

ENSAI

École nationale
supérieure d'architecture
Montpellier | La Réunion

SRSP

MIDI-PYRÉNÉES
LANGUEDOC-ROUSSILLON

COLLOQUE
VEN. 03.06.2016
9H-17H / AMPHI 1

ENVIRONNEMENTS DE VIE, SANTÉ ET ARCHITECTURE

METTRE LA SANTÉ AU CŒUR DE LA CITÉ

ÉTHIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE

Colloque organisé par la Société Régionale de Santé Publique du Languedoc-Roussillon en partenariat avec l'École nationale supérieure d'architecture de Montpellier.



« Éthique et santé publique »

Actes Colloque

« Environnements de vie, santé et architecture »

La Société Régionale de Santé Publique Midi Pyrénées - Languedoc Roussillon a organisé le 3 juin 2016, en partenariat avec l'École Nationale Supérieure d'Architecture de Montpellier un colloque sur le thème : « Environnements de vie, santé et architecture » Mettre la santé au cœur de la cité.

Répondre aux besoins de la société a guidé ceux qui construisaient la cité. Si, depuis la nuit des temps, concevoir la ville idéale en intégrant la sécurité a toujours été un objectif des bâtisseurs, la nécessité d'y adjoindre le bien-être, la qualité de vie, l'hygiène et la santé a trouvé une réponse différente selon les époques, les modes de vie, les cultures, les lieux...

Au regard de l'histoire, les activités économiques ont amené les bâtisseurs à créer certaines villes en les dédiant à un secteur déterminé tels l'extraction du sel à Arc-et-Senans au 17^{ème} siècle, du charbon dans le Nord de la France au 19^{ème} siècle. Au 20^{ème} siècle, d'autres concepts ont sous-tendu la création de villes nouvelles comme Brasilia, capitale sortie de terre au *centre* du pays pour devenir le *centre* névralgique, administratif et politique du Brésil, ou comme La Grande Motte, dont la création procède de l'aménagement touristique du littoral languedocien.

Si qualité de vie et bien-être sont parfois intégrés aux réflexions et conceptions actuelles, la santé

des habitants est-elle véritablement au cœur des politiques publiques développées par les différents acteurs (décideurs, aménageurs, promoteurs, ...) ?

Quelle est la place laissée aux usagers de la ville, aux habitants et aux professionnels entre autres de santé publique lors du processus de décision et de conception de nouveaux quartiers, d'aménagements urbains, ou d'équipements structurants ?

Comment est et pourrait être pensé l'espace urbain et architectural en prenant en considération la santé au cours des différentes étapes de la vie ?

Après les différentes réglementations autour du développement durable comme par exemple l'Agenda 21, la loi Accessibilité de 2005 et la loi de Décembre 2015 sur « l'adaptation de la société au vieillissement », la question de la santé s'impose chaque jour davantage aux maîtres d'œuvres sans pour autant que les éléments conceptuels soient encore complètement acquis. En parallèle et face aux données sociodémographiques, de grands groupes ont développé ces dernières années des filiales spécialisées en santé et investissent massivement dans des programmes de santé, ce qui démontre de l'intérêt des acteurs du cadre bâti pour ce secteur.

Discours d'ouverture

Alain DEREY, Directeur Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Montpellier (ENSAM)

Ces dernières années voient des liens de plus en plus forts se tisser entre le monde de la Santé Publique et le monde de l'architecture. Ces liens s'objectivent à différents niveaux de la société civile.

Philippe AUGÉ, Président Université de Montpellier (UM)

Dans le monde universitaire, le projet général de l'ENSAM inclut l'ouverture d'un master spécialisé Santé et Architecture à l'ENSAM en 2016. Des collaborations entre des étudiants du master de Gérontologie de l'UM et des étudiants l'ENSAM ont déjà été récompensées lors du concours national d'idées organisé par la CNSA (Caisse Nationale Solidarité et Autonomie) : « Maisons de Retraite, Lieux de vie pour personnes âgées de demain ». Les locaux universitaires eux-mêmes ne sont plus construits uniquement en fonction du cœur d'activité (enseignement, recherche), mais aussi pour assurer un environnement favorable à la santé, les enseignants ne viennent plus seulement pour enseigner mais aussi pour y vivre.

Catherine CECCHI, Présidente Société Régionale Santé Publique Midi Pyrénées Languedoc Roussillon (SRSP MPLR), Vice présidente Société Française de Santé Publique (SFSP).

C'est avec un grand plaisir que je remercie notre partenaire l'Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Montpellier, Alain Dery son Directeur, Jacques Brion son Directeur des Etudes et son équipe, de nous accueillir dans leurs locaux ainsi que Fany Cérèse et Clémence Attalin architectes toutes les deux. Merci à Philippe Augé président de l'Université de Montpellier qui nous soutient depuis de nombreuses années. Merci à la Mairie de Montpellier représentée par Stéphanie Jeannin d'être parmi nous. Merci aux membres du Conseil d'Administration de la SRSP sans lesquels rien n'aurait été possible. Merci aux intervenants d'avoir accepté si spontanément de participer en apportant leur savoir, leurs expériences et leurs compétences.

