

# Urbanisme favorable à la santé : agir pour la santé, l'environnement et la réduction des inégalités

## Anne Roué Le Gall,

enseignante-chercheure, Département Sciences en santé environnementale, École des hautes études en santé publique, université Rennes 1, EHESP, CNRS, ARENES – UMR 6051,

## Nina Lemaire,

cheffe de projet, Réseau français des Villes-Santé de l'OMS,

## Dr Mathilde Pascal,

chargée de projet changement climatique et santé, Direction santé environnement travail, Santé publique France,

## Thierno Diallo,

professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières, université Laval, Québec (Canada).

Si la santé publique a largement participé à la constitution de la discipline de l'urbanisme dès le XIX<sup>e</sup> siècle – urbanisme hygiéniste – et jusqu'à la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle – urbanisme fonctionnel [1] –, les liens entre les deux disciplines ont eu tendance, dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, à s'éloigner au profit d'une approche davantage centrée sur le développement durable au début des années 2000. Pour autant, l'analyse des interrelations existant entre les enjeux de santé publique et les changements environnementaux auxquels sont confrontés les pouvoirs publics au XXI<sup>e</sup> siècle [2] repositionne l'urbanisme et l'aménagement des territoires comme des facteurs-clés à leur disposition pour l'action (figure 1). Par exemple, parmi les grands changements environnementaux issus des activités anthropiques, le changement climatique et

l'urbanisation croissante des territoires sont des préoccupations majeures dont les effets constituent une menace immédiate pour la santé, le bien-être humain et l'accroissement des inégalités de santé [3-5] via l'augmentation d'événements climatiques extrêmes, l'imperméabilisation des sols, l'augmentation des émissions de polluants dans l'air ou encore les changements de mode de vie notamment en termes de mobilité et d'alimentation. En effet, le changement climatique et l'urbanisation croissante exacerbent les pathologies et les problèmes de santé des populations, à l'origine de maladies chroniques ou les accentuant (affections cardio-vasculaires, tumeurs, diabète, asthme, troubles de la santé mentale, etc.). Ils ont également un effet amplificateur sur les maladies vectorielles, le risque infectieux, mais aussi sur l'isolement social. Ces risques – nouveaux ou accrus – résultent pour partie de choix d'aménagement, d'urbanisme et de gestion urbaine issus de décisions publiques antérieures. Ils peuvent justement être corrigés – du moins en partie – par la mise en œuvre d'un urbanisme favorable à la santé (UFS).

### L'urbanisme favorable à la santé, un concept qui repositionne les choix d'aménagement et d'urbanisme comme facteurs-clés du bien-être, de la santé et de l'environnement

Face à cette analyse, nous ne pouvons plus considérer de façon séparée les questions de santé et d'environnement, mais nous devons penser l'action publique dans une

