

Département d'Architecture



Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de :
MASTER ACADEMIQUE

Filière :
ARCHITECTURE

Spécialité :
ARCHITECTURE ET ENVIRONNEMENT URBAIN

Présenté par :
**Abida DJOUHER
Hadjer CHERIER
Tama ZOUAOUI**

**THEME : LA VILLE DURABLE AU SERVICE DE LA SANTE
PUBLIQUE (CAS D'ETUDE TEXANNA)**

25 Juin 2018

Composition du Jury :

Mustapha BLIBLI	MAA, Université Mohamed Seddik BENYAHIA - Jijel, Président du jury
Hayette HADEF	MCB, Université Mohamed Seddik BENYAHIA - Jijel, Directeur de mémoire
Nafila SMAKDJI	MCB, Université Mohamed Seddik BENYAHIA - Jijel, Co-directeur du mémoire
Warda GUESSOUM	MAA, Université Mohamed Seddik BENYAHIA - Jijel, Membre du Jury

Remerciement

Tout d'abord nous remercions le bon dieu le tout puissant pour son aide et pour nous avoir donné la patience et la volonté pour réussir ce modeste travail.

A nos chères parents qui nous ont soutenues durant toutes nos années d'études pour leurs sacrifices.

Un profond respect et remerciement à notre encadreur Mme Hayette HADEF pour le suivi et l'encadrement qui nous a apporté Pour son aide et sa disponibilité.

Nous souhaitons ainsi, remercier tous les membres de nos jurées Pour l'intérêt qu'ils l'ont manifesté pour ce travail et les discussions que nous avons pu avoir et qui nous ont permis de progresser et qui nous ont ouvert de nouvelles perspectives.

Nous tenons à remercier tous les enseignants qui nous ont suivis durant notre cursus

Nos amis et collègues qui nous ont aidés et soutenus moralement et avec qui on a passé les meilleurs moments de notre vie universitaire.

A tous les gens qui nous ont aidés de près ou de loin à l'élaboration de notre mémoire fin d'étude par le fruit de leur connaissance pendant toute la durée de notre parcours éducatif.

Abida, Hadjer et Tama

Dédicace

Je dédis ce modeste travail à :

A MON TRÈS CHER PÈRE :

Mohammed

Mon père Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien être. Ce travail est le fruit de tes sacrifices que tu as consentis pour ma formation.

A Ma très chère mère:

Naima

Ma mère affable, honorable, aimable, Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

A mon frère Messaoud

Mon frère Messaoud Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime que dieu tout puissant le garde pour nous Je vous remercie pour votre affection si sincère.

A mes adorables sœurs :

Ma petite princesse Yousra et spécialement Amina qui a été ma deuxième mère et ma beaucoup soutenu au sens propre du mot durant tout mon cursus et son mari Kamel

A ma grande famille

Ma grande mère, mes tantes, mes ancres et spécialement mes cousines Sihem, Mimi, Sara, Lina et Katia, Je vous remercie pour votre affection si sincère.

A mon fiancé Badr Eddine et sa famille

Mon fiancé Badr Eddine tes sacrifices, ton soutien moral, ta gentillesse sans égal, ton profond attachement m'ont aidé à réussir. Et à toute sa famille « Mon beau-frère Mouad, Mes belles sœurs Jihad et Aya et Mama Hadjla » veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection.

Dédicace spécial

Toutes mes amies: Warda, Romaiissa, Amina, Hadjer, Asma, Nassima, Selma, Sahar, Nino, Hadjer et Abida à tous mes collègues de la promotion 2018 En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs de tous les moments que nous avons passé ensemble.

Tama

Dédicace

Je dédis ce modeste travail à :

A MON TRÈS CHER PÈRE : Khoudja

Mon père Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien être. Ce travail est le fruit de tes sacrifices que tu as consentis pour ma formation.

A Ma très chère mère: Djamila

Ma mère affable, honorable, aimable, Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

A mes frères Mouhamed Amine et Ismail

Mes frères, que dieu tout puissant le garde pour nous, Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime que dieu tout puissant les garde pour nous Je vous remercie pour votre affection si sincère.

A mes adorables sœurs :

Ma petite sœur Meroua et la reine de notre famille Sirine

A ma grande famille

A mon fiancé Hakim et sa famille

Mon fiancé Hakim tes sacrifices, ton soutien moral, ta gentillesse sans égal, ton profond attachement m'ont aidé à réussir. Et à toute sa famille.

Dédicace spécial

Toutes mes amies: Abida, Tama, Haloumi, Zouma, Ines, Amira, Doudi, Hayouta, Fulla, Khaoula, Mouni, Meroua, Rania.

Hadjer

Dédicace

Merci Allah de m'avoir donné la capacité d'écrire et de réfléchir, la force d'y croire, la patience d'aller jusqu'au bout. Je dédie ce Modeste travail :

A ma très chère Mère, qui a œuvré pour ma réussite, de par son amour, son soutien, tous les sacrifices consentis et ses précieux conseils, pour toute son assistance et sa présence dans ma vie, autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi. Puisse le tout puissant te donner santé, et longue vie.

A mon très cher Père, l'homme de ma vie, l'épaule solide, l'œil attentif compréhensif, celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir et avancer dans la vie. Merci pour les valeurs nobles, l'éducation et le soutien permanent venu de toi, que Dieu te préserve et te procure santé.

A mes chères sœurs : « Sihem » et « Chaima », à mon petit roi « Fayçal » et la princesse « Racha » pour le dynamisme et la fierté qu'ils ont ajoutés à notre maison.

En témoignage de tes nuits blanches pour moi et des souvenirs de tous moments et bêtises que nous avons passé ensemble, les mots ne suffisent guère pour exprimer l'attachement, l'amour et l'affection que je porte pour vous.

A ceux que j'aime beaucoup, sur qui je peux compter, qui étaient toujours à mes côtés par soutien moral mes chers frères : « Omar », « Islem », et « Youcef ».

A mon encadreur Mme Hayette HADEF pour son aide et sa précieuse attention.

A les personne qui ont partagé tous le travail, qui ont supporté mon humeur au moment de stresser, mes deux binômes et mes chères amies « Tama » et « Hadjer », Je ne peux trouver les mots justes pour vous exprimer mes pensées. En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs de tous les moments que nous avons passé ensemble, je vous souhaite une vie pleine de santé, de bonheur et de réussite. A tous les membres de la famille petits et grands. A tous ceux qui ont de près ou de loin, contribué d'une manière ou d'une autre pour que ce mémoire soit possible, et spécialement ceux dont les noms ne sont pas mentionnés, mais qui sont présents dans mon esprit et dans mon cœur. Je vous dis merci, et que Dieu me les gardent.

Abida

Liste des abréviations

ARS : Agences régionales de santé

CHU : Centre hospitalière universitaire

CLS : Contrats locaux de santé

DD : Développement durable

DUD : Développement urbain durable

EHS : Etablissement hospitalière de santé

HPST : Loi Hôpital, patients, santé et Territoires

OMS : Organisation mondial de la santé

PRSE : Programme régional santé-environnement

PLS : Programmes locaux de santé

P.D.A.U : Plan directeur d'aménagement et d'urbanisme

SCHS : Service Communal d'hygiène et de santé

ICLEI : International Council for Local and Environmental Initiatives

PEB : Plan d'exposition au bruit

ICU : Ilot de chaleur urbain

PAVE : Plan de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics

TC : Transport en commun

ICPE : Installation classée pour la protection de l'environnement

Liste des illustrations

Liste des figures

Figure n°1: Le gradient de la santé.....	p8.
Figure n°2 :Déterminants de la santé.....	p11.
Figure n°3: Les trois piliers de DD.....	p18.
Figure n°4 :La mixité dans la ville durable.....	p37.
Figure n°5: Température moyenne de Texanna.....	p54.
Figure n°6:Précipitation moyenne de Texanna	p54 .
Figure n°7:Caractéristiques morphologiques de la commune de texanna.....	p55.
Figure n°8: Vues panoramiques de Texanna.....	p56.
Figure n°9 : Vue aérienne de la commune de Texanna.....	p59.
Figure n°10: La façade urbaine de Texanna.....	p59.
Figure n°11: Les points de repère de Texanna.....	p60.
Figure n°12: Type de l’habitat.....	p62.
Figure n°13: Le terrain d’intervention.....	p62.
Figure n°14: L’accessibilité du terrain d’intervention	p63.
Figure n°15: ensoleillement du terrain d’intervention.....	p63.
Figure n°16 : Coupe sur terrain	p64.
Figure n°17 : L’environnement naturel du terrain.....	p64.
Figure n°18 : Terrain d’intervention.....	p70.
Figure n° 19 : Les axes d’intervention.....	p71.
Figure n° 20: Schémas de principe.....	p71.
Figure n° 21: Parcours de santé.....	p72.
Figure n° 12: Véhicules alimentés par des batteries électriques.....	p72.

Liste des illustrations

Figure n°23: Bacs surélevés.....	p73.
Figure n°24 : Bacs surélevés avec une position assise.....	p73.
Figure n°25 :L'intégration des panneaux solaires.....	p74.
Figure n°26 : Bâche à eau.....	p74.

Liste des cartes

Carte n°1 : Carte de Jijel.....	p53.
Carte n°2 : Situation de la commune de Texanna par rapport à la wilaya.....	p54.
Carte n°3 : Le système viaire de Texanna.....	p58.
Carte n°4:Le cadre bâti de Texanna.....	p59.

Liste des tableaux

Tableau n°1: Référentiel d'urbanisme favorable à la santé.....	p38.
Tableau n°2: Les déterminants d'urbanisme favorable à la santé.....	p40.
Tableau n°3 : Infrastructures de la commune de Texenna.....	p57.
Tableau n°4 : Analyse architecturale de Texenna.....	p61.
Tableau n°5: Les atouts et les handicaps du terrain.....	p65.
Tableau n° 6 : Fiche technique d'EHS.....	p66.
Tableau n° 7 : Programme du projet.....	p67.
Tableau n° 8 : Programme retenu.....	p69.

Table des matières

Remerciement

Dédicace

Table des matières.....I

Liste des illustrations.....VI

Liste des abréviationsVIII

Introduction générale

1. Introductionp1.

2. Problématique.....p2.

3. Hypothèses de travail.....p3.

4. Choix du thème.....p3.

5. Choix du site.....p3.

6. Les objectifs de travail.....p4.

7. Méthodologie de recherche.....p4.

8. Structure de mémoire.....p4

Partie I : Approche théorique et contextuelle

Chapitre 1 : La santé : concepts et définitions

Introduction.....p06.

I. La santé.....p06.

I.1.La santé en tant que conceptp06.

II. Les approches de la santép07.

II.1.Le modèle médical.....p07.

II.2.La définition holistique.....p07.

II.3.Le modèle du bien-être.....p07.

III. Le gradient de la santép08.

IV.L'état de « bonne santé » et les besoins fondamentaux.....p09.

V. La pyramide de Maslowp09.

VI. Les déterminants de la santép10.

VII. Les acteurs de la sante : une gouvernance multi-niveaux.....p12.

Table des matières

VII.1.Etat/ARS	p12.
VII.2.Conseil Régional et Général.....	p13.
VII.3.Echelle communale : Service Communal d'hygiène et de santé (SCHS).....	p13.
VIII. Typologie des équipements sanitaires.....	p14.
IX. La santé publique	p14.
IX.1. Le concept de la santé publique.....	p14.
X. La démarche de santé publique.....	p15.
XI. Le rôle de la santé publique.....	p16.
XII. La promotion de la santé publique.....	p16.
Conclusion	p17.

Chapitre 2 : La ville à l'ère de développement durable

Introduction	p18.
I. La notion de développement durable.....	p18.
II. L'écologie, l'économie et le social : les trois piliers de DD.....	p18.
III. Les principes du développement durable.....	p19.
IV. Du développement durable au développement urbain durable.....	p19.
V. La ville et le développement durable	p20.
VI. La ville durable.....	p21.
VI.1.La ville durable et une ville basée sur la mixité sociale Et fonctionnelle.....	p23.
VI.2.La ville durable, la santé un élément prioritaire	p23.
VII. L'agenda 21 : pour une meilleure santé.....	p25.
VIII. La santé pour tous : la stratégie de L'OMS pour une meilleure santé.....	p26.
IX. Le projet ville santé de L'OMS.....	p27.
IX.1.La ville santé : une interprétation différente.....	p28.
IX.2.Les critères d'une ville santé.....	p29.
IX.3.Les principes d'une ville santé.....	p30.
Conclusion	p32.

Table des matières

Chapitre 3 : Pour un urbanisme favorable à la santé publique

Introduction	p33.
I. Les effets de l’urbanisme sur la santé.....	p33.
II. L’aménagement d’un territoire urbain favorable à la santé publique.....	p35.
II.1.La mixité.....	p36.
II.2La densité.....	p36.
III. Le développement du concept de l’urbanisme favorable à la santé.....	p37.
IV. Référentiel d’analyse des projets d’urbanisme au regard de la santé.....	p38.
✓ Famille I : modes de vie, structures sociales et économiques.....	p38.
✓ Famille II : cadre de vie, construction et aménagement.....	p39.
✓ Famille III : milieux et ressources.....	p39.
V. Les déterminants d’un urbanisme favorable à la santé publique.....	p40.
Déterminant 1 : Comportements de vie sains.....	p40.
Déterminant 2 : Cohésion sociale et équité.....	p41.
Déterminant 3 : Démocratie locale/citoyenneté.....	p42.
Déterminant 4 : Accessibilité aux équipements, services et activités économiques.....	p43.
Déterminant 5 : Développement économique et emploi.....	p43.
Déterminant 6 : Habitat.....	p44.
Déterminant 7 : Aménagement urbain.....	p44.
Déterminant 8 : Sécurité-tranquillité.....	p45.
Déterminant 9 : Environnement naturel.....	p46.
Déterminant 10 : Adaptation aux changements climatiques.....	p46.
Déterminant 11 : Air extérieur.....	p47.
Déterminant 12 : Eaux.....	p48.
Déterminant 13 : Déchets.....	p49.
Déterminant 14 : Sols.....	p50.
Déterminant15 : Qualité de l’environnement sonore et champs électromagnétiques.....	p50.
Conclusion	p52.

Partie II: Approche analytique et conceptuelle

Chapitre 4 : L'analyse de site

Introduction	p53.
I. Présentation de la wilaya de Jijel	p53.
II. Situation de la commune de Texanna	p53.
II.1 Les données climatiques.....	p54.
II.2. Caractéristiques morphologiques.....	p55.
II.3. Réseaux hydrographique.....	p55.
II.4. La végétation.....	p55.
II.5. Le paysage naturel.....	p56.
II.6. La population.....	p56.
II.7. Le réseau routier.....	p56.
II.8. Les équipements et infrastructures de base.....	p57.
II.9. Le cadre physico spatial	p58.
II.10. Système viaire.....	p58.
II.11. Le cadre bâti.....	p59.
II.12. La forme urbaine.....	p59.
II.13. Les points de repère.....	p60.
II.14. L'analyse architecturale.....	p61.
II.15. L'analyse sanitaire	p61.
II.15.1. La gestion des déchets	p61.
II.15.2. La qualité et la gestion des eaux.....	p62.
II.15.3. La qualité de l'habitat et du cadre de vie.....	p62.
III. Le terrain d'étude.....	p62.
III.1. La situation et les limites.....	p62.
III.2. L'accessibilité du terrain	p63.
III.3. L'orientation et l'ensoleillement du terrain.....	p63.
III.4. La géotechnique et la morphologie du terrain.....	p64.
III.5. L'environnement naturel.....	p64.
III.6. Synthèse.....	p65.
Conclusion	p65.

Chapitre 5: La programmation et la démarche conceptuelle

Introduction	p66.
I. Etude du programme.....	p66.
II. Programme d'EHS Texanna.....	p66.
III. Fiche technique d'EHS Texanna.....	p66.
IV. Programme d'EHS Texanna.....	p67.
V. Le programme retenu.....	p68.
V.1. les grands services	p68.
VI. La démarche conceptuelle.....	p69.
VI.1.Etape 1.....	p70.
VI.2.Etape 2.....	p70.
VI.3.Etape3.....	p71.
VII. Les recommandations pour un aménagement favorable à la santé publique.....	p72.
VII.1.La circulation et le transport.....	p72.
VII.2.La végétation.....	p72.
VII.3.La gestion des déchets hospitaliers.....	p73.
VII.4.La gestion énergétique.....	p74.
VII.5.La gestion écologique d'eau.....	p74.
Conclusion	p74.
Conclusion générale	p75.
Bibliographie	p77.
Abstract	
المخلص	
Résumé	

I. Introduction générale

La santé est un cadeau de la vie, elle peut apporter de la joie, du bien-être, c'est une force constructive et saine. Pour la plupart des gens la bonne santé est une condition préalable pour être satisfait voir même pour être heureux, la plupart des gens n'imaginent pas leur vie sans santé, cette opinion se trouve dans le proverbe « la santé n'est pas tout, mais sans la santé tout n'est rien ».

La santé est le pilier de notre existence, ce pilier est indispensable au bon fonctionnement physique, affectif et psychique de chacun, il nécessite d'être développé, construit et entretenu, soit sur le plan médical, soit sur le plan urbain.

La préoccupation de protéger la santé humaine et le bien-être de l'humanité se situe clairement au centre des perspectives du développement durable et des programmes de l'Agenda 21. La déclaration du sommet sur le développement durable de Johannesburg, en 2002, insiste sur le fait que la bonne santé repose sur les trois piliers du développement durable à savoir ; le pilier économique, écologique et social. L'accent est mis aussi sur l'importance de préserver dès maintenant la santé des générations futures et d'adopter dans le traitement des maladies une approche qui respecte les équilibres naturels.

Dans le domaine de l'aménagement, le concept de l'urbanisme favorable à la santé est devenu l'assise sur laquelle s'appuie aujourd'hui le développement durable, ce concept s'appuie sur les grands principes de la société juste et démocratique ; l'équité, la durabilité, la coopération intersectorielle et la participation de la population aux démarches de prise de décision dans une large mesure .

Le concept d'un urbanisme favorable à la santé a été élaboré comme un élément essentiel du projet Villes-Santé de l'OMS, programme qui porte sur tous les aspects de la santé en milieu urbain. Dans ce contexte, les liens entre l'urbanisme et la santé sont complexes et revêtent de nombreuses dimensions y compris des dimensions sociales, environnementales et économiques. Un urbanisme favorable à la santé se focalise sur les aspects positifs ce qui implique que les urbanistes réorientent alors leur travail en fonction de la santé et de la qualité de la vie et s'attachent plus particulièrement à faire en sorte que les objectifs liés à la santé soient au centre du processus de prise de décision. Ceci fait que la personne se retrouve au centre même du programme d'urbanisme. La santé constitue l'un des éléments principaux du développement durable et un urbanisme favorable à la santé vise à améliorer à la fois la qualité de l'environnement construit et la qualité de vie aussi bien des individus que de l'ensemble de la population vivant dans la ville.

II. Problématique

La ville est un système d'éléments complexe à étudier, car elle est un objet non fini, elle est toujours en train de changer et de se transformer. Une ville en bonne santé ne réclame pas seulement le mélange des hommes, mais aussi celui des activités et des fonctions qui doivent être diverses pour assurer une bonne relation avec les exigences du présent et celles du futur de la vie quotidienne.

Actuellement, beaucoup de problèmes dans les villes sont les conséquences d'un environnement et de conditions de logement médiocres, de la pauvreté, de l'inégalité, de la pollution, du chômage, du manque d'accès aux emplois et aux services et d'un manque de cohésion sociale. Les urbanistes par leur action jouent un rôle sur les environnements sociaux, physiques et économiques ainsi que sur la manière dont les villes fonctionnent, c'est la raison pour laquelle ils ont un rôle clé pour les villes en fonction de la manière dont ils abordent ces problèmes et garantissent des conditions de vie qui contribuent à la santé, au bien-être et à une bonne qualité de vie.

Aujourd'hui, la ville du 21^{ème} siècle est malade, elle est malheureusement dans un état de santé très dégradé, elle souffre et impose ses pires souffrances à ses habitants. La ville algérienne en est le témoin ; le manque des équipements sanitaires, la dégradation des conditions économiques et sociales, la pollution qui affecte l'environnement naturel et urbain, sont les principaux problèmes qui participent fortement à la dégradation de la santé publique dans la majorité des agglomérations algériennes.

Texanna, cas de notre étude, une ville jijilienne qui expose parfaitement l'état de santé dégradé de la ville algérienne et de ses habitants. La ville souffre, son cadre physique et son urbanisme ne sont jamais en faveur d'une bonne santé malgré ses richesses et ses potentialités qui peuvent faire d'elle une ville pionnière en matière d'aménagement et d'urbanisme favorables à la santé.

Devant cet état de fait, beaucoup de questions nous préoccupent :

-Comment peut-on aménager un territoire urbain favorable à la santé ? Et quels sont les éléments à prendre en compte ?

