

Ateliers 2014



# Métropole et santé

I | H | E | D | A | T | E  
Institut des hautes études de développement  
et d'aménagement des territoires en Europe

# **Promotion 2014**

## **Après Colbert, les territoires ?**

### **Atelier 1 – Métropole et Santé**

05/12/2014

Geneviève Besse, Sylvine Bois-Choussy, Philippe Bouvart, Laurence Cahuzac, Séverine Chapus, Emmanuelle Combes, Laurence Daude, Eve Jouannais, Lila Lakehal, Didier Leschi, Stéphane Letexier, Elsa Martayan, Anne Nicolas, Samira Ouzzine, Benoit Parent, Régis Piollat, Anne-Françoise Robert, Olivier Robinet.

*Comment organiser la santé au sein de ces nouvelles entités que seront demain les métropoles, dans quelle mesure celles-ci peuvent-elles s'emparer de cet enjeu ? Comment penser la santé, au-delà d'une réponse aux dysfonctionnements du corps, dans une approche globale de celle-ci ? Quelles politiques publiques imaginer dans ce sens ?*

Cette problématique nous propose deux axes de réflexion :

1/ Les enjeux liés à l'accès au soin : Comment, au regard des mutations du tissu urbain, des flux et des usages qui le traversent comme des enjeux de santé, imaginer l'évolution de l'organisation et de la répartition territoriale des services qui contribuent à soigner la population ?

2/ Les enjeux liés à la promotion de la santé et du bien-être dans une approche plus large:  *dans quelle mesure l'urbanisme, les politiques d'équipement et d'animation sociale, culturelle, citoyennes, peuvent-ils contribuer à produire de la santé, c'est-à-dire à maintenir, voire améliorer la santé des populations urbaines ?* Au regard des compétences de notre groupe de travail, nous proposons de nous centrer sur ce second axe, sur lequel notre apport peut être le plus pertinent.

### **Métropole et santé ou Santé et métropole ?**

En choisissant l'entrée Métropole et Santé, il nous semble remettre du sens dans l'ordre des facteurs. La grande ville, depuis l'ère industrielle, est considérée comme source de nuisances et de risques sanitaires : les miasmes et les épidémies sont longtemps assimilés à l'insalubrité des quartiers populaires où des vagues de nouveaux arrivants s'entassent ; l'hygiénisme a ainsi présidé à la révolution urbaine qui a modernisé les grandes villes, ou du moins leurs centres. Par la suite, la réponse à la croissance urbaine de l'après-guerre, marquée par 30 ans de politique de constructions de grands ensembles, a été largement guidée par l'ambition d'améliorer les conditions d'habitat et de résorption des quartiers insalubres.

Aujourd'hui, les métropoles, où vivent plus d'un humain sur deux en 2012, sont à nouveau désignées comme génératrices de nuisances associées à des maladies non transmissibles en constante augmentation. Spécialistes des questions liées au territoire plus que des questions de santé, il nous semble que cette entrée Métropole et Santé nous permettra d'aborder au mieux la question et pour proposer des pistes d'action.

### **La métropole : Topologie et pathologie**

Nous avons opté pour une acception large du terme de métropole, celle d'un territoire géographique, d'un bassin de vie. Nous ne nous limitons ainsi pas à la définition qu'en donne la loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, qui ne prévoit d'ailleurs pas de transfert de compétences aux futures métropoles dans le domaine de la santé. On pourra toutefois considérer les périmètres des métropoles comme un cadre territorial dans lequel les seuils d'accès aux services peuvent avoir une certaine pertinence.

Nous avons enfin cherché à dégager les spécificités de la métropole contemporaine au regard des enjeux de santé : exacerbation de tensions sociales, bouleversements écologiques, diversification et densification des flux et migrations, etc.

### **La santé : un bien commun à construire**

La notion de santé publique a évolué au cours du temps : on parle ainsi de trois révolutions<sup>1</sup> :

---

<sup>1</sup> Cf. Introduction du l'ouvrage collectif dirigé par de François Aubry et Louise Potvin *Construire l'espace socio-sanitaire*, éd. Les Presses de l'Université de Montréal, 2012.

- la première, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, a été marquée par la découverte du modèle viral de transmission des maladies et la lutte contre les agents infectieux, qui s'est traduite par les travaux d'assainissement, la vaccination, les grands travaux d'urbanisme ;

- la deuxième s'élabore dans le second tiers du XX<sup>e</sup> siècle, avec l'émergence des maladies chroniques. Les actions se sont portées sur les facteurs de risques liés aux modes de vie. C'est durant cette deuxième période que l'OMS définit la santé de façon positive, comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité <sup>2</sup> ».

- La troisième est amorcée en 1986 avec la charte d'Ottawa<sup>3</sup>. La santé requiert la création d'environnements favorables afin de promouvoir les conditions nécessaires pour permettre à tous de vivre en bonne santé – politiques publiques du logement, de mobilité, du traitement des nuisances, etc. –, l'action de tous les intéressés (politiques de participation, approches citoyennes, *empowerment*), une économie de la connaissance. On parle désormais de « promotion de la santé », santé qui échappe au seul domaine de compétences des professionnels du soin, et est investie par tous les acteurs de la société et concerne tous les aspects de la vie. La santé est certes une ressource pour la vie de tous les jours, mais elle est aussi *produite* dans la vie de tous les jours<sup>4</sup>. Trente ans plus tard, on peine cependant à trouver une traduction concrète de cette Charte dans les politiques publiques.

Dans notre tentative d'embrasser la multiplicité de ces déterminants, nous nous sommes tournés vers l'idée d'une métropole du *Care*. Par cette notion de *Care*, investie notamment en France par la philosophe Sandra Laugier et reprise comme argument politique par Martine Aubry, nous entendons une approche portée par un souci de prévention, d'équité, une approche transversale et holistique qui concilie l'environnement, le social, l'économique, le politique et dont l'accès aux soins techniques n'est qu'un des aspects. Elle implique une interaction et une co-responsabilité des différents acteurs. Nous sommes cependant encore loin des préconisations de la charte d'Ottawa et la marge de progrès est immense pour voir émerger des métropoles « amicales » comme peuvent les qualifier les anglo-saxons.

Dans un premier temps, nous dressons un aperçu des faiblesses et atouts de la métropole comme cadre privilégié de la promotion de la santé pour aborder ensuite les pistes d'actions visant à contribuer au mieux-être général d'une société soumise à la pression considérable de risques économiques et sociaux, environnementaux, climatiques ou géopolitiques : politiques publiques, actions citoyennes, interventions d'acteurs privés.

---

<sup>2</sup> Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé adopté lors de la conférence internationale sur la Santé, New-York juin 1946, qui a fait l'objet d'un accord signé en juillet de la même année par 61 États et entre en vigueur en avril 1948.

<sup>3</sup> Élaborée à l'issue de la première conférence internationale pour la promotion de la santé en novembre 1986 « en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà ».

<sup>4</sup> Breslow, L (1999) From disease prevention to health promotion. *Journal of the American Medical Association*, in *Construire l'espace sociosanitaire*.

# I. Une métropole ambivalente

## 1. Métropole des nuisances

La métropole, par sa densité démographique et urbaine, par son mode même d'expansion le plus souvent sur des zones anciennement industrielles, concentre des nuisances (qualité de l'air, de l'eau et des sols, bruit, etc.) et des risques qui portent préjudice au bien-être et à la santé de ses habitants. Les sollicitations multiples et permanentes, les allongements croissants des trajets domicile-travail, les conditions de travail, d'habitat et de transport sont sources de stress, voire d'altération de la santé psychique dans nos métropoles toujours plus denses et dilatées.

### L'étalement urbain, source de stress et de pollution

L'étalement urbain, qui atteint son paroxysme entre 1975 et 1990 et se poursuit aujourd'hui sous la forme d'une urbanisation diffuse vers des zones de plus en plus reculées<sup>5</sup>, favorise la dépendance à l'automobile du fait d'une moindre desserte en transports publics : la moitié des ménages périurbains ont deux voitures ou plus, contre 20 % en centre-ville. On constate en outre que les initiatives de co-voiturage ne se développent pas sur les trajets centre/périphérie de la métropole et entre banlieues.

Entre ville et campagne, un environnement plus sain, une mobilité plus douce ? Si l'habitat en zone périurbaine, a priori plus proche de la nature, pourrait favoriser la marche ou le sport, en réalité l'usage contraint de la voiture, l'absence fréquente d'aménagements piétonniers ou cyclables rend les déplacements doux difficiles et conduit à une augmentation de la sédentarité<sup>6</sup> : en France, seulement une personne sur six vivant en ville marche plus de 30 minutes par jour ; sur le continent nord-américain, 55% des adultes québécois marchent moins d'une heure par semaine. À l'inverse, les transports en commun contribuent à l'activité physique, leurs usagers pratiquant deux à trois minutes d'activité physique en plus pour chaque dix minutes de déplacement, comparée à la voiture<sup>7</sup>.