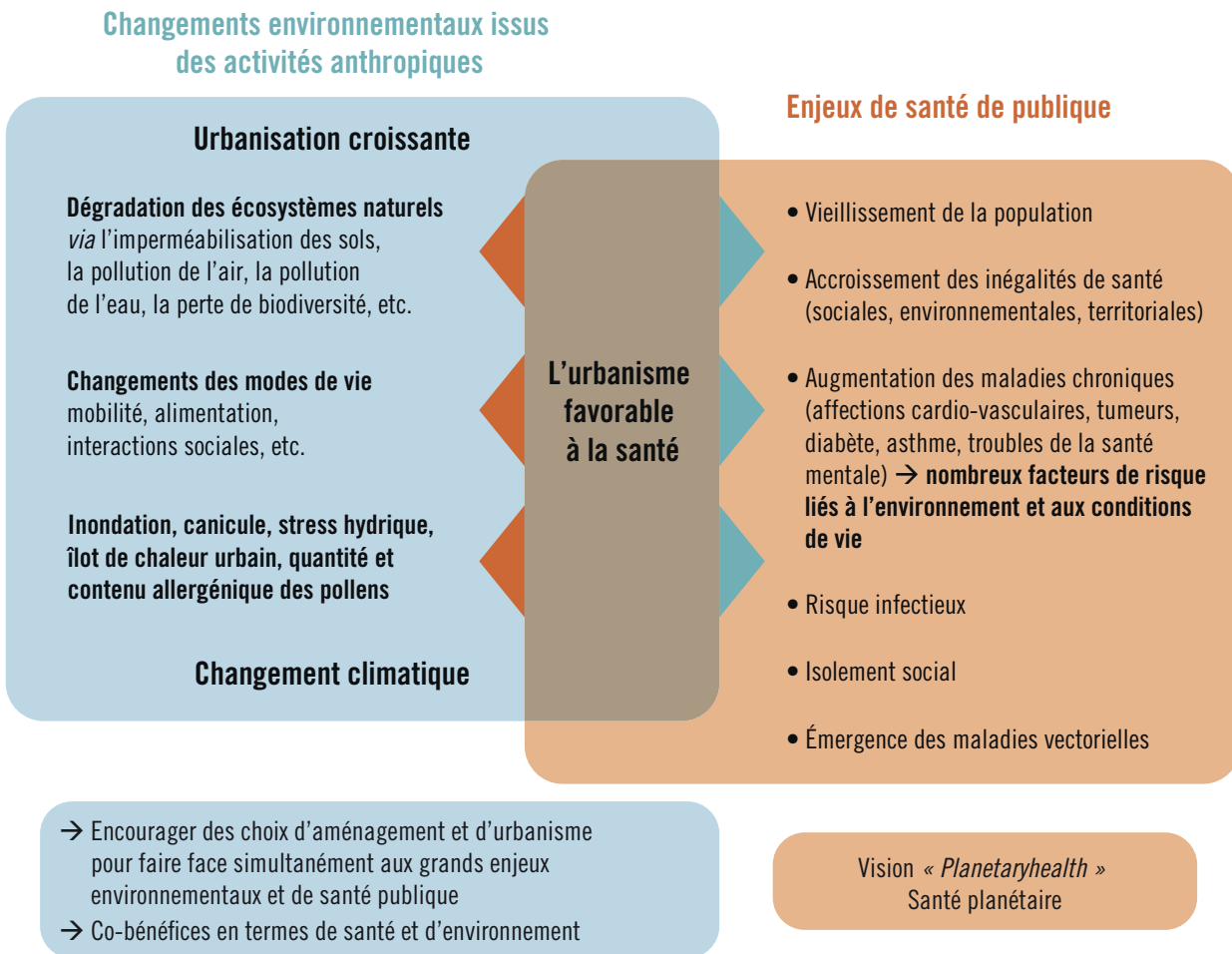
## L'ESSENTIEL

■ **Fondé sur l'approche de la santé dans toutes les politiques, promu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le concept d'urbanisme favorable à la santé (UFS) vise à tenir compte systématiquement et simultanément des conséquences sur la santé et sur l'environnement de tout projet d'urbanisme. Il s'agit d'encourager des choix d'aménagement et d'urbanisme qui minimisent l'exposition des populations à des facteurs de risque tels que la pollution de l'air, les nuisances sonores, l'isolement social, etc., et qui maximisent leur exposition à des facteurs de protection et de promotion de la santé – comme la pratique de l'activité physique, l'accès aux soins ou aux espaces verts, etc., le tout dans une optique de réduction des inégalités sociales de santé.**

approche plus intégrée de ces enjeux en adoptant des pratiques moins compartimentées, en cohérence avec le concept de santé planétaire (*planetary health*), initié en 2010 et qui offre des perspectives prometteuses pour faire évoluer les pratiques vers des approches plus intégrées en termes de santé publique et d'environnement [7].

C'est précisément dans cette vision que s'inscrit le concept d'UFS qui se déploie en France depuis le début des années 2010, avec pour objectif principal de faire évoluer les pratiques d'aménagement et d'urbanisme vers une meilleure intégration des enjeux

Figure 1. L'urbanisme favorable à la santé : à la croisée d'enjeux environnementaux et de santé publique.



Source : adapté de productions internes de l'EHESP – groupe UrbASET (Urbanisme Aménagement Santé Environnements Territoires)

de santé publique et des enjeux environnementaux. Si les liens entre urbanisme, santé et environnement sont aujourd'hui largement reconnus et documentés par la communauté scientifique [8-11], leur appréhension par les différents acteurs du territoire reste complexe et ils ne sont encore que très partiellement pris en compte dans les documents de planification et dans les projets d'aménagement. Ici encore, le système d'organisation très sectorisé des institutions, couplé à un mode de gouvernance complexe des politiques publiques territoriales [12] a conduit à l'installation d'un fonctionnement en silo de nombreux acteurs du territoire qui n'ont, au final, que peu d'opportunités de travailler ensemble malgré une finalité bien commune : la santé, la qualité de vie, et la préservation de l'environnement.

