# Développer un urbanisme favorable à la santé : une obligation morale

**Hugh Barton,**
professeur émérite en Urbanisme, Santé et Soutenabilité, Organisation mondiale de la santé (OMS), Centre collaborateur pour des environnements urbains favorables à la santé, université West of England, Bristol.

Quel est l'objet de l'urbanisme et de la planification ? S'agit-il, dans les agglomérations, d'avoir des rouages bien huilés, de créer un cadre convivial ou une société plus équitable ? S'agit-il d'encourager le développement économique ou de lutter contre le changement climatique ?

Dans une certaine mesure, il s'agit de tout cela. Quel en est donc le principe fondamental ? Historiquement, si nous remontons jusqu'à Hippocrate et Hippodamos dans l'Athènes antique, nous constatons que la santé, le bien-être et la qualité de vie de tous les habitants des villes étaient déjà au cœur des préoccupations.

## Menaces sanitaires

Pour les urbanistes et les réformateurs sociaux du XIX^e^ siècle, en réaction aux conditions de vie insalubres et inhumaines qui dominaient les villes industrielles d'Europe et d'Amérique, la priorité était la santé. La promotion d'un environnement favorable à la santé n'était pas considérée comme une entrave au développement économique, mais plutôt comme une condition préalable à ce dernier, propice au développement de la créativité et de la productivité.

Aujourd'hui, nous devons affronter le fardeau croissant des maladies non transmissibles. Or, se reposer exclusivement sur le système de soins pour résoudre ces problèmes est une erreur en termes de réalités sanitaires et économiques. Selon le rapport UN-Habitat *La Face cachée des villes* [1], la menace sanitaire qu'affrontent les populations urbaines risque de paralyser les systèmes de soins à travers le monde. Par de nombreux aspects, nous bâtissons actuellement, dans nos milieux de vie, des conditions défavorables à la santé.

*« PAR DE NOMBREUX ASPECTS, NOUS BÂTISSONS ACTUELLEMENT, DANS NOS MILIEUX DE VIE, DES CONDITIONS DÉFAVORABLES À LA SANTÉ. »*

## Idéaux humanistes balayés

Les gouvernements nationaux et les collectivités locales sont concernés par cette crise. Les idéaux initiaux de l'urbanisme ont été balayés lors des dernières décennies du XX^e^ siècle. La séparation des responsabilités professionnelles et institutionnelles, les pressions du développement technologique (en particulier la motorisation) et le triomphe de l'économie néolibérale ont signé le naufrage des principes holistiques d'une prise en compte globale de la santé.

Quelques exceptions notables mises à part, la prise de décision cloisonnée prédomine : la planification de la santé est axée sur la prestation de services aux patients, ignorant tacitement les nombreux facteurs sociétaux et environnementaux, dans certains cas sources mêmes de leurs maladies.

L'inégalité des revenus s'est accentuée dans les tourbillons de la récession mondiale. Il en va de même pour les inégalités de santé, accrues par l'exclusion sociale en matière de logement, de transports et d'accès aux services. L'épidémie mondiale de l'obésité est partiellement due à un environnement préjudiciable à la pratique d'activité physique favorable à la santé. Les symptômes en augmentation de l'isolement social, des troubles mentaux, de la morbidité cardiaque liée au stress et des maladies respiratoires – traités chacun en général de façon séparée – sont liés et corrélés, lorsqu'on les examine dans une perspective de planification spatiale.

## La santé n'est pas l'absence de maladie

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a imposé une vision globale de la santé. La définition formulée dans sa constitution de 1946 précise : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.* »

Ainsi, l'OMS remet en jeu l'hypothèse conventionnelle selon laquelle la politique sanitaire ne concerne rigoureusement que les professionnels de la santé. Au contraire, le souci de la santé et du bien-être est central à de nombreux aspects de la politique. Le lien entre la santé et l'urbanisme est multidimensionnel.

© J. Ramello / AKW Image

## L'ESSENTIEL

- Le professeur Hugh Barton a travaillé plusieurs décennies pour l'OMS sur le lien entre urbanisme et santé.
- Il fait état des changements radicaux intervenus au cours des derniers siècles ainsi que du grand défi qui se pose désormais : imposer la santé des habitants comme premier critère avant d'esquisser tout projet d'urbanisme.
- Ce n'est plus l'appât du gain qui doit l'emporter, mais le bien-être des populations.

## Comment l'urbanisme influe sur la santé

Le mouvement Villes-Santé de l'OMS encourage activement cette vision élargie et intégrée depuis les années 1980. D'après l'ouvrage *Urbanisme et Santé* [2], la plupart des composantes de l'aménagement urbain et de l'urbanisme influencent la santé : le logement, l'emploi, l'accès aux services, la politique concernant les espaces publics, les transports et la qualité esthétique.

Au cours des années 2000, le réseau Villes-Santé de l'OMS pour la région Europe a créé un sous-groupe dédié aux réflexions sur un urbanisme favorable à la santé. Dans la pratique, les tentatives de rapprochement des secteurs de l'urbanisme et de la santé ont abouti à des résultats mitigés : certaines villes ont réalisé d'importants progrès, tandis que d'autres ont rencontré des difficultés à briser les conventions établies. Afin de comprendre ces entraves, il est important d'examiner le processus de l'évolution permettant de passer de l'absence d'intégration à une intégration complète.