La SRSP LR existe depuis plus de 20 ans. Son lien est ancien avec la Société Française de Santé Publique (SFSP), vieille dame de plus de 100 ans, qui travaille depuis longtemps à la santé publique qualifiée autrefois d'hygiène. Je voudrais d'ailleurs excuser l'absence Pierre Lombrail, Président de la SFSP, qui n'a pu se joindre à nous en raison des grèves. La SRSP est présente au conseil d'administration et au bureau de la SFSP. SRSP MPLR et SFSP travaillent depuis longtemps main dans la main sur ce thème des environnements de vie: Colloque au Sénat en 2010 « Villes, santé et qualité de vie » et en 2013, au Ministère de la Santé sur le thème des « Environnements de vie, transport, mobilité, déplacements et aménagement de l'espace ».

La Société Régionale a mis en place depuis 10 ans le principe d'un colloque annuel sur des sujets touchant toujours aux questions de société et santé sous le chapeau « ÉTHIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE ». Quelques exemples : « Ethique, santé publique, environnement, information : qui a le pouvoir ? », « La santé publique s'ouvre à de nouvelles compétences : quelle légitimité pour quels métiers ? », « L'Homme au cœur des politiques publiques, des territoires et des organisations », « Le numérique : un atout pour la santé? »

Au 21ème siècle, un constat s'impose : plus des ¾ de la population vit dans les villes, cela va changer considérablement l'approche de nos environnements et du développement urbain, péri-urbain, péri-rural et rural. Ces sujets seront aujourd'hui au cœur de notre réflexion entre professionnels de santé et de l'architecture.

Stéphanie JANNIN, Première adjointe au Maire de Montpellier, Architecte

Dans le monde politique, les projets d'urbanisme posent la question de la durabilité des projets. Le pari est que l'attention portée au rapport à l'environnement, et à la qualité d'usage par les habitants, permettra d'améliorer cette durabilité. De façon assez nouvelle, une attention particulière est désormais donnée à toutes les étapes des projets d'urbanisme. Ainsi, toutes les pistes de réflexion, retenues ou non, alimentent le débat. L'urbanisme de processus est plus d'actualité que l'urbanisme de plan masse (le chemin pour arriver au projet est tout aussi important que le projet lui-même).

Michel CANTAL-DUPART : Architecte
Professeur honoraire du Conservatoire
National Arts et Métiers (CNAM) Paris

Où et comment placer les bâtiments de santé publique ?

La construction d'un hôpital demande de la place, or souvent les municipalités profitent d'excès foncières pour les construire sur leurs territoires. Il y a des éléments historiques : l'Hôtel des Invalides construit sur ordre de Louis XIV qui demandait à ses architectes de créer une ville nouvelle. Tandis que l'Hôpital général était à l'écart pour les « fous et délinquants ». De même pour l'hôpital de Neuilly sur Marne construit au 18e siècle à l'écart de la ville pour « préserver » la tranquillité des patients mais aussi des habitants.

Au Moyen Age, la santé publique était probablement mieux considérée qu'aujourd'hui, deux idées guident la construction des hôpitaux. La première, les malades doivent être intégrés au cœur de la ville en construisant l'hôpital au cœur du système à proximité de la cathédrale comme à Paris où l'Hôtel Dieu est bâti près de Notre Dame. La seconde idée est de placer l'hôpital à l'extérieur de la ville comme l'Hôpital Saint-Lazare qui avait pour objectif d'arrêter les lépreux et de les maintenir hors de la ville (quarantaine).

En 1895 dans son Premier traité de santé publique, le Dr Ange Guépin a réalisé un véritable recueil d'épidémiologie urbaine en répertoriant sous forme d'almanach des données de santé faisant un lien entre maladie et insalubrité. Il a été à l'époque, non pas entendu mais chassé de l'université de Nantes.

Aujourd'hui, dans la santé il y a trois catégories de personnes : les patients, les soignants, les visiteurs. Tout d'abord les patients dont le statut évolue : avant quand on rentrait à l'hôpital soit on y mourait soit on en sortait provisoirement guéri, aujourd'hui il y a de plus en plus de traitements réalisés en ambulatoire. Ensuite il y a les soignants mais aussi les visiteurs. Il faut réfléchir où et comment on peut travailler et avancer sur ce qui est une santé publique réfléchie intégrant ces données qui ont des besoins différents. Les territoires sont de plus en plus étendus, il faut donc penser à rendre nos équipements de santé accessibles.

Denis BARD : Président de la Société Française Société Environnement (SFSE)
Professeur Ecole épidémiologie, médecin de santé publique – Rennes

La santé n'est pas l'absence de maladie mais un état de complet bien être selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS].

Il y a des influences croisées entre les effets des agents nocifs présents dans l'environnement, par exemple la pollution de l'air liée au trafic routier, et les inégalités sociales de santé. Ainsi les populations les moins favorisées peuvent être plus sensibles aux effets des polluants ou plus exposés à ces derniers ou les deux.

A l'inverse, la vision des espaces verts a des effets positifs sur la santé et même sur la guérison des personnes malades, les mobilités actives étant des facteurs de bonne santé.

A partir de ces exemples, on conçoit que les urbanistes (quels plans de ville et de déplacements ?) et les architectes (comment inciter à prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur ?) ont par leurs pratiques une influence sur l'état de santé des populations.

Comment mettre en œuvre la nécessaire transdisciplinarité entre les épidémiologistes et les intervenants sur la ville et l'habitat ?

Comment trouver les meilleures solutions pour résoudre les inévitables contradictions ?