-Est ce que l'application des principes de la ville et de l'urbanisme favorable à la santé peuvent contribuer à améliorer l'état de santé des populations ?

Telles sont nos principales questions auxquelles nous souhaitons apporter des réponses.

III. Hypothèses de travail

Nous avançons deux principales hypothèses

-La santé est un champ global, elle doit être pensée à tous les niveaux : le niveau social, économique, environnemental, urbain...etc.

-L'application rigoureuse des principes de l'urbanisme favorable à la santé est la garantie d'une meilleure santé publique.

VI. Choix du thème

Dans le cadre de l'élaboration du mémoire de fin d'études, notre choix est porté sur le thème de la ville durable et la santé publique. Plusieurs facteurs nous ont incités à choisir ce thème, citant les plus essentiels :

- L'état de santé publique dans les villes actuelles.
- La santé publique qui est une préoccupation majeure de développement durable.
- La nécessité de faire un urbanisme favorable à la santé publique.

V. Choix du site

Le choix de site était dicté par plusieurs critères dont les plus importants sont :

- Le site est déjà occupé par un équipement sanitaire (satisfaire le principe de l'intervention sur l'existant, principe de base pour la ville durable).
- Les potentialités et les paysages naturels impressionnants.
- Les vues panoramiques merveilleuses.
- Le positionnement au bord de la RN77 ; un point de transition entre différentes wilayas et différentes régions.
- Le calme et l'air pur qui règne sur la région ce qui procure une sensation de bien-être et diminue la pression et le stress quotidien.

VI. Les objectifs de travail

Le présent travail s'inscrit dans le cadre d'une réflexion globale qui vise à expliquer les voies d'adaptation pour la réussite d'un aménagement urbain en faveur de la santé. Notre travail consiste alors à :

- Découvrir les enjeux de la ville durable et ses avantages pour la santé publique.
- Découvrir la relation entre l'urbanisme, l'architecture, la durabilité et la santé au niveau d'un territoire urbain.
- Rendre le territoire sain et attractif à travers l'introduction d'une nouvelle pratique d'un urbanisme en faveur de la santé.

VII. Méthodologie de travail

Pour assurer une succession logique de notre travail, nous avons adopté une démarche méthodologique qui se décline en plusieurs approches :

- Une approche théorique : elle consiste à collecter le maximum d'informations se rapportant à notre thème de recherche à travers :
 - Une recherche bibliographique : ouvrages, mémoires, revues, articles...etc.
 - Une recherche électronique qui nous a été très bénéfique : articles, documentaires...etc.
- Une approche opérationnelle : elle est consacrée essentiellement au travail de terrain afin de tirer une synthèse des potentialités et des contraintes du site dans le but d'une meilleure intégration du projet dans son contexte.
 - Les différents outils méthodologiques utilisés sont : la prise de photos, les entretiens et les discussions.

VIII. Structure de mémoire

Notre travail est structuré en deux grandes parties divisées en cinq chapitres, en plus d'une introduction générale et une conclusion générale.

L'introduction générale : elle expose la problématique d'étude, les hypothèses, l'objectif du travail, les critères du choix du thème et du site.

Partie théorique et contextuelle

Chapitre 1 : La santé : concepts et définitions

Ce chapitre est un aperçu sur la santé et ses notions de base : la santé, la santé publique, les déterminants de la santé ...etc.

Chapitre 2 : La ville à l'ère du développement durable

Ce chapitre est une présentation de la notion du développement durable, de la ville durable et celle de la ville-santé.

Chapitre 3 : Pour un urbanisme favorable à la santé publique

Le but de ce chapitre est de découvrir les stratégies et les principaux éléments à prendre en compte dans un urbanisme favorable à la santé.

Partie analytique et conceptuelle

Chapitre 4 : L'analyse de site

Ce chapitre est consacré à l'analyse du site et du terrain d'intervention.

Chapitre 5 : La programmation et la démarche conceptuelle

C'est le dernier chapitre, il expose le programme retenu ainsi que la démarche conceptuelle.

Enfin une conclusion générale.

Introduction

La santé est une préoccupation majeure du développement durable comme le souligne le premier principe de la déclaration de Rio sur l'Environnement et le Développement affirmait que les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable, Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature. le développement a un impact sur la santé qu'il s'agisse du climat et des risques liés à son dérèglement du système de santé (vaccination et prise en charge), de la pollution, des épidémies, des risques et nuisances liés aux déchets et à l'urbanisation.

I- La Santé

I-1- La santé en tant que concept

L'étymologie apporte une première indication : santé vient de l'adjectif latin sanus, qui peut certes signifier en bonne santé mais également sensé raisonnable et intact.

- **Selon Larousse 1985 :** (Santé du latin satinas, satinais) état de celui qui est sain et dont l'organisme est en équilibre naturel.
- **Selon le nouveau Larousse médical :** Etat de bon fonctionnement de l'organisme en absence de maladies ce qui implique le bien-être physique et moral.
- **Selon le petit Robert la santé :** bon état physiologique, un fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme humain pendant une période appréciable, un équilibre et une harmonie de la vie psychique
- **Selon l'OMS¹ :** la santé est un état de bien être total, physique, social et mental de la personne, ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité.

Etat d'équilibre et d'adaptation de l'homme au milieu dans lequel il vit. Mais il y'a des facteurs variés (naturels, sociologique, économique...) qui peuvent intervenir et provoquer la rupture de cet équilibre, ce qui donne naissance à la maladie.

La santé est définit comme étant à la fois une condition et une conséquence du développement économique, social et culturel elle ne peut en aucun cas être dissociée du reste des activités nationales, la protection sociale et la promotion de la santé concourent au bien-

¹Organisation mondial de la santé

Chapitre 1: La santé : concepts et définitions

être physique et moral de l'homme et à son épanouissement au sein de la société et constituent de ce fait un facteur essentiel du développement économique et social du pays.

II. Les approches de la santé ²

De manière générale, il existe trois principales approches pour la détermination de la santé dont le modèle médical, le modèle holistique et le modèle du bien-être.

II.1. Le modèle médical

Ce modèle dominait en Amérique du Nord tout au long du 20^{ème} siècle. Le corps est considéré comme une machine qu'on peut réparer lorsqu'elle est en panne. Ce modèle privilégie le traitement de maladies physiques précises en ignorant les problèmes mentaux ou sociaux. On s'intéresse alors au traitement qu'à la prévention, et par conséquent, la santé est synonyme d'absence de maladie et elle est alors estimée par les taux de maladie ou de décès. Comme la santé dans cette perspective est définie par l'absence de maladie et la présence de niveaux de fonctionnement élevés ; une population en santé est alors une population dont les membres sont tous en santé où les différents systèmes (économiques, juridiques, gouvernementaux, etc.) fonctionnent aisément.

II.2. La définition holistique

Ce modèle considère que « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » ; cette définition élargit la perspective du modèle médical parce qu'elle introduit l'idée d'une santé positive. En appliquant ce modèle à la santé de la population, il permettrait soit de regrouper les indicateurs individuels pertinents, soit d'enregistrer les mesures du bien-être de la population dans son ensemble.

II.3. Le modèle du bien-être

L'innovation que ce modèle avait portée consistait à remplacer la vision de la santé comme un état par un modèle dynamique qui la présente comme un processus ou une force. Dans ce cas la santé se définit comme la mesure dans laquelle une personne ou un groupe peut réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et s'adapter aux changements et au milieu. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il

²Zeghichi, H, (2014), « Bien-être et santé dans les logements collectifs », Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Magistère Option : Architecture, Formes, Ambiances et Développement Durable, p.12.

Chapitre 1: La santé : concepts et définitions

s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.

En comparant entre ces modèles, on remarque que le modèle médical omette la dimension temporelle dans la définition de la santé, par ce que la santé n'est pas un concept fixe et qu'elle risque de changer au cours du temps si une personne est porteuse d'un gène mortel qui entrainera un décès prématuré. Quant aux deux autres modèles ; le modèle holistique et du bien-être, ils ont l'avantage de mettre l'accent sur la santé mentale et physique car cela permet de distinguer les personnes productives bien qu'elles subissent un handicap quelconque.

III. Le gradient de la santé

La bonne santé ou bien-être s'obtient en passant par un grand nombre d'étapes. L'activité qui se trouve représentée au sommet de la pyramide ne permettra pas d'aboutir à une bonne santé sans l'action combinée d'une autre activité présente aux niveaux inférieurs. L'équilibre qui en résulte doit refléter les caractéristiques locales. Les relations entre tous ces facteurs et leurs influences mutuelles signifient que toute action visant à améliorer la santé doit couvrir simultanément l'ensemble des niveaux de la pyramide.

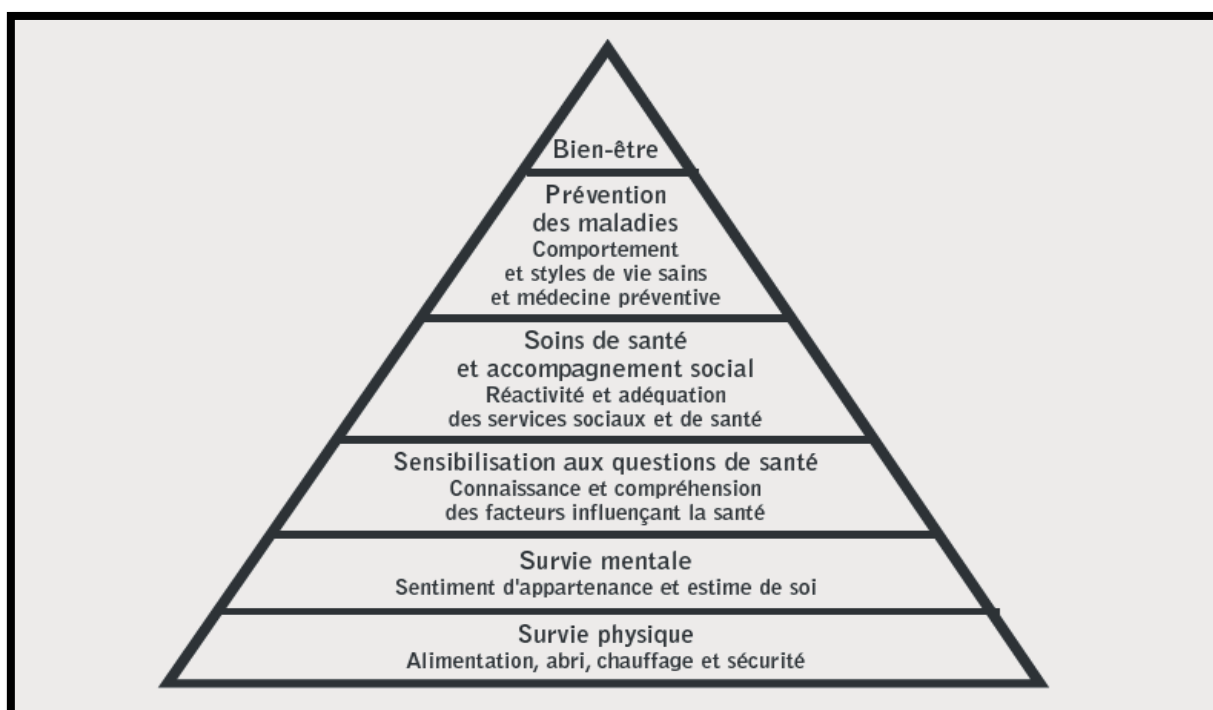


Figure n°1: Le gradient de la santé, source : <http://www.health impact.com>

Chapitre 1: La santé : concepts et définitions

La figure illustre l'interaction d'une série de facteurs de santé liés à la vie en société représentés comme un " gradient de santé ". Cela montre que l'inclinaison du gradient de santé varie selon le contexte socio-économique et que certains groupes peuvent être sujets à un plus mauvais état de santé. Promouvoir la santé uniquement en se fondant sur la modification du comportement traditionnel de l'individu peut n'avoir que peu d'impact sur les personnes les moins favorisées.

IV. L'état de « bonne santé » et les besoins fondamentaux

L'OMS fait référence à la notion de bien-être pour définir la santé. Le bien-être, selon l'OMS, peut être considéré comme la satisfaction des besoins et l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles. Ainsi, pour être en "bonne santé", les besoins fondamentaux doivent être satisfaits. Il s'agit, par exemple, des besoins :

1. Nutritionnels : pouvoir manger et boire en quantité suffisante
2. Sanitaires : propreté et hygiène
3. Éducatifs : instruction et éducation en lien avec notre culture
4. Sociaux : être en phase dans la société dans laquelle on vit.
5. Affectifs

V. La Pyramide de Maslow

Pour Abraham Maslow³, l'être humain est un tout présentant des aspects physiologiques, Psychologiques, sociologiques et spirituels. Il a ainsi déterminé une hiérarchie des besoins, classés en cinq grandes catégories, connue sous le nom de « Pyramide de Maslow ».

1. Besoins de réalisation de soi, de dépassement
2. Besoins d'estime (reconnaissance, sentiment d'être utile)
3. Besoins sociaux (d'amour, d'appartenance)
4. Besoins de protection et de sécurité
5. Besoins physiologiques, de maintien de la vie

³Abraham Maslow, psychologue américain, (1916 – 1972).

Il considère que l'individu ne peut passer à un besoin d'ordre supérieur que quand le besoin de niveau immédiatement inférieur est satisfait⁴.

VI. Les déterminants de la santé

Un déterminant de santé : est un facteur qui influence l'état de santé d'une population, soit de façon isolée, soit en association avec d'autres facteurs. Il peut s'agir de facteurs individuels (âge, sexe, patrimoine génétique, comportement,...), socio-économiques⁵.

Le modèle élaboré par Whitehead & Dahlgren⁶ illustré par la figure est encore plus détaillé car non seulement il identifie les facteurs qui déterminent la santé mais il décrit aussi les quatre niveaux ou types d'influence connus.

On trouve au contraire les individus avec leur héritage génétique prédéterminé. Ces individus sont soumis à d'autres éléments qui ont une influence sur leur santé et sont susceptibles d'être modifiés.

- Le premier niveau concerne le comportement personnel et le style de vie, influencés par les modèles qui régissent les relations entre amis et dans l'ensemble de la collectivité. Ces rapports peuvent être favorables ou défavorables à la santé.
- Le second niveau comprend les influences sociales et collectives : la présence ou l'absence d'un soutien mutuel dans le cas de situations défavorables a des effets positifs ou négatifs.
- Le troisième niveau intègre les facteurs tels que le logement, les conditions de travail ainsi que l'accès aux services et aux équipements.
- Le quatrième niveau englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble : conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

La santé est un état dynamique dont les déterminants sont multiples et les interactions complexes. Les premières recherches réalisées afin de mesurer le poids de chaque déterminant sur la santé de l'individu datent de 1976⁷ et ainsi démontré, à partir de différentes causes de

⁴Moreau, J et Truchet, D, (2004), « Droit de la santé publique », Edition Dalloz coll. Paris, p20.

⁵Jeanine, P, (2005), « Introduction à l'éducation et à la promotion de la santé », Edition CFES, Paris, p.13.

⁶Whitehead, M. et Dahlgren, G, (1991), «what can we do about inequalities in health», Edition The lancet, Londres, p37.

⁷Dever, G. (1976), «An épidémiologique model for health policy analysis», Volume 2; Issue 4, Edition Social Indicators Research, Géorgie. P, 453.

Chapitre 1: La santé : concepts et définitions

mortalité répertoriées en Géorgie (Etats-Unis), que la santé n'est que très peu liée à des facteurs biologiques et physiologiques : selon lui, ils ne joueraient qu'à hauteur de 27%. Et si l'accès à des soins de qualité constitue un atout de « bien portance » les statistiques lui accordent une importance de seulement 11%. Par contre, les facteurs socio-économiques (accès au logement, à l'emploi, à la culture, à l'éducation,...) l'expliquent à hauteur de 43% et les facteurs environnementaux (qualité de l'air, de l'eau, de l'environnement sonore,...) à hauteur de 19%. Si ces proportions statistiques diffèrent d'un pays à l'autre en fonction de leur stade de développement, cette étude de Dever a l'avantage de remettre en cause la prédominance du physiologique et du système de soins dans l'explication de notre état de santé.

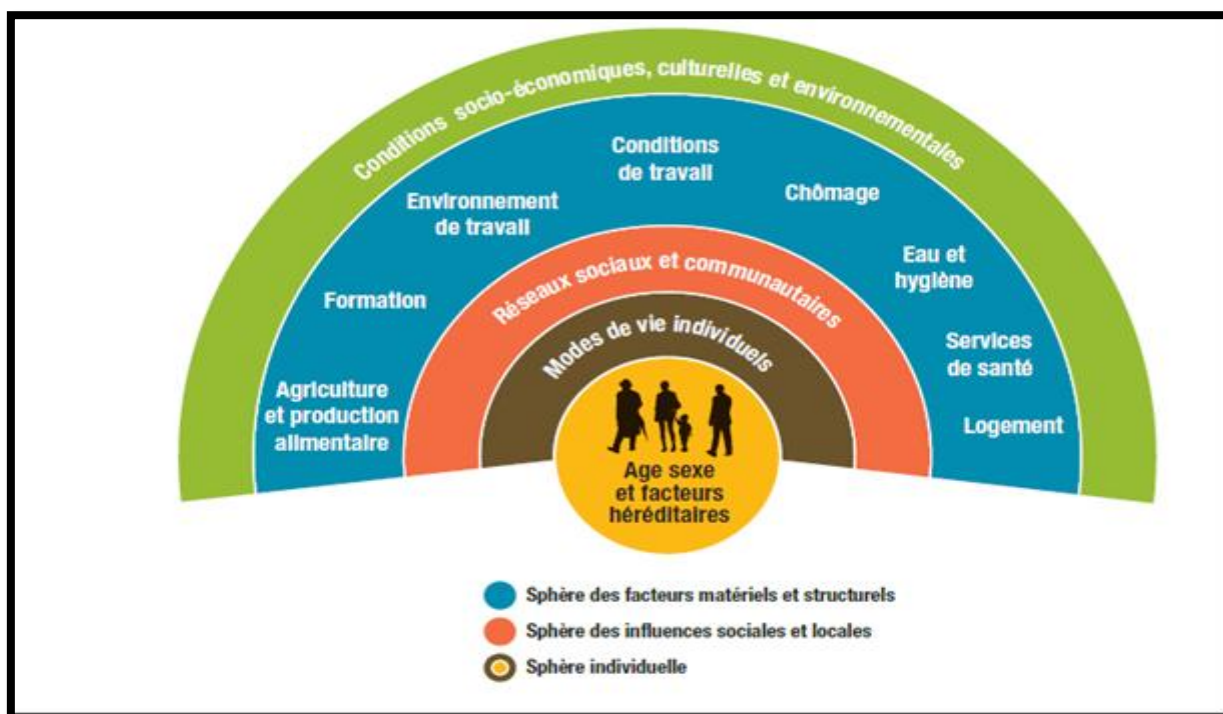


figure n°2 :Déterminants de la santé,source:<http://www.health impact.com>.

VII. Les acteurs de la santé : une gouvernance multi-niveaux (cas de la France)⁸

La santé est une compétence répartie entre plusieurs acteurs :

VII.1. Etat/ARS

La définition de la santé relève de la politique nationale. La dernière loi de santé publique date du 9 août 2004 qui 'est « la première loi française [avec celle de 1902] qui comporte dans son intitulé l'expression "santé publique", ce qui marque que la santé, au-delà d'une approche strictement médicale, est objet de politiques publiques ». Trois grands domaines sont mis en avant dans cette loi : la réduction de la mortalité prématurée et des inégalités de santé, la fin de l'opposition entre soins et prévention et la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé.

La mise en œuvre de cette politique française se fait au plus proche des territoires, régionalement, par l'intermédiaire des agences régionales de santé (ARS).

Issues de la loi Hôpital, patients, santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les ARS (sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif, placés sous la tutelle du Ministère des Affaires sociales et de la Santé (et remplissent à ce titre des fonctions régaliennes) mais elles sont autonomes dans leur organisation interne). Les ARS ont pour mission d'adapter les objectifs nationaux de santé aux spécificités et aux besoins locaux afin d'améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins, d'assurer la meilleure santé qu'il soit vis-à-vis d'environnements (extérieur et intérieur) dégradés et de lutter contre les inégalités sociales de santé. Elles déclinent leurs objectifs au travers de plusieurs programmes dont le programme régional santé-environnement (PRSE) qui a pour finalité d'améliorer la qualité de vie des populations en favorisant des environnements favorables à la santé.

Depuis les dernières évolutions réglementaires, elles interviennent dans le champ de l'urbanisme afin d'apporter un avis contributif à celui de l'Autorité environnementale lors de l'évaluation des études d'impact (pour les projets d'aménagement) et les évaluations environnementales (pour les documents d'urbanisme). Ce sont en général les pôles santé-environnement à qui incombe la charge d'émettre ces avis sanitaires.

