

La ville est-elle bonne pour la santé ?



La vi(!!)e est un éternel recommencement. En octobre 1937, la *National Smoke Abatement Society* tenait sa conférence annuelle dans la ville britannique de Leeds. Dans un document intitulé « *Smokeless Zones and a Smokeless Central Area* », cette institution mettait en évidence l'importance d'agir non seulement sur les fumées émanant des industries, mais aussi sur celles d'origine domestique, concluant à la nécessité d'intervenir prioritairement sur les zones centrales des villes qui concentrent à la fois le plus de sources de polluants et le plus de population potentiellement exposée.

Près de 90 ans plus tard, en 2012, la France propose de tester les ZAPA, « zones d'actions prioritaires pour l'air », alors qu'elle est poursuivie par l'Europe (amende de 40 millions d'euros et des astreintes journalières pouvant aller de 300 000 à 700 000 euros) pour le non-respect des normes de pollution par les particules fines. À l'instar de la métropole bordelaise, qui enregistre des dépassements réguliers sur la station de mesure de la place Gambetta à Bordeaux, sont ici notamment visés les centres-villes des grandes agglomérations. Enjeu ? Éviter, certes, les amendes de la commission européenne mais aussi un gain non négligeable d'espérance de vie pour les citoyens. Le projet européen Aphekom, conduit dans 25 villes de 12 pays d'Europe entre 2008 et 2011, montre, dans le cas de la ville de Bordeaux, que le respect de la valeur guide de l'OMS pour les particules fines dites PM_{2,5} permettrait un gain d'espérance de vie de 5 mois à l'âge de 30 ans ! Pour Bucarest, cas le plus défavorable parmi les villes étudiées, ce gain s'élève à 22 mois, alors que, à Stockholm, la valeur guide de l'OMS est d'ores et déjà respectée.

La qualité de l'air n'est qu'une des multiples facettes de la relation qu'entretient la santé avec l'environnement urbain. Cette relation est en réalité une longue histoire d'amour, ou pour mieux le dire d'attraction et de répulsion. Comme le rappelle Sabine Barles dans son article, c'est au XVIII^e siècle que les médecins ont commencé à établir des rapports de cause à effet entre l'état délétère de la ville et la santé des populations. C'est sur ces fondements théoriques que s'est progressivement constituée, au cours du XIX^e siècle, une ingénierie de la voirie et des réseaux urbains, laquelle reste, encore aujourd'hui, le socle technique de la conception de l'espace public. Plus tard, au XX^e siècle, c'est encore la santé, via les maladies pulmonaires, qui sera l'une des motivations de l'« urbanisme moderne ». Alors que les découvertes de la médecine démontrent l'effet de l'air et de l'ensoleillement sur le bacille de la tuberculose, les propositions formelles des architectes au tournant des années 1930, notamment celles exposées par Le Corbusier dans son ouvrage *La Ville radieuse*, cherchent à maximiser l'accès du soleil à la ville et aux logements. Aujourd'hui, de nouvelles pathologies, dites chroniques (maladies neurodégénératives, maladies cardiovasculaires...), réinterpellent l'urbaniste dans sa « vocation sanitaire ».

Le fait nouveau est peut-être que la ville n'apparaît plus seulement comme une cause, mais aussi comme une solution aux problèmes de santé. C'est d'abord en tant que modalité spécifique d'organisation de l'espace, en tant que forme particulière de cohabitation entre les humains que la ville peut être bonne pour la santé. On sait aujourd'hui que la densité urbaine a un effet positif sur la pratique de la marche et du vélo, deux pratiques réduisant à leur tour nettement le risque lié aux problèmes d'obésité et maladies cardiovasculaires. En Amérique du Nord, les villes des deux côtes (New York, Boston, San Francisco, Vancouver, Montréal, etc.), qui se sont développées avant l'apparition et la démocratisation de l'automobile, ont hérité de niveaux de densité qui les rendent « *walkable* » et « *bikable* ». Elles offrent par conséquent à leurs habitants un environnement plus sain que les villes de l'intérieur du pays, moins denses et moins « *walkable* », car elles les incitent à des déplacements non motorisés. Ainsi, dans sa version dense et compacte, la ville serait un des leviers d'une « médecine des comportements » appelée

de ses vœux par le professeur Patrice Couzigou¹ : « Quinze minutes de marche rapide ou cinq minutes de course quotidiennes sont associées à un gain de trois années de vie », explique-t-il ! L'Organisation mondiale de la santé préconise de s'imposer une hygiène de 10 000 pas par jour, un objectif que seuls 25 % des Français atteignent aujourd'hui. Ces constats sont à l'origine de la floraison dans les villes françaises de panneaux indiquant les temps de marche nécessaires pour atteindre différents points névralgiques de la cité. Toutefois, pour des raisons qui tiennent à la fois à la densité, aux distances et aussi à la qualité des espaces publics et des paysages, tous les espaces de la ville ne sont pas encore « marchables ». Il revient donc aux édiles et aux urbanistes d'intégrer lorsqu'ils composent ou redessinent les espaces urbains. La santé des urbains en dépend !

Mais si la ville est de nouveau conçue comme « un lieu bon pour la santé », c'est pour des raisons qui ne tiennent pas au design de ses espaces mais davantage à la capacité qu'elle a de concentrer un grand nombre d'aménités sanitaires. Pour le plus grand bonheur des urbains et le malheur des espaces de faible densité, les médecins généralistes, et *a fortiori* spécialistes, reproduisent une tendance sociétale

majeure consistant à privilégier une implantation urbaine². Dans une étude parue en 2016, l'UFC-Que Choisir ? évaluait à 14,6 millions, soit 23 % de la population et pour l'essentiel des ruraux, les Français connaissant des difficultés pour trouver un généraliste à

moins de 30 minutes de route de chez eux. Les villes sont aujourd'hui les bénéficiaires de ce phénomène de désertification médicale, lequel figure parmi les grands défis sanitaires du moment... et du futur. Par ailleurs, les villes bénéficient aujourd'hui d'écosystèmes hospitaliers et technologiques qui font que l'écart se creuse avec les régions, qui ne peuvent compter « que » sur les hôpitaux locaux. Pour des raisons qui tiennent avant tout au renchérissement constant des équipements médicaux, ces derniers tendent de plus en plus à être concentrés dans des plateaux techniques que seuls les grands complexes hospitaliers accueillent. L'évolution high-tech de la médecine et le renouvellement sans cesse plus rapide des technologies et des méthodes transforment ainsi les villes en « clusters de santé »

1 | Conférence donnée à l'occasion du colloque de la Charte des mobilités de l'agglomération bordelaise, juin 2016, Bordeaux.

2 | CGET, « Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires », *En Bref* #4, septembre 2015.