D'abord, il est nécessaire de se rencontrer et échanger, de partager des constats communs, de se former mutuellement. Un cadre potentiel existe pour cela, la Société Française de Santé Environnement (www.sfse.fr)

La décision politique. Comment faire pour intégrer la Santé au cœur des politiques publiques d'aménagement ?

Stéphanie JANNIN : Première Adjointe – ville de Montpellier - Architecte

Montpellier dont la majorité municipale de 45 personnes n'est affiliée à aucun parti, porte l'idée que la société civile est compétente pour gérer les affaires publiques, les différents profils au sein des Élus permettant de prendre les décisions opportunes et efficaces.

Sept grands piliers sont ciblés dans la politique de la Métropole comme prioritaires et la Santé a été désignée comme étant le premier. Le projet urbain se fonde sur une approche territoriale et pluridisciplinaire. En particulier, Montpellier se positionne en tant que territoire pour l'aménagement durable. Elle ambitionne de devenir une métropole des villages par la valorisation de la biodiversité et des espaces naturels remarquables, tout en misant sur le dynamisme économique. Elle cherche à préserver la qualité de vie et à renforcer son développement tout en connaissant une forte croissance démographique. Elle offre la possibilité de vivre dans un environnement urbain naturel dont la vulnérabilité aux changements climatiques doit être prise en compte. La politique publique en matière d'alimentation favorise les circuits courts grâce à l'agronomie. Aujourd'hui il a été décidé que seul 1/3 du territoire serait réservé à l'urbanisation. Il y a donc nécessité d'une mise en œuvre intelligente en minimisant la construction sur terre naturelle. La question revient à reconstruire la ville sur elle-même, proche des transports en commun, tout en relevant les défis budgétaires. D'ici 15 à 20 ans, on ne procèdera plus qu'à du renouvellement urbain avec le souci majeur de connecter la ville aux commerces et aux habitants, tout en préservant la qualité de vie en termes d'espaces naturels et d'environnement social.

Au-delà de l'échelle territoriale, l'enjeu est de respecter celle des quartiers, sans créer une ville à deux vitesses. L'échelle des quartiers s'appuie beaucoup sur la notion d'espace public c'est-à-dire l'espace qui permet d'être en cohésion, en lien. Avec le désengagement actuel de l'État, la construction des grands bâtiments structurants va devenir plus ponctuelle tandis que celle des petits espaces publics, à plus petite échelle, va se multiplier. La transversalité au sein des réflexions s'impose, notamment sur la question du développement durable. Ainsi, l'homme et ses usages sont au cœur de nos problématiques : comment fait-on cohabiter toutes les attentes des citoyens y compris quand elles apparaissent contradictoires ?

Charlotte MARCHANDISE-FRANQUET : Adjointe santé- ville de Rennes – Présidente du Réseau des villes santé OMS

La ville de Rennes est membre du réseau français des Villes-Santé de l'OMS. L'enjeu du Réseau est d'intégrer la promotion de la Santé au sein des politiques publiques. Les questions de Santé doivent être prises en compte par les élus, les partenaires, etc. Tout projet impose de réfléchir en amont sur les effets positifs et négatifs sur la Santé. Il y a 30 ans, l'OMS a créé un réseau de 1300 Villes-Santé dont 86 en France, pour mettre la Santé au sein des décisions collectives. La réduction des inégalités sociales de Santé doit se placer au cœur des préoccupations car le bénéfice est partagé par tous, y compris par les personnes en bonne santé. Dans cet esprit, la ville de Rennes se lance dans le projet de connecter tout un chacun à un détecteur de pollution - qualité de l'air - avec l'aide du numérique comme stratégie de décision.

Il est important de s'interroger pour maintenir les bonnes pratiques, pour réfléchir sur les questions en suspens, pour alerter sur les risques. La qualité de vie, mesurée par la santé, la morbidité, le stress, doit être prise en compte lors des projets de construction pour que l'homme y trouve sa place. Les questions sont nombreuses : Comment garde-t-on ce qui est bien ? Comment réfléchit-on ? Comment alerte-t-on ? La qualité de vie (santé, morbidité, stress) est à prendre en compte lors des constructions pour que l'homme y soit au cœur ? Comment s'intègre l'urbanisme dans le plan santé ? Une stratégie de formation des élus a été mise en œuvre avec l'objectif de rendre attractive la santé publique car travailler sur ce sujet doit être et rester plaisant. Sur la question des coûts, une politique de santé publique engendre des bénéfices à long terme : à l'échéance de 30 ans et au-delà pour les générations futures, elle est bien plus économique que le coût des réparations.

De la commande à la réalisation : freins et leviers pour l'intégration de la Santé

Fanny CERESE : Architecte - programmiste - Montpellier

La compréhension du mécanisme de production de notre cadre de vie est essentielle. De nombreuses questions méritent d'être soulevées afin de mieux percevoir les freins et les leviers à la mise en place de la santé dans les réalisations urbaines et architecturales. Répondre à ces questions nécessite une approche transdisciplinaires aux différentes étapes de l'acte de bâtir.

A partir du moment où le choix politique est fait, qui commande ? que commande-t-il ? Comment accède-t-il aux connaissances en matière de santé et de quels moyens dispose-t-il pour mettre en œuvre la commande en fonction des exigences définies ? Il existe une responsabilité sociale du maître d'ouvrage et non pas seulement de l'architecte dans la construction. Afin de définir au mieux cette commande, le maître d'ouvrage peut se faire assister d'un programmiste, mais dans ce cas, quelles compétences cette personne – souvent issue du BTP – possède-t-elle en matière de santé publique ? Mais aussi, combien de temps donne-t-on à la construction, au dialogue avec les futurs usagers et gestionnaires, aux échanges qui permettront de mettre l'Homme au cœur de la conception architecturale ?

