous les projets d'aménagement, étendant par la même occasion sa portée pour englober plus complètement à la fois les critères sociaux et économiques et les critères environnementaux. Cette évaluation du projet pourrait donc être nommée évaluation succincte de l'impact sur la santé ou évaluation de l'impact sur la durabilité. La plupart des détails donnés dans la liste de contrôle est tirée d'un guide de planification des aménagements durables (55) utilisé au Royaume-Uni. Toutefois les thèmes et l'approche présentés dans ce guide peuvent s'appliquer à travers toute l'Europe.

Il existe 4 types d'acteurs à l'origine de projets d'aménagement :

- le propriétaire foncier : il veut obtenir un permis sur un site spécifique ou influencer un plan local d'aménagement détaillé pour une zone afin de vendre ses terrains ;
- le développeur : il veut construire des maisons, des bureaux ou des usines pour les vendre ou les louer, et identifie les sites où ces constructions seraient rentables ;
- la municipalité : dans le rôle du propriétaire foncier et/ou du développeur, les municipalités qui sont souvent propriétaires de nombreux terrains, doivent désigner les sites les plus appropriés pour l'aménagement ;
- les utilisateurs finaux : ils veulent trouver ou construire des logements pour leur usage personnel.

Pour plus de clarté, la liste de contrôle porte au départ d'un projet d'aménagement plutôt que sur celui d'un site spécifique. Cela suppose également qu'il y ait dans le projet des facteurs liés au logement et au commerce. Les utilisateurs de la liste de contrôle doivent décider quelles questions correspondent à leur situation.

PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION

La consultation est une étape nécessaire du processus de prise de décision même dans le cas de propositions d'aménagement concernant des propriétaires ou des locataires. Les projets de plus grande envergure doivent cependant dépasser le stade de la simple consultation dès lors qu'un projet coordonné et favorable à la santé est destiné à voir le jour. D'autres intérêts seront en jeu. Le rôle de nombreux organismes (comme les agences s'occupant des infrastructures et les fournisseurs de services) risque fort d'être crucial pour la qualité du résultat.

Etablissement des besoins pour le projet

- Un utilisateur final est-il déjà impliqué ?
- Le projet répond-t-il aux besoins identifiés dans le programme d'aménagement ou dans le plan directeur de la zone ?
- Le principe d'un tel projet a-t-il l'approbation de la plupart de la population ?
- Le projet est-il lié au site en raison des caractéristiques spécifiques de celui-ci, ou n'existe-t-il aucun rapport entre le projet et le site choisi ?
- Les organismes chargés des équipements et des services sont-ils d'accord sur le principe d'aménager de ce site particulier ?

Travail en collaboration avec les organismes concernés

- Existe-t-il dès le départ un accord cadre clair entre le développeur du projet et les autorités locales d'urbanisme établissant quels devraient être les partenaires ou qui devrait être consulté lors de la prise de décision et comment ces personnes devraient être impliquées compte tenu de l'échelle et de la nature particulières du projet ?
- Les personnes concernées par l'aménagement du projet sont-ils impliqués :
 - propriétaires fonciers ?
 - développeurs ?

- tout locataire ou propriétaire du site ?
- utilisateurs finaux potentiels ?
- Les fournisseurs d'équipements concernés sont-ils impliqués :
 - fournisseurs d'infrastructures de transport ?
 - exploitants des transports publics ?
 - organismes de distribution d'eau, de traitement des eaux usées et de drainage ?
 - les compagnies du gaz, d'électricité et de chauffage collectif ?
 - services d'éducation, loisirs, santé, police et pompiers ?
- La population est-elle activement impliquée :
 - voisins ?
 - groupes locaux de voisinage ?
 - groupes de pressions sociaux, environnementaux, économiques et de citoyens ?

Mécanismes en faveur de la coopération

- Un partenariat de travail efficace entre toutes les principales parties prenantes a-t-il été établi dans un esprit de coopération permettant que les thèmes retenus et les solutions possibles soient bien identifiés et évalués ?
- Les intérêts de la population sont-ils effectivement pris en compte avec l'organisation de réunions publiques, de groupes de discussion, de l'utilisation de méthodes telles que celle dite de " Planning for Real© ", de jurys citoyens ou autres et ceci sur une échelle de temps réaliste et avec la participation des acteurs clés, pour que les résultats puissent être correctement intégrés aux propositions d'aménagement ?
- Le travail professionnel et technique est-il programmé afin d'éviter d'aboutir à des décisions prématurées et à une prise en compte complète du contexte du projet et du site, d'un point de vue social, environnemental, économique et de celui de la santé ?
 - évaluation du site, du contexte et des parties prenantes ?
 - préparation d'un dossier d'aménagement et d'un plan directeur ou d'un plan du site fondée sur cette évaluation ?
 - dans le cas d'un dossier et d'un plan directeur validés, une conception détaillée et un programme de construction ?
 - dans le sillage de la construction, implication des utilisateurs dans la gestion et le contrôle en cours pour s'assurer que les objectifs sont atteints ?

CHOIX D'UN LIEU ADÉQUAT

Cette partie étudie si un site donné est adapté au projet. La liste de contrôle peut aussi servir à comparer et à évaluer les sites de remplacement. Les principaux problèmes de santé soulevés sont liés à la qualité de l'environnement, à la protection qualitative des ressources et aux possibilités d'accessibilité.

Un site peut être évalué selon chacune des questions ci-dessous en utilisant les choix suivants :

- contrainte décisive : les problèmes sont si sérieux qu'ils interdisent normalement l'aménagement ;

- contrainte transférable : les problèmes sont sérieux mais peuvent être résolus par une collaboration hors site ;
- contrainte négociable : les problèmes peuvent être résolus par une bonne conception sur site ;
- neutre : la question n'a aucune ou que peu de pertinence ;
- opportunité : l'aménagement peut aider à résoudre des problèmes sur site ;
- priorité : l'aménagement peut aider à résoudre des problèmes plus généraux et créer de la qualité de vie.

Pollution et dangers

- Tout ou partie du site est-il sujet à des niveaux de pollution de l'air, de bruit, de vibrations, de contamination du sol ou de danger industriel excessifs engendrant des problèmes que même un bon projet ne peut résoudre ?
- Le développement est-il susceptible de causer (soit directement par la nature de ses activités ou soit indirectement par la circulation qu'il entraîne) des niveaux de pollution, de bruit ou de danger excessifs pour les personnes du voisinage ? Cette question concerne évidemment surtout les activités industrielles ou extractives situées dans les zones résidentielles.

Ressources en eau

- Le site proposé évite-t-il les zones susceptibles d'être inondées et empêche-t-il d'intensifier les problèmes de ruissellement de surface excessifs ?
- Est-il situé dans une zone où le système d'alimentation en eau est suffisant (ou de captage sur site potentiellement suffisant) et évite-t-il les zones où les taux de captage des eaux souterraines ne sont pas durables ?
- Est-il situé dans une zone où les systèmes de drainage de surface et des eaux usées sont suffisants ou dans une zone ayant les installations nécessaires pour gérer ces problèmes ?

Minéraux, terres et sol

- Le site s'implante-t-il hors des sols riches, des zones d'agriculture biologique et de production intensive locale de nourriture (comme les jardins ouvriers) ?
- Protège-t-il les ressources minérales vierges ou recyclables potentiellement utilisables ?
- Le projet réutilise-t-il ou reconquiert-il les terrains de la ville laissés à l'abandon réduisant ainsi la pression du marché sur les espaces verts ?

Utilisation de l'énergie

- Le site se situe-t-il dans un endroit protégé qui évite les sommets exposés des collines ?
- Dans les climats plus froids : le site est-il plat ou en pente douce orientée vers le soleil et évite-t-il les zones orientées au Nord afin de maximiser le gain solaire ?
- Dans les climats plus froids : le site est-il bien situé pour bénéficier de l'introduction du chauffage collectif et d'un système mixte chaleur/énergie dans les zones plus importantes ou pour justifier l'extension au réseau qui bénéficierait à d'autres ?
- Dans les climats plus chauds : le site peut-il tirer avantage de l'ombre des brise-vents et des plantations ? Y a-t-il assez de réserves et d'alimentation en eaux souterraines ?

Biodiversité et fixation du carbone

- L'aménagement du site peut-il affecter une zone protégée réservée à la faune sauvage ou à l'habitat adaptée à celle-ci ?
- L'aménagement permettra-t-il la conservation voire une amélioration des bois et des taillis ?

Réseaux de déplacement

- Le site est-il bien desservi par des services de transports publics et des pistes cyclables ou des chemins piétonniers potentiels ou existants offrant des accès sûrs et pratiques aux équipements locaux ?
- L'aménagement du site permet-il de justifier des travaux d'amélioration des services de transports publics ? Pourrait-il y contribuer financièrement ?
- Le site est-il suffisamment accessible par la route sans provoquer un encombrement excessif du réseau routier, des dommages sur l'environnement ou un accroissement des risques ?

Accessibilité

- Les résidents potentiels pourraient-ils accéder facilement à un large choix d'emplois à la fois locaux et régionaux sans être obligés d'avoir recours à la voiture ?
- La distance entre les habitations et une large gamme d'équipements locaux (social, santé, loisirs, commerce, éducation et espaces publics) serait-elle facile à parcourir à pied ou à bicyclette ?
- Les utilisateurs commerciaux seront-ils implantés dans une zone urbaine afin qu'une bonne proportion d'employés ou de clients se trouve dans un périmètre pouvant être effectué à pied ou à bicyclette ?
- L'aménagement aiderait-il à renforcer la viabilité et la vitalité des centres locaux de services en augmentant la densité de population des secteurs et/ou en proposant des activités commerciales ou sociales complémentaires ?
- Le degré d'accessibilité à l'emploi ou aux équipements sociaux par transports publics permet-il aux résidents des zones alentours d'accéder facilement aux :
 - équipements locaux situés sur un itinéraire principal de bus ou de tramway ?
 - équipements de quartier situés à un endroit bien desservi par les services locaux de transports en commun ?
 - équipements urbains situés sur la plate-forme logistique, y compris les services de transport par le rail pouvant être raccordés au réseau principal ?