## Répondre aux besoins vitaux

On relève trois phases distinctes dans ce processus d'évolution : la première est un soutien vital fondamental. Il consiste en la reconnaissance du rôle essentiel des installations primaires : la fourniture d'un toit, l'accès à l'alimentation et à l'eau potable, l'air frais et la gestion efficace des eaux usées. La prise de conscience du fait que les villes industrielles du XIX$^{e}$ siècle en Grande-Bretagne et en France étaient néfastes à la santé a permis d'évoluer vers l'urbanisme moderne. Les premiers cahiers des charges ont instauré les systèmes de gestion des eaux usées, les normes concernant la luminosité naturelle et les espaces, autant d'éléments cumulés qui ont amélioré considérablement l'espérance de vie des populations urbaines.

En Europe de l'Est et de l'Ouest, ce niveau primaire de dépendance entre l'urbanisme et la santé est aujourd'hui considéré acquis et totalement institutionnalisé, à un point tel qu'il en devient presque subliminal. Toutefois, dans le reste du monde, il n'en est pas toujours ainsi. Dans les bidonvilles envahissants et denses, les services essentiels manquent, les maladies font rage. Une planification sanitaire efficace – par le biais d'environnements bien conçus – est difficile à réaliser, en raison du rythme effréné de l'urbanisation.

## Prôner la qualité de vie environnementale

La deuxième phase de ce processus d'évolution va au-delà du soutien vital de base et concerne la qualité de vie : reconnaître les conséquences significatives de nombreux aspects de la planification et de la conception de nos environnements sur la santé et le bien-être. S'ils n'influent peut-être pas directement sur la longévité, ils affectent néanmoins le bien-être

physique et mental – et, en conséquence, sur le plan économique et sur la productivité.

Les Villes-Santé de l'OMS présentent de nombreux exemples de bonnes pratiques :

– la création de nouveaux parcs dans les agglomérations à densité élevée, permettant la pratique d'activités physiques, un contact avec la nature, la jouissance d'un air plus frais et un plaisir sur le plan esthétique ;

– la création de nouveaux jardins communautaires, permettant l'accès à des produits frais, favorisant l'activité physique et la cohésion sociale ;

– la mise en service d'importants réseaux de pistes cyclables, encourageant une activité favorable à la santé (notamment pour les enfants), offrant un environnement plus sûr, moins tributaire de l'automobile et accessible à tous, et contribuant à la lutte contre l'augmentation des émissions de gaz de serre ;

– des programmes de rénovation de logements qui, non seulement améliorent les conditions de vie dans les foyers les plus pauvres, mais aussi facilitent la cohésion de la communauté en créant des opportunités pour les loisirs, le travail et l'éducation, tout en réduisant la précarité énergétique ou la surchauffe des logements et en renforçant l'accès aux services de base ;

– des programmes de développement économique, donnant priorité au maintien et à la création d'emplois pour des personnes marginalisées ou non qualifiées, et reconnaissant que la pauvreté et le chômage sont deux causes importantes de maladies.

Inclure le facteur santé dans les actions d'aménagement apporte une nouvelle dimension et une perspective plus fine, qui permet de mieux préciser les critères d'un urbanisme favorable à la santé. Toutefois, bien que ces actions mises en œuvre soient admirables, leur échelle et la structure globale du développement économique et spatial en limitent l'efficacité.

## Aménager pour la santé

La troisième phase est celle d'une intégration complète de la santé dans le processus d'aménagement. La santé n'est plus traitée comme un élément supplémentaire, faisant l'objet d'un chapitre séparé dans le document de planification stratégique, mais plutôt comme un élément *central*. Planifier pour la santé et le bien-être devient un objectif fondamental des plans à l'échelon local, municipal et régional. Cette planification s'ajoute ainsi à d'autres critères essentiels, par exemple le développement durable, la justice sociale et le développement économique.

## De Kuopio à Fribourg

Les caractéristiques d'un environnement urbain favorable à la santé sont les suivantes : un air sain et une eau pure ; le contact avec la nature ; un vaste panel de logements abordables et de bonne qualité ; des réseaux de transport en commun actifs, sûrs et pratiques ; une vaste gamme d'équipements locaux ; des opportunités d'aires de jeux extérieures variées et sans danger ; des espaces de rencontres conviviaux, exempts de bruits excessif et – avant tout – des modèles spatiaux donnant accès à un éventail d'emplois, d'équipements de haute qualité et de réseaux sociaux plus étendus, sans recours nécessaire à la voiture. Tout un programme !

À titre d'illustration, nous nous limiterons à l'exemple fourni par deux villes. La première est Kuopio, ville située en plein cœur de la Finlande et lieu de la conférence de 2015 des Villes-Santé d'Europe. Typiquement étendue, située dans un cadre magnifique, elle a connu, vers la fin du XX$^{e}$ siècle, un développement axé sur l'automobile. Les problèmes générés étaient prévisibles : manque d'activité physique, isolement ressenti par les personnes âgées, nécessité d'achat d'une voiture par les foyers défavorisés.