La difficulté des déplacements dans la métropole – allongement des temps de transport, congestion du trafic, surcharge des transports publics, etc. – est en outre source de stress. Ainsi, selon une enquête mondiale menée par IBM<sup>8</sup>, un tiers des 8000 automobilistes interrogés ont affirmé que la pénibilité de leur trajet entachait leur efficacité au travail ; 28 % des actifs considèrent que les conditions de transport sont une source de fatigue, d'usure ou d'altération de la santé<sup>9</sup>. Les temps de transport domicile-travail sont par ailleurs, à distance équivalente, plus long en métropole qu'en dehors : 34 minutes en moyenne pour les franciliens pour 19 minutes en moyenne en province<sup>10</sup>.

### Le cumul des risques sanitaires environnementaux

Si la notion de risques sanitaires liés à l'environnement est apparue dès le début du XX<sup>e</sup> siècle, c'est à partir des années 1960 et 1970 que les populations exposées se sont mobilisées pour protester contre les inégalités en matière d'exposition aux risques sanitaires liés à

---

<sup>5</sup> Source Corine Land cover, Le Point sur n°10 avril 2009

<sup>6</sup> <http://www.groupechronos.org/blog/sante-et-mobilite-quelques-chiffres-cles>

<sup>7</sup> Basile Chaix, projet Record-GPS, 2014

<sup>8</sup> The globalisation of traffic congestion : IBM 2010 Commuter pain Survey, dans 20 grandes villes mondiales.

<sup>9</sup> Technologia stress et transport, 2013.

<sup>10</sup> Rapport Insee Ile-de-France, avril 2011.

l'environnement ; aujourd'hui, ceux-ci sont de plus en plus nombreux et complexes. L'approche pastorienne (un germe, une pathologie, un antibiotique) n'est plus suffisante pour les risques qualifiés d'émergents, qu'ils proviennent de l'exposition à des substances nocives ou d'effets physiques nouveaux (perturbateurs endocriniens, nanoparticules, etc.), ou que leur impact sur la santé ait été plus récemment évalué (pollution atmosphérique, bruit, etc.). La relation classique entre la dose et l'effet est en outre bousculée par l'approche des multi expositions sur longue durée.

La métropole, en tant qu'entité urbaine complexe et dense, expose de manière élevée à certaines pathologies environnementales souvent cumulées : pollution atmosphérique, nuisances sonores, exposition aux ondes électromagnétiques, etc. Une récente étude sur la pollution atmosphérique menée dans le cadre du projet Aphekom<sup>11</sup> sur 25 de 12 pays européens confirme ainsi par exemple l'effet de la pollution atmosphérique et des micro-particules en suspension (PM2,5) sur la santé (troubles des appareils respiratoires, cardio-vasculaires, etc.) ; le rapport est accablant : dans les villes étudiées, le dépassement du taux de particules par rapport au seuil recommandé par l'OMS est responsable de 19 000 décès prématurés<sup>12</sup> chaque année, principalement par des troubles cardio-vasculaires. Le respect de ce seuil se traduirait par une économie annuelle de 31 Mds€ dans les grandes métropoles européennes et un gain d'espérance de vie de 5,7 (Paris) à 7,5 mois (Marseille). À une échelle plus fine, le projet a montré que 50 % de la population de dix villes européennes étudiées vivait à moins de 150 mètres de grands axes routiers qui étaient responsables d'une augmentation de 15 à 30 % de l'asthme chez les enfants et des troubles respiratoires et coronariens chez les personnes âgées. Face à cette situation, les mesures visant à réduire la circulation ou le taux de soufre dans les carburants a montré son efficacité dans plusieurs métropoles (Londres, Stockholm).

Le bruit figure parmi les principales nuisances ressenties par les Français vivant en milieu urbain<sup>13</sup> : 86 % d'entre eux se déclarent gênés par le bruit lié principalement aux transports et au voisinage. Comme le rappelle l'ANSES dans son rapport de 2013, l'exposition au bruit a des effets sanitaires extra-auditifs à court (perturbation du sommeil, irritabilité) et long terme (difficulté d'apprentissage scolaire, effets cardiovasculaires,...)<sup>14</sup>. Les politiques publiques visant la réduction de l'exposition au bruit concernent en premier lieu les métropoles (réduction de la densité et de la vitesse de circulation, aménagements anti-bruits, etc.).

Si l'effet sur la santé de l'exposition aux ondes électromagnétiques, particulièrement élevé dans l'environnement des métropoles reste incertain scientifiquement en dehors des populations dites électro sensibles, elles nécessitent néanmoins une approche transparente d'accès à l'information et une démarche de sobriété dans l'équipement des métropoles en infrastructures de communication<sup>15</sup>.

La métropole est également particulièrement en résonance avec les changements globaux : à la fois cause principale des émissions de gaz à effets de serre et du réchauffement climatique (les villes sont responsables de 70% des émissions de GES mondiales), elle en est la principale affectée en amplifiant notamment l'effet « d'îlots de chaleur urbains ». Actuellement, la température moyenne annuelle dans Paris est de 2,5°C supérieur aux zones rurales périphériques de l'Île-de-France, ce qui l'expose aux épisodes caniculaires dont les effets sur la surmortalité des personnes âgées ont été révélés en 2003. Des mesures d'aménagement telles que la couleur des revêtements ou la présence de végétation ou encore la forme d'urbanisme a

---

<sup>11</sup> Pascal M., Medina S. *Résumé des résultats du projet Aphekom 2008-2011. « Des clefs pour comprendre les impacts de la pollution atmosphérique urbaine sur la santé en Europe », Saint-Maurice, INVS 2012.*

<sup>12</sup> *En France, le nombre de morts prématurés est évalué à plus de 40 000, et 348 000 en Europe.*

<sup>13</sup> *Sondage IFOP, les français et les nuisances sonores, octobre 2014.*

<sup>14</sup> *Plan national Santé-environnement 2015-2019. Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, ministère des Affaires sociales et de la Santé, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.*

<sup>15</sup> *Plan national Santé-environnement, 2015-2019 op. cit.*

un effet très important pour atténuer ces effets<sup>16</sup>.

## La métropole, lieu des inégalités d'accès aux aménités et de vulnérabilité

Les métropoles présentent un profil contrasté. Sur le territoire métropolitain, les situations de pauvreté et les lieux de richesse se mêlent, se bousculent et s'ignorent.

### Des inégalités croissantes de revenus et d'accès à un cadre de vie de qualité

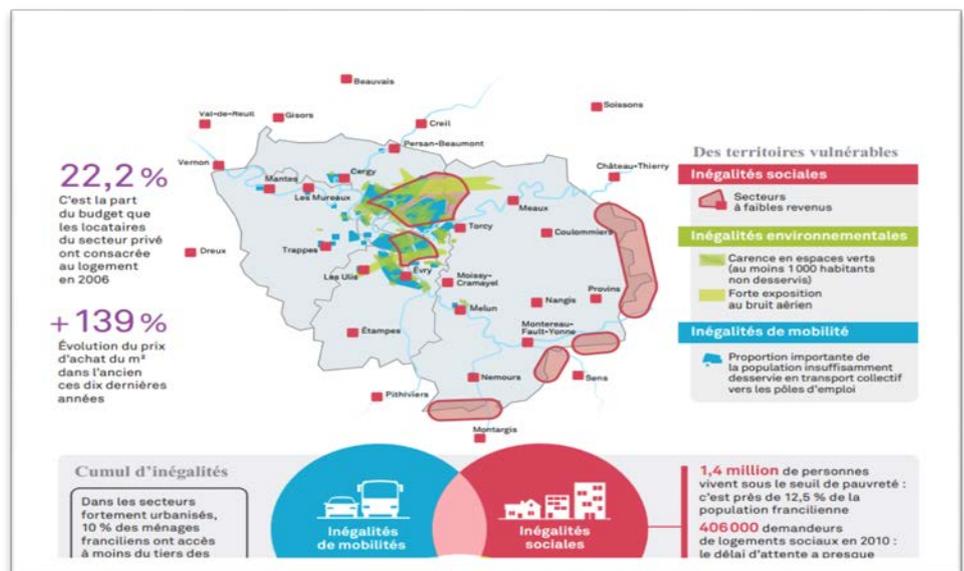
Convergent dans la métropole des populations d'origines diverses géographiquement et socialement. Les élites comme les populations défavorisées sont attirées par les perspectives d'ascension économique et sociale mais leurs dynamiques d'évolution y sont très contrastées. La répartition géographique des populations tend à une spécialisation territoriale de la présence des catégories socioprofessionnelles. Ces dynamiques sont autant le fait des héritages historiques de l'établissement des filières économiques (espaces industriels avec les cités ouvrières par exemple), que des réflexes de rassemblement des populations proches par leur origine géographique ou sociale, leur mode de vie, leurs revenus<sup>17</sup>.