L'environnement construit

- Le site pourrait-il fournir un environnement agréable pour vivre, travailler et jouer : des rues sûres, un air pur et un aspect agréable (à l'ouïe, à la vue, à l'odeur et au toucher) ?
- Aurait-il la capacité d'améliorer la qualité environnementale du quartier en préservant ce qui a de la valeur, y compris le patrimoine, le paysage urbain et rural, tout en réhabilitant les éléments délaissés, dangereux ou laids ?
- L'aménagement permettrait-il de réhabiliter les structures existantes sur site ou, le cas échéant, d'en réutiliser les matériaux ?

EVALUATION DU SITE

Il est nécessaire de bien analyser le site et son contexte et de vérifier que le plan d'aménagement ou de rénovation prévoit d'appliquer les principes d'un urbanisme favorable à la santé. Il est essentiel que les développeurs (et les concepteurs) se lancent dans l'évaluation et en comprennent la portée. Pour encourager cette démarche, la municipalité pourrait obliger les développeurs à soumettre une évaluation du site en complément de leur proposition d'aménagement. Cette soumission pourrait se faire sous la forme de cartes annotées et d'un bref compte-rendu des consultations réalisées auprès des parties prenantes.

Du point de vue de la santé et de la durabilité, les questions suivantes sont importantes.

Etat du terrain et topographie

- L'état du sol et du terrain ont-ils été examinés pour en déterminer la stabilité et la capacité portante ?
- Existe-t-il sur le site ou à proximité d'éventuelles anciennes mines ou des décharges pouvant s'avérer dangereuses ?
- Le terrain est-il contaminé par des matériaux dangereux et les niveaux de radon ont-ils été vérifiés ?
- Les pentes ont-elles été analysées en termes d'inclinaison et d'aspect pour guider les décisions de conception afin de :
 - minimiser les travaux de déblai et de remblai ainsi que le nombre de murs de soutènement ?
 - minimiser le dérèglement du drainage naturel ?
 - optimiser l'apport solaire ou l'ombre (selon le climat) ?
 - éviter une exposition indue ?

Microclimat, air et bruit

- Les incidences des niveaux d'isolation, des types de vent, des flux d'air diurnes et des risques de gel dominants ont-elles été prises en compte ?
- Les positions abritées ont-elles été identifiées, particulièrement celles qui sont en relation avec les bâtiments voisins et les rideaux d'arbres protecteurs ?
- Le site est-il affecté par des sources de pollution ou de bruit, en particulier des grandes routes ou des usines ?
- Est-il possible de réduire les niveaux de pollution ou de bruit soit sur le site soit par un accord avec les voisins ?

Eau, faune sauvage et paysage

- La quantité et la qualité de l'eau de pluie et son potentiel d'utilisation sur site ont-ils été évalués ?
- Y a-t-il eu une collecte de données sur l'infiltration, les eaux souterraines et les cours d'eau (flux, pollution et intérêt pour la faune sauvage) ?
- La capacité de traitement sur site des eaux usées légèrement et très polluées a-t-elle fait l'objet d'une évaluation ?
- Y a-t-il une capacité de traitement des cours d'eau pollués afin d'améliorer la santé et la biodiversité sur site ?

- Une étude sur la faune sauvage a-t-elle été menée, identifiant les habitats (souvent associés aux cours d'eau) ayant une valeur en soi et qui pourraient donner un caractère spécifique à l'aménagement ?
- Les caractéristiques significatives du paysage au niveau local (comme les bosquets, les ruisseaux ou les sommets de collines) ont-elles été identifiées (sur ou près du site) ?
- Le site contribue-t-il (actuellement ou potentiellement) à l'essor d'une coulée verte importante pour la détente, la faune sauvage ou le paysage ?

Réutilisation des bâtiments et des matériaux locaux

- Les bâtiments inutilisés ou abandonnés existant sur le site ont-ils été estimés pour leur valeur historique ou de paysage urbain et pour leur capacité à conserver ces valeurs ?
- En cas de démolition inévitable, la réutilisation des matériaux est-elle possible ?
- Si les bâtiments ou les terrains situés dans la zone du projet sont toujours occupés par des locataires (qui, en général, n'ont pas les moyens de payer un loyer), quel est le potentiel de conservation ou de rénovation de ces bâtiments ?

Déplacement et accessibilité

- Quels itinéraires pour piétons ou cyclistes, quelles " lignes de désir " ou cheminement spontanés (les itinéraires que les gens suivent instinctivement dans un espace ouvert) et quelles zones de circulation existants ou proposés pourraient être affectés (positivement ou négativement) par le projet ?
- Où sont situés les arrêts de bus, tramway ou train les plus proches, et comment y avoir accès plus directement et plus sûrement depuis le site ?
- Où sont situés les écoles, cabinets médicaux, magasins, cafés, bars, aires de jeux pour enfants, parcs et terrains de jeux les plus proches liés au site ?
- Qu'en est-il de cette distance et de ce temps d'accès aux équipements par rapport aux normes approuvées (voir Tableau 4.1 pour les distances suggérées) ?
- Les itinéraires pour piétons et cyclistes existants ou potentiels sont ils de bonne qualité en matière :
 - de sécurité routière ?
 - d'inclinaison et de superficie ?
 - de facilité d'utilisation par les gens moins mobiles ?
 - d'attractivité ?
 - d'accessibilité directe ?
- Faut-il créer de nouvelles liaisons spécifiques pour éviter l'enclavement du site et pour en améliorer la perméabilité ?
- Les mérites respectifs des différents points d'accès possibles par véhicule ont-ils été identifiés en termes de bruit et de danger (sur et hors site) en assurant un réseau routier perméable ?

Utilisation du sol et propriétés

- À quoi servent les terrains alentours ? Existe-t-il une complémentarité potentielle avec les utilisations proposées sur le site, particulièrement en termes de déplacement à pied ?

- L'aménagement sur le site peut-il servir de déclencheur pour la rénovation ou la revitalisation des sites avoisinants (améliorant ainsi la valeur du terrain dans tous les cas) ?
- Quels sont les caractères dominants de l'échelle et du caractère du développement environnant ? Le nouvel aménagement devrait-il chercher à les renforcer ?
- Quel architecture ou paysage urbain propres à la région, reflétant la culture et les matériaux traditionnels de la région, pourraient servir de point de départ à la conception ?

PROPOSITION D'AMÉNAGEMENT EN FONCTION DU CONTEXTE

Cette partie fournit une liste de contrôle (checklist) destinée à évaluer l'état d'avancement du plan directeur ou du plan de site d'un projet se poursuit après l'évaluation. Le plan directeur doit définir les utilisations exactes, le modèle d'aménagement sur le site et comment l'aménagement prévu s'intègre à la zone environnante.

En fonction de l'importance du plan d'aménagement, les questions prennent une signification différente. Sur les très grands sites à vocations multiples où l'on peut trouver plus de 1000 logements, les questions renvoient plus aux aménagements internes. Pour des sites de plus petite taille, la question est de savoir comment ils s'intègrent dans un environnement plus large.

Des activités diversifiées

- Le projet d'aménagement prévu permet-il d'envisager un modèle multifonctionnel intégrant un équilibre minimum entre logements, emplois et services quelque soit la localité, la ville ou le village ?
- Le projet d'aménagement vient-il en complément (plutôt qu'il ne reproduit) des activités de quartier, et s'y rattache-t-il directement et facilement afin d'en améliorer la viabilité et l'attractivité ?
- Dans le cas d'emplois ou de services : évite-t-il la création d'installations isolées ou à vocation unique, en contribuant ainsi aux regroupements à vocation multiple aux centres de zones en question ou le long de rues principales ?
- Dans le cas de logement : fournit-il des possibilités de télétravail ou des changements qui peuvent en découler dans l'utilisation qui en est faite par rapport aux services locaux ?

Equilibre des logements

- Le projet d'aménagement contribue-t-il à assurer une grande diversité des types de logements (plus spécialement en termes de mode d'occupation et de prix) dans un quartier ou une petite ville donnés ?
- S'il s'agit d'un projet d'aménagement à grande échelle (cela peut varier selon le contexte, le seuil officiel du Royaume-Uni étant de 25 logements), celui-ci inclut-il une proportion bien définie de logements sociaux ?
- A nouveau s'il s'agit d'un projet de grande envergure, prévoit-il une diversité sur site en termes de jardins, de types et de caractères de construction afin d'élargir les possibilité de choix pour les personnes dont les besoins diffèrent ?

Accès aux transports publics

- Les terrains affectés au projet se trouvent-ils à proximité des transports publics dont l'intensité facilite au mieux l'accès des personnes à ces transports ?
- En cas de projet d'aménagement majeur : les axes principaux des activités réalisées à pied sont-ils situés près des itinéraires de tramway ou de bus, et chacune des phases du projet d'aménagement est-elle réalisable dans un périmètre facilement accessible (par exemple à 400 mètres d'un arrêt) ?
- Les arrêts en question financés dans le cadre du plan d'aménagement sont-ils correctement situés par rapport aux utilisateurs principaux, bien desservis par des itinéraires piétonniers, abrités, visibles et sûrs ?