⁸Haut conseil de la santé publique, (2009), «Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité ».

VII.2. Conseil Régional et Général

Le Conseil Régional, bien que n'ayant pas de compétence directe en matière de santé (entendue au sens « offre de soins »), peut s'engager avec l'ARS et la municipalité dans des démarches de promotion de la santé (financement de postes, formation des professionnels de santé,...). Il est susceptible d'apporter ses politiques pour répondre aux enjeux spécifiques du territoire, notamment en matière de qualité de l'air et de lutte contre le changement climatique (Schéma régional climat air-énergie) ou de l'élimination des déchets dangereux (Plan régional d'élimination des déchets dangereux).

Le Conseil Général détient des compétences en matière de santé (préventive et curative) concernant les publics de la petite enfance, des personnes âgées et des personnes handicapées. Il a aussi pour mission de contribuer à l'insertion des personnes défavorisées.

VII.3. Echelle communale : Service Communal d'hygiène et de santé (SCHS)

Les SCHS ont succédés en 1984 aux bureaux municipaux d'hygiène créés par la (première) loi de santé publique du 15 février 1902. Ils ont pour seule compétence légale le respect de l'hygiène et de la salubrité publique à l'échelle de la commune. Ils mènent des interventions dans de nombreux domaines : réduction de l'habitat insalubre, lutte contre les nuisances sonores, supervision de l'hygiène alimentaire (contrôle des commerces de bouche), protection contre les produits toxiques (plomb, amiante), lutte contre les animaux errants, contrôle de la qualité de l'air, de l'eau, des radiations,...

En lien avec les orientations nationales et régionales de santé, les services communaux d'hygiène et de santé peuvent désormais développer des actions plus axées sur la promotion de la santé, visant au mieux-être des populations dans la ville. Il peut s'agir de rendre la ville accessible à tous, d'inciter à une alimentation plus saine, à promouvoir l'activité physique,...

Ces objectifs figurent dans les programmes locaux de santé (PLS) et sont ensuite possiblement déclinés au travers de contrats locaux de santé (CLS).

En France, si les aménageurs peinent encore aujourd'hui à se saisir des enjeux de santé globale dans leur façon de penser la fabrique de la ville, certaines municipalités se sont volontairement inscrites dans des démarches de promotion de la santé. Le cas des villes appartenant au réseau Villes-Santé de l'OMS en est une des démonstrations (voir plus de détails dans le chapitre2).

VIII. La typologie des équipements de santé

Les infrastructures sanitaires, qu'elles soient publiques, confessionnelles ou privées constituent le fondement du processus de développement sanitaire. C'est en leur sein, que les populations sont prises en charge, pour des soins et peuvent y trouver des conseils. Les centres de santé sont également le lieu de formation, et de perfectionnement des ressources humaines en santé. En outre, ils jouent un rôle important dans l'appui des différents projets et programmes de santé, en vue de leur exécution, leur suivi et leur évaluation, grâce au système de monitoring.

La typologie des équipements de santé se compose de 3 niveaux:

1. Le premier niveau fournit des soins primaires et comprend les centres médicaux publics, les centres de santé et de promotion sociale, les cabinets médicaux, les-cabinets dentaires, les cabinets de soins infirmiers, les cliniques d'accouchement, les maternités et les dispensaires isolés.
2. Le deuxième niveau de soins regroupe les centres médicaux avec antenne chirurgicale, les centres médicaux privés, les cliniques et les polycliniques.
3. Le troisième niveau regroupe les établissements de soins spécialisés et concerne uniquement les CHU.⁹

IX. La santé publique

IX.1. Le concept de la santé publique

La santé publique prend en compte les dimensions d'organisation administrative, politique et économique. La santé publique aborde l'organisation de la santé pour une collectivité, une population à un niveau individuel et à un niveau collectif. L'OMS, en 1952, en donne la définition suivante : «La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à :

- Assainir le milieu
- Lutter contre les maladies

⁹Chabane Sari, S, Ghaffour, N (2015-2016) « centre de rééducation et de réadaptation physique à Tlemcen », mémoire master en architecture, option, Technologie, p26.

¹⁰Canguilhem G, (1966), « Le normal et le pathologique », Edition PUF, Paris, p12.

- Enseigner les règles d'hygiène personnelle
- Organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies¹⁰

La santé publique est aujourd'hui une discipline autonome qui s'occupe de l'état sanitaire d'une collectivité, de la santé globale des populations sous tous ces aspects : curatif, préventif, éducatif et social. La santé publique peut être aussi considérée comme une institution sociale, une discipline et une pratique. Son champ d'action est vaste couvre tous les efforts sociaux, politiques, organisationnels qui sont destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières. Ceci inclut toutes les approches organisées, tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie, de réadaptation ou de soins orientés en ce sens.

X. La démarche de la santé publique

La santé publique fait appel à un ensemble de disciplines variés et complémentaires : la médecine épidémiologique, sociale et économique et intègre diverses notions telles que l'environnement, l'histoire, la culture. Elle concerne toutes les dimensions de soins : préventive, curative, éducative, et de réhabilitation.

Une politique de santé publique est l'ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics pour choisir les champs d'intervention, les objectifs généraux à atteindre et les moyens qui seront engagés. Elle correspond au terme anglais «Politis». Il s'agit de maintenir ou d'améliorer l'état de santé d'une population.

Un plan de santé publique est un ensemble de dispositions arrêtées en vue de l'exécution d'un projet et comporte une série de programmes d'actions. Il opère des choix stratégiques en retenant certains types d'intervention plutôt que d'autres et fixe les priorités de son action en les hiérarchisant.

XI. Le rôle de la santé publique¹¹

La santé publique participe et soutient plusieurs actions qui visent à permettre à la population d'accéder à une meilleure qualité de vie. Dans la mesure de ses moyens, la santé publique tente d'influer sur les règlements, les lois et les politiques de façon à ce qu'ils favorisent la santé et le bien-être de la population.

Les quatre fonctions essentielles de la santé publique marquent le caractère distinctif de ses actions :

- **Surveillance** : comprend les activités qui permettent d'évaluer l'état de santé de la population et ses déterminants.
- **Promotion** : inclut l'ensemble des actions qui visent à influencer les déterminants de la santé de façon à permettre l'acquisition de saines habitudes de vie et l'amélioration des conditions de vie.
- **Prévention** : englobe des activités qui visent à réduire les facteurs de risque à la santé et au bien-être.
- **Protection** : regroupe les activités relatives à l'intervention des autorités auprès de la population en cas de menace pour la santé.

XII. La promotion de la Santé publique¹²

L'éducation pour la santé s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé telle que définie dans la charte d'Ottawa, parmi les principes de cette démarche on a :

- L'intervention en promotion de la santé, c'est créer des milieux favorables", c'est à dire interpellier le politique et agir sur le milieu et l'environnement.
- Contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé : rencontrer les personnes les plus en difficulté, les accompagner dans l'analyse de leur situation et la recherche de solutions adaptées
- Favoriser une vision globale de la santé : prendre en compte la personne humaine dans l'ambivalence de ses désirs et dans toutes ses composantes (génétiques, psychologiques, sociales, culturelles, économiques, politiques, écologiques ou philosophiques).

¹¹Henderson, V, (2005), « introduction à la santé publique », Edition Nantes, Paris, p19.

¹²https://www.univ-sba.dz/fmed/images/Santé_publicque_et_promotion_de_la_sante.consulté le 24-05-2018

Chapitre 1: La santé : concepts et définitions

- Centrer la démarche d'Education Pour la Santé sur les personnes : l'identité d'une personne ne se réduit pas à un comportement (exemple : consommation de tabac, d'alcool)
- Respecter la personne dans l'équilibre individuel et social qu'elle s'est créée : valoriser la personne en la responsabilisant et en évitant l'injonction, la moralisation et la culpabilisation, l'aider à tenir le lien aux autres qu'elle s'est créé.
- Promouvoir une démarche éducative à tous les stades de la vie : favoriser le développement « des aptitudes indispensables à la vie qui permettent aux personnes d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé.
- Accompagner la personne dans ses choix de santé : faciliter l'évaluation par la personne de ses propres risques, inhérents à la vie et renforcer ses facteurs de protection.
- Créer les conditions d'une participation des personnes : les savoirs et compétences sur la santé des personnes doivent être mobilisés dès la définition des objectifs du projet.
- Engager une dynamique citoyenne : associer les droits et les devoirs des personnes

Conclusion

Le concept de santé est difficile à définir. Il n'est donc pas surprenant qu'il ait été interprété de diverses manières. Néanmoins, la santé a une valeur intrinsèque qui ne peut être quantifiée uniquement en unités monétaires. Cela découle du fait que la santé est fondamentalement différente de tout autre attribut de l'existence du fait de la nature unique du corps humain. Potentiellement, chaque individu est un consommateur et un bénéficiaire des services de santé. Parallèlement, tout individu est l'acteur de sa propre santé en fonction de ses habitudes alimentaires, de son niveau d'activité physique, de son hygiène et d'autres déterminants de son style de vie qui peuvent être favorables ou défavorables à un bon état de santé.

Introduction

Le concept de développement durable est très compliqué, parce qu'il est expliqué différemment selon les moyens et les intérêts de chacun. Il reste que les valeurs indispensables dès cette nouvelle conception de développement visent le bien-être social et culturel de l'homme tout en protégeant l'environnement, de façon à ce que les ressources naturelles puissent maintenir le développement dans le temps. La ville doit donc s'inventer un modèle de développement durable qui concilie les temporalités respectives, et les besoins environnementales, économiques et politiques, en gérant l'étalement urbain supposant parallèlement une réflexion sur la définition des espaces ruraux face au processus de périurbanisation. Le concept de développement durable aujourd'hui, imprègne beaucoup les discours et les analyses sur la ville. Cependant, l'analyse critique de la « ville durable » en tant que nouvelle théorie urbaine reste encore largement à appliquer.

I. La notion de développement durable

Le développement durable se définit comme suit : un « développement qui permet de satisfaire les besoins des générations présentes sans compromettre la possibilité pour les générations à venir de satisfaire leurs propres besoins ».¹³

II. L'écologie, l'économie et le social : les trois piliers du développement durable

Ces trois éléments sont considérés comme les piliers du développement durable. La préservation de l'environnement est envisagée sur le long terme. Par contre, la satisfaction des besoins sociaux est souvent considérée à court terme. Enfin, le réalisme économique, doit être concilié avec les deux autres éléments et surtout géré dans un cadre de globalité.¹⁴



Figure n° 3: les trois piliers de DD, Source http://rse-pro.com/piliers-du-développement-durable_1066.

¹³Commission des Nations Unies sur l'environnement et le développement, Rapport Brundtland 1987

¹⁴Lévesque, J et Labrie, S, (2004), « Vers des communautés durables et en santé », Edition Imprimerie SIEL, Montréal, P6.

Chapitre 2 : La ville à l'ère de développement durable

Le développement durable consiste à améliorer l'équité sociale et la qualité de vie, améliorer l'efficacité économique et maintenir l'intégrité de l'environnement.

III. Les principes du développement durable

Lors de la Conférence de Rio en 1992, 27 principes fondateurs sont été proposés pour guider la mise en pratique du développement durable. Voici les six principaux.

- **Principe de solidarité et d'équité** : solidarité et équité intergénérationnelle dans le sens de préserver la capacité des générations futures à assurer leur propre développement. Solidarité et équité aussi entre les personnes, les communautés et les peuples.
- **Principe de participation** : reconnaître et encourager la participation de tous les acteurs de la société au processus de décision et associer les citoyens aux projets qui les concernent.
- **Principe de responsabilité** : faire en sorte que chaque personne, communauté, région prenne conscience de sa responsabilité d'agir davantage dans le sens du développement durable.
- **Principe d'intégration** : agir de façon globale et intersectorielle en tenant compte simultanément des dimensions économiques, sociales et environnementales.
- **Principe de subsidiarité** : tenter de trouver des solutions le plus près de l'endroit où les problèmes se posent et avec les personnes et les collectivités directement touchées par les problèmes. Accorder un pouvoir d'action et de décision aux acteurs et aux collectivités locales concernés par un problème.
- **Principe de précaution / prévention** : privilégier une approche préventive plutôt que curative. Intervenir en amont et instaurer des mesures visant à limiter ou à diminuer les éventuels impacts négatifs d'un projet sur le plan social, économique ou écologique.¹⁵

IV. Du développement durable au développement urbain durable

Le développement urbain durable se réfère au développement communautaire et sociétal qui répond aux besoins du présent sans discréditer l'environnement ou les systèmes sociaux dont nous dépendons.

¹⁵Ibidem .p05.

V. La ville et le développement durable

La problématique du développement durable appliquée à la ville date du début des années 1990 et correspond à la proposition de la conférence de Rio. Avant cette date les expériences concernent non pas le territoire de la ville mais des thèmes particuliers ; la ville n'est pas appréhendée en tant que système. C'est la commission des nations unies qui va véritablement impulser la démarche « villes et développement durables » à l'occasion de la proposition de la conférence de Rio en 1992.

En prenant conscience de la nécessité d'ancrer la démarche du développement durable à un niveau local et de promouvoir un processus tout à la fois descendant et ascendant et en s'assurant, par conséquent, le concours des villes dans leurs travaux ; les Nations Unies ont favorisé l'émergence des associations de villes sur la scène du développement durable. C'est ainsi qu'a été créée en 1990 l'ICLEI (International Council for Local and Environmental Initiatives), destinée à sensibiliser les collectivités locales à l'environnement et au développement durable et à encourager la constitution d'un réseau de villes ouvrant pour le développement urbain durable.

Dès 1991, l'ICLEI était déjà à pied d'œuvre. Un groupe de travail constitué d'experts européens pour les questions d'environnement local est mis en place pour examiner la capacité des collectivités locales à mettre en place des Agenda 21 locaux. Ce rapport sert de base à la rédaction du chapitre 28 d'Action 21, reconnaissant aux collectivités locales le rôle essentiel d'acteurs du développement urbain durable.

Cette approche décentralisée du développement urbain durable sera confirmée par l'assemblée générale des maires à Istanbul, à l'occasion de Habitat II « pour avancer vers l'objectif de développement urbain durable, il est fondamental de s'appuyer sur les municipalités et les autorités à l'échelle régionale et locale »¹⁶

L'idée étant que, les communes (collectivités locales), par l'intermédiaire de leurs administrations, sont les principales garantes institutionnelles de la durabilité des systèmes urbains. Elles sont notamment responsables de gérer et de mettre à disposition des habitants et des entreprises un certain nombre de ressources et d'infrastructures, ainsi que de biens et de services essentiels au bon fonctionnement des activités urbaines

¹⁶Déclaration de l'assemblée générale des maires, sommet des Nations Unies sur l'Habitat Humain (Habitat II), Istanbul, Turquie, 1996.

VI. La ville durable

La ville durable fait l'objet d'une pluralité de définitions, les unes tournées vers l'urbanisme écologique et, les autres vers la qualité de la vie. La ville durable dans son assertion première désigne une ville ou une unité urbaine respectant les principes du développement durable et de l'urbanisme écologique, qui cherche à prendre en compte conjointement les enjeux économiques, environnementaux et sociaux, suivant l'approche de démocratie participative édictée par l'Agenda 21 de la conférence de Rio.

Face aux tendances actuelles de l'urbanisation et aux exigences écologiques, on peut d'une manière générale, définir la ville durable en trois temps ¹⁷:

1. C'est une ville capable de se maintenir dans le temps, de garder une identité, un sens collectif, un dynamisme à long terme. Pour se projeter dans l'avenir, la ville a besoin de tout son passé, d'une distance critique par rapport au présent, de sa mémoire, de son patrimoine, de sa diversité culturelle intrinsèque et de projets multidimensionnels.

2. La ville durable doit pouvoir offrir une qualité de vie en tous lieux et des différentiels moins forts entre les cadres de vie. Cette exigence appelle une mixité sociale et fonctionnelle, ou, à défaut, des stratégies pour favoriser l'expression de nouvelles proximités : commerces et services de proximité, nature et loisirs de proximité, démocratie de proximité, proximités aussi entre les différentes cultures de la ville, entre les groupes sociaux, entre les générations. Cela oblige à penser différemment des catégories longtemps étanches, des couples apparemment irréconciliables, pour ouvrir la voie par exemple aux parcs naturels urbains, à la ruralité en ville, aux schémas piétonniers d'agglomération, à l'économie solidaire et aux finances éthiques, ou plus simplement à la démocratie locale et globale à la fois.

3. Une ville durable est, en conséquence, une ville qui se réapproprie un projet politique et collectif, renvoyant à grands traits au programme défini par l'Agenda pour le XXI^e siècle (Agenda 21) adopté lors de la conférence de Rio. Les villes qui entrent en résonance avec ces préoccupations définissent, à l'échelon local, quelles formes donner à la recherche d'un développement équitable sur un plan écologique et social, vis-à-vis de leur territoire et de l'ensemble de la planète, et elles reformulent par là même un sens collectif. Il s'agit à la fois de réduire les inégalités sociales et les dégradations écologiques, en considérant les impacts du

¹⁷Emelianoff, C, (1999), « La ville durable, un modèle émergent », thèse de troisième cycle de géographie à l'université d'Orléans : in villes et développement durable ; Des expériences à échanger, site web : www.ecologie.gouv.fr consulté le 01-05-2018

Chapitre 2 : La ville à l'ère de développement durable

développement urbain à différentes échelles. La « durabilité » dont l'horizon serait seulement local n'a pas de sens en termes de développement durable, caractérisé par le souci des générations présentes et futures, du local et du global. Il s'agit en somme de trouver des solutions acceptables pour les deux parties, ou encore, de ne pas exporter les coûts du développement urbain sur d'autres populations, générations, ou sur les écosystèmes.¹⁸

Quant à la Commission Française du Développement Durable, elle donne la définition suivante la ville durable est une agglomération dont le fonctionnement social et biophysique, les projets et l'évolution, s'inscrivent dans les perspectives ouvertes par le développement durable. C'est donc une ville :¹⁹

- Dont les habitants disposent des moyens d'agir pour qu'elle soit organisée et fonctionne dans des conditions politiques, institutionnelles, sociales et culturelles satisfaisantes pour eux et équitables pour tous.
- Dont le fonctionnement et la dynamique satisfont à des objectifs de sécurité des conditions biologiques de vie, de qualité des milieux et de limitation des consommations de ressources.
- Qui ne compromet ni le renouvellement des ressources naturelles aux alentours, ni le fonctionnement, les relations et la dynamique des écosystèmes micro régionaux englobant, ni enfin, les grands équilibres régionaux et planétaires indispensables au développement durable des autres communautés.
- Et qui s'attache à préserver les capacités de vie et les potentialités de choix des générations futures.

De toutes ces définitions, la ville durable peut se définir donc comme une structure impliquant une mixité fonctionnelle et sociale, une mobilité contrôlée et réduite, une démocratie participative, une gestion économique des ressources, une ville patrimoniale et recyclable, une ville adaptable et souple et finalement une ville plus compacte.

Une ville consciente que le facteur limitant de son développement est désormais son capital naturel, et que les populations les plus démunies sont les plus touchées par les problèmes de l'environnement et les moins aptes à les résoudre.

¹⁸Veyret, Y, « Ville, architecture et développement durable », édition Afex, Paris, p 01.

¹⁹Rapport de la commission française du développement durable sur la définition de la ville durable, (2002), site : www.comite21.org .consulté le 07-05-2018

Chapitre 2 : La ville à l'ère de développement durable

Une ville qui intègre à la protection de l'environnement les exigences sociales essentielles de la population ainsi que les programmes d'action sanitaire, de l'emploi et du logement, qui améliore la qualité de vie des citoyens plutôt que de simplement optimiser la consommation.

Une ville durable se doit de prendre en compte et d'affirmer que malgré les évolutions rapides (compétitivité, évolution technologique, chômage, pauvreté, exclusion) que connaissent nos villes et peut-être à cause d'elles les besoins d'appartenance, d'identité, de coexistence n'en sont que plus forts pour nos concitoyens.

C'est une ville à portée de main, une ville dense, une ville mixte permettant l'accès à pied aux services de proximité regroupés en quartiers, unités de voisinage,...²⁰

VI.1. La ville durable est une ville basée sur la mixité sociale et fonctionnelle

La mixité sociale et la mixité des fonctions sont deux fondements essentiels de la ville durable. La ville durable est plurielle et multiple dans sa diversité. Elle reflète la société, elle est ouverte sur le monde et proscrit toute forme de Ghettoisation, qu'elle qu'en soit la forme. Depuis 2000, en France par exemple, une loi impose aux communes de disposer d'au moins 20 % de logements sociaux. Souvent sous-estimée, la dimension sociale fait pourtant partie intégrante des objectifs de développement durable. La solidarité et l'égalité d'accès aux services publics d'éducation et de santé mais aussi aux réseaux de transport, d'eau et d'électricité sont également les attributs de la ville durable. Dans un pays comme la France par exemple, tous ces réseaux font l'objet d'un important maillage en constante amélioration.²¹

VI.2. La ville durable : la santé un élément prioritaire²²

Le concept de développement durable émerge progressivement à partir de la fin des années 1980. La population découvre l'existence de pollutions et de dysfonctionnements dépassant la seule échelle locale. La détérioration de la couche d'ozone, les pluies acides, le changement climatique deviennent autant de phénomènes inquiétants pour les populations qui craignent pour leur santé. D'autres catastrophes écologiques, en majorité dues aux activités humaines

²⁰Villes et développement durable, site : www.environnement.gouv.fr. Consulté le 03-04-2018.