Toutefois, Kuopio est en train de se réinventer. Aujourd'hui, le centre-ville est plus accueillant pour les piétons et les cyclistes, et une population croissante habite à proximité de tous les équipements ; de nouveaux ponts construits entre les îles du lac permettent de relier au centre-ville des quartiers en cours de réhabilitation ; les zones à faible densité, désormais accessibles à vélo et par bus, ont vu leur nombre d'habitants augmenter. La santé a été une motivation-clé.

La création de trois concepts simples, compris par tous et qui guident la prise de décision politique, a été un facteur essentiel : la zone « ville-piétons », la zone « ville-transports » et la zone « ville-voitures ». Lorsque les connexions piétonnes reliant les équipements urbains s'améliorent, la ville-piétons s'étend. Quand de nouvelles lignes de bus desservant le centre-ville sont créées, la ville-transports se développe – et les périphéries dépendantes de la voiture diminuent progressivement [3].

L'autre ville est Fribourg, dans le sud-ouest de l'Allemagne. Son action, depuis la fin des années 1970, n'est pas motivée par la santé, mais par l'environnement, le changement climatique et la qualité de vie. Toutefois, les politiques et les aménagements sont exactement identiques à ceux promus en faveur d'un urbanisme favorable à la santé : une politique cohérente et intégrée de l'aménagement du territoire et des transports en ville et dans l'aire urbaine, qui va de pair avec la réhabilitation et la création de quartiers ouvrant le champ des possibles pour permettre aux habitants de mener une vie saine, conviviale et productive.

*« SI NOUS CONSIDÉRONS LA VILLE COMME HABITAT LOCAL DE L'HOMME DANS LE CADRE D'UN ÉCOSYSTÈME GLOBAL, NOUS POUVONS ESPÉRER PRENDRE DES DÉCISIONS RATIONNELLES. À L'INVERSE, SI NOUS CONSIDÉRONS L'ENVIRONNEMENT BÂTI COMME UN CHAMP DE BATAILLE OÙ FORCES DU MARCHÉ ET FORCES INSTITUTIONNELLES SE CONFRONTENT, ALORS NOUS PERDRONS LA GUERRE. »*

© J. Ramello / AKW Image

L'exemple de Fribourg apporte une démonstration sur trois points :

– les priorités environnementales, sociales, de santé et économiques peuvent être conjointement menées à bien ;

– pour réussir, les stratégies doivent être mises en place de façon constante pendant au moins trente ans ;

– une approche collaborative et partenariale est indispensable, réunissant, autour de la municipalité, les administrations, les entreprises et le monde universitaire, pour un travail en coopération avec les citoyens et les habitants [4].

## Une question éthique

L'urbanisme n'est pas un outil fortuit ou accessoire. Il n'a pas été créé simplement pour faciliter le développement de l'activité économique ou pour protéger des milieux spécifiques. L'urbanisme est au service des populations, de leur confort, leur plaisir, leur santé et leur bien-être. Ses objectifs sont essentiellement la santé et le bien-être social. Si nous considérons le village, la ville ou la métropole comme habitat local de l'homme (dans le cadre d'un écosystème global), nous pouvons espérer prendre des décisions rationnelles. À l'inverse, si nous considérons l'environnement bâti comme un champ de bataille – dont les règles de combat seraient le système de planification – où forces du marché et forces institutionnelles se confrontent, alors nous perdrons la guerre. La seule façon de créer des villes durables et favorables à la santé est de coopérer, forger des alliances, chercher des solutions pratiques qui allient aspirations sociales, environnementales et économiques. Dans un tel contexte d'urgence et de menaces sur la santé globale des populations, concevoir un urbanisme favorable à la santé est une obligation morale. ■

Note de la rédaction : article traduit par nos soins. Les titres, intertitres et l'essentiel sont de la rédaction.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES


[1] World Health Organisation (WHO). *Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings.* WHO/UN-Habitat, 2010 : 126 p. En ligne : www.who.int/entity/kobe_centre/publications/hiddencities

[2] Barton H., Tsourou C. *Healthy Urban Planning: a WHO Guide to Planning for People.* Traduit en français par S2D, *Urbanisme et Santé : un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants.* Rennes : S2D/Association internationale pour la promotion de la santé et du développement durable, 2004 : 178 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/102106/E93982.pdf?ua=1

[3] Kosonen L. The Three Fabrics Strategy in Finland. *In:* Barton H., Thompson S., Burgess S., Grant M. (eds). *The Routledge Handbook of Planning for Health and Well-Being: Shaping a Sustainable and Healing Future.* Abingdon: Routledge, 2015 : 651 p.

[4] Grant M., Barton H. Freiburg: Green Capital of Europe. *In:* Barton H., Thompson S., Burgess S., Grant M. (eds). *The Routledge Handbook of Planning for Health and Well-Being: Shaping a Sustainable and Healing Future.* Abingdon: Routledge, 2015 : p. 540-551.