Ceci se traduit par des mécanismes de concentration des richesses et des leviers d'actions au sein des territoires favorisés déjà bien dotés en termes d'aménagements, de qualité du cadre de vie, de financement des équipements etc. Outre le fait que les populations aisées accèdent à une alimentation saine et un cadre de vie de qualité (logement avec de l'espace disponible par individu, bonnes conditions d'hygiène et de chauffage, qualité acoustique,...), elles bénéficient souvent d'environnements de meilleure qualité au sein des métropoles (accessibilité aux équipements, à une diversité de modes de transports, à un air de qualité, des espaces de nature, capacités à s'isoler du bruit).

Les populations modestes quant à elles subissent généralement une « double peine » : modestie des moyens économiques d'une part, et, d'autre part, insuffisance de prise en compte de leurs besoins, s'agissant des plus modestes, dans les grands projets

d'infrastructures (TGV), de logement, d'accès aux aménités. Les répercussions sont directes sur la santé, du fait d'un cadre de vie dégradé en terme environnemental, associé à des difficultés souvent majeures d'accès aux équipements et globalement aux aménités.

Ainsi, les défauts de gouvernance de la métropole – inégalités d'organisation administrative, solidarité économique insuffisante entre les collectivités d'une même métropole ont un impact direct sur la qualité du cadre de vie, et, par conséquent, la santé d'une partie de ses habitants, qui contribuent aux inégalités de bien-être et de santé.



<sup>16</sup> Atelier parisien d'urbanisme. « Les îlots de chaleur urbains à Paris », Cahier #1, décembre 2012.

<sup>17</sup> Cf. Schéma directeur de la région Ile-de-France – Sdrif 2013.

## Handicap, perte d'autonomie et sociabilité

Le vieillissement de la population et les modes de vie caractéristiques de la métropole font de la perte d'autonomie un défi que les pouvoirs publics peinent à prendre pleinement en compte et qui ne fera que s'amplifier, au vu des évolutions démographiques comme des scénarii prospectifs sur la densification urbaine.

En 2035, près d'un tiers des Français aura 60 ans ou plus et 13,6 % aura plus de 75 ans<sup>18</sup>. Selon l'Insee, 5,5 millions de personnes ont déclaré un handicap en 2013. Si l'on prend en compte la définition de loi du 11 février 2005<sup>19</sup>, elles étaient même 9,6 millions en 2007. Ces chiffres témoignent d'une population nombreuse et disparate, aux besoins souvent sous-évalués et dont le point commun est de rencontrer, à des degrés divers, des difficultés à participer à la vie sociale.

Au regard du droit français, « *constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

La définition de l'OMS comprend quant à elle trois dimensions :

- Déficience, qui correspond à « toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. »
- Incapacité, qui correspond à « toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain. »
- Désavantage : « Le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. »

Ces deux définitions du handicap recouvrent les problèmes d'accès aux services de proximité mais aussi à l'emploi, aux loisirs, à la culture, à une vie citoyenne ou aux espaces et aux lieux publics, autant d'éléments qui concourent à la vitalité de chacun. De fait, ce déficit de sociabilité touche aussi bien, mais pas toujours de la même manière, les personnes handicapées que les personnes âgées en perte d'autonomie. *Un élan idéaliste pourrait nous pousser à vouloir une réponse pour chacun, la raison incite plutôt à identifier les avancées utiles au plus grand nombre, à l'intérieur du domicile pour que chacun puisse vivre chez soi tant qu'il le souhaite mais aussi à l'extérieur, afin que chacun puisse aller où bon lui semble, sans danger.*

La France accuse un franc retard dans la mise en œuvre de ses engagements internationaux en matière de handicap tels que les a repris la loi de 2005 sus citée ; le report de 3 à 6 ans des échéances pour l'accessibilité des bâtiments recevant du public indique bien la difficulté de la France à passer à l'ère du « vivre ensemble ». Quant au domicile, contrairement à d'autres pays européens, rien n'oblige à la mise aux normes des logements anciens<sup>20</sup> ; aujourd'hui, seuls 6 % des logements sont adaptés à la perte d'autonomie et au handicap. Les métropoles affichent d'ailleurs des inégalités patentes entre ville-centre et périphérie – les réseaux de transports ne sont que très rarement accessibles, les trottoirs sont trop étroits, les bancs se sont raréfiés, etc.

Accessibilité, aménagement du domicile, adaptation de l'espace urbain pourraient mieux garantir la qualité de vie des personnes handicapées, ainsi qu'un vieillissement en douceur. L'erreur serait de considérer que ces aménagements sont dédiés aux seuls handicapés : cette évolution de notre cadre urbain permet la vie en commun, à toutes les populations de s'épanouir et cohabiter dans la diversité de leurs parcours de vie.

---

18 Note d'analyse n°323, février 2013, Centre d'analyse stratégique.

19 De 15 à 64 ans et vivant à domicile, en 2007 – Source Insee

20. Loi de 2005 sur le handicap.

## **Des maladies urbaines**

Espace de cumul des inégalités territoriales, environnementales et sociales aux conséquences sanitaires multiples, la métropole est aussi le lieu privilégié de développement des maladies chroniques et liées au stress. La ville globale est enfin le vecteur potentiel de la diffusion d'épidémies.

### Les maladies chroniques

Également appelées maladies non transmissibles (MNT), elles sont en pleine expansion et sont devenues prépondérantes dans les systèmes de santé des pays développés. Elles sont définies comme « des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63 % des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète,...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Sur 36 millions de personnes décédées de maladies chroniques en 2008, 29 % avaient moins de 60 ans et la moitié étaient des femmes. »<sup>21</sup>

L'environnement urbain et son mode de vie mondialisé favorise le développement de ces maladies : le *stress*, la sédentarité ou manque d'activités physiques, la pollution de l'air due notamment à la circulation automobile mais aussi à certains systèmes de chauffage, la mauvaise alimentation, etc. sans compter les consommations de tabac et d'alcool.

### Le risque d'épidémie

Par ailleurs, la forte concentration de population augmente de fait le risque de diffusion d'une maladie contagieuse. En effet, la promiscuité, les lieux clos comme les transports en commun – ascenseurs, métro, bus, avion/aéroport qui sont une porte d'entrée des villes, etc. –, les établissements publics à forte fréquentation favorisent leur diffusion. Elles représentent une menace réelle et renouvelée pour les villes.

### Le stress et la fragilisation psychologique

Enfin, les conditions de vie en métropole peuvent se révéler source de *stress* et de fragilisation de la santé mentale. L'Organisation mondiale de la santé définit la santé mentale comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.

Le *stress* est, en biologie, l'ensemble des réponses d'un organisme soumis à des pressions ou contraintes de la part de son environnement. C'est « une transaction entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être (Lazarus et Folkman, 1984) ; selon la définition médicale, il s'agit d'une séquence complexe d'événements provoquant des réponses physiologiques, psychosomatiques. Le *stress* est qualifié de générateur de pathologies : la mobilisation de l'organisme tout entier pour apporter une réponse à des agressions environnementales engendre progressivement une usure et une dégradation des organes et fonctions concernées (Crespy, 1984).

Les facteurs de *stress* sont nombreux dans la métropole : sentiment de solitude, déplacements longs, bruits, insécurité liée à la densité, manque de lumière, pollution, rapidité, sollicitations multiples et permanentes, travail, etc. Ces « agressions » peuvent entraîner troubles de l'humeur,

---

<sup>21</sup> Définition de l'OMS.

apathie, violence, repli sur soi, insomnies, comportements à risque, etc. À l'extrême, cela peut entraîner une dépression, le développement d'une maladie grave, un *burn out*.

Pour contrer ces phénomènes, il est possible de mettre en place des mesures de prévention et de réduire les inégalités. De nombreux secteurs peuvent contribuer au bien-être des citoyens d'une ville, comme le logement, l'éducation, le travail, l'accompagnement social, l'accès aux soins ou encore à la culture.

## 2. Métropole puissante

La métropole est le lieu de concentration des richesses humaines, économiques, matérielles, de la connaissance et de l'innovation ; elle est reliée au monde. La présence de l'offre de soins et de services est plus importante sur les territoires métropolitains qu'en zone rurale. Les plateaux techniques s'y concentrent.

### **Une offre de soins diverse et abondante**

Outre l'offre libérale et hospitalière, publique et privée, une palette diverse de métiers médicaux et paramédicaux contribue à la prévention des pathologies chez les habitants ou à leur formation dans la prise en charge et la responsabilité de leur santé. Médecine alternative, nutritionniste, coach de remise en forme exercent le plus souvent dans la métropole, lieu privilégié d'émergence de nouveaux métiers. On trouve également une offre abondante de services de prévention, d'accompagnement, de soutien.