²¹Guilbert, N, (2012), « penser la ville durable l'approche française », Edition Afex, Paris, p23.

²²Beck, U, (2001), « La Société du risque », Editions Aubier, Paris, p.37.

Chapitre 2 : La ville à l'ère de développement durable

viennent accentuer cette prise de conscience d'un modèle de développement totalement erratique.

A l'échelle des territoires, le modèle d'aménagement et d'urbanisation qui prévaut jusque dans les années 1990 a aussi très fortement impacté l'environnement et la santé des individus. A titre d'exemple, des études scientifiques ont démontré que la pollution de l'air par l'ozone (gaz à effet de serre lié à la circulation routière) est autant nocive pour la nature (perturbation de la photosynthèse et diminution des rendements des cultures) que pour la santé humaine (déclenchement d'irritations respiratoires et oculaires chez l'homme).

Face à un monde fini où il « n'y a plus d'extérieur » et où l'urgence est à la préservation de l'écosystème qui nous fait vivre, le changement de paradigme s'impose. Il s'agit de repenser la forme de développement, et notamment le développement urbain, en adoptant une vision intégrée des enjeux économiques, sociaux et environnementaux. Le but du développement durable est, selon la définition donnée par le rapport Brundtland, de répondre « aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs ». Il s'agit ainsi de pérenniser les ressources naturelles et de préserver la qualité des milieux.

La ville « durable » est issue de ce concept de développement durable. Elle correspond à une ville qui adopte un modèle de fabrication et de fonctionnement prenant en compte les trois piliers qui le constituent. Aussi doit-elle combiner attractivité économique, répondre aux enjeux de cohésion sociale et réduire au maximum son empreinte écologique. Il s'agit par exemple de favoriser la mixité sociale et générationnelle, de faciliter les modes de travail et de transport sobres, de réduire les consommations d'énergie au travers d'une architecture HQE, de développer des modes de gestion des eaux pluviales pour limiter les risques de pollution et d'inondation, ...etc.

Les nouvelles formes urbaines et architecturales promues par cet urbanisme durable rendent une nouvelle fois compte (comme au XIX^{ème} siècle lors de l'hygiénisme) de la croyance selon laquelle la transformation de l'espace est susceptible de résoudre les problématiques sanitaires, même si ces dernières ne sont pas comparables entre-elles. En effet, au-delà de la thématique environnementale et la nécessité d'assainir notre environnement (meilleure qualité de l'air, de l'eau et des sols, ...), c'est bien l'ensemble des pratiques et des usages des populations que l'urbanisme durable souhaite faire évoluer. Or, ce changement de

Chapitre 2 : La ville à l'ère de développement durable

paradigme nécessite d'offrir aux habitants un cadre de négociation et de participation leur permettant d'être parties prenantes des projets. Cette place accordée à l'expertise citoyenne ou maîtrise d'usage constitue une réelle nouveauté dans la manière de faire l'urbanisme aujourd'hui ; un urbanisme en faveur de la santé.

VII. L'Agenda 21 : pour une meilleure santé

En juin 1992, la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (Sommet de la Terre) s'est tenue à Rio de Janeiro au Brésil. L'Agenda 21 est le programme d'action des Nations Unies pour le développement durable adopté par 178 gouvernements lors du sommet de la Terre.²³

Le sommet de la Terre a lancé l'idée d'un développement durable au premier plan de la politique et de l'action internationale et, par la suite, aux niveaux national et local.²⁴

Avant tout, le développement durable porte attention à l'habitat humain et assure à l'environnement protection et soins aussi bien pour l'environnement lui-même que pour la survie de l'homme, puisque la santé et le bien-être des populations présentes et à venir dépendent de cet environnement.

Les principes fondamentaux du développement durable sont par conséquent la qualité de la vie, la solidarité entre générations et la justice sociale. Les actions qui gravitent autour de l'Agenda 21 portent sur les domaines qui ont une influence sur les facteurs suivants : économiques, environnementaux, sociaux, politiques, culturels, éthiques, et ceux qui ont trait à la santé doivent être intégrés à chacun d'entre eux.

L'Agenda 21 fait plus de 200 fois référence à la santé et le chapitre 6 est consacré à la "protection et à la promotion de la santé humaine ". En outre, le principe premier de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement stipule que " les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie productive et en bonne santé en harmonie avec la nature ".²⁵

L'action locale est d'une importance capitale pour l'application fructueuse des idées portées par l'Agenda 21 et, donc aussi pour le développement durable. Ceci est confirmé au

²³(<http://www.un.org/esa/sustdev/agenda21text.htm>). (consulté le 25-04-2018).

²⁴World commission on environment and development. *Our common future*. Oxford, Oxford University Press, 1987, p. 43.

²⁵(<http://www.un.org/documents/ga/conf151/aconf15126-1annex1.htm>). (consulté le 30-04-2018).

Chapitre 2 : La ville à l'ère de développement durable

chapitre 28 qui déclare que l'action locale sera un facteur déterminant pour atteindre les objectifs retenus par le sommet de la Terre. Depuis 1992, les initiatives de l'Agenda 21 local visant au développement durable dans le monde entier ont cherché à traiter les problèmes clés en modifiant la politique et la pratique à l'échelon local. Les réussites des actions de l'Agenda 21 local dépendent à la fois de l'évolution vers la prise de décision intégrée et la participation active des populations locales.

La campagne européenne des villes durables, lancée lors de la première Conférence Européenne sur les Villes durables à Aalborg au Danemark en 1994, a pour objet de faire appel aux collectivités locales afin qu'elles soutiennent les démarches d'Agenda 21 local à travers toute l'Europe. L'outil stratégique essentiel de la campagne réside dans un partenariat englobant cinq réseaux composés de collectivités locales travaillant ensemble pour promouvoir un développement durable. L'un de ces réseaux est celui des Villes-Santé de l'OMS.

VIII. La santé pour tous : la stratégie de L'OMS pour une meilleure santé²⁶

Au cours des années 70, à travers le monde entier s'est manifestée de plus en plus l'insatisfaction envers les services de santé considérés comme incapables à répondre aux exigences et aux attentes qui apparaissaient vis-à-vis de la santé. L'OMS a alors été chargée par ses Etats membres d'élaborer un programme de réforme de la santé publique.

C'est ainsi que la stratégie de La santé pour tous en 2000 fut lancée lors de l'Assemblée Mondiale pour la Santé de 1979. Elle soulignait que les principaux domaines dans lesquels des mesures devaient être prises pour améliorer la santé et le bien-être s'étendaient très largement au-delà de celui de la santé.

En 1998, les Etats membres de l'OMS ont adopté une stratégie remise à jour, dite de La Santé pour tous pour le vingt et unième siècle appuyée sur une Déclaration Mondiale sur la Santé. Les Etats membres de la Région Europe ont par la suite approuvé et apporté leur soutien à un nouveau cadre politique de la santé pour tous : dite santé21, pour la région d'Europe. Ce cadre définit 21 objectifs pour le vingt et unième siècle.

Le but de cette nouvelle politique est de parvenir à un potentiel maximal de santé pour tous. Les trois valeurs fondamentales sont les suivantes :

²⁶Global strategy for health for all by the year (2000). Geneva, World Health Organization ("Health for All" Series, N°. 3).(<http://www.who.dk/cpa/h21/h21long.htm>).consulté le 31-03-2018

Chapitre 2 : La ville à l'ère de développement durable

- La santé, droit fondamental de l'être humain,
- L'égalité devant la santé et la solidarité active entre les pays, entre les groupes d'individus au sein des pays et entre les sexes.
- La participation et la responsabilité des individus, des groupes, des collectivités et des institutions, des organismes et des services œuvrant au développement de la santé.

Quatre axes d'action ont été retenus " afin de garantir que la durabilité en termes scientifiques, économiques, sociaux et politiques opère et permette de procéder à la mise en application du projet santé 21 " :

- Etablissement de stratégies multisectorielles pour s'attaquer aux facteurs déterminants de la santé, prenant en considération les perspectives d'ordre physique, économique, social, culturel ainsi que les différences entre les sexes. Ces stratégies impliquant l'utilisation d'études d'impact santé ;
- Définition de programmes axés sur des objectifs de santé et des investissements pour le développement de la santé et des soins cliniques ;
- Développement de soins de santé primaires intégrés pour les familles et la population locale, soutenus par un système hospitalier souple et adapté ;
- Mise en œuvre d'une démarche participative de santé associant des partenaires capables d'agir pour la santé à tous les niveaux – domicile, école et lieu de travail mais aussi à celui des collectivités locales et des pays – cette démarche facilitant la prise de décision, la mise en œuvre et la responsabilité conjointes.

La Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé a été adoptée lors de la première conférence internationale sur la Promotion de la Santé en 1986. Elle se fonde sur la politique de la " Santé pour tous " et souligne la nécessité de promouvoir la santé, reconnaissant que construire de sociétés favorables à la santé ne dépend pas seulement de la responsabilité du secteur de la santé²⁷.

IX. Le projet villes-Santé de l'OMS²⁸

Le projet Ville-Santé de l'OMS a vu le jour en 1986. Son objectif était de proposer l'application locale à la fois des principes de l'OMS de la Santé pour tous et ceux de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Il a, depuis lors, évolué et s'est développé en un

²⁷Health21 – the health for all policy framework for the WHO European Region (<http://www.who.dk/cpa/h21/h21long.htm>). (consulté le 28-05-2018)

²⁸Ottawa Charter for Health Promotion (<http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>). (Consulté le 27-05-2018).

Chapitre 2 : La ville à l'ère de développement durable

mouvement à l'échelle européenne doté d'un large dispositif permettant la mise en œuvre de la santé et du développement durable au niveau local. Santé 21 et Agenda 21 en sont les fondements essentiels. Hancock & Duhl²⁹ ont formulé la première définition fonctionnelle d'une Ville-Santé.

Une Ville-santé est une ville qui a comme objectif d'améliorer constamment son environnement physique et social et qui, avec les ressources de la communauté, rend ses citoyens et citoyennes aptes à s'entraider dans la réalisation de leurs activités courantes et en mesure de développer pleinement leur potentiel milieu des années '80 et a été dans la foulée

La Ville-santé repose sur des valeurs d'équité, de solidarité et de durabilité. Elle vise l'amélioration des conditions de vie des citoyens et lutte contre la distribution inéquitable du pouvoir. Pour cela, elle engage des politiques intersectorielles et s'appuie sur des processus participatifs et d'autonomisation des individus et des communautés. Cela implique le déploiement d'une citoyenneté active dans laquelle l'éducation permanente a un rôle à jouer.

La santé est l'affaire de tous. L'amélioration permanente et progressive de la santé et de la qualité de vie de tous les habitants concerne à la fois les dirigeants politiques, les organisations locales et les citoyens.

IX.1. La ville-Santé : une interprétation différente

Chaque individu appréhende différemment le concept de Ville-Santé en fonction de ses propres intérêts et de sa formation, de sa culture et de ses valeurs.

Pour un économiste, une Ville-Santé peut être une ville qui résilie les importations dans une frénésie positive de créativité et d'innovation.

Pour un urbaniste, une Ville-Santé peut prendre l'aspect d'une ville présentant de bonnes caractéristiques physiques dans des domaines aussi variés le logement, les transports et les espaces verts.

Pour un sociologue, une Ville-Santé sera une ville favorisant la cohésion sociale.

²⁹Hancock : était le premier chef du Parti vert du Canada, médecin en santé publique
Duhl : Professeur, Santé communautaire et développement humain Université de Californie. Il a créé avec Hancock le projet Villes-santé qui considère les aspects environnementaux du développement urbain durable comme un déterminant de la santé.

Chapitre 2 : La ville à l'ère de développement durable

Pour un éducateur, ce peut être une ville permettant aux individus d'y grandir et de s'y développer.

Pour un épidémiologiste, une Ville-Santé peut être une ville offrant des conditions de santé optimales.

Pour un prévisionniste en matière de santé, cela peut signifier des services de soins de santé de haute qualité qui soient accessibles à tous et, pour le grand public une Ville-Santé sera une ville permettant tout simplement à chacun de gagner sa vie, d'avoir un toit et de quoi se nourrir ; c'est une ville qui peut fournir aux familles ce dont elles ont besoin, qui permet à chacun de rencontrer ses amis, de se déplacer en toute sécurité et, en général, d'accomplir librement toutes les fonctions inhérentes à la vie personnelle et collective.

Le concept Ville-Santé est très vaste, il intègre des idées du domaine de la sociologie, de la géographie urbaine, de l'urbanisme, de l'écologie, de la politique, de l'économie, de la philosophie et d'autres disciplines complémentaires à la santé publique. Une Ville-Santé présente des significations différentes pour des personnes diverses au sein d'une même ville³⁰.

IX.2. Les critères d'une Ville-Santé : D'après Hancock & Duhl ³¹

On peut les résumer en :

- Un environnement physique (y compris le logement) de haute qualité à la fois propre et sûr.
- Un écosystème stable dans le présent et durable à long terme.
- Une collectivité forte, solidaire et qui n'exploite pas les personnes.
- Un haut degré de participation et de contrôle par le public des décisions touchant à sa vie, à sa santé et à son bien-être.
- La satisfaction des besoins fondamentaux (nourriture, eau, logement, revenus suffisants, sécurité emploi) pour tous les habitants de la ville.

³⁰Tsourou, A, (1999), «World Health Organization healthy cities project: a project becomes a movement – Edition Fadl and Sogess, p. 120.

³¹Hancock, T. & Duhl, L, (1988). «Promoting health in the urban context (WHO Healthy Cities Papers, N° 1), Edition FADL, Copenhagen,

¹⁹Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1998 (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#SD>) consulté le 25-03-2018.

Chapitre 2 : La ville à l'ère de développement durable

- L'accès à un grand nombre d'expériences et de ressources ; la possibilité d'une grande variété de contacts, d'échanges et de communication.
- Une économie urbaine diversifiée, vivante et innovante.
- Une mise en valeur des liens avec le passé, de l'héritage culturel et biologique des habitants de la ville et d'autres groupes et personnes.
- Une configuration de la ville compatible avec les caractéristiques précédentes et permettant de les améliorer.
- Un niveau optimum de services publics de santé et de soins, adaptés et accessibles à tous.
- Un niveau élevé de santé (haut degré de bonne santé et faible taux de morbidité).

IX.3. Les Principes d'une ville santé³²

La façon dont le thème des Villes-Santé est abordé se fonde sur certains principes clés du programme santé 21 et de l'Agenda 21 local. Ces principes ont de nombreuses implications en matière d'urbanisme, parmi les :

- **Egalité :**

L'égalité en matière de santé signifie que chacun doit avoir le droit et les moyens de réaliser pleinement son potentiel. L'inégalité politique, économique et sociale des différents groupes de citoyens influe nettement sur l'état de santé de ceux-ci.

La ségrégation sociale est un phénomène courant associé à la dégradation de l'espace réservé à l'habitat, à la fois au niveau du logement et du tissu urbain.

Beaucoup d'individus vivant en zones urbaines n'ont qu'un accès limité ou pas d'accès du tout aux loisirs, aux services culturels, commerciaux et administratifs ainsi qu'à des lieux de rencontre sûrs, sans parler de ce qui concerne les transports publics efficaces ou la qualité de l'air, les déterminants sociaux de la santé décrivent les effets des conditions sociales et économiques sur la santé des individus, passant en revue des problèmes tels que le chômage, l'exclusion sociale et les transports.

³²Hancock, T. & Duhl, L. (1988). Promoting health in the urban context (WHO Healthy Cities Papers, N° 1), Edition FADL, Copenhagen, (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#SD>) consulté le 28-03-2018.

Chapitre 2 : La ville à l'ère de développement durable

Les politiques égalitaires impliquent d'améliorer les niveaux de vie et les conditions de travail des personnes défavorisées, elles se doivent d'améliorer les normes relatives à l'environnement physique et social. L'urbanisme a dans ces domaines, la possibilité ainsi que l'importante responsabilité de réduire les inégalités touchant à la santé. Faire de l'égalité qu'elle soit au centre de la démarche d'urbanisme signifie également qu'il convient de garder à l'esprit les besoins des différents groupes sociaux, des différentes générations et des deux sexes.

- **Durabilité :**

La déclaration d'Athènes sur les Villes-Santé stipule que " les villes et les régions urbaines à forte densité de population sont des lieux privilégiés pour l'application d'importantes politiques combinant des objectifs environnementaux, économiques, sociaux et ceux de la santé. Le principe de durabilité se trouve au cœur de la démarche Villes-Santé. La santé et le bien-être des habitants d'une ville constituent un indicateur important du succès des politiques menées dans la perspective d'un développement durable.

De nombreux urbanistes s'impliquent de plus en plus dans les initiatives relevant de l'Agenda 21 local et encore plus nombreux sont ceux qui prennent en compte les problèmes de développement durable dans leurs pratiques quotidiennes. En partant du postulat que le rôle bien établi de l'urbanisme est de réglementer la qualité et l'utilisation qui est faite de l'environnement dans l'intérêt public, la nécessité de gérer et de procéder au développement durable des villes devrait s'ériger en principe clé s'appliquant à toute initiative d'urbanisme.

L'approche Villes-Santé fournit aux urbanistes la possibilité de garantir que leurs pratiques soient plus durables, tant dans les décisions prises qu'au niveau de la prise de décision elle-même. Cette approche souligne également l'importance de la santé et de la qualité de la vie : les êtres humains devraient être au cœur même du désir de durabilité.

- **Coopération intersectorielle :**

La Déclaration d'Athènes sur les villes-Santé affirme que " la santé se trouve promue plus efficacement quand de nombreux secteurs d'activité travaillent ensemble et apprennent les uns des autres. Parce que la santé peut être gagnée ou endommagée en fonction du milieu de vie, elle est soumise à l'influence de la plupart des secteurs de l'administration municipale

Chapitre 2 : La ville à l'ère de développement durable

tout comme à celles du secteur privé. Les secteurs d'activité impliqués peuvent être définis à la fois en termes d'organisation et de domaines d'actions, ils comprennent :

- Les secteurs de la santé, les secteurs sociaux, environnementaux et économiques.
- Les secteurs publics et privés, le secteur associatif et universitaire.
- Les différents échelons du gouvernement – national, régional, local et de quartier.
- Les organismes impliqués dans la prestation de services au public et les équipements.

La coopération entre les urbanistes et les autres secteurs des collectivités locales, et avec le secteur privé, s'avère nécessaire dès lors que l'on veut s'attaquer de manière efficace aux problèmes actuels d'urbanisme.

- **Implication de la population :**

Le programme santé 21 souligne la nécessité d'une participation de la population dans les décisions qui affectent la santé humaine. Promouvoir la santé signifie également contribuer au développement de la collectivité, ce qui rend possible le développement des individus et des groupes qui la composent. Il leur permet de définir leurs besoins et leurs priorités. En d'autres termes, on incitera les individus à définir leurs besoins et à rechercher leurs propres solutions.

Conclusion

Le développement durable se fonde sur la recherche d'intégration et de mise en cohérence des politiques sectorielles et impose un traitement conjoint des effets économiques, sociaux et environnementaux de toute politique ou action humaine.

Les villes-santé sont entrées de plain-pied dans le développement durable en y voyant un moyen d'améliorer le bien-être des populations et des personnes autant que de la planète. Ces Villes qui se sont engagées à généraliser la prise en considération de l'amélioration de la santé dans toutes les politiques sectorielles qui relèvent de leurs compétences se sont peu à peu organisées en réseaux.

Une ville-santé n'est pas une ville qui a atteint un niveau particulier d'état de santé mais une ville qui se préoccupe de la santé et s'efforce de l'améliorer.

Introduction

L'urbanisme n'est pas un outil fortuit ou accessoire. Il n'a pas été créé simplement pour faciliter le développement de l'activité économique ou pour protéger des milieux spécifiques. L'urbanisme est au service des populations, de leur confort, leur plaisir, leur santé et leur bien-être. Ses objectifs sont essentiellement la santé et le bien-être social. Si nous considérons le village, la ville ou la métropole comme habitat local de l'homme (dans le cadre d'un écosystème global), nous pouvons espérer prendre des décisions rationnelles.

Dans un tel contexte, concevoir un urbanisme favorable à la santé est une obligation morale, l'urbanisme permet de prendre des décisions dans les villes, pour l'utilisation et l'aménagement des sols et la construction, l'aménagement de l'espace, les aménagements fonciers, l'aménagement urbain et rural, et la gestion de l'espace.