Se déplacer à bicyclette

- La conception du plan est-elle propre à encourager les cyclistes potentiels ?
- Les pistes cyclables prévues dans le cadre du plan sont-elles effectivement reliées aux " lignes de désir " de la plupart des résidents ?
- Les pistes cyclables sont-elles aussi directes que possible, avec des pentes, des virages, des bords de trottoirs et des croisements correctement conçus ?
- Les zones de conflits potentiels entre les cyclistes et les automobilistes ou les piétons ont-elles été identifiées et correctement traitées ?
- A-t-il été prévu des parcs à vélos sûrs (si nécessaire) ?

Environnement des piétons

- Les itinéraires piétons forment-ils un réseau continu et cohérent assurant un environnement perméable, facilement accessible à tous les quartiers environnants ?
- Les pentes et les bordures de trottoir sont-elles abaissées pour en faciliter l'usage par les personnes à mobilité réduite comme les personnes âgées, les personnes malvoyantes, les utilisateurs de fauteuils roulants, les parents utilisant des poussettes et les enfants en skateboards, patins à roulettes ou tricycles ?
- Les carrefours sont-ils conçus de façon à donner autant que possible la priorité aux piétons et à les protéger efficacement de la circulation ?
- Les itinéraires piétons offrent-ils des paysages agréables et variés tout en assurant une bonne visibilité et un risque minimal d'agressions ?
- Les façades publiques des immeubles sont-elles tournées vers les chemins piétons et les squares de façon à permettre une surveillance naturelle ?

Circulation et stationnement

- Existe-t-il un repérage lisible des routes qui permette un accès aisé aux véhicules et des itinéraires directs dans et autour de la zone à aménager de façon à minimiser le bruit et la pollution ?
- Les routes situées dans les zones résidentielles, commerciales et centrales sont-elles conçues et clairement établies pour permettre un ralentissement " naturel " de la circulation avec des vitesses de 30 km/h et donner la priorité aux piétons, cyclistes et bus ?
- Le nombre de places de stationnement est-il aussi faible que possible étant donné la vocation et le lieu d'implantation du projet d'aménagement ?

Espace public

- Le projet prévoit-il des espaces ouverts accessibles et adaptés, particulièrement à la satisfaction des besoins locaux en lieux de rencontres, loisirs, cafés, jeux pour enfants, loisirs, sport, jardins familiaux et marche à pied ?
- Les espaces verts allient-ils beauté et sentiment de sécurité ?
- Les espaces verts prévus dans le cadre du projet s'inscrivent-ils dans un contexte plus large en :
 - favorisant l'établissement de circuits pédestres et cyclables ?
 - proposant une variété d'habitat possible pour la faune sauvage ?
 - gérant durablement les ressources en eau ?
 - influençant le microclimat ?
 - aidant à contrôler et à réduire la pollution ?

Politique énergétique

- Le projet d'aménagement est-il conçu de manière à réduire les besoins en chauffage ou en refroidissement artificiels, grâce à une orientation solaire et à une ventilation naturelle bien choisies ?
- Les travaux d'aménagement du paysage autour des bâtiments ont-ils été réalisés de façon à réduire la vitesse du vent, à fournir de l'ombre en été et à permettre d'avoir du soleil en hiver ?
- Le système de chauffage ou de refroidissement utilisé (si besoin) est-il le plus économique possible au plan environnemental : par exemple, dans les climats tempérés, un système mixte chaleur/énergie utilisant les énergies renouvelables ?

Politique de l'eau

- L'aménagement proposé récupère et purifie-t-il l'eau de pluie pour permettre au moins quelque utilisation locale ?
- Des systèmes incitant à la réutilisation des eaux légèrement polluées vont-ils être installés ?
- Si la capacité des systèmes de réseaux d'égouts de la ville est limitée ou non accessible, le projet prévoit-il des installations pour ses propres eaux usées ?
- Les eaux de surface pourront-elles s'infiltrer ou rejoindre les cours d'eau locaux, une fois décontaminées ?

IMMEUBLES ET ESPACES PRIVÉS

Intimité, sécurité et jardins

- La disposition des espaces extérieurs autour des logements permet-elle un niveau de surveillance correct et le sentiment pour l'utilisateur d'un contrôle faisant clairement la distinction entre accès public et accès privé ?
- Dans les zones de plus faible densité, les jardins sont-ils dessinés et orientés de façon à faciliter la culture et le compostage personnels ?
- Dans les zones à plus forte densité, les immeubles présentent-ils des balcons, des jardins en terrasse ou des cours, ou disposent-ils à proximité de jardins ouvriers ou collectifs ?

Encadré 6.1. Plan directeur pour un environnement urbain durable : Oikos (Pays-bas)

Oikos va faire partie d'une nouvelle banlieue aménagée appelée Eschmarke, zone située à l'Est de Enschede et à proximité de la frontière allemande, dans la région de Twente aux Pays-Bas. Le gouvernement national a affecté la zone à l'aménagement de logements en accord avec la politique de logement nationale (VINEX). L'intention est de construire 600 nouveaux logements chauffés à l'énergie solaire afin de diversifier les types de logements et leur mode d'occupation sociale et d'intégrer les caractéristiques naturelles du paysage à un réseau hydrographique. La conception d'Oikos en tant que projet est fondée sur une approche multidisciplinaire et vise à créer un cadre de vie combinant certains aspects de durabilité aux désirs et besoins humains. Le but est de rapprocher l'environnement naturel des habitants pour que ceux-ci soient plus proches de la nature et soient ainsi plus respectueux de l'environnement naturel.

La première phase du programme concernant 250 logements a débuté au printemps 1994 et la phase de construction s'est poursuivie jusqu'en août 1996 avec l'appui d'une équipe multidisciplinaire, aidée en cela par un consultant, spécialiste de l'environnement. La mise en œuvre du projet spécifiait l'obligation d'utiliser des matériaux de construction et produits durables et de signer un engagement vis-à-vis des principes écologiquement sains. Le réseau hydrographique et les espaces verts préexistants ont orienté la conception urbanistique du projet et ont été intégrés au programme en fonction des objectifs de filtration et de drainage. L'accès au site en voiture a été permis mais la priorité a été donnée aux transports publics, aux piétons et aux cyclistes. De plus, deux nouveaux espaces verts au centre de la zone ont été conçus pour donner un aspect bien particulier à celle-ci. Le financement du projet provient de la mise en valeur du terrain et de la vente des maisons. La seconde phase du projet, pour la construction de 350 logements supplémentaires, a débuté en 1997 et était presque terminée en avril 2000. Une tranche de 500 logements supplémentaires a ensuite été prévue.

Le chapitre 1 illustre les objectifs clés de santé dans le cadre de l'urbanisme. Cette étude de cas répond aux objectifs de qualité de logement, d'accessibilité et de cohésion sociale. La municipalité s'est aperçue que le projet a renforcé la coopération entre les différents services impliqués à la suite de problèmes initiaux dus à la diversité professionnelle des membres de l'équipe de projet. Ils ont donc élaboré une liste de recommandations pour les autres municipalités se lançant dans des programmes similaires.

Source : EURONET/ICLEI Consortium (81)

Encadré 6.2. L'expérience de Povel : réhabilitation de terres contaminées à Nordhorn (Allemagne)

En 1979, Nordhorn, une ville moyenne du Nord-Ouest de l'Allemagne, a dû faire face à une crise environnementale et économique lorsqu'une importante usine textile connue sous le nom de Povel-Van Delden a définitivement fermé ses portes. La fabrication de tissus avait constitué la plus grande source d'emploi dans la ville depuis la fin du dix-neuvième siècle et cette fermeture a laissé inoccupé un site de 15 hectares adjacent au centre-ville historique. Se rendant compte de l'opportunité, la ville a racheté le terrain en 1985 pour l'aménager mais a découvert, lors de la démolition des bâtiments, que le site était gravement pollué.

L'inquiétude a été vive, les pouvoirs locaux ont alors entrepris de consulter différents experts techniques, puis ils ont mis en œuvre une politique souple de dépollution. Cette opération fut réalisée sans exporter aucun déchet pollué dans d'autres régions et en utilisant un minimum de ressources. Le modèle de dépollution du sol Povel s'est avéré une solution écologiquement saine au problème qui est appliquée depuis 1987. Ceci a permis au programme de rénovation urbaine d'avancer tout en créant de nouvelles opportunités d'emploi grâce à un investissement privé de plus de 200 millions de Deutschemarks. Le projet de Povel a été financé et soutenu par les autorités fédérales et celles de Basse-Saxe.

Le chapitre 1 souligne l'importance de préserver la qualité de la terre et les ressources minérales, cet exemple montre ce qui peut être fait dans des zones connaissant de très haute pollution industrielle. Cela permet aux plans de réaménagement de contribuer à la revitalisation des zones urbaines en déclin.

Source : Together Foundation and United Nations Centre for Human Settlements (82)

Utilisation de bâtiments existants et de matériaux locaux

- Les bâtiments sur site ont-ils été intégrés dans le projet d'aménagement ?
- Les ressources locales en matériaux de construction traditionnels (permettant normalement une plus faible consommation d'énergie) ont-elles été identifiées et réutilisées là où cela était possible afin de renforcer les sentiments d'appartenance locale et de continuité avec le passé ?

Bruit et pollution

- Les bâtiments sont-ils conçus et construits de façon à minimiser les problèmes de bruit entre voisins sur le site et en dehors ?
- Les problèmes de pollution atmosphérique (venant des zones avoisinantes), de contamination locale du terrain ou de pollution des cours d'eau ont-ils été identifiés et traités afin de ramener les risques sanitaires à un niveau acceptable ?