L'abondance de l'offre de soins permet de répondre à la diversité des situations et à la variété des pathologies, y compris les plus rares. La demande stimule une offre de qualité. Cette qualité de l'offre de soins est par ailleurs stimulée, dans les grandes métropoles, par la mise en compétition mondiale des systèmes de santé qui rend par exemple nécessaire la constitution de pôles de recherche d'une taille critique suffisante à l'échelle globale. Avec l'appui des grands réseaux de recherche publiques et privés, la métropole peut ainsi avoir des spécialités très pointues, pouvant créer des effets de niche. Ce poids économique des activités de santé crée de la richesse, des emplois, cercle vertueux qui peut rendre à son tour la métropole plus attractive et favoriser encore son développement.

La mise en place d'un parcours de santé est plus facilement réalisable en raison de cette offre médicale abondante, diverse, dotée de filières spécifiques de haut niveau. Le maillage de transport rend cette offre *a priori* accessible ; l'offre est cependant inégalement répartie, comme le montrent les cartes de densité médicale, régionale et nationale, ce qui pose la question de l'égalité des territoires... Le défi de la santé pour la métropole résidera dès lors dans sa capacité à territorialiser ses politiques et à prendre en compte leur dimension systémique.

### **La métropole connectée, un acteur de la prévention et un nouvel espace d'expérimentation**

La ville numérique a vocation à atténuer les contraintes spatiales et temporelles vécues et subies dans les métropoles ; les systèmes de données et leur gestion connectée constituent un levier d'action complémentaire pour améliorer la qualité d'usage, le bien-être et ainsi faciliter le maintien en bonne santé des habitants. La métropole connectée, et plus précisément de *smart city* ou ville intelligente, s'entend donc ici comme une forme d'intelligence apportée à la gestion en réseau des voiries, des flottes de véhicules, des bâtiments, des parcs et autres éléments

constitutifs de la métropole. C'est aussi un terrain de nouveaux usages et expérimentations qui préfigurent une réorganisation du système de santé.

La métropole connectée l'est à d'autres métropoles mais surtout à une réalité territoriale, sociale et économique mouvante. Les principaux pôles de recherche dans le domaine de la santé sont ainsi interconnectés à l'échelle mondiale ; c'est le cas du Laboratoire Jean Mérieux – P4, qui a identifié, en collaboration avec un laboratoire allemand, la souche guinéenne du virus d'Ebola. Ce laboratoire est cependant bien localisé à Lyon, ses chercheurs habitent cette ville et doivent se rendre chaque jour sur place.

### La métropole connectée comme outil de la prévention

La prévention réconcilie les notions de Ville durable et de *Smart city* au travers des enjeux de résilience et d'optimisation des choix ayant un impact sur notre santé. Dans le contexte d'abondance de l'offre décrite plus haut, il est possible, grâce à une meilleure interopérabilité des systèmes et des données, d'accéder à une information moins parcellaire, susceptible d'éclairer nos décisions. L'optimisation des choix requiert l'accès à une information consolidée, qu'il s'agisse du domaine agroalimentaire (qualité et apports des aliments) ou de la mobilité ou dans l'habitat. À titre d'exemple, la gestion optimisée et mutualisée de la production et de la consommation énergétique à l'échelle d'un quartier, d'un immeuble ou d'un logement, permet déjà à certains d'accéder à un meilleur confort thermique à coût maîtrisé. Or, l'atteinte de cet objectif nécessite la prise en compte articulée des conditions climatiques d'un territoire, des ressources énergétiques mobilisables - en particulier renouvelables - des systèmes de distribution et capacités de stockage dans un site donné, de l'exposition et de l'isolation thermique des bâtiments, et bien sûr de l'évolution des usages dans le quartier ou l'îlot considéré. La métropole connectée serait ainsi métropole de la mesure et de la maîtrise.

### La métropole connectée pour lutter contre les inégalités dans l'accès à la santé ?

Les difficultés croissantes des systèmes publics de santé, les inégalités au sein et entre les territoires, l'essor des maladies chroniques, renferment le risque d'un accès de plus en plus différencié des personnes aux soins et au bien-être. Les TIC peuvent-elles contribuer à le réduire ?

Le développement de la e-santé (téléconsultation, télémétrie, interventions à distance, etc.) pourrait contribuer à permettre des diagnostics plus efficaces, faciliter le maintien à domicile, mieux coordonner les acteurs et développer la prévention. Ces bénéfices attendus doivent permettre une réduction globale des coûts et une meilleure accessibilité aux soins. Dans son étude « Socio-economic impact of MobileHealth », le cabinet PwC estime ainsi que le déploiement des usages mobiles dans le domaine de la santé permettrait à l'Union européenne d'économiser 99 milliards d'euros de dépenses de santé en 2017 et de faciliter l'accès aux soins de 24,5 millions de patients supplémentaires, à l'heure où les coûts de santé pourraient augmenter de 4 à 8 % du PIB européen d'ici quelques dizaines d'années<sup>22</sup>.

Les technologies numériques facilitent par ailleurs les expérimentations visant un accès mieux partagé à l'innovation dans le domaine de la santé, au sein des métropoles et au service de leurs territoires. Ainsi l'accès aux prothèses est un exemple parlant d'inégalités : en France, chaque année, 300 personnes sont amputées de la main, 150 seulement se font appareiller. Le HonFablab (Yogyakarta - Indonésie) et la Waag society (Amsterdam - Pays-Bas) ont développé un programme de partage de technologie et de fabrication numérique de prothèses *low cost* qui permet d'équiper 2 personnes par jour, mais aussi de créer de nouveaux emplois et de mieux partager la connaissance orthopédique sur leurs territoires.

---

<sup>22</sup> Source : *Le Monde*, sept. 2013

### La ville connectée, territoire d'expérimentation d'un nouvel écosystème de santé ?

La métropole connectée, terrain privilégié de nouveaux usages du numériques, pourrait-elle ainsi être celui d'une reformulation de l'écosystème de santé ? Complémentaire au développement de la e-santé, la montée en puissance des applications relevant du « quantified self », des réseaux de patients et forums ont en effet fait de l'internet et des objets connectés un élément significatif de l'information et de l'autonomisation des citoyens dans leur rapport à leur corps et à leur santé. Le médecin voit son rôle évoluer, partenaire d'un patient mieux informé et connecté face à une offre de santé et de bien-être diversifiée, prescripteur de soins mais aussi de technologies. Par ailleurs, la santé et le bien-être deviennent un marché à croissance forte pour les innovateurs et entrepreneurs issus des technologies, les industriels de la forme et de la beauté, vecteur de croissance et d'emplois à accompagner au sein d'incubateurs dédiés (ex : Paris Biotechsanté), mais aussi d'un risque de marchandisation de la santé. Au regard de ces évolutions et questions, la métropole peut être un échelon pertinent pour construire un environnement de santé connecté et en améliorer la pertinence au regard des enjeux collectifs comme individuels.

## II. La métropole du « care » : un projet collectif et participatif

Face à cette ambivalence de la métropole, la santé des métropolitains dépend de leur capacité collective à construire une cité durable. Cette cité durable fait du *bien-être et de l'épanouissement de tous l'axe stratégique de ses politiques*. Elle repose sur des *politiques intégrées*, propres à traduire et mettre en œuvre une vision stratégique et prospective du territoire de la métropole.

Il s'agira donc de mobiliser toutes les politiques de la métropole. Le déploiement de *nouveaux modèles de développement urbain*, qui apportent de meilleurs services et qualité de vie à tous, favorisera les *synergies entre les services métropolitains et /ou régionaux* en charge de la mobilité, urbanisme, énergie, logement, écologie, santé, activités économiques, pour améliorer la performance globale du territoire, au-delà de la performance de chacune de ses composantes. Cette approche intégrée privilégiera les démarches transversales, le partage de données et les évaluations qualitatives. Les agences régionales de santé (ARS) seront un des cœurs de ce système métropolitain durable.

Il est clair que dans le contexte de la réforme territoriale en cours, réforme qui réduira le nombre des régions françaises, la question de *l'articulation des échelles de gouvernance* entre la *région et la métropole* sera particulièrement décisive pour permettre cette approche intégrée et la mise en commun des moyens.

Cette métropole durable et désirable, que nous appelons de nos vœux, repose sur *une attention aux besoins et attentes des habitants, ce qui ne manque pas de renvoyer à des politiques participatives réelles, inclusives, voire à la définition par les habitants de leur projet métropolitain et de leur vision du bien-être et du bonheur sur leur territoire*<sup>23</sup>. Ces politiques volontaristes et intégrées poursuivraient, notamment, quatre objectifs :

### 1. Anticiper et adapter l'environnement métropolitain au vieillissement démographique et à la transformation des modes de vie

C'est accepter de transformer la ville pour tous. Si l'impulsion de l'État est nécessaire, la marge de manœuvre territoriale, métropole et région associées, est grande. L'adaptation de la ville à une population plus fragile mais aussi à une population qui se déplace de plus en plus à pied ou à vélo nécessite d'agir sur de nombreux leviers. En termes d'aménagement, quatre orientations paraissent essentielles.