Un urbanisme favorable à la santé met en lumière l'importance qu'il y a à reconnaître les implications de la politique et des pratiques de l'aménagement urbain en matière de santé et le besoin qu'il y a de pousser les choses plus avant en poursuivant des objectifs de santé comme pivot des travaux d'urbanisme.

I. Les effets de l'urbanisme sur la santé

L'urbanisme est soumis au processus administratif de prise de décisions concernant la nature et l'utilisation futures des terrains et des constructions dans les zones urbanisées³³.

L'idée que la santé et l'urbanisme sont liés n'est pas nouvelle³⁴. En effet, dans de nombreux pays européens, l'urbanisme a vu le jour au début du vingtième siècle résultant des préoccupations consensuelles concernant la santé et le logement. Au dix-neuvième siècle, la nécessité de mettre un terme aux épidémies très répandues dans les zones urbaines industrialisées a abouti à une étroite interconnexion entre la santé publique et l'urbanisme. Ce thème sera à nouveau repris un siècle plus tard.

Beaucoup des effets des décisions de l'urbanisme sur la santé de la population sont ignorés dans la pratique actuelle de l'urbanisme bien qu'un intérêt important soit porté à certains

³³Towards a new planning process. A guide to reorienting urban planning towards Local Agenda 21 (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcpub.htm#book3>). (Consulté au 28 février 2018).

³⁴Duhl, L.J. & Sanchez, A.K. (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcpub.htm#Plan>). Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1999 (consulté le 28 février 2018).

aspects spécifiques de la santé, tel que celui de la sécurité routière. Toutefois, une analyse minutieuse montre des effets en profondeur à tous les niveaux d'influence sur la santé individuelle identifiée par Whitehead et Dahlgren³⁵. Il ne s'agit pas là simplement d'une question d'accidents et de circulation routière. On peut dire plutôt que la dimension sociale que représente la santé peut être la justification et l'objectif fondamental de l'urbanisme³⁶.

I.1.Comportement individuel et style de vie : Le premier niveau d'influence sur la santé concerne le comportement individuel et le style de vie. L'environnement physique qui se trouve façonné par les décisions d'urbanisme peut soit faciliter soit être un frein à un mode de vie salubre. Le penchant des gens à pratiquer la marche, la bicyclette ou des loisirs de plein air est affecté par le caractère pratique, la qualité et la sécurité des pistes cyclables et des allées piétonnes de même que par la disponibilité des espaces publics de proximité.

I.2.Influence de l'environnement social : Le second niveau d'influence sur la santé de l'individu se réfère à l'environnement social : l'urbanisme peut être un agent destructeur des réseaux sociaux, c'est le cas dans les projets de rénovation urbaine sans nuance, il peut à l'inverse, entretenir les possibilités d'une vie de quartier pleine de richesses. Les réseaux locaux de solidarité et d'amitiés sont également favorisés par l'existence d'activités communes et de lieux de rencontre que sont les écoles, les bureaux de poste, les cafés et les rues sûres et conviviales. Le maintien de tels équipements locaux et de réseaux dépend en partie des politiques du logement, du développement économique et des transports cohérentes sur le long terme.

I.3.Conditions structurelles locales : Au troisième niveau d'influence les conditions structurelles locales, la politique d'aménagement affecte très directement et de façon diversifiée la santé de l'individu. Par exemple, le manque logement de qualité convenable risque fort d'aboutir au " stress du logement " ainsi qu'à une insuffisance de chauffage, qui peuvent affecter la santé ; des possibilités d'emploi facilement accessibles peuvent aider à diminuer précarité et dépression et par conséquent diminuer aussi le mauvais état de santé dû au chômage ; de même, une structure urbaine accessible associée à un système de transport efficace et bon marché peut aider à réduire les problèmes d'exclusion sociale, ouvrir de

³⁵Whitehead et Dahlgren: sont des sociologies qui développaient le modèle d'arc en ciel qui présente les déterminants de la santé.

³⁶Marmot, M. &Wilksn, G., (1999), «Social determinants of health», édition Oxford University Press, Londres, p35.

nouvelles opportunités et les rendre accessibles aux personnes les plus démunies et les moins mobiles.

I.4. Conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales : Au niveau le plus large de la pyramide, on note que l'organisation urbaine locale a une influence sur la qualité de l'air, de l'eau et des ressources du sol. L'organisation urbaine a également un effet sur l'émission de gaz à effet de serre, en particulier en ce qui concerne les bâtiments et les transports pouvant exagérer ou atténuer les risques pour la santé liés aux rapides changements climatiques.

II. L'aménagement d'un territoire urbain favorable à la santé publique

Lors de l'aménagement d'un territoire urbain favorable à la santé, il faut prendre en compte les éléments suivants :

- Accroître la densité et limiter le périmètre urbain permet de réduire les déplacements en voiture et l'empiétement du développement immobilier sur les terres agricoles protégées :
- Baser le mode d'aménagement sur des approches urbanistiques centrées sur le développement du transport collectif (forte densité).
- Identifier des approches urbanistiques nouvelles (villages urbains, *New Urbanisme*, création d'éco quartiers, etc.) garantissant une équité dans l'aménagement des milieux de vie favorables à la santé et applicables aux habitats ruraux et aux banlieues (faible densité).
- Élargir les efforts de densification dans toutes les collectivités (viser autant les milieux construits que ceux à développer).
- Soutenir différentes formes d'aménagement et de développement dans les petites collectivités adaptées à leurs besoins propres.
- Inclure des moyens de réduction des impacts et des risques à toutes les étapes de conception des projets futurs.
- Réduire les situations conflictuelles entre les usages sensibles (habitations, garderies, etc.) et ceux présentant des contraintes d'occupation (risques technologiques, bruit, odeur, etc.).

- Assurer une mixité sociale et une bonne cohabitation des différents groupes de population pour diminuer les inégalités environnementales et de santé.³⁷

II.1.La mixité

La mixité réfère à la façon dont le territoire est occupé par les différentes utilisations (résidentielles commerciales, industrielles, services et loisirs). Elle augmente la proximité (plusieurs usages regroupés dans un petit territoire), réduit la durée des déplacements et, par conséquent, favorise la pratique d'activités physiques et les modes de transports actifs. D'ailleurs, les émissions de GES sont trois fois plus faibles dans les quartiers à forte mixité favorisant la marche et le transport en commun, que dans les quartiers étalés aux abords des villes³⁸

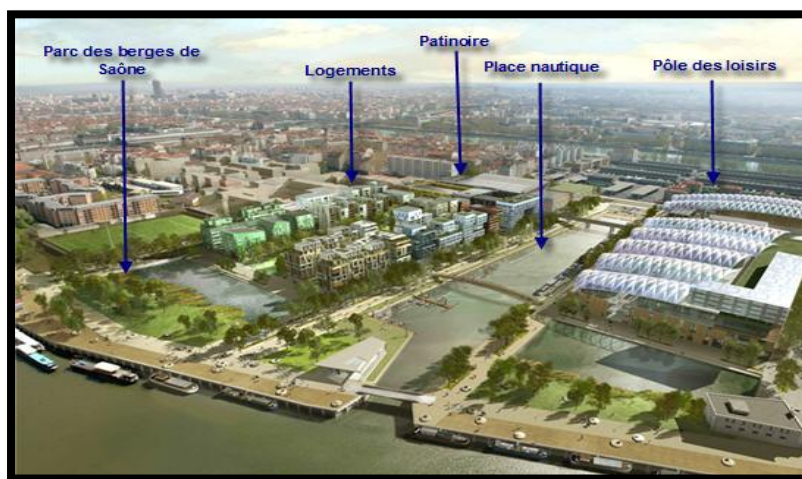


figure n°4:La mixité dans la ville durable,source:<http://lyonconfluence.wordpress.com/phase1>.

II.2.La densité

La densité réfère à l'intensité d'activités qui a lieu sur un territoire donné. Elle peut être définie en termes de densité résidentielle ou commerciale ou encore de densité de population.

La densité résidentielle ou commerciale d'un milieu donné est un facteur primordial pour la pratique des transports actifs. Lorsque les résidences et les différentes activités sont concentrées et regroupées de façon compacte sur un territoire limité, plutôt que d'être dispersées et éparpillées sur un territoire étalé, les destinations deviennent plus rapprochées et

³⁷Masson, E, (2012), « Construire ensemble des aménagements favorables à la santé », Ed Barbara, Bedard .p02

³⁸Direction de santé publique de la Montérégie (2011), *Un air extérieur de qualité : indispensable à la santé*, Équipe santé environnementale. [<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/>].consulté le 14/05/2018)

plus faciles d'accès. Un tel rapprochement des activités permet aux résidents de faire une partie de leurs courses, leurs activités de loisir et même leur navette à pied ou en vélo.

Bien qu'il soit difficile d'isoler la variable densité de la variable diversité des activités on peut supposer que la densité résidentielle, ou l'intensité des activités, soit préalable à la diversité, puisqu'une masse critique de résidents/travailleurs/visiteurs est nécessaire à la viabilité d'activités nombreuses et variées sur un territoire. Par ailleurs, l'intensification d'activités d'un quartier dense augmente la quantité de piétons dans l'espace public, entraînant ainsi une surveillance indirecte accrue sur les rues et les places. Cela augmente la sécurité des déplacements actifs et assure leur attractivité, car la présence de gens attire davantage les piétons. Pour ce qui est de l'impact sur le transport en commun, la viabilité d'un service de transport collectif ne peut être assurée qu'à partir d'un seuil minimal de clients. Le seuil de densité minimal pour la rentabilité d'un service de transport en commun est évalué à 37,5 log/ha. En deçà de ce seuil, il est difficile d'offrir une desserte de transport collectif fréquente, efficace et continue, et les déplacements automobiles continuent alors d'être la norme³⁹

III. Le développement du concept de l'urbanisme favorable à la santé⁴⁰

Le concept d'urbanisme favorable à la santé a été initié par l'OMS (Organisation mondiale pour la santé) dès 1987 dans le cadre de son programme des Villes-Santé. Il a été complété par l'école des hautes études en santé publique qui définit un cadre de références composé de sept axes d'actions :

1. Réduire les polluants, les nuisances et autres agents délétères.
2. Promouvoir les comportements de vie sains des individus.
3. Contribuer à changer le cadre de vie.
4. Identifier et réduire les inégalités de santé.
5. Soulever et gérer, autant que possible, les antagonismes et les possibles synergies entre les différentes politiques publiques (environnementales, d'aménagement, de santé...).
6. Mettre en place des stratégies favorisant l'intersectorialité et l'implication de l'ensemble des acteurs, y compris les citoyens.

³⁹Mémoire présenté à la Commission permanente sur la culture, le patrimoine et les sports(2012) « vivre en ville », Ed maison Aubry, p10.

⁴⁰(<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/lurbanisme-favorable-la-sante-ufs>),consulté le 24-04-2018

Chapitre 3: Pour un urbanisme favorable à la santé publique

7. Penser un projet adaptable, prendre en compte l'évolution des comportements et modes de vie.

IV. Référentiel d'analyse des projets d'urbanisme au regard de la santé⁴¹

Pour un urbanisme favorable à la santé, on a essayé de synthétiser les déterminants favorables à la santé en trois familles qui comportent quinze déterminants :

Déterminants de santé	Objectifs visés (pour un urbanisme favorable à la santé) et quelques éléments d'appréciation
Famille I : modes de vie, structures sociales et économiques	
1- Comportements de vie sains	<ul style="list-style-type: none">• Favoriser les déplacements et modes de vie actifs.• Inciter aux pratiques de sport et de détente.• Inciter à une alimentation saine.
2-Cohésion sociale et équité	<ul style="list-style-type: none">• Favoriser la mixité sociale, générationnelle, fonctionnelle.• Construire des espaces de rencontre, d'accueil et d'aide aux personnes vulnérables.
3-Démocratie locale/citoyenneté	<ul style="list-style-type: none">• Favoriser la participation au processus démocratique.
4- Accessibilité aux équipements, aux services publics et activités économiques	<ul style="list-style-type: none">• Favoriser l'accessibilité aux services et équipements.
5- Développement économique et emploi	<ul style="list-style-type: none">• Assurer les conditions d'attractivité du territoire.

⁴¹Roué-Le, A et Légal, J, Potelon, J, Cusin, Y, (2014), « Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils », édition Médiagraphic, Paris, p.65.

Chapitre 3: Pour un urbanisme favorable à la santé publique




Famille II : cadre de vie, construction et aménagement	
6- Habitat	<ul style="list-style-type: none"> • Construire ou réhabiliter du bâti de qualité (matériaux sains, isolation thermique ...).
7- Aménagement urbain	<ul style="list-style-type: none"> • Aménager des espaces urbains de qualité (mobiliers urbains, formes urbaines, ambiances urbaines, offre des espaces verts...).
8- Sécurité-tranquillité	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la sécurité des habitants.

Famille III : milieux et ressources	
9- Environnement naturel	Préserver la biodiversité et le paysage existant.
10- Adaptation aux changements climatiques	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'adaptation aux événements climatiques extrêmes. • Lutter contre la prolifération des maladies vectorielles.
11- Air extérieur	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité de l'air extérieur.
12- Eaux	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité et la gestion des eaux.
13- Déchets	<ul style="list-style-type: none"> • Inciter à une gestion de qualité des déchets (municipaux, ménagers, industriels, de soins, de chantiers ...).
14- Sols	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité et la gestion des sols.
15- Environnement sonore et gestion des champs électromagnétiques	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité sonore de l'environnement et gérer les risques liés aux champs électromagnétiques.

Tableau n°1: Référentiel d'urbanisme favorable à la santé, source guide de l'OMS urbanisme et santé2014

Pour plus de détails, nous allons traiter chaque déterminant à part

Chapitre 3: Pour un urbanisme favorable à la santé publique

Déterminant 1 - « Comportements de vie sains »		
Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation
Favoriser les déplacements et modes de vie actifs	Espaces cyclables	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de pistes cyclables. • Continuité de la voirie cyclable. • Connectivité du maillage du réseau cyclable. • Qualité du revêtement, qualité de la signalétique. • Présence de stations de vélos sécurisées.
	Chemins Piétons	<ul style="list-style-type: none"> • Continuité de la voirie piétonne. • Connectivité du maillage du réseau piéton. • Qualité du revêtement, qualité de la signalétique, pris-en compte des PMR.
	Transports en commun (TC)	<ul style="list-style-type: none"> • Offre en TC. • Organisation du réseau de TC. • Dispositif financier facilitant l'accès à tous à l'offre de TC. • Dispositif d'information et d'aide à la mobilité au niveau du réseau de TC. 
	Densité et mixité fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Mixité des activités (commerces, services, lieux de loisirs et de culture ...). • «Porosité» du tissu urbain (raccourcis, principe de l'îlot ouvert).  <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">↑ La ZAC de Metz mêle bureaux, logements et commerces sur un même îlot.</p>
Inciter aux pratiques de sport et de détente	Espaces et infrastructures de loisirs et de détente	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'espaces publics et d'infrastructures de type espaces verts, parcs, étangs, gymnases, aires de jeux, de promenade, piscines... • Qualité fonctionnelle et esthétique de ces espaces et infrastructures. 

Chapitre 3: Pour un urbanisme favorable à la santé publique

		<ul style="list-style-type: none"> • Proximité et accessibilité.
Inciter à une Aliment saine	Commerces de proximité	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité et diversité de l'offre commerciale. • Sensibilisation de la population à une alimentation saine.
	Jardins collectifs ou familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • Présence, quantité, surface, public-cible. • Moyenne de surface « jardin » par habitant.



Déterminant 2 - « Cohésion sociale et équité »

Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation
Favoriser la mixité sociale	Coût du logement	<ul style="list-style-type: none"> • Diversité de l'offre d'accès au logement (location sociale et libre, accession libre et aidée). • Qualité architecturale identique pour le logement social et le logement libre. • Répartition «équitable» de l'offre de logements sociaux et libres dans l'espace (mixité des immeubles de logements sociaux et libres à l'échelle des ilots).
Favoriser la mixité générationnelle	Type de logement	<ul style="list-style-type: none"> • Diversité de l'offre de taille des logements, des formes urbaines (appartements, logements intermédiaire, lots libres ...) étudiants, de résidences personnes âgées, de logements adaptés et/ou adaptables par rapport à la dépendance.



Chapitre 3: Pour un urbanisme favorable à la santé publique

Favoriser la mixité fonctionnelle	Logements, services, commerce, équipements et autres activités (terrains agricoles, industrielles, artisanales)	<ul style="list-style-type: none"> • Mixité de l'offre en services, équipements, ... répondant à la demande des populations (restaurants, commerces, transport, poste,
Construire des espaces de rencontre, d'accueil et d'aide aux personnes vulnérables	Lieux d'échanges et de sociabilité, jardins collectifs ou familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • Surfaces disponibles pour l'implantation de locaux associatifs, d'espaces publics de rencontre, de jardins familiaux en fonction des besoins recensés.



Déterminant 3 - « Démocratie locale/citoyenneté »

Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation
Favoriser la participation au processus démocratique	Concertation de la population	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation de nombreux citoyens, représentatifs du contexte en termes de catégorie socioprofessionnelle, sexe, âge... • Prise en compte des avis et observations des habitants vis-à-vis du projet urbain (au travers du bilan de la concertation) et justification des ajustements ou de l'impossibilité à réaliser les ajustements demandés par les habitants. • Débat notamment autour des enjeux de santé environnement liés au projet urbain.

Chapitre 3: Pour un urbanisme favorable à la santé publique

Déterminant 4 - « Accessibilité aux équipements, services et activités économiques »

Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation
<p>Favoriser l'accessibilité aux services et équipements</p>	<p>Offre et accessibilité aux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • services de soins. • services scolaires et périscolaires. • services publics et administratifs. • activités et équipements de sport. culturels et de loisirs. • commerces. • lieux de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité aux PMR des services et équipements. • Temps d'accès moyen aux services et équipements par transports en commun et modes actifs (bus, métro, vélo, train...) et distance moyenne à parcourir depuis plusieurs secteurs. • Présence de services et d'équipements en rapport avec les besoins de la population. • Logements connectés à l'internet à très haut débit, à la fibre optique...

Déterminant 5 - « Développement économique et emploi »

Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation
<p>Assurer les conditions d'attractivité économique du territoire</p>	<p>Dynamisme des activités économiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Démographie des entreprises et des activités économiques.
	<p>Foncier disponible pour les activités économiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Surface en m² dédiée aux activités économiques. • Accessibilité par les transports en commun ou modes actifs aux activités économiques.

Chapitre 3: Pour un urbanisme favorable à la santé publique

Déterminant 6 - « Habitat »		
Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation.
Construire ou réhabiliter du bâti de qualité	<ul style="list-style-type: none"> • luminosité et ventilation naturelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de surfaces vitrées et surfaces ouvrantes permettant au logement de bénéficier de luminosité et d'aération. • Orientation des pièces à vivre à la lumière naturelle. • Aération ponctuelle et naturelle (ouverture des fenêtres) et/ou permanente (grille d'aération ou système de ventilation).
	Isolation thermique et acoustique	<ul style="list-style-type: none"> • Performance thermique et énergétique. • Performance acoustique.
	Matériaux sains	<ul style="list-style-type: none"> • Nature des matériaux. • les matériaux.
	Salubrité de l'habitat	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement (nuisances, aspects, occupation du sol) Risques sanitaires Sécurité (incendie, chutes....) éclairage naturel Dimension des pièces Humidité, aération équipement (eau, électricité, gaz, assainissement usage et entretien).
Déterminant 7 - « Aménagement urbain »		
Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation
Aménager des espaces urbains de qualité	Mobilier urbain	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'équipement et de qualité du mobilier urbain (banc, boîtes au lettre,...).
	Formes urbaines	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des espaces publics et des trottoirs (revêtement, largeur, sécurité ...) incitant aux déplacements actifs. • «Porosité» du tissu urbain facilitant et incitant aux déplacements actifs.

Chapitre 3: Pour un urbanisme favorable à la santé publique

		<ul style="list-style-type: none"> • Diversité des lieux et places publics pour laisser un choix multiple d'usages et de pratiques urbaines.
	Ambiances urbaines	<p>Qualité des ambiances :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sonores : accès à des zones calmes, à des quartiers commerçants et piétonniers,... • visuelles : esthétisme des aménagements paysagers, patrimoniaux, présence artistique, éclairage public nocturne mais sans pollution lumineuse,... • odorantes : accès à des jardins botaniques,... • tactiles : diversité des matériaux, équipements et aménagements (revêtement des sols,...).
Déterminant 8 - « Sécurité-tranquillité »		
Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation
Aménager des Espaces urbains de qualité	Risques naturels et industriels	<ul style="list-style-type: none"> • Aléa (fort, moyen, faible) à des risques naturels et/ou technologique des secteurs d'habitation comme par exemple (non exhaustif) radon, amiante environnemental, inondation, coulée de boues, incendie, pollution des sols ...
	Sécurité des déplacements	<p>Organisation des flux (piéton, vélo, véhicules motorisés) et aménagement des voiries selon l'intensité et la vitesse du trafic.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • si trafic peu intense et/ou lent principe de partage de la rue (zone de rencontre 20km/h). • si trafic intense et/ou rapide principe de séparation et de sécurisation des voies par des dispositifs de protection (barrières, haies, garde-corps,...), des aménagements et de la signalétique visant à réduire la vitesse.