D'autres questions se posent au moment de la conception architecturale ; comment intégrer la notion de qualité de vie dans le dessin des bâtiments ? Quels sont les critères, les indicateurs ? C'est très vaste et peu d'études existent à ce jour pour corréler morphologies architecturales et santé : le développement d'études, d'évaluation du cadre de vie existant ainsi que la production de savoirs applicables à l'architecture. De plus, de nombreuses contraintes viennent faire évoluer le projet lors de sa conception et de sa réalisation (normatives, constructives, financières, esthétiques, etc.). Comment dans ce contexte complexe garantir que les intentions initiales en matière de santé seront présentes à la livraison ?

Les questions du savoir faire des entreprises dans la construction du bâtiment ainsi que celles des matériaux employés sont également d'une très grande importance en matière de santé, que ce soit pour les ouvriers ou les futurs occupants de l'ouvrage. Et enfin, reste la question des usagers et de leurs usages réels des locaux en dehors de tous les modèles et projections. Comment être sûr que les aménagements réalisés (tels que ceux permettant de ventiler au mieux les logements) seront compris et utilisés correctement par les occupants ?

Il nous semble donc que l'enjeu est de promouvoir de nouvelles méthodes pour produire un cadre de vie plus sain et plus adapté à tout un chacun, cela nécessite de remettre en cause les modèles actuels, et de se poser des questions avant d'apporter des réponses. Cela nécessite également le développement des savoirs sur les interactions architecture et santé puis une transmission de ces savoirs à l'ensemble des acteurs du cadre bâti, du décideur politique à l'ouvrier, en passant par les architectes - maîtres d'œuvre.

Anne ROUE LE GALL : Enseignant chercheur, Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (EHESP)- Rennes

Il est nécessaire de mettre en avant « l'Urbanisme favorable à la santé » (thématique mise en avant depuis environ 2011) dans le contexte réglementaire de la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) et de la loi Grenelle. L'ARS (Agence Régionale de Santé) utilise un outil de méthodologie d'évaluation d'impact sur la santé.

On peut se demander : Qu'est ce qui influence ? Sur quelle(s) influences repose(nt) le lien fort et complexe entre urbanisme et santé ? Il existe des leviers très pertinents en urbanisme en lien avec les enjeux de la santé, si on considère qu'on donne autant de poids à tous les déterminants de santé. Il existe actuellement un système complexe dont l'enjeu est d'arriver à structurer celui-ci pour pouvoir ensuite proposer des solutions concrètes. A quelle échelle doit-on et peut-on agir ? Il y a l'échelle d'action du projet mais également l'échelle de temps pour délimiter le périmètre du système étudié. Il faut également identifier les acteurs impliqués et les acteurs causaux influents (indirects ou directs). Si on fait une synthèse des constats, on observe une augmentation des preuves scientifiques faisant le lien entre urbanisme et santé. On observe également que la santé est peu prise en compte et qu'il est besoin de clarifier les concepts employés par tous les acteurs (sur le sens des termes employés notamment).

On note un manque important de connaissances des missions et des métiers impliqués, un fonctionnement des institutions trop cloisonné, et un cadre législatif trop contraignant (poids des approches normatives et réglementaires paralysante, contraintes financières).

Il faut aborder la question le plus en amont possible de sur la prise de décision, avoir une approche centrée sur l'utilisateur et développer des outils adaptés.

Les messages clés sont donc que les acteurs de production urbaine sont des acteurs de santé publique, qu'il faut favoriser les temps d'échanges et mélanger les cultures, c'est une révolution en cours des postures et des pratiques urbaines. On voit apparaître des signes de progression dans ces relations : multiplication des initiatives interprofessionnelles en France, évolution des pratiques et recherches d'expertises.

Ateliers de travail : santé et environnement architectural

Deux ateliers de travail sur la santé et l'environnement architectural sont constitués à la suite des présentations faites en matinée. Ces deux ateliers se sont concentrés sur la notion de bien-être et celle d'être bien dans les environnements architecturaux ayant des impacts en santé. Ces deux notions sont très différentes selon que l'on se place du côté du bénéficiaire ou des usagers ou du côté de l' élu ou des décideurs politiques. L'exemple emblématique est celui de la proposition des congés payés qui sous l'idée de vouloir accorder un temps de repos en 1936 tout à fait louable à chacun a évolué actuellement sans tenir compte des impacts en santé publique lors des déplacements annuels engendrés par ces derniers.

La place des décideurs dans la procédure de décision :

Les élus

La formation des décideurs et des élus avec la difficulté de hiérarchiser les priorités politiques en matière de gestion des logements, des espaces naturels et des décisions pour améliorer l'environnement en santé dans différentes conceptions architecturales et urbaines, ont été abordées. Comment s'opère le choix d'une politique sachant intégrer une décision qui prenne en compte la santé et les besoins des populations en matière d'architecture en phase avec les problématiques ou les états de santé ?