Conclusions

L'urbanisme doit faire appel à une approche qui intègre des objectifs de santé. Les questions de santé, de bien-être et de qualité de vie doivent impérativement être envisagées dans la politique d'urbanisme afin de résoudre beaucoup des problèmes auxquels sont confrontées les villes aujourd'hui. Le chômage, la pollution, la médiocrité du logement, les inégalités, la pauvreté, les milieux de vie malsains, les difficultés d'accès au travail, aux biens et aux services, le stress et le manque de cohésion sociale : tout cela affecte la santé et le bien-être des personnes. Chacun de ces éléments peut être modifiés, d'une manière ou d'une autre, par l'urbanisme.

Une Ville-Santé n'est pas un lieu créé seulement pour les besoins d'un homme adulte sain et actif. C'est un lieu où la pollution, la délinquance, le stress et le chômage sont réduits au minimum et où tous les êtres humains peuvent mener une vie en bonne santé, une vie qui réponde à leurs besoins, quelque soit leur âge, sexe, origine ethnique, leur état physique ou leur situation socio-économique. Un nouveau modèle d'urbanisme appelé urbanisme pour la santé est nécessaire à la réalisation d'une Ville-Santé.

Certaines personnes croient que de mener des politiques d'urbanisme favorable à la santé et au développement durable s'oppose au nécessaire développement économique de la ville. Le développement de politiques d'urbanisme pour la santé serait trop coûteux et les restrictions des budgets consacrés à l'urbanisme sont trop importantes pour permettre la réalisation d'un tel type d'urbanisme. Un urbanisme qui ne favorise pas la santé contribue à l'augmentation des dépenses de santé, de celles des services de police et des services sociaux, il alourdi aussi la charge économique et sociale générale des individus et des entreprises. En d'autres termes, le problème réel n'est pas de savoir quel serait le coût d'un urbanisme favorable à la santé, mais plutôt de savoir quel serait celui de son absence de mise en œuvre. Les maladies chroniques, le manque de cohésion sociale, le chômage et la délinquance augmentent régulièrement dans la plupart des villes d'Europe. Ces problèmes pèsent lourd sur le budget des particuliers et l'urbanisme de santé, associé à d'autres politiques économiques, sociales et environnementales, destiné à promouvoir la santé et la durabilité, peut apporter une solution.

Ce livre expose les principes, les procédures, les politiques et les pratiques d'un urbanisme en faveur de la santé. Les thèmes abordés (tels que la justice sociale, la coopération intersectorielle, la participation, la durabilité et les liens avec l'Agenda 21 local, le renouvellement urbain, la configuration urbaine, les quartiers, les indicateurs et les études d'impacts sur la santé, l'accessibilité aux transports en commun, les espaces publics et le logement) constituent tous des éléments importants pour le développement d'un urbanisme favorable à la santé.

L'urbanisme pour la santé (au sens global du terme) dans les villes européennes reste loin d'être une notion concrète. Dans la pratique, beaucoup d'urbanistes travaillent aujourd'hui de façon " traditionnelle " : l'absence de coordination entre les activités sectorielles, des programmes d'intérêt secondaire et une vision à court terme des conséquences des décisions prises, particulièrement en ce qui concerne les bénéfices économiques en sont quelques exemples. Cependant, un nombre croissant de villes reconnaissent le lien qui existe entre la santé et l'urbanisme, elles prennent des mesures pour intégrer le programme SANTE 21 ainsi que les principes Villes-Santé à leurs pratiques d'urbanisme. Dans quelques villes importantes, des mesures significatives sont prises afin de promouvoir l'urbanisme pour la santé et d'expérimenter de nouvelles façons de travailler familières au projet Villes-Santé de l'OMS. Dans ces villes, la collaboration qui s'amplifie entre les services de santé et ceux de l'urbanisme en est la preuve, cette collaboration porte aussi bien sur des projets ponctuels que sur des stratégies d'ensemble. L'OMS a encore beaucoup à dire et à faire sur le thème de l'urbanisme en faveur de la santé. Ce livre comprend une partie de l'action que poursuit l'OMS dans le cadre de la troisième phase du projet Villes-Santé (1998–2002) il permet de mettre l'accent sur les liens entre santé et urbanisme afin de promouvoir un urbanisme pour la santé dans toute l'Europe.

Le premier séminaire de l'OMS sur l'urbanisme favorable à la santé qui s'est tenu à Milan (Italie), en octobre 1999, a marqué le début de cette initiative. Son but était d'explorer la manière dont le Centre pour la Santé Urbaine du Bureau Régional de l'Europe de l'OMS pourrait soutenir au mieux cette démarche d'urbanisme en faveur de la santé au niveau local et de créer un forum où l'OMS et les urbanistes pourraient débattre de ce sujet. Les urbanistes des villes participant au réseau européen Villes-Santé de l'OMS des différentes régions d'Europe étaient enthousiastes à l'idée de coopérer à ce nouveau domaine d'activité. Les discussions ont porté sur les questions théoriques et sur les études de cas présentés par les villes qui avaient déjà entamé des programmes d'urbanisme favorables à la santé. Beaucoup de nouvelles idées ont émergé lors de ce séminaire, y compris celle de la création d'un groupe d'action multi-villes, dont la fonction serait de permettre un échange permanent des idées et des expériences entre les villes participantes. La nécessité de disposer d'outils, d'informations précises pour les politiques et d'un plus grand nombre d'études de cas a été retenue et les participants ont reconnu l'importance de leur propre rôle dans ce processus, en particulier dans la perspective d'assurer le suivi des orientations évoquées dans cet ouvrage. La nécessité de promouvoir un urbanisme favorable à la santé au niveau national et international a également été souligné.

Les villes d'Europe et d'ailleurs sont invitées et incitées à s'impliquer dans des démarches d'urbanismes favorables à la santé. Le site Internet du projet des Villes-Santé de l'OMS (<http://www.who.dk/healthy-cities>) fournit des informations mises à jour sur l'ensemble du travail réalisé par le Centre pour la Santé Urbaine de l'OMS parmi lesquelles le travail expérimental mené sur l'urbanisme de santé. Il donne également accès à de nombreux ouvrages et documents portant sur les Villes-Santé.

Les urbanistes et les professionnels de l'aménagement sont appelés à collaborer à la démarche d'urbanisme pour la santé afin de la faire progresser et de contribuer au débat et à la mise en œuvre pratique de cette approche. De même, les universitaires et les étudiants sont appelés à se pencher sur les implications de l'urbanisme pour la santé dans leur travail, et il a été demandé aux universités d'inclure ce concept dans les cursus et les autres cours traitant de l'environnement urbain. L'urbanisme en faveur de la santé nécessite d'opérer des changements et des nouvelles méthodes pour intégrer les principes du programme SANTE 21 et du mouvement des Villes-Santé. Ce livre se veut un stimulus et un guide pour favoriser ces changements.

Bibliographie

1. EUROPEAN COMMISSION EXPERT GROUP ON THE URBAN ENVIRONMENT. *European sustainable cities* (<http://europa.eu.int/comm/environment/urban/rport-en.pdf>). Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1994 (CR-17-98-863-EN-C) (Disponible au 30 mai 2000).
2. DUHL, L.J. & SANCHEZ, A.K. *Healthy cities and the city planning process – a background document on links between health and urban planning* (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#Plan>). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1999 (Disponible au 30 mai 2000).
3. *Town planning and health*. Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1997 (Local Authorities Health and Environment Briefing Pamphlet Series, N°. 16).
4. *Contaminated land*. Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1997 (Local Authorities Health and Environment Briefing Pamphlet Series, N°. 17).
5. *Green cities, blue cities*. Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1997 (Local Authorities Health and Environment Briefing Pamphlet Series, N°. 18).
6. *The city of the future*. Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1997 (Local Authorities Health and Environment Briefing Pamphlet Series, N°. 27).
7. *Walking and cycling in the city*. Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1997 (Local Authorities Health and Environment Briefing Pamphlet Series, N°. 35).
8. *Towards a new planning process*. A guide to reorienting urban planning towards Local Agenda 21 (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#book3>). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1999 (document EUR/ICP/POLC 06 03 05C, European Sustainable Development and Health Series, N°. 3) (Disponible au 30 mai 2000).
9. NEWMAN, P. & THORNLEY, A. *Urban planning in Europe*. London, Routledge, 1996.
10. CIN, A.D. & LYDDON, D., ED. *International manual of planning practice*. The Hague, International Society of City and Regional Planners/Association internationale des urbanistes, 1992.
11. GREEN, G. *Health and governance in European cities: a compendium of trends and responsibilities for public health in 46 member states of the WHO European Region*. London, European Hospital Management Journal Ltd, 1998.

12. LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1974.
13. WHITEHEAD, M. & DAHLGREN, G. *What can we do about inequalities in health*. The lancet, 338: 1059–1063 (1991).
14. LAUGHLIN, S. & BLACK, D., ED. *Poverty and health: tools for change*. Birmingham, Public Health Trust, 1995.
15. MARMOT, M. & WILKINSON, G., ED. *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
16. WILKINSON, R. & MARMOT, M., ED. *The solid facts: social determinants of health* (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#SD>). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1998 (document EUR/ICP/CHVD 03 09 01) (Disponible au 30 mai 2000).
17. BARTON, H., ED. *Sustainable communities: the potential for eco-neighbourhoods*. London, Earthscan, 1999.
18. KUHL, D. & COOPER, C. Physical activity at 36 years: patterns and childhood predictors in a longitudinal study. *Journal of epidemiology and community health*, 46: 114–119 (1992).
19. *Draft urban food and nutrition action plan* (<http://www.who.dk/nutrition/pdf/Urban99.pdf>). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1999 (Disponible au 30 mai 2000).
20. MCMICHAEL, A.J. ET AL., ED. *Climate change and human health: an assessment prepared by a Task Group on behalf of the World Health Organization, the World Meteorological Organization and the United Nations Environment Programme*. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/EHG/96.7).
21. LUKE, J. *Catalytic leadership: strategies for an interconnected world*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1998.
22. *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva, World Health Organization (“Health for All” Series, N° 3).
23. *Health for all in the 21st century*. Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHA 51/5).
24. *HEALTH21 – the health for all policy framework for the WHO European Region* (<http://www.who.dk/cpa/h21/h21long.htm>). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1999 (European Health for All Series, N° 6) (Disponible au 30 mai 2000).
25. *Ottawa Charter for Health Promotion* (<http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1986 (Disponible au 30 mai 2000).
26. *Agenda 21* (<http://www.un.org/esa/sustdev/agenda21text.htm>). New York, United Nations Division for Sustainable Development, updated 20 March 2000 (Disponible au 30 mai 2000).
27. WORLD COMMISSION ON ENVIRONMENT AND DEVELOPMENT. *Our common future*. Oxford, Oxford University Press, 1987, p. 43.

28. *Rio Declaration on Environment and Development* (<http://www.un.org/documents/ga/conf151/aconf15126-1annex1.htm>). New York, United Nations Department of Social and Economic Affairs, 12 August 1992 (Disponible au 30 mai 2000).
29. PRICE, C. & DUBE, P. *Sustainable development and health: concepts, principles and framework for action for European cities and towns* (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#sustdev>). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1997 (document EUR/ICP/POLC 06 03 05a, European Sustainable Development and Health Series, N°. 1) (Disponible au 30 mai 2000).
30. *City planning for health and sustainable development* (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#planning>). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1997 (document EUR/ICP/POLC 06 03 05B, European Sustainable Development and Health Series, N°. 2) (Disponible au 30 mai 2000).
31. HANCOCK, T. & DUHL, L. *Promoting health in the urban context*. Copenhagen, FADL, 1988 (WHO Healthy Cities Papers, N°. 1).
32. TSOUROS, A., ED. *World Health Organization healthy cities project: a project becomes a movement – review of progress 1987 to 1990*. Copenhagen, FADL and Milan, Sogess, 1990.
33. *WHO Healthy Cities project phase III: 1998–2002*. The requirements and the designation process for WHO project cities (<http://www.who.dk/healthy-cities/pdf/phase3e.pdf>). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1997 (Disponible au 30 mai 2000).
34. *Athens Declaration for Healthy Cities* (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#Declaration>). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1998 (document CHDV 03.01.01/BG3E) (Disponible au 30 mai 2000).
35. HANCOCK, T. Planning and creating healthy and sustainable cities: the challenge for the 21st century. In: PRICE, C. & TSOUROS, A., ED. *Our cities, our future: policies and action plans for health and sustainable development* (http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#Our_Cities). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1996, pp. 65–88 (document EUR/ICP/HCIT 94 01/MT04(A)) (Disponible au 30 mai 2000).
36. *City health planning: the framework*. Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1996 (document EUR/ICP/HCIT 94 01/MT06/7).
37. ROGERS, R. *Cities for a small planet*. London, Faber and Faber, 1997.
38. *Community participation in local health and sustainable development: a working document on approaches and techniques* (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#community>). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1999 (document EUR/ICP/POLC 06 03 05D, European Sustainable Development and Health Series, N°. 4) (Disponible au 30 mai 2000).
39. DAVIDSON, S. Spinning the wheel of empowerment. *Planning, issue* 1262(3 April): 14–15 (1998).
40. WATES, N. & KNEVITT, C. *Community architecture: how people are creating their own environment*. London, Penguin, 1987.

41. *Twenty steps for developing a Healthy Cities project* (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#Steps>). 3ème éd. Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1997 (document EUR/ICP/HSC 644(2)) (Disponible au 30 mai 2000).
42. *Application for designation to phase III of the WHO Healthy Cities project*. Belfast, Belfast Healthy Cities, 1998.
43. *City health profiles – how to report on health in your city* (http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#City_Health). Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1995 (document ICP/HSIT/94/01 PB 02) (Disponible au 30 mai 2000).
44. *City health profiles – a review of progress* (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#Profile>). Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1998 (document EUR/ICP/CHDV 03 01 01/1) (Disponible au 30 mai 2000).
45. *Healthy city plan of the City of Copenhagen, 1994–1997*. Copenhague, Healthy City Project, Copenhagen Health Services, 1994.
46. *Sharpening the focus on health: a city health development plan*. Stoke on Trent, Stoke on Trent Healthy City, 1999.
47. *National healthy cities networks*. 3ème éd. Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1997 (document ICP/HSC 644).
48. *Guidelines for multi-city action plans – WHO Healthy Cities project, phase II 1993–1997* ([http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_HSC_640\(B\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_HSC_640(B).pdf)). Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1994 (document EUR/ICP/HSC 640(B)) (Disponible au 30 mai 2000).
49. *Healthy urban planning. Report on a WHO seminar, Milan, Italy, 17–18 October 1999* (<http://www.who.dk/healthy-cities/meetmila.htm>). Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 2000 (document EUR/ICP/CHDV 03 03 03) (Disponible au 30 mai 2000).
50. TSOUROU, C. *Proceedings of a seminar on healthy urban planning organized by WHO*, Milan, Italy, 17–18 October 1999. Milan, Municipality of Milan, Healthy Cities Project Office, 2000.
51. TSOUROU, C. *Pianificazione urbanistica e salute implicazioni della strategia dell'oms “salute per tutti” nella pianificazione urbanistica in Europa* [Urban planning and health: implications of the WHO strategy for health for all for urban planning in Europe]. Thesis. Venice, Institute of Architecture, University of Venice, 1998.
52. HEALTHY CITY OFFICE. *Il progetto bambino urbano* [The urban child project]. Milan, City of Milan, 1996.
53. *Healthy Newcastle – our city application for designation, WHO Healthy Cities project, phase III 1998–2002*. Newcastle, Newcastle Health Partnership, 1998.
54. WASCHITZ, B. *The Jerusalem Association of Community Councils and Centers – a case study in democratization* (<http://www.who.dk/healthy-cities/pdf/israel.pdf>, pp. 5–8). Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1998 (Disponible au 30 mai 2000).

55. BARTON, H. ET AL. *Sustainable settlements: a guide for planners, developers and designers*. Bristol, University of the West of England and Luton, Local Government Management Board, 1995.
56. *Project Hammarby Sjöstad. A new district where technology meets ecology*. Stockholm, Stockholm Water Company, 1999.
57. BARTON, H. & BRUDER, N. *A guide to local environmental auditing*. London, Earthscan, 1995.
58. COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. *Green paper on the urban environment*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1990.
59. *Report on a technical meeting on transport and health, Udine, Italy*. Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1999 (unit document, Centre for Urban Health).
60. *Implementation of human settlements policies on urban renewal and housing modernization – Vienna case study*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 1998 (ECE/HBP/106).
61. *Health principles of housing*. Geneva, World Health Organization, 1989.
62. *Report: Third Ministerial Conference on Environment and Health, London, 16–18 June 1999* (<http://www.who.dk/london99/reporte.htm>). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 15 July 1999 (document EUR/ICP/EHCO 02 02 05/19) (Disponible au 30 mai 2000).
63. *Charter on Transport, Environment and Health* (<http://www.who.dk/london99/transporte.htm>). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1999 (document EUR/ICP/EHCO 02 02 05/9 Rev.4) (Disponible au 30 mai 2000).
64. CROWHURST-LENNARD, S.H. & LENNARD, H.L. *Livable cities*. Southampton, NY, Gondolier Press, 1987.
65. *ADONIS Project (Analysis and Development of New Insights into Substitution of Short Car Trips by Cycling and Walking)*. Summary of the ADONIS report. Gentofte, Denmark, Danish Council of Road Safety Research, 1998.
66. *How to substitute short car trips by cycling and walking*. Gentofte, Denmark, Danish Council of Road Safety Research, 1997.
67. *Best practice to promote cycling and walking*. Copenhagen, Road Directorate, 1997.
68. MILLS, G. Fuel savings from park and ride schemes. In : FARTHING, S., ED. *Towards sustainability conference papers*. Bristol, Faculty of the Built Environment, University of the West of England, 1997, pp. 41–61 (Working Paper N°. 38).
69. *Lyon Parc Auto, Lyon, France : integration of parking and urban policies* (<http://www.cities21.com/egpis/egpc-048.html>). Bristol and Freiburg, EURO-NET/ICLEI Consortium, 1996 (Disponible au 30 mai 2000).
70. *Metropolitan Bilbao, Spain: strategic plan for the revitalisation of Metropolitan Bilbao* (<http://www.cities21.com/egpis/egpc-052.html>). Bristol and Freiburg, EURO-NET/ICLEI Consortium, 1996 (Disponible au 30 mai 2000).