Chapitre 3: Pour un urbanisme favorable à la santé publique

	Sécurité dans les espaces publics	<ul style="list-style-type: none"> • Présence humaine (habitants, usagers, de jour comme de nuit ...) assurant la sécurité des lieux. • Aménités urbaines (éclairage nocturne, bancs, toilettes publics, signalétique piétonne, ...) contribuant au sentiment de sécurité et de bien-être des habitants.
Déterminant 9 - « Environnement naturel »		
Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation
Préserver / encourager la biodiversité et la qualité du paysage existant	Faune et flore	<ul style="list-style-type: none"> • Abondance des populations d'oiseaux. • Peuplement piscicole des rivières satisfaisant. • Présence d'espèces végétales endémiques. • Absence d'espèces invasives.
	Corridors Ecologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Faible fragmentation des milieux naturels. • Faible évolution des espaces artificialisés.
	Paysage	<ul style="list-style-type: none"> • Réflexion sur l'intégration du projet urbain dans le paysage Existant.
Déterminant 10 - « Adaptation aux changements climatiques »		
Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation
Favoriser l'adaptation aux évènements climatiques extrêmes	Risque îlots de chaleur urbains (ICU)	<p>Risque majoré en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rétention de la chaleur par le tissu urbain : matériau à faible albédo, exposition des rues au rayonnement solaire,... • Réduction de l'évapotranspiration : forte imperméabilisation des sols, absence d'eau, rareté de la végétation,... • Perturbation de la dynamique des masses d'air : présence de canyons urbains. • Emissions de gaz à effet de serre : transports, climatisation, chauffage,...

Chapitre 3: Pour un urbanisme favorable à la santé publique

	Risque inondation, coulée de boues, etc.	<p>Risque majoré en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zone géographique située en aléa (moyen à fort) d'inondation et /ou de coulées de boues, ... • Absence de plan de gestion du risque inondation (qui établit des règles de constructibilité selon les risques identifiés). • Absence de gestion des eaux pluviales (et donc d'aménagement de noues, bassin de tamponnement, tranchées, etc.).
Lutter contre la prolifération des maladies vectorielles	Risque de développement de gîtes larvaires	<p>Risque majoré en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zone géographique concernée par une «interception ponctuelle» ou une «présence active» de moustiques vecteurs de maladies. • Présence d'eau stagnante dessous de pots, déchets, gouttières mais aussi du fait de toits-terrasses insuffisamment perméables, etc.
Déterminant 11 - « Air extérieur »		
Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation
Améliorer / préserver la qualité de l'air extérieur	Sources d'émission d'origine anthropique (transport, ICPE, chauffage, climatisation, agriculture,...)	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'activités émettrices de polluants atmosphériques ; nature et quantification des émissions. • Comparaison de ces quantités avec les normes réglementaires en vigueur et avec les valeurs-guide de l'OMS.
	Sources d'émission d'origine naturelle	<ul style="list-style-type: none"> • Recensement des secteurs urbains pouvant abriter des espèces allergisantes. • Suivi des surfaces infestées par l'ambroisie à feuille d'armoïse. • Adoption de plan de gestion de lutte contre l'ambroisie.
	Nuisances olfactives	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'activités nuisibles et émettrices de COV. • Mesures prises par les entreprises pour les atténuer.

Chapitre 3: Pour un urbanisme favorable à la santé publique

	Populations sensibles	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des bâtiments sensibles à l'échelle du territoire et confrontation de leur localisation avec la présence d'éventuels « points noirs air ». • Information des populations quant aux prévisions de concentrations polliniques, aux dates de démarrage et de fin de la saison pollinique des principales espèces allergisantes du secteur.
Déterminant 12 - « Eaux »		
Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation
Améliorer / préserver la qualité et la gestion des eaux	Ressource en eau et eau potable	<p>Eau en quantité et de qualité satisfaisante pour assurer les besoins de la population.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantité : évaluation des ressources en eau par rapport aux besoins de la population, capacité du réseau à distribuer l'eau potable. • Qualité : protection des périmètres de captage d'eau, nature et quantification des polluants présents dans l'eau, comparaison de ces quantités avec les normes réglementaires en vigueur et avec les valeurs-guide de l'OMS.
	Assainissement	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité du/des réseaux (assainissement collectif ou non-collectif ; station d'épuration) à traiter quantitativement et qualitativement les eaux usées.
	Eaux pluviales	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité du réseau à absorber des débits de pointe en rapport avec la fréquence des crues. • Réutilisation des eaux de pluie selon la réglementation en vigueur.
	Eaux de loisir	Eau de qualité satisfaisante sans risque pour la santé des baigneurs.

Chapitre 3: Pour un urbanisme favorable à la santé publique

	Risque Inondation	Changements climatiques rubrique risque inondation, coulée de boues, etc.
Déterminant 13 - « Déchets »		
Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation
Inciter à une gestion de qualité des déchets (municipaux, ménagers, industriels, de soin, de chantier,...)	Sources de production de déchets	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'activités productrices de déchets, nature et quantification des déchets produits. • Réduction à la source de la production de déchets.
	Systemes de collecte	<ul style="list-style-type: none"> • Présence, mise à disposition et accessibilité à <ul style="list-style-type: none"> -des points d'apport volontaire (PAV) opérant un tri sélectif (verres, cartons, plastique,.....). - des composteurs pour le compost individuel, des plateformes de compost pour le compost collectif - une déchèterie pour les déchets spécifiques (encombrants, toxiques,). - des dispositifs de récupération des déchets d'activités de soins et de déchets industriels dangereux. - des bennes de collectes spécifiques pour la récupération des déchets de chantier. • Sensibilisation des populations et des entreprises en matière de prévention, de production et de tri des déchets.
	Systemes de Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité des filières de traitement à traiter quantitativement et qualitativement les déchets générés.



Chapitre 3: Pour un urbanisme favorable à la santé publique

Déterminant 14 - « Sols »		
Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation
Améliorer / préserver la qualité et la gestion des sols	Sites et sols pollués	<ul style="list-style-type: none"> • Recensement des sites et sols pollués. • Inventaire quantitatif et qualitatif des principaux polluants recensés sur le site. • Comparaison du relevé des concentrations avec les valeurs Réglementaires. • Compatibilité sanitaire du site avec les usages déjà existants ('interprétation de l'état des milieux) et les usages à venir.
	Gestion des terres agricoles et des espaces verts	<ul style="list-style-type: none"> • Préservation de la qualité des sols par limitation de l'usage des pesticides et engrais. • Gestion différenciée, gestion intégrée des espaces cultivés et espaces verts.
	Gestion du Foncier	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise de l'étalement urbain et du mitage urbain sources de multiplication des déplacements (essentiellement par véhicules motorisés) et donc de pollution atmosphérique.
Déterminant 15 - « Qualité de l'environnement sonore et champs électromagnétiques »		
Objectifs	Eléments du projet à évaluer	Critères d'appréciation
Améliorer / préserver la qualité sonore de l'environnement et gérer les risques liés aux champs électromagnétiques	Sources de bruit	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'activités émettrices de nuisances sonores; nature et quantification du bruit. • Comparaison des mesures de bruit avec les valeurs réglementaires et les valeurs-guide de l'OMS.

Chapitre 3: Pour un urbanisme favorable à la santé publique

	Ambiance sonore	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation (subjective) de la qualité sonore du secteur urbain selon 4 indices : <ul style="list-style-type: none"> -environnement physique du lieu (perception visuelle). -environnement sonore du lieu -pratiques et usages du lieu -accessibilité et lisibilité du lieu. • Présence et préservation de zones calmes
	Populations sensibles	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des bâtiments sensibles à l'échelle du territoire et confrontation de leur localisation avec la présence d'éventuels « points noirs bruit ».
	Lignes à Haute tension, transformateurs,	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de réseaux de transport et de distribution d'électricité ; nature du voltage et exposition ou non des populations à ces ondes basse fréquence.
	Antennes relais de téléphonie mobile	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'émetteurs de radiofréquence et notamment des antennes relais de téléphonie mobile. • Sensibilisation de la population vis-à-vis de l'usage intensif des téléphones portables.

Tableau n°2: Les déterminants d'urbanisme favorable à la santé, source guide de l'OMS urbanisme et santé2014

Conclusion

L'urbanisme doit faire appel à une approche qui intègre des objectifs de santé. Les questions de santé, de bien-être et de qualité de vie doivent impérativement être envisagées dans la politique d'urbanisme afin de résoudre beaucoup des problèmes auxquels sont confrontées les villes aujourd'hui. Le chômage, la pollution, la médiocrité du logement, les inégalités, la pauvreté, les milieux de vie malsains, les difficultés d'accès au travail, aux biens et aux services, le stress et le manque de cohésion sociale : tout cela affecte la santé et le bien être des personnes. Chacun de ces éléments peut être modifiés, d'une manière ou d'une autre, par l'urbanisme. Certaines personnes croient que de mener des politiques d'urbanisme favorable à la santé et au développement durable s'oppose au nécessaire développement économique de la ville. Le développement de politiques d'urbanisme pour la santé serait trop coûteux et les restrictions des budgets consacrés à l'urbanisme sont trop importantes pour permettre la réalisation d'un tel type d'urbanisme. Un urbanisme qui ne favorise pas la santé contribue à l'augmentation des dépenses de santé, de celles des services, de police et des services sociaux, il alourdi aussi la charge économique et sociale générale des individus et des entreprises. En d'autres termes, le problème réel n'est pas de savoir quel serait le coût d'un urbanisme favorable à la santé, mais plutôt de savoir quel serait celui de son absence de mise en œuvre. Les maladies chroniques, le manque de cohésion sociale, le chômage et la délinquance augmentent régulièrement dans la plupart des villes. Ces problèmes pèsent lourd sur le budget des particuliers et l'urbanisme de santé, associé à d'autres politiques économiques, sociaux et environnementaux, destiné à promouvoir la santé et la durabilité, peut apporter une solution.



Carte n°2: Situation de la commune de Texanna par rapport à la wilaya,

source : <http://tassoust.blogspot.com>

II.1. Les données climatiques

Le climat de la commune de Texenna est de type méditerranéen, il est soumis à l'influence de la mer méditerranée et à celle du relief :

- ✓ Des températures équilibrées, été comme hiver (influence maritime).
- ✓ Une abondance en pluie, en période hivernale grâce à des masses d'airs humides sont interceptés entre la mer méditerranée et les chaînes de montagnes

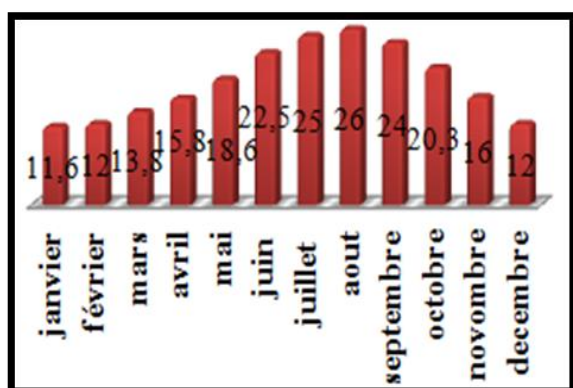


Figure n°5: Température moyenne de Texanna.

Source, P. D.A.U-Texanna 2014

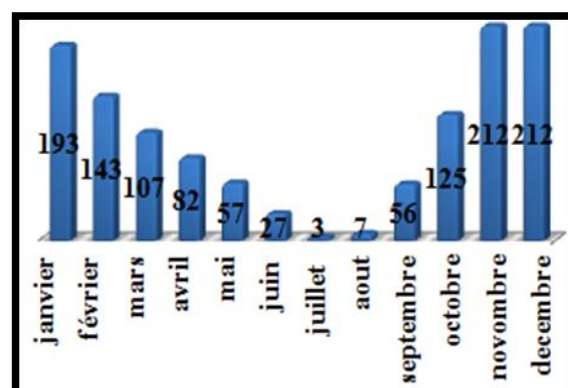


figure n°6:Précipitation moyenne de Texanna

Source, P. D.A.U-Texanna ,2014

II.2. Les caractéristiques morphologiques

La commune de Texenna est dotée d'un relief montagneux dont l'accessibilité parfois très difficile à l'exception de quelques rares parties de son territoire déjà urbanisé.

- ✓ Une chaîne au Sud-Ouest dont le point culminant se situe à 1500m (Djebel Sendouah).
- ✓ Une autre chaîne l'est qui s'élève jusqu'à 1000m entre ces deux chaînes s'étale une zone de basses terres, limitrophe avec la commune de Kaous⁴².

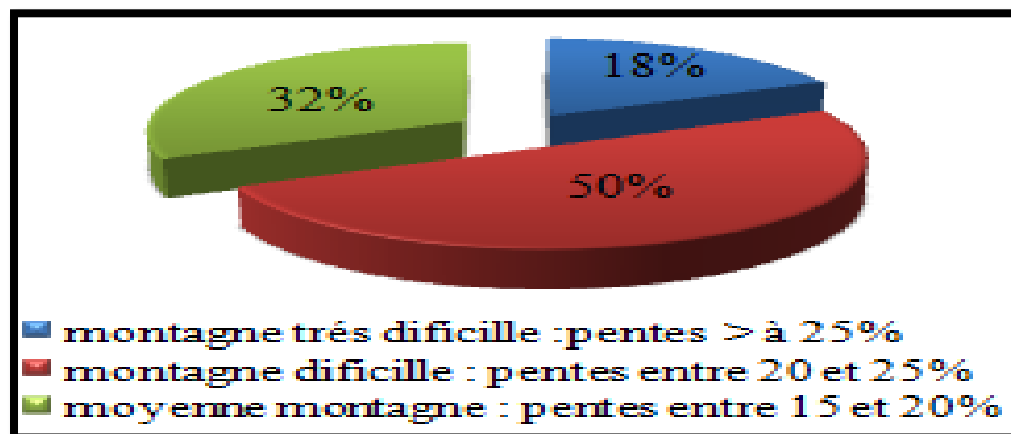


figure n°7:Caractéristiques morphologiques de la commune de texanna ,source:rapport écrit du P.D.A.U, Texanna, 2014.

II.3. Les réseaux hydrographiques

Principalement constitué d'eaux superficielles qui constituent l'ensemble des Oueds. Les plus importants sont : Oued Djen-Djen, le plus important, Oued Agdir, Oued Mencha, Oued Agram, Oued kessir.

Un potentiel hydrographique important qui peut être une source du développement économique (l'agriculture et la santé.)

II.4 La végétation

Le couvert végétal est constitué de : L'olivier, le frêne et le figuier qui sont les principales ressources des villages. Les caroubiers eucalyptus et peupliers sont très fréquents, la marno-calcaire supporte quelques colonies de pins, par contre les zones argileuses sont réservées aux céréales, maïs et sorgho.

⁴² Atoui, Y. et al. (2007), Etude du Pos n°2 de l'ACL de la commune de Texenna, Société civile professionnelle d'architectes, Sétif, P.9.

II.5. Le paysage naturel

La commune de Texanna bénéficie de plusieurs potentiels naturels :

- ✓ Un paysage de qualité : des belles vues sur les montagnes. .
- ✓ Les éléments de biodiversités : des espèces végétales et animales diversifiées
- ✓ Air de qualité, sensation de bien-être. Tous ces éléments auront un impact positif sur la santé avec ses composantes.



Figure n°8: Vues panoramiques de Texanna, source : auteur 2018.

II.6. La population

La population de la commune s'élève à 16.248 habitants et présente une faible densité de 277 habitants/Km².

II.7. Le réseau routier

La commune de Texanna bénéficie d'un réseau routier

- ✓ **La R.N 77** : axe Nord Sud structurant de la commune, il permet la liaison de la wilaya de Jijel à celles de Mila et Sétif. Il assure aussi la liaison inter communale (vers Djimla et Beni Yadjis) et dessert les zones montagneuses.
- ✓ **Le C.W 137 A** : axe de liaison intercommunal, il assure la liaison entre la commune de Texenna et celles de Selma Benziada et Erraguène.
- ✓ **Le C.V 5** : reliant la commune de Texenna et celle d'Emir Abdelkader.
- ✓ Un maillage de pistes forestières et de sentiers.

II.8.Equipements et infrastructure de base

Education	Culture	Jeunesse et sport
16 écoles primaires 03 CEM Un lycée de 19classes Centre de la formation professionnelle	Une salle de lecture Une bibliothèque Un site archéologique à proximité de Tazrout	Une maison de jeunes Une auberge de jeunesse Un centre sportif de proximité Un terrain de football 03terrains combinés
Santé	Culte	Administration
Un hôpital de rééducation Une polyclinique	Une mosquée Deux écoles coraniques	Siège de daïra Siège APC Agence postale Gendarmerie Service technique

Tableau n°3 : Infrastructures de la commune de Texenna. Source : rapport du P.D.A.U. de la commune de Texenna,2014

D'après le tableau, on remarque qu'il y a une gamme non négligeable des équipements mais insuffisante surtout en matière des équipements sanitaires.

II.9.Le cadre physico spatial

La prospection effectuée sur le site objet de cette étude nous a permis de dresser les observations suivantes :

La traversé de la route nationale N° 77 fait apparaître deux entités urbaines en bande ; une à l'Est à l'aspect topographique subhorizontal un peu inclinée et découpée par des talus, l'autre au sud Ouest (montagneuse) à l'aspect très accidenté et abrupt.

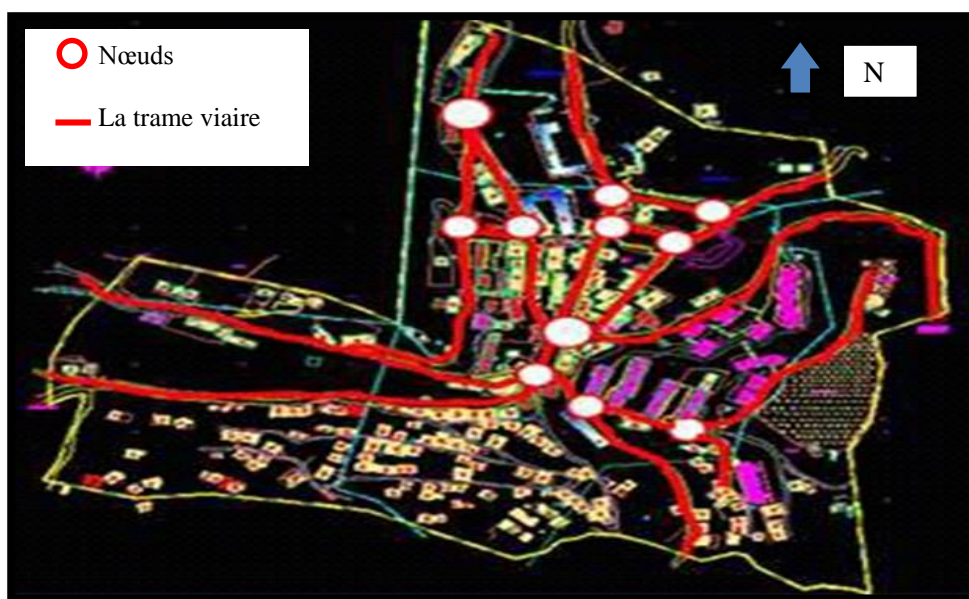
Le passage de multitudes de chaabat et la présence de crêtes montagneuses à l'intérieur du site a imposé une situation qui a permet à l'agglomération en général de développer un tissu urbain caractérisé par une occupation disparate et discontinue

La configuration spatiale de la commune est marquée généralement par un tissu urbain anarchique de densité moyenne à forte, composé par, l'habitat collectif, l'habitat individuel contemporain et ancien, l'habitat individuel spontané et les équipements de base.

L'espace socio physique souffre d'un dysfonctionnement remarquable dont le développement anarchique du tissu urbain a engendré une occupation désordonnée et irrationnelle de l'espace laissant apparaître des parcelles de terrains libres.

II.10. Système viaire

La structure viaire du site est matérialisée par le passage de la RN 77, des voies de dessertes d'emprise parfois très réduites, la topographie accidentée du site impose des liaisons piétonnières par le biais des escaliers urbains.



Carte n°3 : Le système viaire de Texanna, source P.D.A.U. Texanna, 2014.

II.11. Le cadre bâti

Un tissu urbain caractérisé par une occupation disparate (manque d'unité d'harmonie) discontinue, désordonnée et irrationnelle. Le site comporte des ilots de formes irrégulières, cela résulte de la topographie des terrains en pente où les routes qui suivent les courbes de niveau limitent les ilots.