Plusieurs exemples sont discutés sur ces choix en ateliers pour illustrer la difficulté de décision :

- Le choix du logement destinés à répondre aux situations précaires de santé est parfois en controverse avec celui de préserver un minimum d'espaces verts utiles pour améliorer les habitats humains ?
- Difficultés de proposer des constructions immobilières adaptées pour l'intégration des personnes dans le respect de leur situation de santé, même complexe.
- Les insuffisances pointées pour la décision des élus qui manquent d'information par défaut comme de disposer des bonnes données grâce à une cartographie fiable et dynamique de l'occupation des territoires humains et des espaces disponibles dans les villes.
- L'autoformation de l' élu prévaut en matière de relation entre santé et architecture avec une délégation des décisions souvent laissée à l'appréciation des experts des deux domaines. La nécessité de proposer une

formation dédiée aux élus est proposée incluant la maîtrise d'indicateurs signifiants. Plusieurs indicateurs méritent d'être maîtrisés par les élus comme le ressenti des populations en terme d'habitat et ceux plus reconnus (IRIS et EIS qui évaluent l'impact sur la santé) pour apporter des raisons objectives sur la nature exacte des besoins et sur la justification des priorités pour y répondre. La nécessité de s'appuyer sur des référentiels produits par des organismes reconnus est encouragée (EHESS) avec le lancement de plus de recherches scientifiques susceptibles d'évaluer l'impact sur la santé de l'architecture et vice-versa.

- La notion de volonté dans la décision politique susceptible de dynamiser le processus de décision de élus et l'amélioration des rapports santé et architecture est abordée en s'appuyant sur des exemples concrets et originaux comme l'exemple de la création de bains douche et de restaurant social sur Nantes pour permettre une fixation sociale et humaine des populations.

La place des populations dans la procédure de décision:

Les usagers

- Le manque de formation des élus avec des déficiences de communication à partir de données fiables remontant du terrain ou associant les usagers est relevé. Le manque d'un guide méthodologique qui permettrait aux usagers d'organiser leurs réflexions et leurs suggestions pour orienter des choix avec une appropriation d'un langage commun et partagé par tous pour mieux évaluer les actions entreprises ou à développer, est aussi pointé. En effet, toute variation dans le langage descriptif génère des différences de compréhension du sens et

de la vision de telle ou telle initiative d'où la nécessité d'une formation cohérente et homogène entre élus.

- L'importance du respect de l'avis des populations, de la compréhension selon la culture de la population pour mener les réalisations est discutée en prenant comme exemple la difficulté d'intégrer la notion d'environnement respectueux de la santé en architecture dans certains pays (exemple des politiques urbaines de la Chine et des différents modes d'intégration des transports au service des populations). L'organisation des usagers et la prise en compte de leur parole reste des problématiques qui sont mal cernées dans la décision politique souvent contraintes par des choix économiques et techniques en matière d'architecture et d'amélioration des lieux et des espaces de vie.

La place des professionnels dans la procédure de décision :

Les experts

- Les critères les plus récurrents pour optimiser les décisions est souvent celui de la considération économique et l'existence d'un tissu d'acteurs locaux (entreprises, collectivités et structures associatives susceptibles de constituer un relai sur le terrain.
- Avant toutes décisions et le lancement de tous projets, il faudrait consulter en amont les professionnels de santé et les architectes réunis dans un groupe de travail interactif en rapport avec ce tissu d'acteurs locaux qui nourriraient en synergie la réflexion politique. Ces éléments sont toutefois contenus par la réglementation à appliquer.

La réglementation dans la procédure de décision

- L'impact du droit et de la réglementation comme moteur ou frein de toute initiative pour améliorer la santé dans l'environnement architectural et réciproquement est aussi évoqué. Ainsi, certaines structures se sont installées faute de réglementation adaptée. De la même manière, l'application des normes dénuées d'adaptation au contexte conduit à une mauvaise évaluation du risque en santé vis-à-vis des usagers (pressing dans les immeubles d'habitation à l'origine de pollution par exemple).
- Dans d'autres cas, le vide réglementaire amène les collectivités territoriales à mettre en œuvre des projets sans forcément attendre que la réglementation avance des préconisations où les organismes officiels (HAS ou autre) aient eu le temps d'émettre des recommandations.
- Il faut que les normes s'adaptent aux situations locales avec une notion d'échelle d'application suffisante dans le temps pour mieux cerner les situations et y répondre de manière conforme. Il est important que toute norme en architecture soit adaptée aux besoins en santé, évolue avec les variations des états de santé des populations et s'enrichisse de manière interdisciplinaire selon le site où elle doit s'appliquer (écoles, habitats, hôpitaux...). L'exemple du radon et la mauvaise évaluation de son incidence réelle au sein des populations et des habitats est discutée. Ainsi, dans les maisons où la réglementation en santé reste assez limitée en matière d'obligations, il existe peu d'initiatives ou d'informations vis-à-vis des populations sur la nécessité d'aérer leurs logements (on avance le chiffre de 10% des cancers du poumon dont l'origine serait liée à ce manque de ventilation). Il en est de même sur le choix des isolants qui sont insérés en nombre et forme diverses dans les habitats et limitent le renouvellement de l'air et l'humidification nécessaire des lieux.