71. LYON, A. *Housing improvement, public health and the local economy: better housing, better health*. In: PRICE, C. & TSOUROS, A., ED. *Our cities, our future: policies and action plans for health and sustainable development* (http://www.who.dk/healthy-cities/hcpub.htm#Our_Cities). Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1996, pp. 98–101 (document EUR/ICP/HCIT 94 01/MT04(A)) (Disponible au 30 mai 2000).
72. *Project profile community heating: Glasgow, Hutchesontown*. London, Combined Heat and Power Association, 1998. and for further information
73. SCOTTISH HOMES. *Evaluation of energy efficiency measures at Hutchesontown multi-storey blocks* (<http://www.scot-homes.gov.uk/pdfs/pubs/51.pdf>). Edinburgh, Scottish Homes, 1999 (Precis Research Report N°. 88) (Disponible au 30 mai 2000).
74. *WHO guidelines for air quality, 1999* (<http://www.who.int/peh/air/Airqualitygd.htm>). Geneva, World Health Organization, 1999 (Disponible au 30 mai 2000).
75. *The municipal plan of Horsens*. Horsens, Denmark, Municipality of Horsens, 1993.
76. *Handbook on neighbourhood planning: the Gasvej neighbourhood project, 1987–91*. Horsens, Denmark, Municipality of Horsens, 1991.
77. DEPARTMENT OF HEALTH. *Our healthier nation: a contract for health* (<http://www.ohn.gov.uk/ohn/ohn.htm>). London, The Stationery Office, 1998 (Disponible au 30 mai 2000).
78. *Milton Keynes planning manual*. Milton Keynes, Milton Keynes Development Corporation, 1992.
79. HILLMAN, M. & WHALLEY, A. *Walking is transport*. London, Policy Studies Institute, 1979.
80. KLEINER, D. Innovative eco-neighbourhood projects. In: BARTON, H. ET AL., ED. *Sustainable settlements: a guide for planners, developers and designers*. Bristol, University of the West of England and Luton, Local Government Management Board, 1995, pp. 66–85.
81. *City of Enschede, the Netherlands: Oikos, suburban sustainable development of 600 houses in the east of the Netherlands, by the German border* (<http://www.cities21.com/egpis/egpc-077.html>). Bristol and Freiburg, EURO-NET/ICLEI Consortium, 1996 (Disponible au 30 mai 2000).
82. *The Povel experience: a local solution for a global challenge – Germany* (<http://www.bestpractices.org/cgi-bin/bp98.cgi?cmd=detail&id=147>). New York and Nairobi, Together Foundation and United Nations Centre for Human Settlements, 1998 (Disponible au 30 mai 2000).

Programme SANTE 21 : La santé pour tous : objectifs pour la région Europe

Adoptés par le Comité Régional pour l'Europe de l'OMS lors de sa quarante-huitième session, Copenhague, septembre 1998

1 – Solidarité en faveur de la santé dans la Région européenne : *D'ici à l'an 2020, le fossé existant au niveau de la santé entre les Etats-membres de la Région Europe devrait être réduit d'au moins un tiers.*

2 – Egalité en matière de santé : *D'ici à l'an 2020, le fossé sanitaire existant entre les groupes socio-économiques des pays participant devrait être réduit d'au moins un quart dans tous les Etats-membres, en augmentant substantiellement le niveau de santé des groupes défavorisés.*

3 – Démarrer dans la vie en bonne santé : *D'ici à l'an 2020, tous les nouveau-nés, nourrissons et enfants d'âge pré-scolaire de la Région Europe devraient bénéficier d'une meilleure santé leur assurant un bon démarrage dans la vie.*

4 – Santé des jeunes : *D'ici à l'an 2020, les jeunes dans la région Europe devraient bénéficier d'une meilleure santé et devraient avoir davantage la possibilité de remplir leur rôle dans la société.*

5 – Vieillir en bonne santé : *D'ici à l'an 2020, les personnes de plus de 65 ans devraient être en mesure de jouer pleinement d'une bonne santé et de jouer un rôle actif dans la société.*

6 – Améliorer la santé mentale : *D'ici à l'an 2020, le bien-être psychosocial des personnes devrait être amélioré et des services plus complets devraient être disponibles et accessibles aux personnes ayant des problèmes de santé mentale.*

7 – Faire reculer les maladies transmissibles : *D'ici à l'an 2020, les effets indésirables des maladies contagieuses devraient être considérablement réduits grâce à des programmes systématiquement appliqués pour éradiquer, éliminer ou contrôler les maladies infectieuses affectant la santé publique.*

8 – Faire reculer les maladies non transmissibles : *D'ici à l'an 2020, la morbidité, l'invalidité et la mortalité prématurée dues aux principales maladies chroniques devraient être réduites aux niveaux les plus bas possibles de la Région Europe.*

9 – Diminuer le nombre de blessures dues aux actes de violence et aux accidents : *D'ici à l'an 2020, on devrait connaître une diminution significative et durable des blessures, de l'invalidité et de la mortalité dues aux accidents et à la violence au sein de la Région Europe.*

10 – Un environnement physique sain et sûr : *D'ici à l'an 2015, les personnes résidant dans la Région Europe devraient jouir d'un environnement physique plus sûr, en étant exposés à des niveaux de contamination dangereux pour la santé n'excédant pas les prescriptions des normes reconnues au niveau international.*

11 – Adopter des modes de vie plus sains : *D'ici l'an 2015, les personnes à travers toutes les couches de la société devraient avoir adopté des modes de vie plus sains.*

12 – Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme : *D'ici à l'an 2015, les effets indésirables sur la santé résultant de la consommation de substances engendrant une dépendance comme le tabac, l'alcool et les drogues psychoactives devraient être significativement réduits dans tous les Etats-membres.*

13 – Cadres favorables à la santé : *D'ici à l'an 2015, les personnes de la Région Europe devraient avoir plus qu'avant la possibilité de vivre dans un environnement physique et social plus sain à la maison, à l'école, sur le lieu de travail et au sein de la collectivité locale.*

14 – Responsabilité multisectorielle pour la santé : *D'ici à l'an 2020, tous les secteurs devraient avoir reconnu et accepté leur responsabilité en matière de santé.*

15 – Secteur de santé intégré : *D'ici l'an 2010, les résidents de la Région Europe devraient pouvoir bénéficier d'un meilleur accès aux soins primaires de santé orientés vers la famille et la collectivité grâce à l'intervention d'un système hospitalier flexible et responsable.*

16 – Gestion axée sur la qualité des soins : *D'ici à l'an 2010, les Etats-membres devraient s'assurer que la gestion du secteur de la santé englobant entre autres les programmes de santé basés sur la population et les soins individuels aux patients au niveau clinique, tend à des résultats positifs.*

17 – Financement des services de santé et affectation des ressources : *D'ici à l'an 2010, les Etats-membres devraient disposer de mécanismes durables de financement et d'allocation des ressources appliqués aux systèmes de soins basés sur les principes d'égalité d'accès, de rentabilité, de solidarité et de qualité optimale.*

18 – Amélioration des ressources humaines pour la santé : *D'ici à l'an 2010, tous les Etats-membres devraient s'être assurés que les professionnels de santé et les professionnels des autres secteurs ont acquis les connaissances, les comportements et les compétences appropriés afin de protéger et promouvoir la santé.*

19 – Recherche et utilisation des connaissances pour la santé : *D'ici à l'an 2005, tous les Etats-membres devraient disposer de systèmes de recherche, d'information et de communication en matière de santé qui favorisent plus l'acquisition, l'utilisation efficace et la dissémination des connaissances dans le but d'une santé pour tous.*

20 – Mobiliser des partenaires pour la santé : *D'ici à l'an 2005, la mise en œuvre de politiques de santé pour tous devrait inciter des individus, des groupes et des organismes dans les secteurs publics, privés et dans la société civile, à créer des alliances et des partenariats pour la santé.*

21 – Politiques et stratégies de la Santé pour tous : *D'ici à l'an 2010, tous les Etats-membres devraient disposer et mettre en œuvre les politiques de santé pour tous, que ce soit au niveau national, régional et local, soutenus en cela par des infrastructures institutionnelles, des procédures de gestion et une direction innovante adéquats.*

Villes participant au réseau européen Villes-Santé de l'OMS au cours des phases I, II et III

Pays	Phase I (1987–1992)	Phase II (1993–1997)	Phase III (1998–2002)
Allemagne	Dresde Francfort Brême Düsseldorf Munich	Dresde Francfort	Dresde
Autriche	Vienne	Vienne	Vienne
Belgique	Liège Malines	Liège Malines	
Croatie	Zagreb		Zagreb Rjeka
Danemark	Copenhague Horsens	Copenhague Horsens	Copenhague Horsens
Espagne	Barcelone Séville		San Fernando
Estonie			Kuressaare
Finlande	Turku	Turku	Turku
France	Rennes Nancy Montpellier	Rennes Nancy	Rennes
Grèce	Patras	Patras Athènes	Athènes
Hongrie	Pécs	Pécs Győr	Pécs Győr
Irlande	Dublin	Dublin	Dublin
Israël	Jérusalem	Jérusalem	Jérusalem

Pays	Phase I (1987–1992)	Phase II (1993–1997)	Phase III (1998–2002)
Italie	Milan Padoue	Milan Padoue Bologne	Milan Padoue Bologne Arezzo Udine
Lituanie	Kaunas	Kaunas	
Norvège	Sandnes	Sandnes	Sandnes
Pays-Bas	Eindhoven Rotterdam	Eindhoven Rotterdam	Rotterdam
Pologne		Lodz Bialystock Poznan Torun	Lodz
Portugal		Amadora	Amadora Seixal
République tchèque		Brno Sumperk	Brno
Royaume-Uni	Belfast Camden Glasgow Liverpool	Belfast Camden Glasgow Liverpool	Belfast Camden Glasgow Liverpool Manchester Newcastle Sheffield Stoke on Trent
Russie	St. Petersburg		Izhevsk
Slovaquie		Kosice	Kosice
Slovénie		Maribor	Maribor
Suède	Göteborg Stockholm	Göteborg	Göteborg Stockholm Helsingborg
Suisse		Genève	Genève
Total	34 villes	38 villes	41 villes

Certaines des villes ayant participé à la Phase II étaient en cours d'adhésion à la Phase III au moment de la rédaction et n'apparaissent donc pas dans la colonne Phase III.