En conséquence, une meilleure intégration des enjeux de santé et

d'environnement aux différentes échelles des territoires passe par une amélioration des collaborations de l'ensemble de leurs acteurs (notamment des professionnels de l'aménagement, de l'urbanisme et de la santé publique), ainsi que par une évolution de leurs pratiques vers des approches plus intégrées en termes de santé publique et d'environnement.

### L'urbanisme favorable à la santé : origines, définition et principes-clés

L'UFS s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé et du bien-être de tous, tout en recherchant les co-bénéfices en termes de santé environnement.

Fondée sur l'approche de la santé dans toutes les politiques, promue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis la charte d'Ottawa (1986) [13] et plus explicitement depuis la déclaration

d'Adélaïde (2010) [14] et la déclaration de Shanghai signée en 2016 [15], l'UFS vise à tenir compte systématiquement et simultanément des conséquences sur la santé et sur l'environnement de tout projet d'urbanisme (planification et urbanisme opérationnel). Il s'agit d'encourager des choix d'aménagement et d'urbanisme qui minimisent l'exposition des populations à des facteurs de risque tels que la pollution de l'air, les nuisances sonores, l'isolement social, etc., et qui maximisent les opportunités de prévention et de promotion de la santé – comme la pratique de l'activité physique, l'accès aux soins ou aux espaces verts, etc., le tout dans une optique de réduction des inégalités sociales de santé.

Initié par le réseau des Villes-Santé de l'OMS en 1987, le concept d'UFS a été réinvesti en France depuis le début des années 2010 d'abord par les professionnels de santé publique,

puis plus récemment par les professionnels de l'aménagement et de l'urbanisme [16]. À l'échelle nationale, le déploiement de l'UFS repose sur trois principes-clés : tout d'abord une approche globale, dynamique et positive de la santé où on la considère comme le résultat du cumul d'exposition à un large panel de déterminants de santé environnementaux, socio-économiques et individuels, susceptibles de l'influencer positivement ou négativement ; ensuite, une approche intégrée des enjeux de santé publique et d'environnement qui vise à promouvoir les co-bénéfices santé et environnement des choix d'aménagement et d'urbanisme ; enfin, une approche « système » qui permet de considérer tout territoire de vie<sup>1</sup> comme un système complexe dynamique et ainsi de tenir compte de l'ensemble des

interactions entre les composantes de ce territoire, les déterminants de santé et la santé [17-19]. La *figure 2* représente le modèle conceptuel qui illustre ces principes et qui permet d'aborder la complexité des territoires de vie et d'appréhender le cumul des expositions ayant un impact sur la santé et les inégalités de santé.