#### **Intégrer la question du vieillissement dans les différents documents d'urbanisme**

Dans son rapport « L'adaptation de la société au vieillissement de la population », Luc Broussy indique : « *l'adaptation de l'urbanisme est un des principaux défis qui se posent à la France dans la perspective du vieillissement de sa population... Penser une ville adaptée aux vieux, c'est tout simplement penser la ville de demain* »<sup>24</sup>. Il préconise ainsi d'intégrer plus fortement la question

<sup>23</sup>. Voir les expériences participatives menées par la région Nord-Pas-de-Calais, qui a débouché sur la co-construction d'indicateurs de développement durable territorial, incluant la santé. Voir agendas 21.

<sup>24</sup> Cf. *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France année zéro*, rapport rédigé par Luc Broussy conseiller général du val-d'Oise, maire adjoint de Goussainville pour Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, janvier 2013.

du vieillissement dans les différents documents d'urbanisme. Pour Pierre-Marie Chapon, géographe, « *Le SCOT est le seul document permettant d'appréhender la problématique du vieillissement de manière transversale sous l'angle de l'habitat, de la mobilité et des services* »<sup>25</sup>. Il suggère notamment que le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROM) et le schéma de cohérence territoriale (SCOT) puissent être élaborés de concert. Ceci n'est pas le cas aujourd'hui : la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) n'a en effet pas prévu un tel dialogue entre l'administration déconcentrée, les ARS, et les collectivités locales.

Muriel Boulmier quant à elle, indique dans son premier rapport qu'il faut « veiller à ce que les documents d'urbanisme prennent en compte les évolutions démographiques du vieillissement dès le Scot et soient déclinées ensuite dans les règles des PLU, des PDU et PLH ». Concernant le PLU, le rapport Broussy suggère l'intégration d'emplacements réservés pour la création de logements adaptés.

### ***Un exemple d'initiative publique...***

La ville de Rennes intègre la notion du vieillissement dans son PLU<sup>26</sup>.

Rennes a retenu comme principe général les conditions favorables au vieillissement suivantes :

- un logement adapté (dans un programme classique non lié aux tranches d'âge) ;
- un logement intégré dans un environnement qui permet l'accès facile à moins de 200 mètres à des commerces et services de proximité, à un transport en commun, via des cheminements sécurisés (accessibilité, surfaces planes, bancs adaptés, abris, etc.) ;
- une intégration dans la vie sociale (le plus souvent au niveau du quartier, voire du « Micro quartier », pour les plus âgés particulièrement), permettant de prévenir l'isolement et le repli sur soi et favorisant la diversité des âges, dans un esprit de vivre ensemble propice à toutes les générations.

Dans le cadre de l'élaboration du PLU, la Ville a donc intégré une cartographie des « zones favorables » existantes ou à développer correspondant aux secteurs inscrits dans un rayon de 200 mètres contenant des polarités de quartier (commerces et services de proximité), des transports en commun (stations de métro et arrêt de bus des lignes majeures) et équipements publics, les hôpitaux, cliniques, établissements pour personnes âgées, les parcs et espaces verts.

### **Adapter l'espace public : veiller à des espaces publics suffisants et conviviaux**

L'action sur l'espace public constitue un axe important de progrès pour la prise en compte durable du vieillissement dans la ville et aussi des nouveaux modes de vie de toutes les catégories de la population et de tous les âges (déplacements doux). Le développement de l'accessibilité passe par des politiques locales inventives.

### ***Un exemple d'initiative publique...***

Copenhague et Berlin font de l'accessibilité une priorité.

Ces deux villes ont fait évoluer leur démarche d'accessibilité basée initialement sur une déficience motrice nécessitant l'usage d'un fauteuil roulant à une démarche d'adaptabilité beaucoup plus large, permettant de prendre en compte des populations âgées autonomes ou semi-autonomes. À titre d'exemple, une meilleure prise en compte des personnes possédant un déambulateur, l'aménagement des pistes cyclables qui peuvent constituer un danger pour les personnes âgées du fait de la vitesse et du nombre important de vélos.

---

<sup>25</sup> *Adapter les villes au vieillissement. Enjeux d'aménagement et de gouvernance.* Étude coordonnée par Dr. Pierre-Marie Chapon, réalisée pour le Centre d'analyse stratégique (CAS).

<sup>26</sup> Elle a adhéré au réseau OMS « Villes amies des aînées ». Cf. article de F. Auffray, V. Briand, V. Pihan « L'habitat favorable au vieillissement, la ville de Rennes pionnière » in *Les Cahiers de l'IAU* n° 170/171, sept. 2014.

*La participation des personnes âgées aux commissions communales pour l'accessibilité sera un facteur important pour mieux prendre en compte les attentes et les difficultés.*

Il convient aussi de mener, *en matière de mobilier urbain*, une politique attentive aux besoins des piétons en général, en nombre croissant, dans toute leur diversité (enfants, personnes malades ou fragiles, personnes âgées). Les modes de vie métropolitains font en effet une place de plus en plus grande à la marche et aux transports doux. Les conséquences n'ont pas encore été tirées de cette évolution, les villes ayant été pendant des décennies vouées au dieu automobile. Bancs, fontaines et autres aménagements sont à recréer et à *inventer* pour tenir compte et aider le nomade métropolitain, habitant permanent ou touriste occasionnel.

Les bancs publics permettent en effet, s'ils sont bien conçus, de faire des pauses, notamment pour les personnes fragiles ou les enfants. Les espaces verts, la sécurisation des cheminements dans les zones 30, l'installation de toilettes publiques vont dans le même sens, rendant possible ou améliorant la vie en ville pour tous. Le rapport Brossy suggère que le parlement donne une base légale au réseau « Villes amies des aînés ».

### **Créer des infrastructures permettant des mobilités douces et adaptées à chacun**

L'offre de mobilité adaptée contribue à la prise en compte des personnes âgées dans la ville. Traditionnellement, cette catégorie de population n'utilise pas massivement les transports en communs (en Ile-de-France, en 2010, les transports en communs ne constituaient que 13 % des déplacements des retraités). Les différents opérateurs (SNCF, RATP, Transdev, etc.) ont engagé des programmes d'amélioration visant notamment à comprendre et traiter le caractère parfois anxiogène pour les plus âgés des transports en commun. Les progrès dans les grandes métropoles sont non seulement nécessaires mais vitaux.

#### ***Un exemple d'initiative publique...***

Le Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg est régulièrement cité pour ses actions exemplaires d'aménagement des quartiers.

Une seule logique prime ici : équiper tout un espace public aussi bien en circulation, en transport public, en mobilier urbain et en interconnexion. On peut citer des rampes fixes sur chaque station et sur chaque véhicule, des affichages en braille et en couleurs pour les différents handicaps visuels et cognitifs, des annonces dans chaque bus/tram/train/métro, mais aussi une formation des conducteurs, un recrutement d'aidants-guides et un service personnalisé d'appel par interphone dans chaque station de métro pour être mis en relation pour toute demande.

Le *développement des formules de transports à la demande* constitue également une alternative intéressante par rapport à l'offre classique pour plusieurs types de populations : personnes fragiles, âgées, besoins de parents avec enfants, etc. Plusieurs expériences d'offres de transport à la demande se sont révélées tout à fait prometteuses.

#### ***Un exemple d'initiative publique...***

Les Pays-Bas favorisent la participation active de tous les citoyens à la vie sociale.

La loi WMO de 2007 a pour objet de donner aux communes la responsabilité que chaque citoyen puisse participer activement à la vie sociale. Cette obligation a permis le développement du transport à la demande plus adapté à la population âgée. L'initiative « Sortir + » visant à permettre le transport accompagné, lancée en 2005 par l'AGIRC-ARRCO concerne aujourd'hui plus de 45 000 bénéficiaires de plus de 80 ans.

## **Une architecture au service de l'autonomie et des logements adaptés au vieillissement, qui favorisent la vie entre générations.**

En France, 80 % des plus de 60 ans vivent à domicile, et la plus grande partie d'entre eux souhaite y rester. Favoriser le maintien à domicile, enjeu humain et économique, suppose que soit assurée une fluidité entre l'espace public, dont l'aménagement appartient à la politique publique locale (aménagements urbains, transports, etc.), l'espace collectif ou partagé (les parties ou biens communs) dont l'aménagement appartient aux acteurs de l'habitat, et l'espace privé : le logement.

L'espace architectural peut être pour la personne âgée une ressource ou une contrainte. Il peut favoriser son indépendance et sa qualité de vie ou au contraire accentuer ses déficiences et l'isoler. *Une architecture bien conçue permet de conserver un maximum d'autonomie et peut avoir un effet thérapeutique.* Elle doit pouvoir favoriser un cadre de vie domestique (et non hospitalier), assurer un lien (visuel, social...) avec l'extérieur, offrir une liberté de mouvement tout en assurant la sécurité, faciliter l'orientation et le repérage, stimuler les sens.