Synthèse des ateliers

Jean VALCARCEL - Vice-président SRSP LRMP

Dans les deux ateliers, on note que :

- La notion personnalisée et collective de la conception architecturale des habitats et des environnements favorables à la santé a été discutée avec trois niveaux décisionnels : celui des décideurs (élus), celui des populations et celui imposé par la réglementation plus ou moins fixe ou évolutive.
- Du point de vue du décideur politique ou de l' élu, la difficulté des choix et des priorités est fortement marquée par sa culture et sa formation en santé en fonction de contraintes économiques, techniques et de pérennité dans le temps.
- Du point de vue des populations, le manque d'écoute ou de participation par défaut de structure participative efficiente est souvent relevé. La plus grande difficulté est de concilier la multiplicité des intérêts individuels de chacun avec un vrai intérêt collectif qui soit en phase avec la décision politique de l' élu.
- La multiplicité des acteurs servant de conseils et d'expertise se heurte souvent à la compréhension de l'objectif à atteindre avec des déficiences notées dans le langage commun, dans la communication des actions vis-à-vis des populations qui ne comprennent pas bien l'ordre des choix et la hiérarchie pertinente du déroulement des priorités pour la réalisation d'un projet. Par exemple : dans une ville, la priorité donnée à la conservation de certaines espaces se heurte à celles des besoins des populations en habitations, de même l'intégration d'espaces verts ou naturels à des choix de modèles architecturaux avec des matériaux écologiques ou respectant l'environnement.
- Le manque de données exploitables directement et en temps avec une cartographie macroscopique des zones urbaines et de son évolution dans le temps est ainsi pointé. Un plus grand appel à des indicateurs développés par des instituts de références (EHESS) ou de recherche fait cruellement défaut dans la décision.
- Du point de vue réglementaire, elle apparaît souvent appliquée de manière globale sans discernement des cas particuliers. Une normalisation des normes qui ne doit pas envahir l'espace décisionnel jusqu'à annihiler le bien fondé des décisions. Pour que les normes soient évolutives, adaptées et adaptables en temps utile, il conviendrait de plus d'échanges et de travaux interdisciplinaires conjoints entre les domaines de la santé et de l'architecture pour que la norme soit consensuelle et plus pérenne. Par exemple, la part de la rénovation est souvent mal évaluée au détriment de constructions nouvelles qui ne sont pas toujours nécessaires.

En conclusion

Une meilleure formation transversale dans le domaine de l'architecture intégrant les problématiques de santé avec un développement de formations interdisciplinaires des professionnels de santé, du monde de l'architecture et des élus reste encore à mettre en place.

La priorité des priorités dans la décision est trop souvent économique d'où l'importance d'une intégration culturelle de diverses valeurs propres à la santé dans le domaine de l'architecture pour contrebalancer celle-ci. Une plus grande référence, un meilleur usage et l'établissement d'indicateurs probants issus de la recherche translationnelle en architecture et santé est à souhaiter.

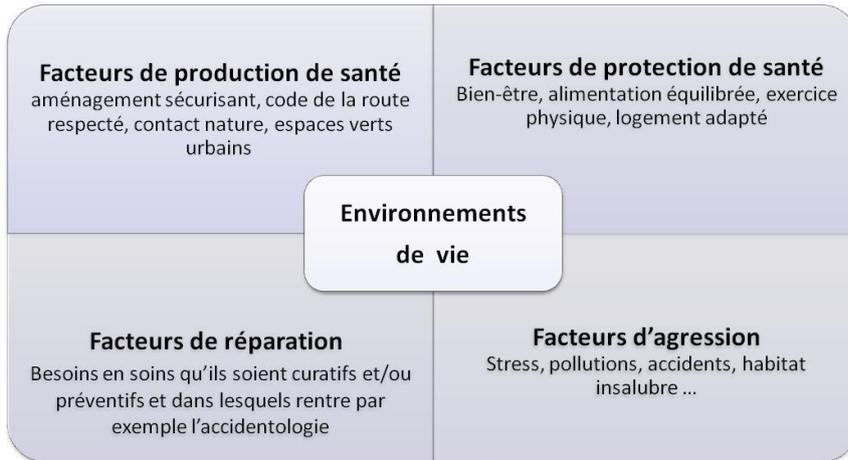
Enfin, la communication des décisions, de la manière dont elles sont produites, partagées et assimilées par tous reste un exercice complexe qu'il faut intégrer en permanence lors de tous projets d'architectures bénéfiques en santé.

Environnements de vie

Environnements de vie, santé et architecture : Que se cache-t-il derrière ces mots ?

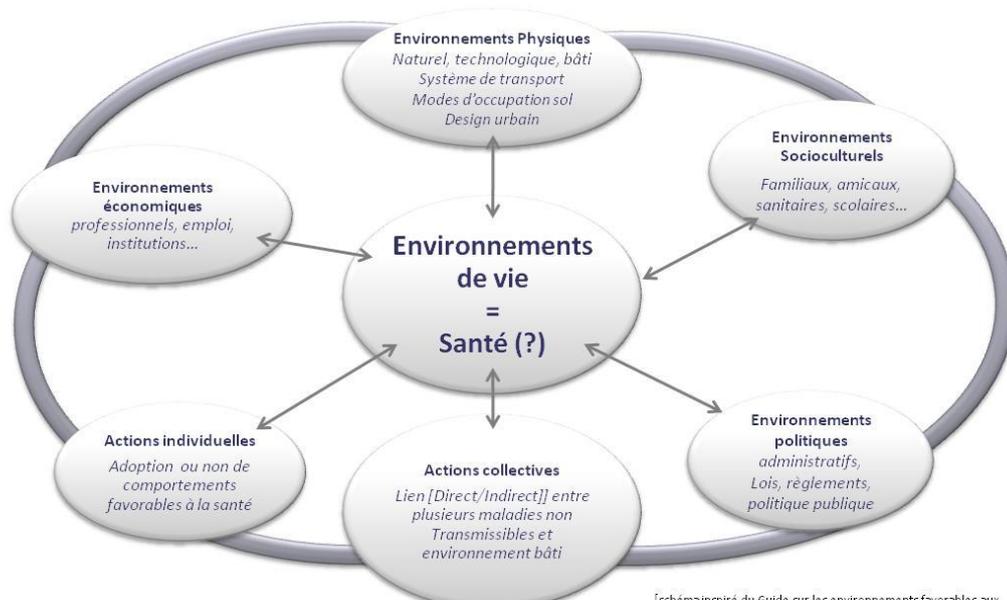
Catherine CECCHI - Présidente SRSP MPLR, Vice présidente SFSP