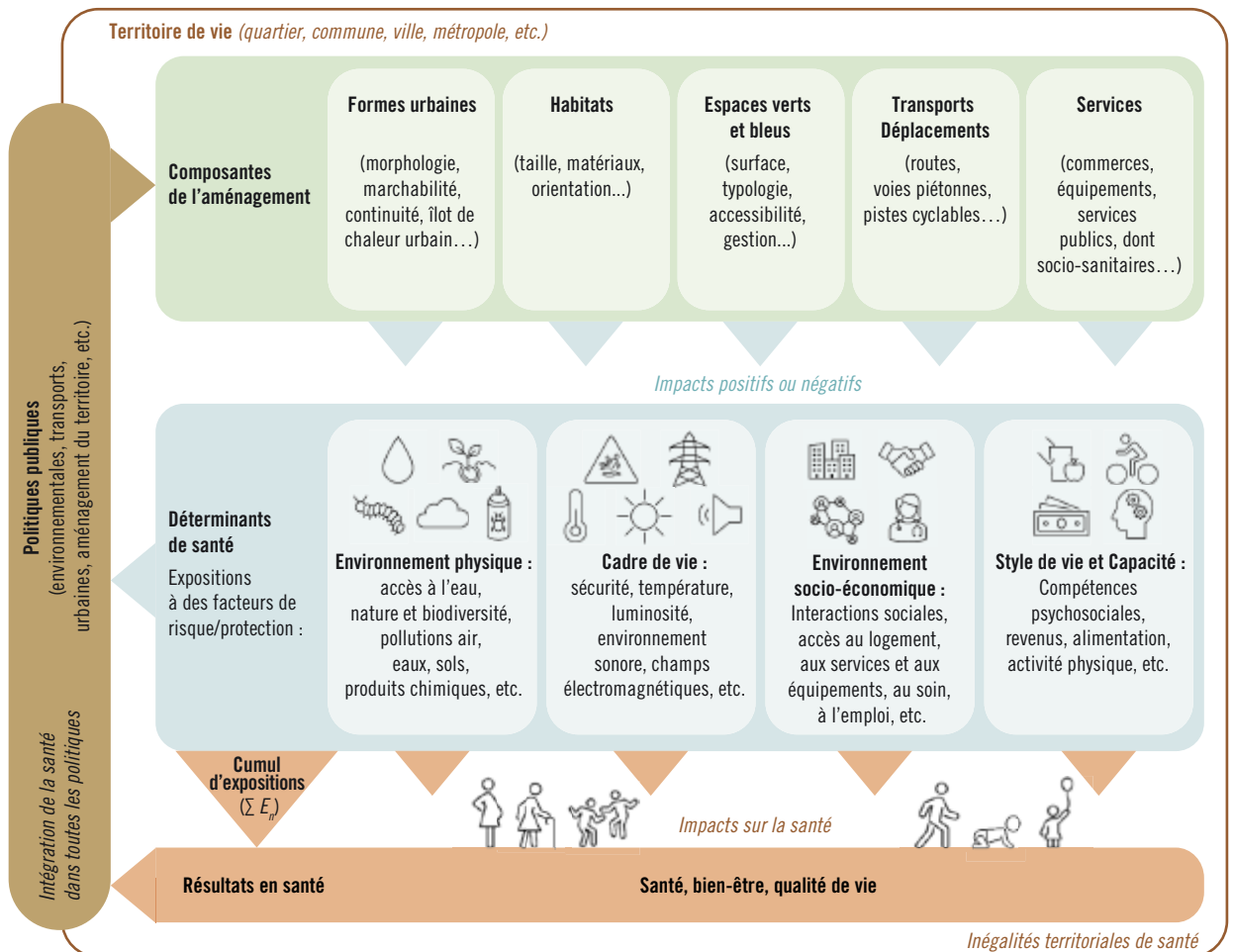
**Mise en œuvre de l'urbanisme favorable à la santé : une pluralité de stratégies d'actions et d'acteurs à coordonner pour des pratiques plus intégrées et collaboratives**

Le défi de la mise en œuvre de l'UFS est, d'une part, d'encourager et de soutenir l'évolution des pratiques pour placer la santé et l'environnement au cœur des politiques d'aménagement et d'urbanisme, et

d'autre part, de réussir à en faire de véritables leviers d'amélioration de la santé et de réduction des inégalités de santé. Cette ambitieuse mission ne relève pas d'une action unique, mais surtout de la coordination d'un ensemble d'actions et d'acteurs aux différentes échelles d'un territoire. Le cadre théorique développé pour organiser ces actions repose sur trois stratégies majeures à mettre en œuvre simultanément [16] (*figure 3*).

La première stratégie souligne l'importance de considérer tout projet ou toute politique liés à l'aménagement et à la gestion urbaine en adoptant une approche écosystémique de la santé, c'est-à-dire en tenant compte des multiples liens entre un large panel de déterminants de santé (environnementaux, socio-économiques et individuels) et le projet.

**Figure 2.** Modèle conceptuel pour aborder la complexité des liens entre les différentes composantes d'un territoire de vie, le cumul d'exposition à différents déterminants de santé et la santé selon une approche système.



Source : adapté de productions internes de l'EHESP – groupe UrbASET et Réseau français des Villes-Santés (RFVS), 2022.