Au-delà de la seule adaptation technique, la forme des espaces, la lumière naturelle, les vues, les couleurs, les matériaux, toutes les composantes du projet architectural participent au bien-être. Il faut donc *replacer l'architecture et l'architecte aux côtés de nouvelles compétences, comme les ergothérapeutes*, au centre du processus de l'adaptation des logements au vieillissement dans les stratégies de politiques locales de l'habitat.

*« Un logement dit adapté, éloigné des commerces, dans une rue en pente, à plusieurs centaines de mètres des transports publics n'est tout simplement pas un logement adapté... », rapport Broussy.*

Au-delà de l'adaptation du logement ou de l'évolution du patrimoine, l'enjeu sera le développement, au cœur de la ville et de son urbanité, de formules d'hébergements intermédiaires situés entre le domicile et l'Ehpad. Les formules de résidences pour les seniors, immeubles *intergénérationnels*, béguinages, devraient poursuivre l'innovation engagée dans la notion de domicile.

### ***Une expérimentation articulant politique publique et initiative citoyenne...***

#### **La démarche BIMBY - Build in My Back Yard » (construire dans mon jardin)**

Cette démarche est développée en lien avec les stratégies de densification, diversification et régénération des tissus pavillonnaires qui occupent la majeure partie des terres urbanisées et consomment, avec l'extension du périurbain, des espaces naturels et agricoles. Elle vise à définir les conditions de développement d'une nouvelle offre de logements individuels au sein d'un tissu déjà bâti. Pour des citoyens propriétaires dans une situation de maladie, de vieillesse, de handicap ou de dépendance, c'est l'opportunité, par le biais d'évolutions parfois nécessaires des règles d'urbanisme, d'une évolution patrimoniale permettant de redécouper leur parcelle pour la densifier par une nouvelle construction mieux adaptée et financée par la vente de leur ancienne maison. Cette démarche répond aux objectifs du particulier et de la collectivité, elle peut participer à reculer le temps de la prise en charge, à accompagner la demande sociale de conserver une autonomie le plus longtemps possible, à densifier la ville, à retrouver de la mixité générationnelle, créatrice de lien social.

## 2. Accompagner les initiatives citoyennes à la recherche de modes de vie plus sains, favoriser la santé pour tous, grâce à la démocratie sanitaire et la solidarité territoriale

Les initiatives citoyennes se multiplient, correspondant aux besoins croissants des urbains d'inventer des modes de vie, de se nourrir, de se déplacer, voire de travailler et de se cultiver plus sains et plus épanouissants. Afin de dépasser les crises actuelles, crise climatique et de raréfaction des ressources, perte de biodiversité, crise économique et financière, démographique, les promoteurs de ces initiatives cherchent à « produire ce que nous consommons et consommer ce que nous produisons » (André Gorz). Ce rééquilibrage entre production et consommation à travers des circuits courts locaux s'effectue avec l'implication active des citoyens à travers des pratiques collaboratives et des réseaux de solidarité. Des flux, des réseaux et des circuits de production-consommation sont formés à travers ces activités, le plus localement possible et de la manière la plus diversifiée. La métropole doit repérer puis accompagner et aider à rendre soutenable ces initiatives, dans une démarche d'*empowerment* et de mise en capacité (capabilités).

### **Accompagner les initiatives citoyennes pour une transformation durable des modes de vie**

Liant expérimentation et gouvernance, le projet R-urban décrit ci-dessous invite ainsi par exemple les citoyens à dessiner une transformation globale et durable des modes de vie et de consommation, en intégrant une pluralité de facteurs intrinsèquement liés. En cherchant à mailler le territoire pour mettre en réseau les initiatives complémentaires, en faire émerger de nouvelles, le projet représente également une tentative de faire (éco-)système, de structurer un territoire durable et positif pour la qualité de vie et la santé de ses habitants. Les circuits de production-consommation formés au travers des activités du projet doivent stimuler l'implication active des citoyens dans ces transformations à travers des pratiques collaboratives et des réseaux de solidarité. On peut imaginer qu'il contribue sur le temps à faire émerger et des modes alternatifs d'organisation du territoire, ainsi qu'une culture de la résilience et d'un mode de vie plus sain, croissant et développant savoirs, savoir-faire et innovations. Il se démarque d'espaces de loisirs liés à l'environnement et à la nourriture tels les jardins partagés, en intégrant les dimensions d'habitat, de mobilité, d'économie et d'emploi dans une approche transversale.

La mairie de Colombes s'est saisie du projet au travers de sa délégation pour l'économie sociale et solidaire, illustrant, au travers du projet, une approche transversale de la durabilité de son territoire. En termes de politiques publiques, elle a pu faciliter l'utilisation non pérenne de friches urbaines à destination d'un projet collectif. Son implication permet d'imaginer un passage à l'échelle de ce type d'expérimentation ; le portage politique est vecteur de renforcement de l'initiative localement, et inscrit celui-ci comme vitrine et bonne pratique d'un mode alternatif de gestion, facilitant son partage et son essaimage potentiel. Par ailleurs, la dimension européenne du projet, au travers du soutien européen et de l'insertion de l'atelier d'architecture autogéré dans des réseaux de pratique et de recherche internationaux, est vecteur d'ouverture et d'interconnexion du territoire à d'autres échelles, et catalyseur d'innovation.

#### ***Une initiative citoyenne innovante appuyée par une collectivité...***

Le projet R-Urban : création de réseaux locaux et de circuits courts écologiques, économiques, sociaux et culturels

R-Urban initie depuis 2012, principalement sur le territoire de Colombes (92), la création de réseaux locaux et circuits courts écologiques, économiques, sociaux et culturels, en lien avec une série d'activités urbaines (agriculture urbaine, habitat, travail, mobilité).

Le projet repose sur la création de trois unités prototypes complémentaires : \* AgroCité - une unité d'agriculture urbaine civique : micro-ferme expérimentale, jardins collectifs, espaces pédagogiques et culturels et dispositifs de production énergétique, de compostage et de collecte d'eau pluviale, four à pain mobile, café ; \* RecyLab - une unité de recyclage et d'éco-construction permettant le recyclage de déchets urbains et leur transformation en sous-ensembles pour l'éco-construction, le partage de savoirs autour de ces techniques ; \* ECoHab - une unité de logements et d'espaces collectifs en partie auto-construits, pour expérimenter des modes d'habitat et de vie solidaires et écologiques. Ces unités fonctionneront en circuits courts internes et inter-unités et seront reliées progressivement avec d'autres équipements urbains, contribuant à augmenter la capacité de résilience urbaine.

De façon complémentaire, R-Urban propose des outils et aménagements pour faciliter l'implication citoyenne à Colombes et dans ses environs ; il accompagne des projets émergents qui s'inscrivent dans cette direction à échelle locale et régionale. Une foncière coopérative est constituée par l'implication de La Nef et de Nef Gestion, en vue de l'acquisition de terrains et de l'accompagnement des projets qui s'inscriront dans la stratégie R-Urban. Une Charte R-Urban est en cours d'élaboration avec l'implication des partenaires du projet.

R-Urban est porté par l'Atelier d'architecture autogéré en partenariat avec la ville de Colombes, et associe le collectif londonien *PublicWorks* ; il a reçu le soutien du programme européen Life+ pour la gouvernance environnementale et celui des dispositifs pour l'Économie sociale et solidaire du département des Hauts-de-Seine et de la région Ile-de-France.

## **Adapter les réponses aux spécificités, tant politiques que sociales et environnementales, du contexte local**

Le cas de la politique en faveur de la promotion de la santé de ses habitants, mise en place la commune de Martigues et décrite ci-dessous éclaire utilement le jeu entre capacité d'autonomisation et appartenance métropolitaine, pour adapter les réponses aux spécificités, tant politiques que sociales et environnementales, du contexte local.

Cette politique volontariste s'appuie largement sur une fiscalité dynamique, liée à la taxe professionnelle relativement prodigue dans ce bassin industriel. Il est alors intéressant de noter que les élus de la ville ne soutiennent pas le projet de Métropole comme nouvelle collectivité locale, dotée de moyens et de pouvoirs supra-communaux plus étendus que ceux des actuelles intercommunalités, craignant une forme d'inféodation financière et politique. La création de la Métropole viendra en effet non seulement réinterroger la répartition des moyens financiers à l'échelle métropolitaine en introduisant une plus grande péréquation inter-territoriale, ce dont Martigues pourrait pâtir, mais aussi mettre en question la capacité d'autonomie actuellement exercée par l'échelon communal, et poser plus largement la question des futurs liens entre intérêt sanitaire « métropolitain-stratégique » et intérêt sanitaire local ou de proximité.