Carte n°4:Le cadre bâti de Texanna, source Google Earth.

II.12. La forme urbaine

On note : une forme urbaine hétérogène, discontinuité de trame urbaine, zones éparées dictées par la typologie montagnarde de site et sa topographie. Aussi, la majorité des constructions ne sont pas achevées et n'ont aucun style architectural.

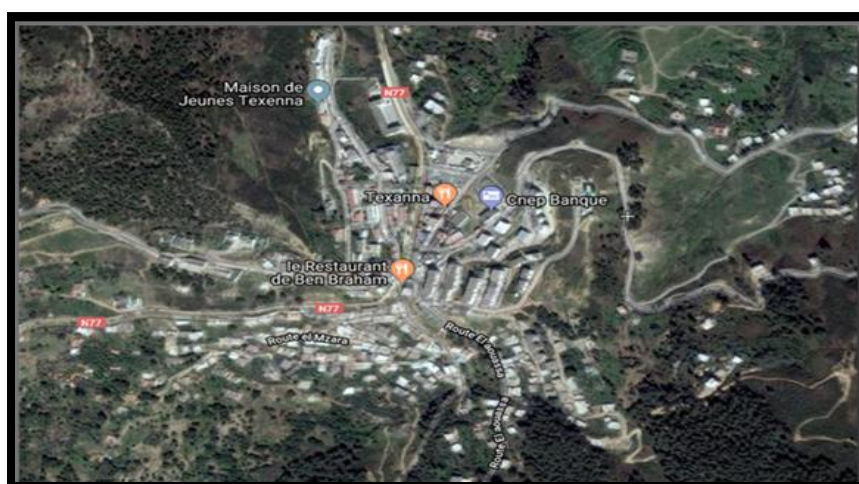


Figure n°9 : Vue aérienne de la commune de Texanna, source : Google Earth

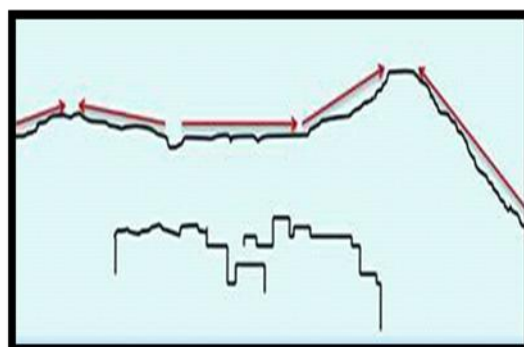


Figure n°10: La façade urbaine de Texanna, source : auteur 2018.

Chapitre 4 :L'analyse de site

On ne constate que la structure urbaine du site manque d'une exploitation rationnelle des espaces et l'absence d'une centralité à l'exception des équipements existants qui présentent une animation temporaire.

II.13.Les points de repère

Le site comporte plusieurs points de repère parmi lesquels on a l'hôpital de rééducation et réadaptation fonctionnelle, la maison des jeunes, la mosquée, le lycée et la banque Badr qui facilite la lisibilité du site.



Figure n°11: Les points de repère de Texanna, source : Google Earth avec traitement personnel

II.14.L'analyse architecturale




Type	Style architectural	Hauteur	Couleurs	Photos
Habitat individuel	Ancien	Entre RDC et R+3	Blanc et vert tranquillisantes	
Habitat individuel spontané	récent	De R+1 à R+3	Blanc et beige Généralement les habitats ne sont pas achevés	
Habitat collectif et semi collectif	récent	De R+2 jusqu'à R+5	Blanc, vert Tranquillisantes, douce.	

Tableau n°4 : Analyse architecturale de Texenna. Source : auteur

II.15.L'analyse sanitaire

II.15.1.La gestion des déchets

D'après notre visite à Texanna on a remarqué que :

- Les déchets ménagers sont jetés partout d'une manière quelconque.
- Les déchets sanitaires ne sont pas traités d'une manière sécurisée.
- Un environnement favorable à la santé mentale, physique et social mais malheureusement négligé et détruit à cause de mauvaise gestion de par les citoyens et l'état.
- Le rejet des eaux usées à l'air libre dans les oueds et chaabat ce qui affecte la santé publique.

II.15.2. La qualité et la gestion des eaux

La commune de Texanna possède plusieurs sources d'eau mais malheureusement l'alimentation en eau potable n'est pas assurée. Aussi on a constaté l'absence de traitement des eaux pluviales.

II.15.3. La qualité de l'habitat et du cadre de vie

La commune est caractérisée par deux types d'habitats, habitat individuel spontané et habitat collectif et semi-collectif, et les deux types n'offrent pas un cadre de vie adéquat.



Figure n°12: Type de l'habitat, source : auteur 2018

III. Le terrain d'étude

On a choisi notre terrain d'intervention grâce à sa situation et la présence d'un hôpital de rééducation et réadaptation fonctionnelle qui est le seul équipement de ce genre dans toute la wilaya de Jijel.

III.1. La situation et les limites

Le terrain d'étude occupe la partie nord du POS 1 et une partie sud du POS4 ; il couvre une superficie de 13 hectares, avec une forme irrégulière dictée par la topographie du site, il est limité par :

-Le POS4 au Nord, un lycée au Sud, le centre-ville de Texanna à l'Est et un forêt l'Ouest.

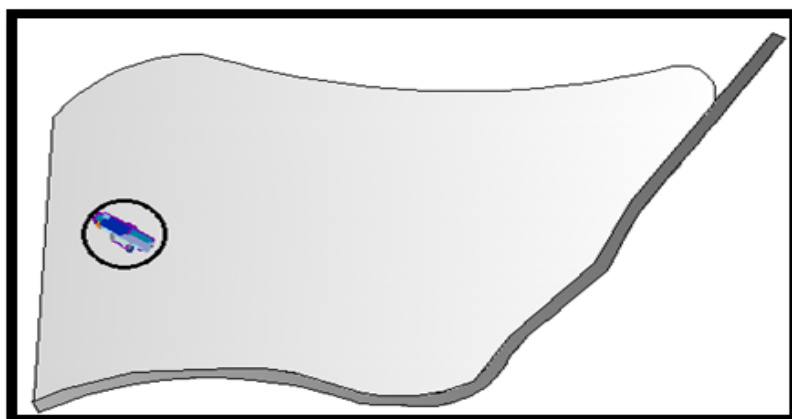


Figure n°13: Le terrain d'intervention

III.2.L'accessibilité du terrain

Le terrain est bien accessible par la RN77 et par une autre voie secondaire reliée avec la RN77.



Figure n°14: L'accessibilité du terrain d'intervention, source Google Earth

III.3.L'orientation et l'ensoleillement du terrain

Notre terrain d'étude est bien ensoleillé grâce à sa situation et sa topographie, ceci fait de lui un idéal pour l'implantation d'un projet sanitaire.

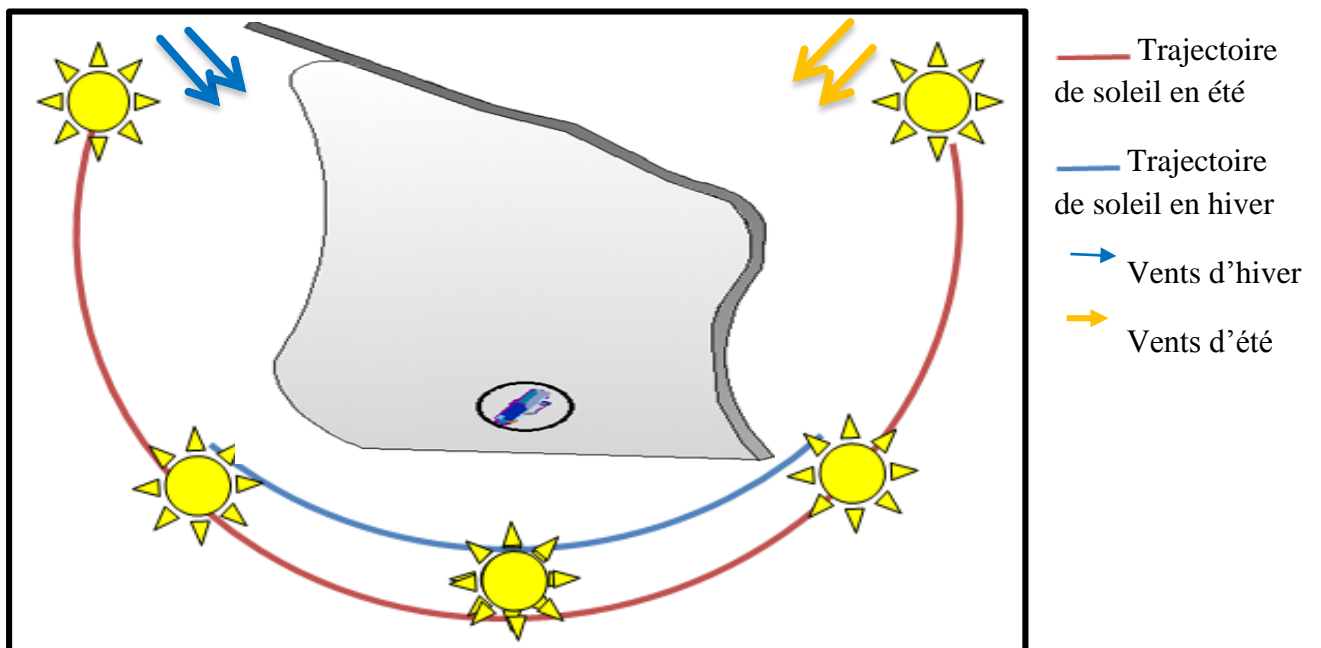


Figure n°15: Ensoleillement du terrain d'intervention, source auteur 2018

III.4.La géotechnique et la morphologie du terrain

Le terrain à une forme irrégulière, il est à composition prédominante argileuse et présente de bonnes caractéristiques physiques et mécaniques du sol. Il est apte à recevoir tous les types de constructions mais leur aménagement nécessite des travaux de terrassement (terrain en pente).

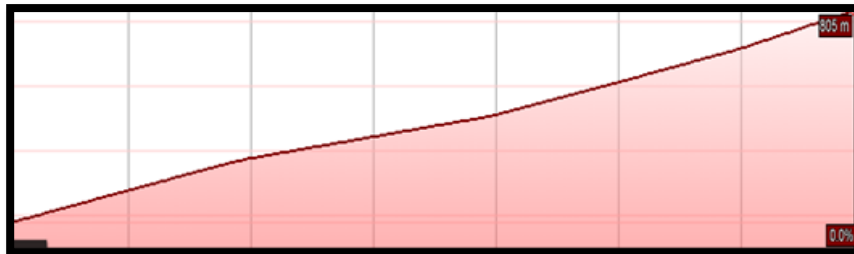


Figure n°16 : Coupe sur terrain source : Google Earth

III.5.L'environnement naturel

Le terrain est situé en pleine montagne ce qui lui donne de belles vues panoramiques et beaucoup d'autres avantages.



Figure n°17 : L'environnement naturel du terrain, source : Google.com

III.6.Synthèse

Atouts	Handicaps
<ul style="list-style-type: none">•Air frais.•La route nationale 77 qui facilite l'accessibilité et assure la fluidité de la circulation mécanique.•Potentiel naturel important :<ul style="list-style-type: none">- Couvert végétal impressionnant.- Arrière paysage et vues panoramiques agréables- Sources d'eau minérales.•Site archéologique et patrimoine important.•La présence de l'hôpital de rééducation.	<ul style="list-style-type: none">•Faible volonté des gestionnaires locaux.•Site archéologique non valorisés et entretenu.•Absence des équipements de santé, sécurité et de sport, de détente et de loisir.•Économie basé seulement sur l'agriculture.•Urbanisme spontané détériorant l'image urbaine et paysagère.•L'ignorance des potentielles naturelles.

Tableau n°5: Les atouts et les handicaps du terrain, source auteur 2018

Conclusion

D'après notre analyse, il ressort que l'urbanisme du site n'est pas en faveur de la santé publique, cela malgré le potentiel et les richesses énormes qui peuvent faire de lui une référence en matière de santé.

Notre travail consiste alors à améliorer l'état de la santé à Texanna tout en proposant l'aménagement d'une cité de santé où on va appliquer le maximum de principe d'un urbanisme favorable à la santé, tout en prenant comme projet de départ l'ancien hôpital de la rééducation fonctionnelle et satisfaire donc le principe de la reconstruction de la ville sur la ville comme stipule les fondements d'un urbanisme durable.

Introduction

Le programme est un instrument d'information et de rationalité pour le projet, c'est à partir de cet instrument que le besoin va se traduire en support, Une Base d'exigences qualitatives et quantitatives, la programmation consiste à :

- Avoir un programme officiel comme référence.
- Détermination de la capacité du projet.
- Détermination des espaces ajoutés et rejetés suivant la problématique et le terrain d'assiette.
- Proposition du programme qui sera retenu.

I. Etude du programme

Dans le programme, on va essayer de satisfaire toutes les catégories sociales pour répondre aux différents besoins et offrir par la suite un projet de qualité en matière de santé tout en respectant l'environnement et le site

II. Programme d'EHS de Texanna (entreprise hospitalière de santé)

Le terrain d'étude s'étend sur une superficie de treize hectares. Il est occupé par le seul centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle dans la wilaya Jijel, ce dernier n'est pas en mesure d'accueillir toute la population de la wilaya

III. Fiche technique d'EHS de Texanna

Superficie du terrain d'assiette (après rectifications des limites) :1.886,26m²
Capacité d'accueil : 45 lits
Emprise au sol totale : 582.61m²
Nombre de niveaux : 04(R+3)
C.E.S=0.34

Tableau n° 6 : Fiche technique d'EHS

Chapitre 5 : La programmation et la démarche conceptuelle

IV. Programme d'hôpital de rééducation et réadaptation fonctionnelle de Texanna

Niveau 1		Niveau 2	
Espace	surface	Espace	surface
Hall d'entrée et attente	51.81m ²	Hall de distribution et orientation	78.23m ²
Réception et accueil	11.99m ²	Salle de consultation	19.31m ²
Salle de radiologie	13.06m ²	2 bureaux de médecine	20.79m ²
Chambre noire	7.10m ²	Salle de soin et salle de plâtre	17.15m ²
Salle de consultation	13.67m ²	Dégagement et circulation	52.11m ²
Pharmacie	12.51m ²	2 salles de kinésithérapie	46.29m ²
Laboratoire	12.51m ²	Hospitalisation homme	48.53m ²
Salle de balnéothérapie	96.59m ²	Hospitalisation femme	48.51m ²
Salle kinésithérapie	43.10m ²	2 blocs sanitaires	12.51m ²
Lingerie	48.42m ²		
Blocs sanitaires	4.35m ²		
Réfectoire et chambre froide	36.54m ²		
Cuisine, dépôt et débarras	43.42m ²		
Niveau 03		Niveau 04	
Espace	surface	Espace	surface
Hall de distribution	32.59m ²	Dégagement	10.93m ²
03bureaux de médecins	15.43m ²	01 bureau	11.20m ²
Dégagement et circulation	72.78m ²	Bureau paysage	58.01m ²
Hospitalisation hommes	86.58m ²	Bureau du directeur et salle de réunion	26.39m ²
Hospitalisation femmes	91.80m ²	Logement astreinte	74.21m ²
02 blocs sanitaires	12.51m ²	Terrasse aménagée	246.79m ²
		Blocs sanitaires	5.12m ²

Tableau n° 7 : Programme du projet

V. Le programme retenu

V.1 Les grands services d'E.H.S

La diététique

Physiothérapie

La kinésithérapie

Ergothérapie

Soin par eau

On a constaté que ce sont les quatre services majeurs de E.H.S de Texanna (rééducation fonctionnelle) donc à partir de ces grands services on a opté pour une extension de ce dernier afin de renforcer son fonctionnement.

Service	Espace	Surface
Accueil + Administration	<ul style="list-style-type: none"> • Hall d'accueil. • Réception. • Salle d'attente. • Consigne bagage. • Sanitaire 	657m²
	<ul style="list-style-type: none"> • Secrétariat. • Bureau du directeur. Bureau du comptable. • Bureau de gestion. • Bureau de contrôle. • Salle de réunion. • Archive • Salle d'attente • Sanitaire. 	
Service de remise en forme	<ul style="list-style-type: none"> • La diététique • Physiothérapie • La kinésithérapie • Ergothérapie 	2000m² 672m²
Service des handicapés	<ul style="list-style-type: none"> • Handicap physique • Handicap intellectuel • Handicap psychique • Handicap moteur 	5027m²

Chapitre 5 : La programmation et la démarche conceptuelle

Service radiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Imagerie médicale • Scanner • L'échographie 	757m²
Service de SPA	<ul style="list-style-type: none"> • Le thermalisme. • La thalassothérapie • Hydrothérapie • Balnéothérapie • le thermalisme 	1155m²
Service psychologie	<ul style="list-style-type: none"> • Cliniques de soins psychiques 	2041m²
Service d'obésités	<ul style="list-style-type: none"> • la kinésithérapie • sport • diététique 	1368m²
Hébergement	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil • Attente • Salon d'étage • Chambres. Simple. • Chambres. Double, Suite 	482m²
Parking public 250 place,	Parking voiture propre 75 places	Parking bicyclette 80 places

Tableau n° 8 : Programme retenu

VI. La démarche conceptuelle

Notre point de départ est l'EHS qui est le seul équipement étatique qui traite la rééducation au niveau de la wilaya. Nos objectifs principaux se résument en :

- Mettre à niveau la grille de l'équipement existant.
- La rencontre entre la nature et la ville.
- Encourager les déplacements doux.
- Promouvoir les activités avec la montagne.
- Faire un urbanisme favorable à la santé.
- De créer un milieu sain et durable.

Chapitre 5 : La programmation et la démarche conceptuelle

- Respecter la morphologie du terrain et opter pour une intégration au site.
- Intégrer les exigences du confort naturel tel que l'aération, la ventilation, le chauffage, et l'utilisation du traitement de l'eau.
- Répondre à toutes les catégories sociales en créant des différents espaces de soin physique, mental et social.
- La constitution d'une cité de santé qui va satisfaire à la fois aux habitants de la ville et de toute la willaya.
- Aménager la cité de santé avec des traitements paysagers de qualité.
- L'implantation des services et leurs liaisons fonctionnelles

VI.1. Etape 01 :

L'équipement existant sera le centre de gravité et le point de départ de notre aménagement

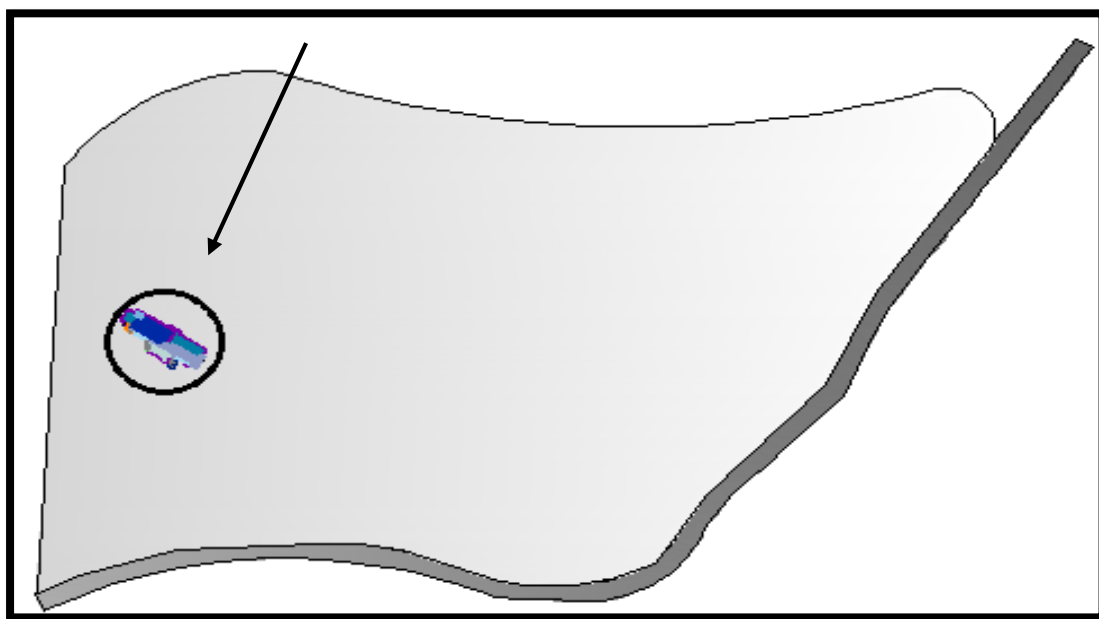


Figure n°18 : Terrain d'intervention

VI.2. Etape 02

Notre idée consiste à créer trois axes de base à partir du bâtiment existant ; axe montagnard ce que nous allons représenter par la santé mentale ; Axe vers la ville qui va représenter la santé physique et l'Axe social qui va représenter la santé sociale.