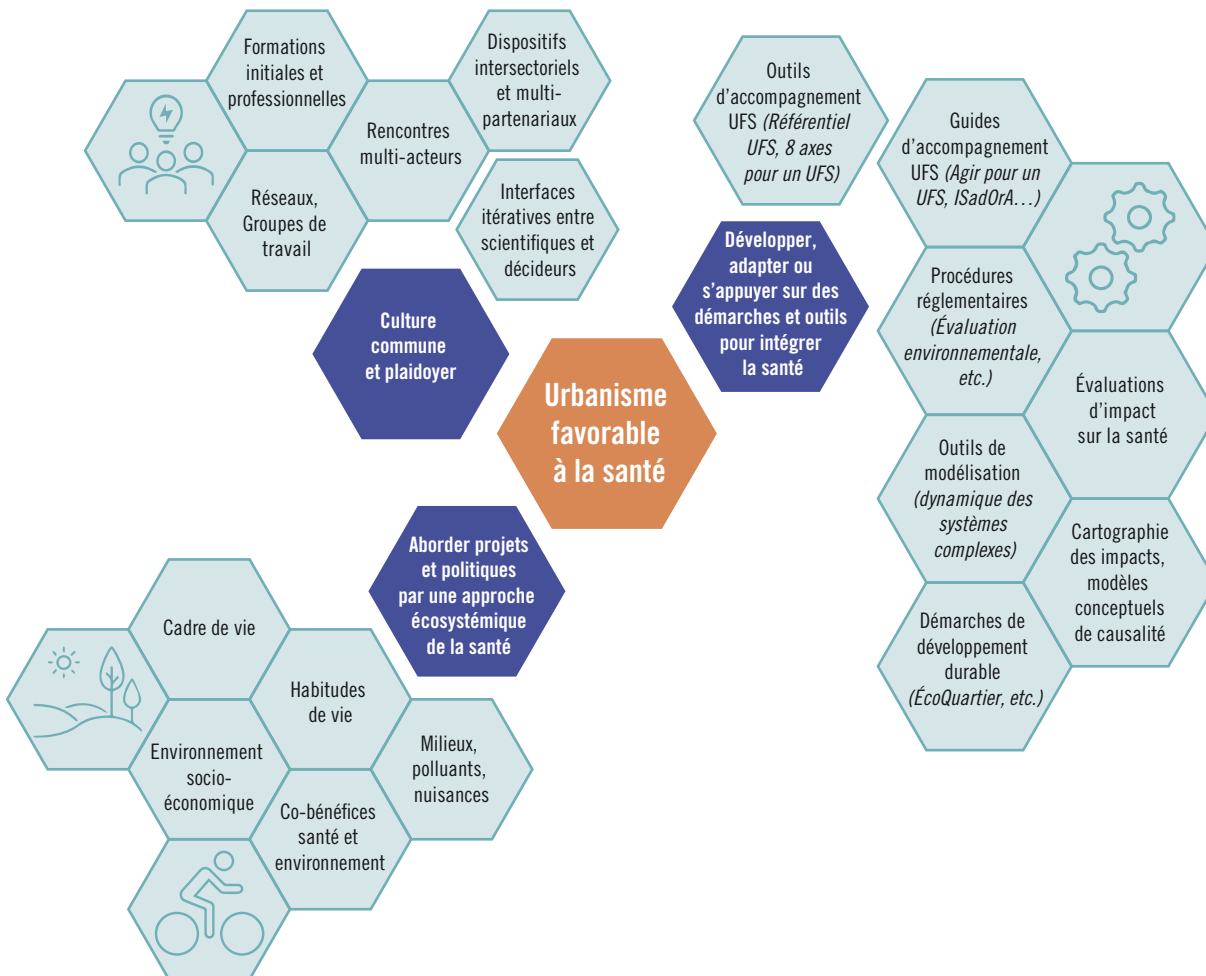
Cette façon de considérer les projets ou les politiques, ainsi que les éléments de preuve des liens entre urbanisme et santé doivent être partagés par un maximum d'acteurs du territoire, ce qui conduit à un deuxième axe stratégique : la constitution d'une culture commune et d'un plaidoyer pour l'UFS. Il s'agit notamment d'encourager des échanges multi-acteurs en favorisant les rencontres, les formations croisées et toutes formes de dispositifs multi-partenariaux pour faciliter l'acculturation aux principes de l'UFS et stimuler les initiatives UFS sur le territoire.

Enfin, les collectivités et tout acteur souhaitant engager une initiative d'UFS doivent pouvoir disposer d'outils et de méthodologies adaptés pour donner à la santé un caractère concret et aider à la traduire dans leurs pratiques d'aménagement

et d'urbanisme. Cette troisième stratégie regroupe une série de procédures, d'outils et de démarches à choisir selon l'initiative engagée. En effet, les démarches favorisant la mise en œuvre du concept d'UFS sont multiples et complémentaires. Les différents outils développés et mis à disposition ces dernières années – comme le guide *Agir pour un urbanisme favorable à la santé* [20 ; 21] et *Le Guide ISadOrA* [22] publié en 2020 – peuvent aider à structurer une démarche d'accompagnement UFS au sein d'un territoire. D'autres démarches peuvent aussi être mobilisées, telle que la procédure d'évaluation environnementale des documents d'urbanisme et des projets d'aménagement (étude d'impact), dans laquelle l'avis sanitaire des agences régionales de santé (ARS) est requis depuis les évolutions