Un enjeu fort pour la Métropole semble alors de réussir à établir une stratégie globale, à même d'assurer le pilotage et l'animation territoriale (et reprenant éventuellement le meilleur des expérimentations locales), mais aussi de penser et d'organiser la subsidiarité avec les échelons infra-métropolitains, en maintenant une capacité d'initiative intéressante pour les communes, pour refonder les conditions d'une véritable « démocratie sanitaire » de proximité.

### ***Une politique publique engagée portée par une collectivité...***

#### ***La « démocratie sanitaire » contre la métropole ? Le cas de Martigues<sup>27</sup>***

Menée par une majorité communiste, spécifique par son tissu économique (industries lourdes : raffinage, chimie) et social (structure de l'emploi à plus de 30 % industriel), Martigues, 47 000 habitants, s'étend sur les rives de l'étang de Berre et appartient à l'aire métropolitaine mais aussi à la future métropole marseillaise en tant qu'institution.

La commune de Martigues a fait le choix de mettre les compétences et l'autonomie communales au service d'un projet politique, la « santé pour tous », une « démocratie sanitaire ». Il prend divers aspects :

---

<sup>27</sup> Ces éléments sont issus du séjour d'études réalisé en juillet 2014 à Marseille et Martigues. À cette occasion, des élus et des membres du personnel administratif de la Ville ont présenté la politique déployée par la municipalité.

- **Expérimentation et adaptation au contexte local.** En matière de santé environnementale et de prévention des risques industriels, la Ville mène des travaux pionniers sur les maladies professionnelles, tout particulièrement les maladies respiratoires, dans un contexte environnemental industriel pollué et porteur de risques. Selon le centre hospitalier de Martigues, l'amiante représente plus de 40 % des déclarations de maladies professionnelles faites entre 2006 et 2008. La Commune soutient ainsi, en lien avec l'université de Turin notamment, une approche épidémiologique faisant intervenir des « experts bruts » (i.e. les employés eux-mêmes), tout en s'attachant à la détection de signaux faibles en santé-environnement. Un *Observatoire communal de la Santé*, créé en 1992, permet ainsi la constitution de dossiers dans le cadre des maladies professionnelles. Les mutations du travail salarié dans l'industrie conduit en outre la ville à adapter ses missions à un public de plus en plus mobile et volatile (sous-traitants, intérimaires, etc.).

- **Collaboration.** La ville a fait le choix de développer des relations directes aux médecins : journal d'information, soutien au réseau associatif de professionnels et de malades, comme l'ADEVIMAP (Association de défense des victimes de maladies professionnelles de l'ouest de l'étang de Berre) ; mise en place de groupes de travail favorisant la co-construction.

- **Accompagnement personnalisé.** La municipalité mène dans le domaine du handicap une politique volontariste. Elle joue un rôle actif dans la préparation des dossiers de CMU, dans le cadre d'un transfert de charges et dans un contexte de « recul du droit commun », pour reprendre les termes d'une élue de la ville.

### 3. Mettre les nouvelles technologies au service de la santé et la métropole connectée au service de ses habitants

**Comme le mentionnait en 2011 la sociologue américaine Saskia Sassen, « l'enjeu est d'urbaniser les technologies plutôt que d'utiliser des technologies qui désurbanisent la ville ».** La ville connectée peut être un territoire d'expérimentation d'un nouvel écosystème de santé, à condition que les élus ne se déchargent pas sur les entreprises numériques et gardent la main sur une politique des TIC, comme développé *infra*.

Si la métropole est en effet un terrain privilégié pour de nouveaux usages et expérimentations croisant numérique et santé<sup>28</sup>, ces évolutions ne sont pas sans risques, comme le soulignait la CNIL en 2013<sup>29</sup> : « *les pratiques de quantification dans le domaine de la santé (...) font des individus des entrepreneurs d'eux-mêmes responsables de leur bon ou mauvais comportement de santé, et peuvent distraire l'attention des causes environnementales ou socioéconomiques des problèmes de santé publique* ». Ces pratiques peuvent aussi détourner du principe de solidarité issue de l'État providence. La question de l'utilisation des données de santé, à quelle fin et par qui (acteurs de la santé, élus, employeurs, assurances, etc.), mobilise régulateurs, associations et chercheurs.

Par conséquent, la métropole pourrait être un échelon pertinent pour construire un environnement de santé connecté et améliorer ainsi la performance au regard des enjeux collectifs comme individuels, en permettant des expérimentations.

Il s'agirait dès lors, pour les politiques publiques :

---

28. Complémentaire au développement de la e-santé, la montée en puissance des applications relevant du 'quantified self', des réseaux de patients et forums ont fait de l'internet et des objets connectés un élément de l'information et de l'autonomisation des citoyens dans leur rapport à leur corps et à leur santé. La santé et le bien-être deviennent un marché à croissance forte pour les innovateurs et entrepreneurs issus des technologies, les industriels de la forme et de la beauté, [vecteur de croissance et d'emploi](#) à accompagner au sein d'incubateurs dédiés (ex : [Paris Biotechsanté](#)), mais aussi d'un risque de marchandisation de la santé.

29. Antoinette Rouvroy, *Le Corps, Nouvel objet connecté* – CNIL, 2013

- de favoriser la **création de réseaux de santé connectés**, au travers de la mise en réseau et de la formation des professionnels à ces pratiques et enjeux, tout en préservant la sécurité et la qualité des échanges. Ainsi, l'Institut de santé urbaine est une plateforme numérique de santé publique et environnementale dans l'Est parisien, fédérant une centaine de volontaires (professionnels de santé, médecins, urbanistes, ingénieurs,...) qui coopèrent, participent à la co-construction de protocoles de santé innovants, évaluent les usages et la chaîne de valeur ;
- de favoriser les **initiatives citoyennes** autour de la collecte et du traitement des données liées à la santé sur le territoire métropolitain, croisant approche individuelle et environnementale ;
- d'appuyer le passage à l'échelle des expérimentations croisant santé et numérique, leur interconnexion avec les autres acteurs de la métropole comme avec d'autres territoires.
- enfin, au-delà du règne des données, il s'agit aussi de favoriser, par des projets éducatifs et culturels, **une approche dé-normée**, sensible, du corps, concourant tant à un objectif de santé mentale que de démocratie et de diversité.

#### **Un exemple d'initiative citoyenne...**

Le projet nuage vert, du collectif Hehe, à Helsinki, a permis aux citoyens de visualiser, par un nuage dans le ciel urbain, la production de déchets toxiques de leur ville et son évolution en fonction de la pratique des foyers, pour adapter ainsi leur consommation.

## **4. Réconcilier l'homme et la nature dans la métropole**

La qualité de l'environnement constitue l'un des déterminants de notre santé, ce que l'OMS résume par la formule « Environnement d'aujourd'hui, santé de demain ». Une politique en santé environnementale de niveau métropolitain devra agir en amont, comme certains développements de ce rapport l'ont déjà montré, sur l'ensemble des politiques.

Une charte métropolitaine en santé environnement serait utilement adoptée, sur une base participative. Elle devrait assurer une vision cohérente et prospective des enjeux et des actions à mener : politiques pour améliorer la *qualité des milieux extérieurs et intérieurs* (air, eau, sols), mais aussi politiques de *sensibilisation, de formation des professionnels*, de recherche.

Les priorités d'une telle politique holistique en santé environnementale seraient :

- de développer les milieux favorables à la santé en **préservant la biodiversité et restaurant la biodiversité en milieu urbain**. Le développement des espaces de nature en ville, avec des aménagements urbains conciliant densification et qualité de vie sont bénéfiques pour la santé humaine et anticipent les effets du changement climatique, en permettant de lutter contre les **îlots de chaleur** urbain, anticipant ou luttant ainsi contre les effets du **changement climatique**. La canicule de 2003 et les quinze mille morts qu'elle a causés en France, en l'absence alors de plan canicule (mis en place dès 2004), font de ce sujet une priorité ;
- favoriser un habitat durable, qui prévient la vulnérabilité énergétique et le changement climatique.

Les programmes de rénovation thermique, programme *Habiter Mieux* de l'Anah, dispositif « J'éco-rénove, j'économise », opérationnel depuis 2010, sont autant d'exemples de programmes nationaux qui nécessitent une politique de mise en œuvre volontariste au plan métropolitain. Huit millions de personnes en France souffrent de précarité énergétique. La précarité énergétique a des effets sur la santé, que le Royaume-Uni mesure, à la différence de la France (cf. programme *Fuel poverty*). La marge de progrès est patente.