Les indicateurs des Villes-Santé au cours de la deuxième phase du projet Villes-Santé de l'OMS (1993–1997)

Cette annexe fournit des informations sur les 53 indicateurs utilisés dans la préparation des profils de santé des villes participantes et retenus pour la deuxième phase du projet Villes-Santé de l'OMS (Chapitre 2). Ces indicateurs ont été conçus “pour fournir une base d'informations sur les villes, pour caractériser les aspects de la santé des populations des villes concernées et propres à chacune d'elle et permettre la comparaison de ces aspects entre villes”. Bien que le nombre de ces indicateurs ait été revu à la baisse (32) pour la troisième phase du projet, les indicateurs originaux sont présentés dans ce livre puisqu'ils faisaient partie de ceux collectés au moment où l'OMS a mené son étude sur les urbanistes à la fin de la deuxième phase (Chapitre 3). Même si les types d'indicateurs couramment utilisés par les services d'urbanisme rentrent largement dans le cadre des indicateurs environnementaux, le tableau ci-après indique qu'une grande partie de ces indicateurs sont appropriés à un urbanisme en faveur de la santé : A1–A3, B1, B5, B8, C1–C3, C6–C18, D1–D9, D13 et D20.

Source : d'après WEBSTER, P. & PRICE, C., PARU SOUS LE TITRE. Healthy Cities indicators: analysis of data from cities across Europe (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#Indic>). Copenhagen, Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, 1997 (disponible au 30 mai 2000).

Nom	Définition	Méthode de calcul et unité de mesure	Fréquence recommandée par l'OMS	
A. Indicateurs de santé				
A1	Mortalité : toutes causes	Taux de mortalité annuel : toutes causes confondues en fonction de la tranche d'âge	(Nb de décès/population moyenne) x 100 000	Annuelle
A2	Cause du décès	Taux de mortalité annuel par cause de décès étudiée. Le code se réfère à la Classification Internationale des Maladies, 9ème édition (CIM-9)	(Nb de décès annuels par cause étudiée/population moyenne) x 100 000	Annuelle
A3	Petit poids à la naissance	Pourcentage d'enfants pesant 2,5 kg ou moins à la naissance	Nb d'enfants pesant moins de 2,5 kg/Nb de naissances	Annuelle
B. Indicateurs des services de santé				
B1	Existence dans la ville d'un inventaire des organismes d'entraide mutuelle	Indique s'il existe dans la ville ou dans d'autres zones géographiques de soins de santé un inventaire des organismes d'entraide ou des organisations bénévoles ou à but non-lucratif qui ne font pas partie du système de soins ou de service social officiel	Répondre oui s'il y a un inventaire, en indiquant les zones d'action et le nombre d'organismes concernés	Annuelle
B2	Existence dans la ville d'un programme de soutien aux organismes d'entraide	Le soutien peut être d'ordre financier, prendre la forme de ressources humaines ou d'assistance ou être d'une autre nature	Répondre oui s'il y a une structure d'assistance, en spécifiant le niveau de financement et, si approprié, l'origine des fonds (convertir l'aide non financière en argent)	Annuelle
B3	Existence d'un programme d'éducation à la santé dans la ville	Programmes élaborés pour un ou plusieurs projets ayant pour but d'améliorer la connaissance, l'assistance et les services aux individus afin de développer et de maintenir un mode de vie sain	Répondre oui ou non en spécifiant le thème du projet (tabac, régime, sexualité, etc.) et les groupes cibles	Annuelle
B4	Pourcentage d'enfants de 6 ans totalement immunisés (ayant reçu tous les vaccins obligatoires)	Indiquer l'ensemble des vaccins effectués avant 7 ans	(Nb d'enfants de 6 ans ayant été vaccinés /Nb d'enfants de 6 ans) x 100	Annuelle
B5	Nombre d'habitants par médecin généraliste	Les médecins généralistes mènent leur activité dans le domaine des soins de santé primaires	Habitants vivant dans la zone/Nb de généralistes pratiquant dans la zone	Annuelle

Nom	Définition	Méthode de calcul et unité de mesure	Fréquence recommandée par l'OMS	
B6	Nombre d'habitants par infirmier/ère	Les infirmiers/ères à inclure sont ceux travaillant dans la(les) zone(s) concernée(s), quel que soit leur domaine de travail (santé primaire, premiers secours, domaines généraliste ou spécialiste)	Habitants vivant dans la zone/Nb d'infirmiers/ières équivalents à temps plein travaillant dans la zone	Annuelle
B7	Pourcentage de la population couverte par une assurance maladie	Indiquer les personnes possédant une assurance maladie, si possible par type : publique ou privée, etc.	(Habitants vivant dans la zone couverte par l'assurance maladie/Nb d'habitants vivant dans la zone) x 100	Annuelle
B8	Pourcentage de la population ayant accès à un service médical situé à moins de 30 minutes en voiture		(Estimation du nombre d'habitants vivant à moins de 30 minutes en voiture du service médical d'urgences le plus proche/habitants vivant dans la zone) x 100	Annuelle
B9	Disponibilité des services de soins de santé primaires en langues étrangères	Indiquer la disponibilité des services de soins de santé primaires où les langues des minorités ethniques représentatives dans la région sont parlées	Description des groupes de langue significatifs et des types de services de soins de santé primaires offerts dans ces langues (% par langue et services)	Annuelle
B10	Communication de l'information sur la santé	Existence de moyens de communication (écrit, électronique, expositions ou événements) gérés par la ville et traitant des aspects sociaux, sanitaires ou environnementaux de la santé	Décrire les méthodes et utiliser des informations quantitatives : par exemple, le nombre, le volume, la durée ou la fréquence	Annuelle
B11	Nombre de questions de santé examinées par le conseil municipal chaque année	" Les questions de santé " sont celles posées directement par les représentants élus des services de santé, sociaux ou environnementaux	Spécifier le nombre de questions réparties dans ces deux catégories	Annuelle
C. Indicateurs environnementaux				
C1	Pollution atmosphérique	Paramètres considérés : dioxyde de soufre, dioxyde d'azote, monoxyde de carbone, ozone, plomb et poussières (basés sur les directives pour la qualité de l'air de l'OMS)	Pour le dioxyde de soufre, le plomb et les poussières, indiquer le nombre de jours par an au-dessus de la limite/Nb total de jour par an avec mesures validées	Annuelle

Nom	Définition	Méthode de calcul et unité de mesure	Fréquence recommandée par l'OMS	
C2	Qualité microbienne de l'eau du réseau	Pourcentage de mesures excédant les directives recommandées par l'OMS	Pour le dioxyde d'azote, le monoxyde de carbone et l'ozone, indiquer le nombre d'heures par an au-dessus de la limite/Nb total de jours par an avec mesures validées	Annuelle
C3	Qualité chimique de l'eau du réseau	Cet indicateur devrait mettre en évidence la qualité chimique de l'eau distribuée par la ville	Nb de mesures excédant zéro coliforme fécal pour 100 ml/Nb total de mesures	Annuelle
C4	Pourcentage des polluants de l'eau extraits du total des eaux usées produites	Cet indicateur devrait mettre en évidence la qualité de purification de l'eau avant décontamination	Taux auquel les directives de l'OMS sont dépassées pour les nitrates, le fluor, le benzène et le chlordane/Nb total de mesures	Annuelle
C5	Indice de qualité de l'enlèvement des ordures domestiques	Cet indicateur devrait mettre en évidence la qualité de la collecte par rapport aux types de systèmes de collecte utilisés	Pourcentage de polluants enlevés	Annuelle
C6	Indice de qualité du traitement des déchets domestiques	Cela met en évidence la qualité de la collecte par rapport aux types de systèmes de collecte utilisés	Résultat par catégorie – choisir entre : 0 : en vrac ; 1 : en sacs plastiques ; 2 : en conteneur étanche ; 3 : collecte sélective volontaire ; 4 : tri sélectif à domicile (% par catégorie)	Annuelle
C7	Indice de qualité du traitement des déchets domestiques	Cela montre le type de traitement utilisé pour les déchets domestiques	Résultat par catégorie – choisir entre : 0 : décharge sauvage ; 1 : décharge contrôlée ; 2 : incinération sans récupération de chaleur ; 3 : incinération avec récupération de chaleur ; 4 : compostage ; 5 : centre de tri, recyclage (% par type)	Annuelle
C8	Indicateur du niveau de pollution tel que perçu par la population	Cet indicateur devrait donner une idée de la nature et du degré de pollution tel que perçu par la population (bruit, odeur, propreté)	Au moyen d'une étude, basée sur une échelle de 1 à 10 pour chaque paramètre	Au moins tous les 3 ans
C8	Quantité d'eau potable utilisée par habitant par jour	Il devrait donner des éléments sur la consommation d'eau individuelle	Total du nombre de litres facturés aux ménages par jour/Nb d'habitants	Annuelle