réglementaires de 2011, affirmant ainsi la légitimité des ARS en tant qu'acteurs-clés pour promouvoir un UFS [23]. En parallèle, de nombreuses démarches d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) sur des projets d'urbanisme se déploient depuis 2010 [24 ; 25] (voir aussi article L'évaluation d'impact sur la santé : un outil pour l'urbanisme favorable à la santé dans ce dossier central, NDLR). Véritable méthodologie d'aide à la décision, cette démarche non réglementaire, cadrée lors du consensus de Göteborg en 1999, vise à anticiper les conséquences sur la santé de politiques, programmes ou projets avant leur mise en œuvre et de suggérer des réajustements en vue de limiter les impacts négatifs et de renforcer les impacts positifs. Selon les déterminants de santé investigués, l'EIS peut mobiliser différents types d'outils

Figure 3. Cadre théorique des stratégies d'action de mise en œuvre de l'urbanisme favorable à la santé (UFS).



Source : adapté de : Roué Le Gall A. et Thomas M.-F. Urbanisme favorable à la santé : de la théorie à la pratique (2018) [6].

d'évaluation, comme l'évaluation quantitative d'impact sanitaire (EQIS) pour la pollution de l'air [26].

### Une multitude d'initiatives encourageantes à l'échelle locale, mais des défis demeurent

La mise à disposition de ces outils, démarches et méthodologies a facilité le déploiement de l'UFS à différentes échelles du territoire national. La multiplication des initiatives témoigne de l'intérêt d'un nombre croissant d'acteurs à se mobiliser sur des enjeux de santé publique et sur les grands enjeux environnementaux. Ces initiatives peuvent prendre différentes formes et concerner, par exemple, des projets d'aménagement d'ambition plus ou moins importante : aménagement de quartier, rénovation urbaine ou d'espaces publics, d'infrastructures de transport, de loisirs, d'espaces verts, etc. ; des documents d'urbanisme : programme local d'urbanisme intercommunal – PLUi, schéma de cohérence territoriale – SCoT, etc. ; ou des documents de planification : plan climat-air-énergie territorial – PCAET, plan de déplacement urbain – PDU, etc.



© Ville de La Chaux-de-Fonds, A. Henrichz

Si toutes ces activités sont encourageantes, elles demeurent encore minoritaires à l'échelle de l'ensemble du territoire. Même si nous ne disposons pas d'un recensement exhaustif de toutes les initiatives en cours, les retours d'expériences révèlent, d'une part, des disparités entre les territoires qui s'y investissent et, d'autre

part, de nombreuses difficultés à surmonter pour réussir à faire de la santé et de l'environnement de véritables critères de décision – lourdeurs administratives, travail en silo, diversité de représentations du concept de santé, difficulté à s'approprier les nouveaux cadres, les nouveaux outils de l'UFS, etc.

## URBANISME, AMÉNAGEMENT : QUELQUES ÉLÉMENTS DE DÉFINITION

Nos lieux de vie résultent de politiques d'aménagement portées à diverses échelles, du national (p. ex. les grandes infrastructures de transport) au local. On peut distinguer deux grands champs d'actions.

Un premier champ concerne la planification :

- programme local de l'habitat – PLH ;
- plan de déplacements urbains – PDU ;
- schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires – Sradet ;
- etc.

et l'urbanisme réglementaire :

- schéma de cohérence territoriale – SCoT ;
- plan local d'urbanisme – PLU ;
- etc.

Ils visent à définir un projet pour le territoire à moyen terme. Les documents d'urbanisme (urbanisme réglementaire) visent tout particulièrement à réglementer l'usage du sol, à fixer les conditions du développement à venir, par exemple en régulant l'étalement

urbain, en organisant les fonctions dans le territoire (p. ex. centralités commerciales, espaces verts ou de nature, etc.), en fixant les conditions à respecter pour les futures constructions, etc. L'ensemble de ces documents de planification et d'urbanisme sont reliés les uns aux autres et avec divers actes administratifs (autorisation d'un permis de construire, etc.) dans une hiérarchie des normes. Ainsi, le PLU est compatible avec les dispositions du SCoT qu'il vient préciser et il édicte des règles auxquelles toute construction à venir doit être conforme.