### ***Un exemple d'aménagement...***

#### Les îlots et constructions méditerranéens durables

Sur une friche industrielle de 2,7 ha qui présente de fortes contraintes, il s'agit de la réalisation d'une opération de référence, innovante et diffusable, répondant aux enjeux de l'habitat durable en milieu urbain dense en Méditerranée. Guidé par une approche « Low cost/Easy tech », le projet vise à des problématiques de mixité (sociale, générationnelle, fonctionnelle), d'innovation programmatique (hôtel, crèche, commerce, logement, bureau), de qualités architecturale et d'usage, de performance énergétique (BePos et BBC/2) et de qualité environnementale (dépollution des sols, phyto-traitement des eaux grises, végétalisation...). 800 habitants et 2 000 emplois sont attendus à terme.

### **La résorption de la précarité énergétique : un enjeu sanitaire, social et environnemental**

La problématique de la précarité énergétique est sanitaire et sociale autant qu'environnementale. Prénante aux lisières de nos métropoles, en zones urbaines caractérisées par un tissu résidentiel pavillonnaire, elle affecte particulièrement les personnes isolées, âgées, modestes, pour qui les services et les atouts du cœur de la métropole restent difficilement accessibles. Le dispositif Habiter Mieux, initié en 2010 et décrit ci-dessous, vise à cofinancer des travaux de rénovation thermique de logements privés dont les propriétaires sont en situation de précarité énergétique.

Le dispositif n'a cependant atteint, les trois premières années, que le quart des objectifs fixés. Outre l'inertie inhérente à toute politique publique appuyée sur l'engagement fort des bénéficiaires, cet échec initial s'explique par les vecteurs suivants :

- malgré les outils de communication dont disposent les métropoles, l'information reste peu accessible à certains publics, en particulier âgés et en situation de précarité. Dans les cas où l'information sur l'existence et les bénéfices de ce dispositif a été correctement transmise par les médias, elle s'est avérée insuffisante pour conduire les ménages éligibles à la décision d'engager des travaux ;
- la sensibilité au taux d'effort est particulièrement forte pour les ménages ciblés.

En 2014, le nombre de logements rénovés s'est élevé à 50 000. Cette montée en puissance tient notamment à la réduction du reste à charge pour les ménages, permise par la revalorisation des subventions et, le cas échéant, leur abondement par les collectivités territoriales. Mais la structuration de partenariats locaux s'est révélée l'un des leviers d'action les plus déterminants :

- identification et sensibilisation des ménages en situation de précarité énergétique, grâce à un maillage intra-départemental relayé par les collectivités et la création d'un réseau d'ambassadeurs de l'efficacité énergétique (AEE) ;
- accompagnement dans le choix des travaux à réaliser dans une logique d'optimisation coût/qualité d'usage, grâce à la mission de conseiller confiée aux opérateurs d'ingénierie.

Le dispositif Habiter mieux, à l'image des bus « Au bon logement » qui ont sillonné les zones pavillonnaires, a ainsi doublé la logique de guichet unique, d'une démarche proactive pour aller au-devant des ménages en situation de précarité.

### ***Un exemple de politique publique...***

#### Le dispositif Habiter Mieux

Les cinq caractéristiques clés de cette politique sont :

- une impulsion de l'État, au travers des investissements d'avenir, mobilisés à hauteur de plus de 455 millions d'euros ;
- une mise en œuvre opérée par l'Anah, avec l'appui d'un réseau déconcentré d'intervenants ;
- un effet levier financier auprès de l'Anah, des collectivités, des fournisseurs d'énergie à hauteur de plus d'1 milliard d'euros complémentaires ;

- des modalités de financement adaptées aux publics et aux typologies de territoires ciblés ;
- une logique d'évaluation d'impact et de flexibilité.

## **Améliorer l'environnement de vie, réduire les inégalités environnementales**

– Rendre effectif le droit à l'alimentation. Le département santé et l'institut de recherche d'ATD Quart Monde France a, depuis plusieurs années, mis la priorité sur les recherches qui concernent l'accès des familles pauvres aux conditions nécessaires pour protéger leur santé et particulièrement pour se nourrir. « Fondamentalement, la cause du problème de la faim et de la malnutrition n'est pas le manque de nourriture mais le fait que de vastes segments de la population mondiale n'ont pas accès à la nourriture disponible, en raison entre autres de la pauvreté.<sup>30</sup> ». Le droit humain à l'alimentation<sup>31</sup> est consacré notamment par la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (art 25).

– Clarifier le rôle des différents acteurs dans la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles, développer la veille, les campagnes préventives et d'information ;

– Améliorer la qualité de l'air en réduisant au maximum les sources anthropiques : développement des transports doux (cf. *supra*), politique ferme et incitative à l'égard des véhicules les plus polluants, notamment par une aide au remplacement pour les ménages modestes ; interdiction de la circulation automobile en période de pic de pollution. Développer les expériences de participation citoyennes amenant à des changements de pratiques. Développer l'information sur les risques encourus et sur la qualité de l'air au jour le jour dans les bulletins météo métropolitains et/ou régionaux ;

– Réduire le bruit dans la métropole, en ciblant les points noirs : le bruit a en effet des effets sur la santé et le bien être, en portant préjudice à la qualité de l'ouïe, mais aussi en portant atteinte aux fonctions cardiovasculaires et métaboliques, au sommeil et à l'état psychologique. Les chantiers de rénovation thermique devront inclure un volet énergétique ;

– Prévenir et lutter contre les inégalités écologiques et leur cumul avec les inégalités sociales : accès aux aménités environnementales, inégalités d'exposition, par des outils et des diagnostics. Des expériences existent. Ainsi, la zone de Fos-sur-Mer, dans la région Provence-Alpes-Côte-D'azur, présente toutes les caractéristiques d'un « point noir » du territoire où se cumulent inégalités sociales, sanitaires et environnementales, en raison de son activité industrialo-portuaire. Plusieurs démarches ont été engagées pour réduire ces inégalités notamment les projets SCENARII et REVELA13.

Étant donné la sensibilité particulière de ces zones exposées à un cumul de pressions environnementales et la situation de précarité de la population, la communication des résultats nécessite la participation d'instances reconnues localement. Des instances participatives et de concertation pourraient être mobilisées à l'image du Secrétariat permanent pour la prévention des pollutions et des risques industriels (SPPPI), instance de la région PACA refondée en une gouvernance collégiale à cinq depuis 2009, et qui est désormais **une structure de concertation** régionale incluant associations, des collectivités locales, des industriels, des syndicats et de l'État ;

---

<sup>30</sup> Observation générale 12, Le droit à une alimentation suffisante, art 11, 12 mai 1999, E/C.12/1999/5, §5.

<sup>31</sup> D'après Magali Ramel, « Droit à l'alimentation : d'une effectivité possible à une effectivité réelle - Étude en droit comparé de la reconnaissance et de la mise en application d'un droit fondamental face aux enjeux du XXI<sup>e</sup> siècle », Université Aix-Marseille, 2012, Mémoire en droit comparé sous la direction du Pr Guy Scoffoni, 122p.

### ***Un exemple d'initiative innovante...***

#### Réduire les inégalités environnementales de santé, l'exemple de Fos-sur-Mer

Deux projets, labellisés dans le cadre du Plan régional santé-environnement (PRSE) PACA 2009-2014, contribuent à prévenir et lutter contre les inégalités en santé environnement dans les zones de la région soumises à un cumul de pressions environnementales :

– SCENARII est un outil de simulation de plusieurs scénarii de pollution atmosphérique développé sur la zone de Fos-sur-Mer afin d'évaluer les risques sanitaires et d'aider à la prise de décision ;

– REVELA13 est un observatoire permettant la géolocalisation des cancers du rein, de la vessie et des leucémies aigües chez l'adulte sur le département des Bouches-du-Rhône dans lequel se situe la zone de Fos-sur-Mer.

Pour ces deux actions il a fallu dans un premier temps structurer les bases de données ainsi que le réseau de professionnels à même de les alimenter de façon fiable et durable.

Le traitement des données permet ensuite, dans un cas comme l'autre, de mettre en évidence les inégalités d'exposition pour SCENARII et d'incidence des pathologies pour REVELA 13.

Les ressources mobilisées sont des crédits du PRSE, du conseil régional, des fonds propres Airpaca, des Crédits PRSE-PACA.

– enfin, les expériences de jardins thérapeutiques dans les établissements de santé devraient être développées, les enjeux de protection de la biodiversité planifiés, des atlas intercommunaux de biodiversité permettraient de progresser dans la connaissance des espèces présentes sur le territoire métropolitain.

À l'occasion de la restitution de notre travail, le jeudi 4 décembre 2014, pour compléter et élargir nos réflexions et propos, nous avons invité à en débattre :

Franck Geiling, directeur de l'architecture, de l'urbanisme et du développement durable d'Euroméditerranée ;

Valérie Mancret-Taylor, directrice générale de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Île-de-France ;

Patrick Negaret, directeur de la CPAM des Yvelines ;

Patrick Ngouoto, sous-préfet de Seine-et-Marne en charge de la politique de la ville ;

Catherine Vauconsant, directrice du centre hospitalier de Gonesse.