Nom	Définition	Méthode de calcul et unité de mesure	Fréquence recommandée par l'OMS	
C9	Surface relative des espaces verts dans la ville	Cela donne une idée de l'importance de la végétation dans la ville	Surface totale occupé par les espaces verts dans la ville/surface totale de la ville (%)	Annuelle
C10	Accès public aux espaces verts	Surface occupée par les espaces verts ouverts au public par habitant	Nb total de m2 occupés par les espaces verts ouverts au public/Nb d'habitants	Annuelle
C11	Sites industriels en friche	Sites industriels à l'abandon en pourcentage de la surface totale de la ville	(Surface couverte par les sites industriels à l'abandon/surface totale de la ville) x 100	Annuelle
C12	Sport et loisirs	Nombre d'équipements sportifs pour 1000 habitants	(Nb total d'équipements sportifs/population totale) x 1000	Annuelle
C13	Rues piétonnes	Importance accordée aux rues piétonnes	Longueur totale des rues piétonnes/surface de la ville (km/km2)	Annuelle
C14	Rouler à bicyclette dans la ville	Importance accordée aux pistes cyclables	Longueur totale des pistes cyclables/surface de la ville (km/km2)	Annuelle
C15	Transports publics	Nombre de places dans les transports publics pour 1000 habitants	(Nb de places moyen par jour/population totale) x 1000	Annuelle
C16	Réseau desservi par les transports en commun	Nombre de km desservis par les transports publics comparé au nombre total de km de rues dans la ville	(Nb total de km desservis par les transports publics /Nb total de km de rues) x 100	Annuelle
C17	Surface habitable	Nombre moyen de pièces par habitant (pièces > 4 m2, sanitaires non compris)	Nb total de pièces/Nb d'habitants	Annuelle
C18	Confort et hygiène	Pourcentage d'habitations sans salle de bain	Nb d'habitations sans salle de bain/Nb total d'habitations (%)	Annuelle
C19	Services d'urgence	Pompiers et autres services d'urgence (services médicaux d'urgence)	Nb de personnes et de véhicules pour 1000 habitants	Annuelle
D. Indicateurs socioéconomiques				
D1	Nombre de mètres carrés en surface habitable par habitant	Surface habitable par habitant dans chaque quartier ou partie de la ville	Surface habitable totale dans le quartier/Nb total d'habitants dans le quartier (m2/habitant)	Tous les 5 ans

Nom	Définition	Méthode de calcul et unité de mesure	Fréquence recommandée par l'OMS	
D2	Pourcentage de la population vivant dans des logements répondant aux normes inférieures aux normes exigibles <ul style="list-style-type: none"> Logements ne remplissant pas les exigences suivantes : <ul style="list-style-type: none"> usage privé des toilettes et de la baignoire ou de la douche eau courante dans le logement 	(Nb d'habitants vivant dans des conditions d'habitation aux normes inférieures aux normes exigibles/Nb d'habitants dans la zone) x 100 (%)	Tous les 5 ans	
D3	Nombre estimé de sans-abri	Nb de personnes ne possédant pas de logement (ne comprend pas les personnes vivant en mobile home)	Suggestion : données à collecter en ce qui concerne l'assistance aux sans-abri (Nb d'habitants)	Annuelle
D4	Taux de chômage	Pourcentage de population active au chômage	(Population au chômage/population active) x 100	
D5	Taux d'absentéisme au travail	Nb de jours non travaillés par an pour raisons de santé comparé au nombre total de jours travaillés par an	Nb de jours non travaillés par an pour raisons de santé/Nb de jours travaillés par an (%)	
D6	Pourcentage de familles vivant sous le seuil national de pauvreté	Le seuil national de pauvreté diffère suivant les pays	Nb de ménages vivant sous le seuil national de pauvreté/Nb de ménages dans la même zone (%)	Annuelle
D7	Pourcentage d'emplois total fournis par les dix activités économiques les plus importantes		Pour chacun des dix domaines d'activité économique : (Nb d'emplois dans le secteur économique/Nb total d'emplois dans la même zone) x 100 (%)	Tous les 5 ans
D8	Pourcentage de ménages composé d'une seule personne	Ménage : occupants d'une résidence principale, d'une même famille ou non, et pouvant être composé d'une seule personne	(Nb total de ménages composés d'une seule personne /Nb total de ménages) x 100 (%)	Annuelle
D9	Pourcentage de familles mono-parentales	Un parent seul et tout enfant non marié de moins de 18 ans	(Nb de familles mono-parentales/Nb total de familles) x 100 (%)	Annuelle
D10	Pourcentage d'enfants quittant l'école après la période de scolarisation obligatoire	N(A) : Nb d'enfants scolarisés pendant leur dernière année d'études obligatoire N(A + 1) : Nb d'enfants scolarisés l'année suivant leur dernière année d'études obligatoire	$[N(A) - N(A + 1)]/N(A) \times 100$ (%) ^a	Annuelle

Nom	Définition	Méthode de calcul et unité de mesure	Fréquence recommandée par l'OMS
D11 Taux d'analphabétisme	Le fait d'être incapable de lire ou d'écrire dans la langue officielle du pays de résidence	Les études et les évaluations spécifient l'origine des données en commentaires	Annuelle
D12 Pourcentage du budget de la ville alloué aux actions sanitaires et sociales		(Pourcentage du budget de la ville alloué aux actions sanitaires et sociales/budget total de la ville) x 100 (% et montant en devise locale)	Annuelle
D13 Taux de criminalité	Les définitions de la criminalité varient. Donner une information descriptive des définitions utilisées dans la ville ainsi qu'une étude informative sur le taux de criminalité	(Nb de délits/Nb d'habitants) x 1000	Annuelle
D14 Pourcentage de logements pour les personnes âgées, disposant d'équipements d'appel d'urgence	Pourcentage de résidences accueillant les personnes de plus de 65 ans, équipées d'un système de télé-alarme	(Nb de résidences accueillant les personnes de plus de 65 ans, équipées d'un système de télé-alarme/Nb de résidences logeant les personnes de plus de 65 ans) x 100 (%)	Annuelle
D15 Causes principales d'appels d'urgence	Tous les appels téléphoniques reçus par les principaux services d'urgence fonctionnant 24/24h (police, pompiers, ambulances, SOS Amitié, assistance aux enfants maltraités, mairie, etc.)	Selon les causes d'appel : Nb total d'appels enregistrés par chaque organisme sur une période donnée (Nb et % par cause d'appel)	Annuelle
D16 Pourcentage de jeunes enfants sur liste d'attente pour crèches et haltes-garderie	Pourcentage d'enfants en dessous de l'âge de scolarisation obligatoire (moins de 6 ans en France), pour lesquels une demande de prise en charge, quelle soit publique ou privée (crèche, nourrice, etc.) n'a pas reçu de réponse positive	(Nb d'enfants sur liste d'attente de crèches et haltes-garderie/(Nb d'enfants sur listes d'attente + Nb d'enfants acceptés)) x 100 (%)	Annuelle
D17 Âge moyen des femmes à la naissance de leur premier enfant	Âge moyen des femmes à la naissance de leur premier enfant (et non à leur première grossesse)	Population cumulée pour chaque tranche d'âge (par exemple, en mois), jusqu'à ce que la moitié de la population totale soit atteinte (années + mois)	Annuelle
D18 Taux d'avortement par rapport au nombre total de naissances	Pourcentage du nombre total d'avortements et de fausses couches par rapport au nombre total de naissances	(Nb d'avortements/Nb de naissances) x 100 (%)	Annuelle

Nom	Définition	Méthode de calcul et unité de mesure	Fréquence recommandée par l'OMS	
D19	Pourcentage de personnes de moins de 18 ans "sous surveillance policière"	Se référer aux décisions de justice pour mineurs en ce qui concerne : les détentions, les sursis, les libertés surveillées ou les mesures de justice similaires	(Nb de personnes de moins de 18 ans "sous surveillance policière"/Nb de personnes de moins de 18 ans) x 100 (%)	Annuelle
D20	Pourcentage de personnes handicapées employées comparé au nombre total de personnes handicapées en âge de travailler (18–65 ans)	Cela comprend les gens en ateliers protégés (rémunérés ou non) capables de contribuer à l'activité économique grâce à leur travail	(Nb de personnes handicapées en activité/ Nb total de personnes handicapées de la même tranche d'âge) x 100 (%)	Annuelle

E. Informations générales

Pour chaque unité de population étudiée (partie de la ville, ville, banlieues, etc.), il a été demandé aux personnes interrogées d'indiquer les données démographiques, sociales et professionnelles suivantes :

- Année de recensement
- Population totale
- Population selon le sexe
- Population selon l'âge (0–1, 2–4, 5–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49, 50–54, 55–59, 60–64, 65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85 ou plus)
- Population scolarisée (école primaire, collège (11–14 ans), lycée (15–18 ans), université)
- Catégorie professionnelle (cadres supérieurs, professions libérales, employés, travailleurs manuels, personnes au foyer)
- Surface couverte par l'unité de population

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

Il est reconnu depuis longtemps que l'état actuel des villes, souvent déterminé par l'urbanisme peut être nuisible à la santé. L'ouvrage Urbanisme et santé est centré sur les effets de l'urbanisme qui peuvent être positifs pour la santé, le bien-être et la qualité de vie. Il s'inspire de la définition de la santé, prise dans son sens large qui est celle de l'OMS. Les concepts et principes en sont expliqués et des expériences de villes et localités de la Région Europe de l'OMS dont beaucoup participent au mouvement Villes-Santé sont présentées. L'ouvrage va plus loin en suggérant une démarche qui remet les aspirations des habitants au cœur même de l'action de l'urbanisme.

Les professionnels engagés dans la planification, la définition et la régénération de l'environnement trouveront des idées et des démarches réconfortantes et stimulantes. Il permettra aussi aux professionnels de santé d'en savoir plus sur le rôle que peuvent jouer les urbanistes pour promouvoir la santé.

Hugh Barton est urbaniste et Directeur Général du Centre Collaborateur pour les Villes-Santé et la politique urbaine à l'Université West of England. **Catherine Tsourou** est une architecte indépendante de Padoue (Italie). Les deux auteurs ont été impliqués dans le travail concernant l'urbanisme pour la santé mené dans le cadre du projet Villes-Santé.