Le second champ concerne l'urbanisme opérationnel, les projets de construction et les aménagements. Les actions relevant de ce champ aboutissent donc à des réalisations concrètes à relativement court terme (de quelques années à une dizaine d'années). Selon le degré de complexité des réalisations visées, celles-ci peuvent être menées dans

le cadre de projets d'aménagement plutôt longs, par exemple le (ré)aménagement d'un quartier entier ou d'une ligne de tramway. Ils recourent alors à des outils de l'urbanisme opérationnel (p. ex. : zone d'aménagement concerté – ZAC). Les aménagements moins complexes sont dits réalisés « dans le difus » (p. ex. la construction d'une école, le réaménagement d'une place, etc.).

En complément, de nombreuses politiques et de nombreux projets intersectoriels alimentent tant la planification, les réalisations que la gestion urbaine : par exemple, les politiques de soutien aux mobilités actives, d'apprentissage du vélo, etc. sont complémentaires aux aménagements favorables aux modes actifs.

Ainsi, le champ de l'urbanisme et de l'aménagement est vaste, technique et complexe. Il convoque de nombreux professionnels et est mené en lien avec de nombreuses autres politiques.

Il reste beaucoup à faire pour continuer à soutenir ces initiatives et pour les rendre plus systématiques dans tous les territoires, de façon à ne pas aggraver les inégalités territoriales et sociales de santé.

Parmi les défis à relever, soulignons celui d'encourager des temps de rencontres, d'échanges et de partenariats entre les professionnels de l'aménagement, de l'environnement et de la santé publique afin d'élaborer une culture commune autour de ces principes. Le développement de formations professionnelles sur l'UFS, telle que le diplôme d'établissement Santé publique et Aménagement des territoires, vers un UFS – D.E. Spat<sup>2</sup>, ou encore la constitution de réseaux à l'image du Réseau Bretagne urbanisme et santé (Rbus) représentent des exemples de mise en relation des champs de la santé et de l'urbanisme. La mise en œuvre de cette intersectorialité offre l'opportunité d'une réflexion sur l'intégration des principes de l'UFS dans les pratiques de chacun, dans le champ de l'urbanisme, mais aussi dans celui de la santé publique. Les défis liés à la mise en œuvre de l'UFS recouvrent plus largement la gouvernance des projets d'aménagement et d'urbanisme ainsi que la philosophie qui y est insufflée. Placer la santé au cœur des décisions, telle doit être la finalité de l'UFS.

Malgré ces initiatives intéressantes, il y a urgence à accélérer le mouvement en cours, la crise sanitaire que nous traversons nous le rappelle et nous devons nous en saisir pour faire bouger les lignes. On peut espérer que cette crise souligne plus que jamais la nécessité d'inscrire durablement et structurellement à l'agenda des décideurs locaux les questions de santé publique dans les préoccupations urbanistiques. ■

1. On entend par territoire de vie, une unité territoriale (ou un système) d'échelles variables : pièce de vie, logement, quartier, ville, région, etc., structurée en différentes composantes spatiales et non spatiales dans lesquelles les individus évoluent.  
2. <https://formation-continue.ehesp.fr/formation/sante-publique-et-amenagement-des-territoires-vers-un-urbanisme-favorable-la-sante-spat/>