Hippocrate déjà préconisait déjà d’approfondir la médecine par l’analyse de l’environnement des saisons, de la qualité de l’eau, de l’air et des modes de vie. C’était déjà analyser les environnements de vie avant de parler de maladie. Le concept **Santé**, « non maladie » pour le grand public, « soins et prévention » pour les professionnels, a évolué vers un concept plus global incluant qualité de vie, bonheur, bien être et satisfaction de la vie (Pr. ML Bruchon-Schweitzer-Bordeaux)



La santé ne dépend pas que des progrès thérapeutiques, elle dépend de différents facteurs individuels et/ou collectifs. Ils peuvent être producteurs ou protecteurs de santé et en ce sens favorables à la santé. Ils peuvent aussi être facteurs de réparation ou facteurs d'agressions et dans ce dernier cas défavorables à la santé. Des liens directs et/ou indirects avec l'apparition de maladie peuvent aussi exister en relation avec

l'environnement bâti. Celui-ci inclut les systèmes de transports, le mode d'occupation du sol et le design urbain. Pour appréhender globalement les environnements de vie, il est nécessaire de prendre en compte tous les secteurs d'influence. Pour cela il est essentiel d'intégrer une stratégie à plusieurs approches car les environnements de vie sont une véritable toile d'araignée qui se construit au niveau individuel et/ou collectif.



[schéma inspiré du Guide sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie dans les municipalités - INSPQ, 2016]

Catherine CECCHI
Vice Présidente SFSP
« Éthique et santé publique Environnements de vie, santé et architecture » ENSAM Montpellier 2016 © 2016

« Adopter de saines habitudes de vie : choix souvent individuels...mais grandement conditionnés par les environnements de vie qui relèvent souvent du système collectif ».

Les facteurs favorables et défavorables à la santé doivent être posés en commun entre les différents acteurs et mis en place en respectant certes la réglementation mais surtout en concertation avec tous les acteurs. Il est parfois nécessaire de se poser des questions sur les normes et ne pas les appliquer stricto sensu mais voir comment elles peuvent être adaptées aux contextes, aux régions, aux climats (on ne vit pas pareil en montagne et au bord de la mer !!!). Une réglementation mal faite peut être productrice de facteurs de stress et impacter la santé de chacun.

En conclusion on peut retenir qu'il est nécessaire de créer des liens entre tous les acteurs pour faciliter un tuilage des compétences qui rendra plus efficient les solutions retenues à tous les niveaux d'échelles. Ce mode de travail plaçant l'« Humain » au cœur de ses environnements de vie, permettra d'aboutir au travailler ensemble à « mettre la santé dans toutes les politiques » (OMS-Déclaration d'Adélaïde – 2010). Cela ne peut se faire sans une véritable et réelle volonté politique.

Un exemple : La ville de la Grande-Motte

Jean-Claude MANDEL : Adjoint au Maire – Délégué à la culture, au patrimoine et à l'architecture

70% d'espaces verts,
50 kms de voie douce



- Une santé préservée
- Un nouvel art de ville



La Grande Motte est une ville d'art et d'architecture mais aussi une ville de création qui est née de la volonté politique dans le milieu du XX^{ème} siècle.

Sa conception et sa réalisation ont été confiés à l'architecte Jean Balladur.

Actuellement c'est d'abord un espace végétal créé entièrement de la main de l'homme mais totalement préservé.

Le premier quartier construit, celui des Pyramides, était très masculin alors que la

construction de la Motte du Couchant dans les années 1970 s'est faite de façon plus féminine avec des formes plus adoucies.

La Grande Motte est maintenant une ville jardin, produit touristique certes issue de la production de l'homme, pour l'homme mais impulsée par la décision politique.

Elle a été construite, pensée à l'échelle humaine en mettant l'habitant, l'usager au cœur de la ville. 70 % d'espaces verts, 50 km de voie verte, c'est une santé préservée et un nouvel art de vivre en ville.

Table Ronde : « Comment intégrer la santé dans la conception architecturale des environnements de vie »

Pour **Fanny CERESE (Architecte)**, le design urbain doit faire en sorte d'intégrer l'accessibilité dans le design et faire attention à ne pas venir stigmatiser les personnes dans les difficultés qu'elles rencontrent (exemple : rampe d'accès ajoutée telle une prothèse à un bâtiment sans réflexion d'intégration esthétique).