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Lévy A., Barles S., Baudouï R., Fleuret S., Lévy A. (dir.), *Collectif – Ville, urbanisme et santé, les trois révolutions*. Paris : Éditions Pascal, coll. Société & santé, 2012 : 320 p.
- [2] Haines A. Addressing challenges to human health in the Anthropocene epoch—an overview of the findings of the Rockefeller/Lancet Commission on Planetary Health. *Public Health Reviews*, 2016, vol. 37 : 14.
- [3] Haines A., Scheelbeek P., Abbasi K. Challenges for health in the Anthropocene epoch. *BMJ*, 2019, vol. 364, n° I460.
- [4] Coverdale J., Balon R., Beresin E. V., Brenner A. M., Guerrero A. P. S., Louie A. K. et al. Climate change: A call to action for the psychiatric profession. *Academic Psychiatry*, 2018, vol. 42, n° 3 : p. 317-323.
- [5] Friel S., Marmot M., McMichael A. J., Kjellstrom T., Vagerö D. Global health equity and climate stabilization: A common agenda. *The Lancet*, 2008, vol. 372, n° 9650 : p. 1677-1683.
- [6] Roué Le Gall A., Thomas M.-F. Urbanisme favorable à la santé : de la théorie à la pratique. Dossier Prendre soin des urbains. *Urbanisme*, octobre 2018, n° 410 : p. 36-39.
- [7] Horton R., Lo S. Planetary health: A new science for exceptional action. *The Lancet*, 2015, vol. 386, n° 10007 : p. 1921-1922.
- [8] Barton H., Thompson S., Burgess S., Marcus G. *The Routledge Handbook of Planning for Health and Well-Being*. Londres & New York : Routledge Taylor & Francis Group, 2015 : 618 p.
- [9] Carmichael L. Healthy cities: The evidence and what to do with it. *Urban Design – New Series*, 2017, vol. 142, p. 20-22.
- [10] Organisation mondiale de la santé. *Health as the Pulse of the New Urban Agenda: United Nations Conference on Housing and Sustainable Urban Development*. Quito, October 2016. Genève : OMS, 2016 : 44 p.
- [11] Carmichael L., Townshend T. G., Fischer T. B., Lock K., Petrokofsky C., Sheppard A. et al. Urban planning as an enabler of urban health: Challenges and good practice in England following the 2012 planning and public health reforms. *Land Use Policy*, 1<sup>er</sup> mai 2019, vol. 84 : p. 154-162.
- [12] Dubois J. *Les Politiques publiques territoriales. La gouvernance multi-niveaux face aux défis de l'aménagement*. Rennes : PUR, 2009 : 216 p.
- [13] Organisation mondiale de la santé. Promotion de la santé. Charte d'Ottawa. Genève : OMS, 1986 : 6 p.
- [14] World Health Organization & Government of South Australia. *Déclaration d'Adelaide sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être*. 2010.
- [15] *Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030*. Neuvième conférence mondiale sur la promotion de la santé, 2016.
- [16] Roué Le Gall A., Deloly C., Thomas M.-F. L'urbanisme favorable à la santé (UFS), une nouvelle approche des politiques d'urbanisme et d'aménagement des territoires promoteurs de santé. In Collectif. *Santé et Territoires*. Paris : Gallimard, coll. Points Fnau – Alternatives, 2020, n° 11 : p. 11-15.
- [17] Keshavarz Mohammadi N. One step back toward the future of health promotion: complexity-informed health promotion. *Health Promotion International*, 2019, vol. 34, n° 4 : p. 635-639.
- [18] Burke T. A., Cascio W. E., Costa D. L., Deener K., Fontaine T. D., Fulk F. A. et al. Rethinking environmental protection: Meeting the challenges of a changing world. *Environmental Health Perspectives*, 2017, vol. 125, n° 3 : A43-A49.
- [19] Chapman R., Howden-Chapman P., Capon A. (2016) Understanding the systemic nature of cities to improve health and climate change mitigation. *Environment International*, vol. 94 : p. 380-387.
- [20] Roué Le Gall A., Le Gall J., Potelon J.-P., Cuzin Y. *Agir pour un urbanisme favorable à la santé : Concepts et outils*. Guide EHESP/DGS, 2014 : 191 p.
- [21] Roué Le Gall A., Lemaire N., Jabot F. Lessons learned from co-constructing a guide on healthy urban planning and on integrating health issues into environmental impact assessments conducted on French urban development projects. *Impact Assessment and Project Appraisal (IAPA)*, 2017, vol. 36, n° 1 : p. 68-80.
- [22] Roué Le Gall A., Clément B., Malez M. (dirs.) *Le Guide ISadOrA : une démarche d'accompagnement à l'intégration de la santé dans les opérations d'aménagement urbain*. EHESP, a-urba, mars 2020 : 352 p.
- [23] Roué Le Gall A., Cuzin Y. Agir pour un urbanisme favorable à la santé : le rôle central des ARS. In Mariotte S. (dir.) *Territoires, incubateurs de santé ? Les Cahiers*, 2014, n°s 170-171 : 190 p.
- [24] Roué Le Gall A., Jabot F. Health impact assessment on urban development projects in France: finding pathways to fit practice to context. *Global Health Promotion*, 2017, vol. 24, n° 2 : p. 25-34.
- [25] Jabot F., Rivadeneyra-Sicilia A. Health impact assessment institutionalisation in France: state of the art, challenges and perspectives. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 2021.
- [26] Corso M., Lagarrigue R., Medina S. *Pollution atmosphérique. Guide pour la réalisation d'une évaluation quantitative des impacts sur la santé (EQIS). EQIS avec une exposition mesurée*. Santé publique France, 2019 : 88 p.