L'accessibilité ne concerne pas seulement les personnes reconnues comme handicapées mais l'ensemble de la population si l'on considère les mamans avec les poussettes, les personnes qui avancent en âge, les personnes encombrées, momentanément accidentées, d'origine étrangères, etc. Une réflexion en amont de toute conception sur la qualité d'usage et les situations de handicap permet de bâtir une ville accessible et ouverte à tous, et ce dans le respect de la spécificité des sites.

Patricia SARRAUX-SALÜN (Directrice service Santé Publique, ville de Nantes) prend l'exemple de la ville de Nantes productrice de santé et de bien être. Une ville peut intervenir sur la santé de ses habitants, la santé n'est pas que le soin. La ville de Nantes agit pour réduire les inégalités sociales de santé (il existe des différences de mortalité entre quartiers au sein d'une même ville). La santé de chaque habitant se gagne à plusieurs. La santé est la résultante de tout un travail collectif. Egalité n'est pas synonyme d'équité (l'équité c'est donner plus à celui qui en a le plus besoin). Les inégalités en santé débutent très tôt dans l'enfance.

La valeur ajoutée de la nature dans la ville n'est plus à prouver : la tranquillité est quelque chose d'important dans une ville. Le plan « santé environnementale » concernant la qualité de l'air, un habitat sain, les bruits, l'alimentation etc...se construit dans une vision très globale.

En 2013 Nantes était capitale verte et diffusait des concepts de santé environnementale. Le tout est d'intégrer les enjeux de santé à la programmation d'aménagements urbains, par exemple il existe une preuve du gain des pistes cyclables non seulement sur la pollution mais également sur la pratique sportive pour un mode de vie sain. On travaille aussi sur la vie nocturne (bruit, alcool...). Un aménageur tout seul ne peut pas créer une ville verte ludique, attractive, innovante, équitable et chargée de son histoire, s'il n'existe pas une volonté publique en soutien.

La santé se gagne à plusieurs acteurs avec une meilleure connaissance de l'état réel des populations pouvant bénéficier des innovations architecturales. On sait ainsi que la mortalité est différente selon les régions et les genres (la mortalité des hommes au nord par rapport au sud est de 70% supérieure !).

Il est donc nécessaire de rééquilibrer tous ces paramètres en fonction de la population en diminuant mieux que les inégalités, en diminuant les iniquités. L'inégalité débute tôt alors que l'inéquité s'établit avec le décours de la vie et doit être évitée.

Michel CANTAL-DUPART (Architecte CNAM-Paris) prend l'exemple de Nantes : l'hôpital central Hôtel Dieu est de l'autre côté du fleuve / l'hôpital st Jacques (initialement hôpital des fous) hors les murs. Aujourd'hui la mairie veut implanter l'hôpital en plein cœur de ville sur l'île de Nantes ce qui provoque un gros débat.

Est il judicieux d'implanter un hôpital en centre ville alors que de moins en moins de gens vivent dans les centres villes et en particulier de moins en moins de personnes âgées.

Emmanuel DOSSA (Président de la Chambre des Notaires de l'Hérault), pointe l'excès de normes qui conduit à 2 contradictions entre le droit privé et le droit général. Le droit de propriété est chéri pour les Français et va parfois à l'encontre du bien être général.

On se demande si parfois une déresponsabilisation de l'état est faite pour responsabiliser plus les individus. Les normes sont respectées car il y a une contrainte financière au bout, mais la norme est polluante. Il y a une autre contradiction créée par la norme inflationniste : on a un besoin croissant de logement, la multiplication des normes contribuent à augmentation du coût de la construction. On ne peut pas réfléchir

aujourd'hui sur une ville et son évolution si on ne met pas en place une politique urbaine à 20 ans. Comment faire si la norme n'est pas stable ?

François MOURGUES (Président Comité Développement Durable en Santé (C2DS)/ Directeur honoraire CH d'Alès) évoque le rapport entre les différents corps de métiers en architecture et la qualité de conception et de livraison d'établissement de santé. Il décrit comment il a été à l'origine, avec force de volonté et de résolution de conflits entre différents corps administratifs et du monde de l'architecture. Il a fait construire le premier hôpital HQE (Haute Qualité Environnementale) sur Alès.

L'exemple de la construction de l'hôpital d'Alès est là pour montrer qu'il faut et que l'on peut mieux utiliser l'argent investi. Un hôpital consomme de l'énergie produit des déchets et du danger. L'ergonomie est importante pour aller chercher au travers des usages et usagers de solutions visant à diminuer l'entropie et les coûts.

La question de la Santé s'impose chaque jour davantage aux maîtres d'œuvre sans pour autant que les éléments conceptuels soient encore complètement acquis.

Clôture du colloque

Alain DEREY, Directeur Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Montpellier (ENSAM) remercie tous les organisateurs, les intervenants et les participants de cette journée particulièrement riche qui fut une première pour l'ENSAM et qui est appelée à se prolonger dans d'autres partenariats comme celui de la formation avec le projet d'un master alliant l'architecture et la santé.

Catherine CECCHI, Présidente Société Régionale Santé Publique Midi Pyrénées Languedoc Roussillon (SRSP MPLR), Vice-présidente Société Française de Santé Publique (SFSP) renouvelle ses remerciements aux intervenants qui sont venus spontanément et amicalement pour apporter leurs savoirs et leurs expertises à ce colloque, à tous ceux qui ont contribué à l'organisation de cette journée et aux participants qui sont venus nombreux malgré les grèves et qui par leur présence ont fait de cette journée un succès.