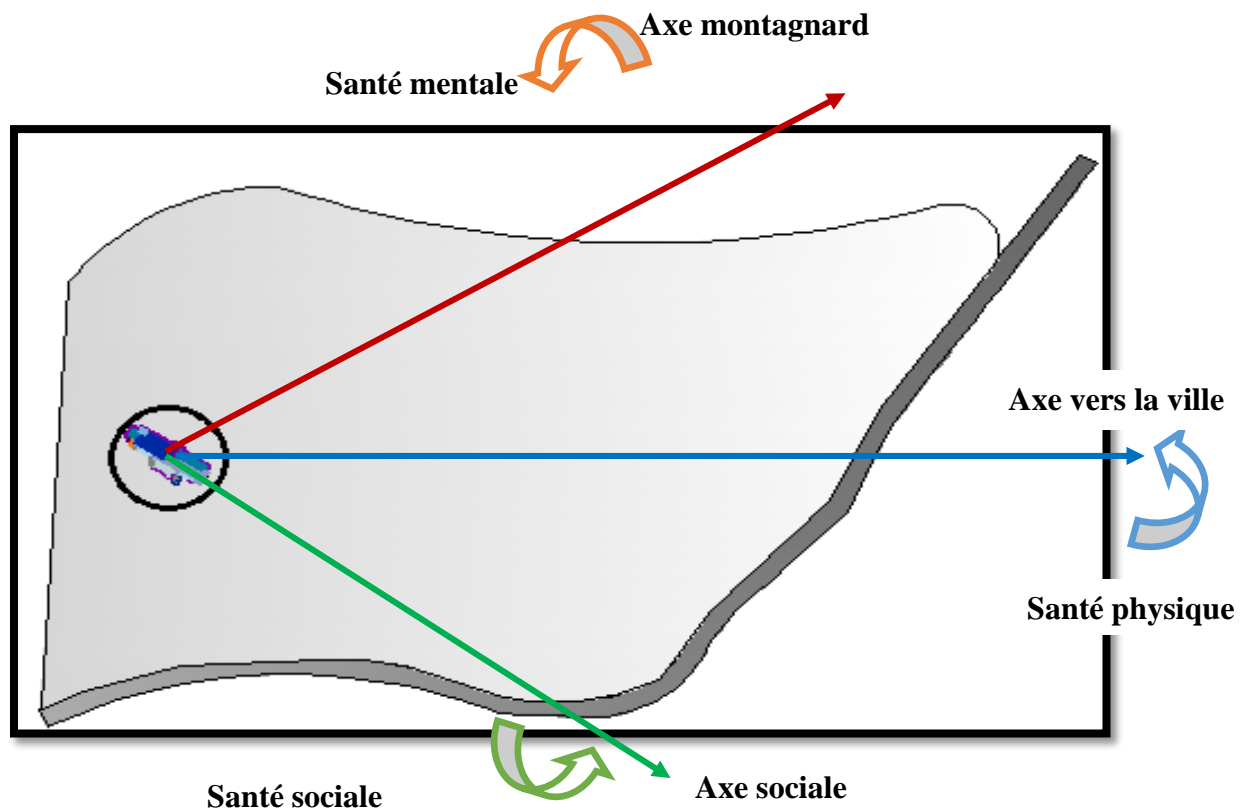


Figure n° 19 : Les axes d'intervention

VI.3 Etape 03

Plusieurs parties sont déterminées suivant la topographie du site

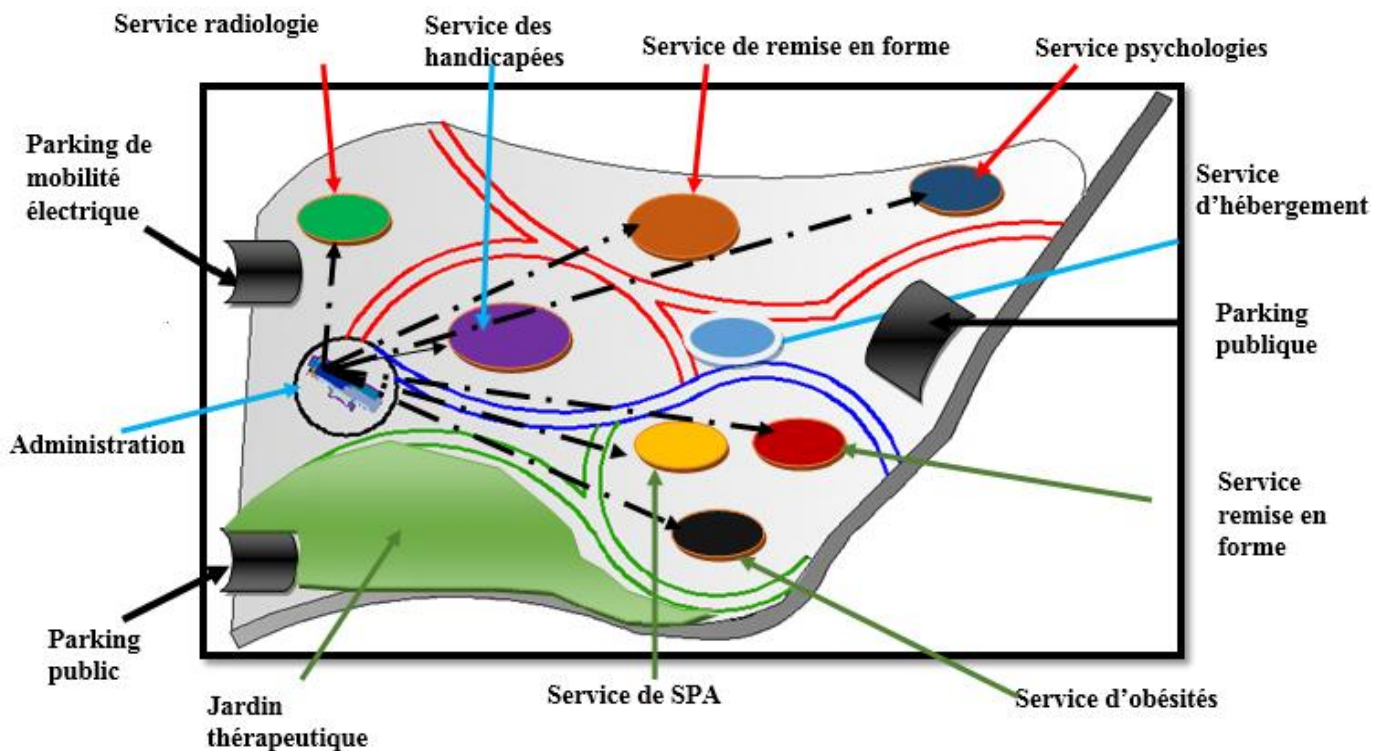


Figure n° 20: Schémas de principe, source : Auteur, 2018.

VII. Les recommandations pour un aménagement favorable à la santé

Il est difficile de citer toutes les recommandations concernant le projet, nous proposons ici les principaux thèmes traités.

VII.1. La circulation et le transport

- **Les parcours de santé**

Les parcours de santé forment une unité importante dans la desserte des équipements de notre aménagement pour l'objectif de simuler les difficultés quotidiennes de la marche en les recréant sur un parcours artificiel et sécurisé. Ils nécessitent la présence d'un soignant. Le principe d'un cheminement avec différents matériaux au sol peut être qualifié de parcours de santé. Des cheminements de sécurité sont aménagés avec un sol dur pour la stabilité du sol se sont des cheminements en boucle avec des parcours en cul de sac



Figure 21: Parcours de santé

- **Le transport**

On a essayé de minimiser la circulation mécanique à l'intérieur de notre projet par l'utilisation des moyens de transport doux respectant l'environnement comme les véhicules alimentés par des batteries électriques, les vélos pour encourager la mixité sociale et améliorer la qualité de l'aire extérieur et réduire les gaz à effet de serre.

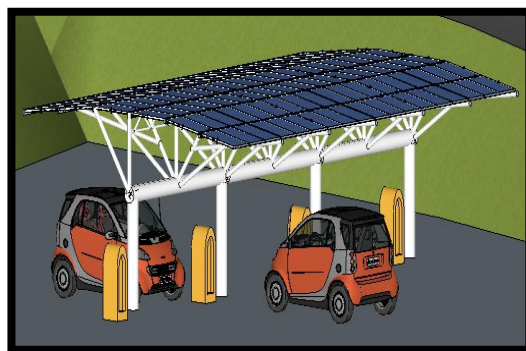


Figure 12: Véhicules alimentés par des batteries électriques

VII.2 La végétation

La végétation existante ou implantée peut jouer un rôle important dans la régulation des apports extérieurs.

- **Les écrans végétaux**

Afin d'intégrer notre aménagement avec son environnement immédiat on a créé des écrans végétaux qui serviront à la fois d'écran contre les vents dominants, les intempéries, le bruit, l'ensoleillement mais également ils peuvent apporter un plus au confort visuel et l'esthétique.

- **Les toits végétaux**

Pour une bonne intégration on a implanté des toits végétalisés pour renforcer l'inertie des équipements ce qui permet de lutter contre les chocs thermiques, ainsi que leur dimension esthétique, cette technique ajoute une protection acoustique et un ralentissement du débit d'eau vers les évacuations pluviales.

- **Les espaces verts**

Notre projet est équipé d'espaces verts pour l'équilibre physique et psychologique des malades.

Pour favoriser la cohésion sociale on a aménagé un jardin thérapeutique, car c'est un lieu de détente avec des bacs surélevés pour permettre la pratique du jardinage en position assise (fauteuil roulant) ou debout afin de favoriser l'activité physique.

Pour la typologie des espaces vert, on s'est basé sur celle existante dans le site tel que : le pin maritime, le Pinus canariensis, l'eucalyptus, Pistacia lentiscus, Mimulus luteus et Alstromeria pulchella



Figure 23: Bacs surélevés



Figure 24 : Bacs surélevés avec une position assise

VII.3 La gestion des déchets hospitaliers

Il s'agit de suivre avec précision les modalités de gestion des déchets hospitaliers au niveau du projet et à travers toutes les étapes de gestion :

- Ressources matérielles et humaines : moyens mis en œuvre pour la collecte et traitement des déchets de soins et personnel alloué à cette gestion
- Les étapes de gestions : tri, collecte et transport, traitement et élimination ; afin de détecter les bonnes et mauvaises pratiques, et les carences dans la gestion
- Le circuit de collecte

VII.4 La gestion énergétique

- Déployer des panneaux solaires thermiques et photovoltaïques sur toutes les surfaces exploitables.
- Maximiser les apports solaires afin de pouvoir réaliser des bâtiments passifs: éclairage naturel direct et indirect, climatisation naturelle...
- Réduire la consommation globale d'énergie par la fixation d'un objectif maximal de consommation d'énergie à l'échelle du projet : énergies renouvelables, économies d'énergie.
- Encouragement des approches innovantes en matière de constructions écologiques, conception bioclimatique des équipements.
- Utilisation de matériaux à faible impact environnemental.
- Utilisation prioritaire de matières premières et de la main-d'œuvre locales.

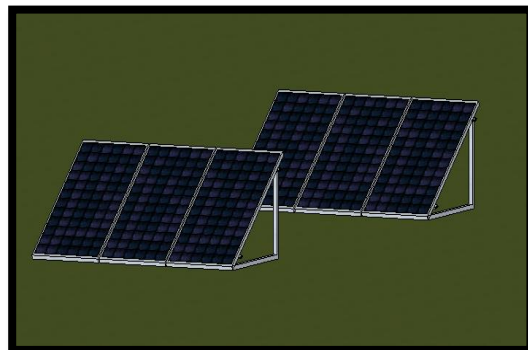


Figure 25 :L'intégration des panneaux solaires

VII.5 La gestion écologique d'eau

Dans notre projet, gérer l'eau selon une démarche environnementale, c'est à la fois:

- Protéger la nappe phréatique et les eaux superficielles.
- Réduire la consommation d'eau potable, une ressource naturelle de plus en plus rare, et garantir sa qualité.

• On a créé des bassins intégrés à des espaces verts qui améliorent la qualité de l'air et le climat social et assurent un traitement écologique des eaux usées et on a intégré des bache a eaux pour la récupération des eaux pluviale



Figure n°26 : Bâche à eau

Conclusion

On espère que cette étude a apporté une proposition qui pourra améliorer l'état de santé à Texanna, cette ville pittoresque qui recèle les potentialités et des richesses incontournables et qui peuvent faire d'elle une ville exemplaire en matière d'aménagement et d'urbanisme favorable à la sante.

Conclusion générale

L'individu comme le groupe, se développe et se définit à travers une relation spécifique et exclusive qu'il entretient avec son environnement immédiat. Ce lieu auquel il peut s'identifier transmet des messages en rapport avec le statut, la classe sociale, le prestige, les goûts, les aspirations. La ville est le lieu par excellence de cette relation, véritable lieu d'une vie sociale, économique, politique et culturelle.

Une population en bonne santé signifie que la ville, son cadre de vie, est aussi en bon santé. Malheureusement, la ville actuelle est en très mauvaise santé, elle souffre et impose ses pires souffrances à ses habitants.

Les sociétés et leurs dirigeants se trouvent aujourd'hui devant le choix suivant :

-Recourir à des moyens et des solutions curatives, rapides, souvent chers, pour faire face à des problèmes complexes et établis sur le long terme.

Ou :

-Adopter une démarche de durabilité, visant une efficacité socioéconomique de long terme, allant au-delà de la perspective sanitaire et environnementale afin de résoudre avec tous les acteurs les sources de dégradation de l'environnement qui affectent notre santé.

Le développement durable est devenu le nouveau mot d'ordre revendiqué par les décideurs politiques et économiques, l'attention doit se porter sur la réalité concrète de ce nouveau motive. Dans cette optique, les politiques de santé ne peuvent qu'être globales, en conjuguant :

- éducation sanitaire.
- protection de l'environnement, réelle et allant plus loin qu'un simple « polluer moins pour polluer plus longtemps ».
- participation du public.
- réponse aux besoins spécifiques et évolutifs des citoyens.

Les composantes sociales et environnementales sont liées et doivent être envisagées en tant que telles les politiques de santé ne peuvent donc être envisagées sans que soient considérées celles concernant la lutte contre la pauvreté, la protection de l'environnement, l'agriculture, les transports, l'habitat, l'eau potable, l'éducation, afin d'assurer une bonne santé publique.

Le parti pris a été d'une part de s'attacher tout particulièrement à la question des inégalités sociales et écologiques en santé et, d'autre part, de montrer les évolutions nécessaires, et pour partie en marche, du côté des acteurs de santé. En somme, tout comme la santé doit systématiquement trouver une place prépondérante dans toute politique de développement durable, il est indispensable de passer toute initiative du domaine de la santé au crible de la durabilité -ce qui sous-entend d'envisager les impacts de long terme de nos actions.

Conclusion générale

Dans le but de garantir santé et bien-être pour tous .L'urbanisme doit faire appel à une approche qui intègre des objectifs de santé. Les questions de santé, de bien-être et de qualité de vie doivent impérativement être envisagées dans la politique d'urbanisme afin de résoudre beaucoup des problèmes auxquels sont confrontées les villes aujourd'hui. Le chômage, la pollution, la médiocrité du logement, les inégalités, la pauvreté, les milieux de vie malsains, les difficultés d'accès au travail, aux biens et aux services, le stress et le manque de cohésion sociale : tout cela affecte la santé et le bien-être des personnes. Chacun de ces éléments peut être modifiés, d'une manière ou d'une autre, par l'urbanisme.

Les urbanistes et les professionnels de l'aménagement sont appelés à collaborer à la démarche d'urbanisme pour la santé afin de la faire progresser et de contribuer au débat et à la mise en œuvre pratique de cette approche. Dans le domaine de l'aménagement et de l'urbanisme, la santé publique doit occuper une place centrale dans les politiques et les plans d'aménagement.

Résumé

Dans un monde de plus en plus urbanisé, les préoccupations sanitaires sont devenues prioritaires dans les politiques urbaines et les actions d'aménagement. L'influence de l'urbanisme sur la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations est depuis longtemps avérée. Mais une prise de conscience contemporaine associe de plus en plus fortement les enjeux de santé publique en ville à la qualité de l'environnement urbain.

Actuellement, la santé constitue l'un des éléments principaux du développement durable et l'urbanisme favorable à la santé vise à améliorer à la fois la qualité de l'environnement construit et la qualité de vie aussi bien des individus que de l'ensemble de la population vivant dans la ville.

Ce mémoire, à travers le cas d'étude de Texanna, traite la question de l'urbanisme favorable à la santé et les différents déterminants à prendre en compte afin de parvenir à une meilleure santé publique en ville.

Mots clés : Santé, Santé publique, Ville durable, Urbanisme favorable à la santé, Texanna.

ملخص

في عالم متزايد التحضر أصبحت الاهتمامات الصحية ذات أولوية للسياسات الحضرية وإجراءات التخطيط. كان تأثير التخطيط الحضري على صحة ونوعية الحياة ورفاهية الناس على مدى العقود الماضية معروف، لكن الوعي المعاصر ربط قضايا الصحة العامة في المدينة بجودة البيئة الحضرية.

في الوقت الحاضر تعد الصحة أحد العناصر الرئيسية للتنمية المستدامة ويهدف التخطيط الحضري السليم إلى تحسين نوعية البيئة المبنية و نوعية حياة الأفراد و عامة سكان المدينة.

تتناول هذه المذكرة من خلال دراسة مدينة تاكسنة قضية مشروع التخطيط الحضري الصحي والعوامل المحددة التي يجب أخذها بعين الاعتبار من أجل ضمان كل أنواع الرفاهية الصحية للسكان والحرص على تلبية حاجات الإنسان في مجال الصحة العمومية في المدينة.

الكلمات المفتاحية: الصحة، الصحة العمومية، المدينة المستدامة، التخطيط الحضري الصحي، تاكسنة.

Abstract

In an increasingly urbanized world, health concerns have become a priority in urban policies and planning actions. The influence of urban planning on the health, quality of life and well-being of people has been for a long time proved. But a contemporary awareness increasingly associates public health issues in the city with the quality of the urban environment.

At present, health is one of the main elements of sustainable development, and healthy urban planning aims to improve both the quality of the built environment and the quality of life for both individuals and the general public the population living in the city.

This memory, through the Texanna case study, addresses the issue of healthy urban planning and the different determinants to be taken into account in order to achieve better public health in the city.

Keywords : Health, Public health, Sustainable city, Healthy urbanism, Texanna.

Livres format papiers :

- Broché, M, (2006), « Réussir un projet d'urbanisme durable », Edition Le moniteur.
- Charlot C, Outrequin Ph, (2009), « L'urbanisme durable : concevoir un éco-quartier », Edition Le moniteur.
- Damon, J, (2007), « Villes à vivre », Edition Odile Jakob.
- Masboungi, A, (2008), « Faire la ville durable », Edition Le moniteur.
- Moreau, J et Truchet, D, (2004), « Droit de la santé publique », Edition Dalloz coll.
- Rogers, R, (2007), «Des villes durables pour une petite planète », Edition Le moniteur.

Livres format PDF:

- Barton, H, (1995), «Sustainable settlements: a guide for planners, developers and designers. Bristol», Edition The Australien greens.
- Commission des Nations Unies sur l'environnement et le développement,(1987),«Notre avenir à tous : Rapport Brundtland »,Edition Association Adéquations.
- David, O, (2006), « Agir à l'échelon des territoires : une évidence, des risques », Edition La santé de l'homme.
- Delhommeau, T, (2007), « Agir pour une santé durable Priorités et perspectives en Europe » Edition ASBL Think Tank.
- Dever, G. (1976), «An épidémiologique model for health policy analysis», Edition Social Indicators Research.
- Ernest, N, (2002), « Les éléments de projet de construction », Edition 8 le Moniteur.
- Giguère, M, (2009), « Mesures de lutte aux îlots de chaleur urbains », Edition Institut national de santé publique du Québec.
- Guilbert, N, (2012), « Penser la ville durable l'approche française », Edition Afex
- Guillaumes, S, (2008), « Etude complémentaire, mobilité douce de projet d'agglomération Run », Edition Transitec.
- Jeanine, P, (2005), « Introduction à l'éducation et à la promotion de la santé », Edition CFES

Bibliographie

- Le Goff, E, et Séchet, R, et David, O, (2010), « Penser la santé dans la gestion et l'aménagement des espaces urbains : un projet de recherche sur les villes-santé en Bretagne », Edition ESO Travaux et Documents.
- Lévesque, J, et Labrie, S, (2004), « Vers des communautés durables et en santé », Edition Imprimerie SIEL.
- Levy-Jurin, V, (2011), « Villes-santé et prévention », Edition Education permanente.
- Marcos, W, (2015), « Urbanisme et aménagement favorable à la santé », Edition INPES Urba plan.
- Masson, A, (2001), « Droit et Société », Edition Lextenso.
- Masson, E, (2012), « Construire ensemble des aménagements favorables à la santé », Edition Nolwenn.
- Peretti-Watel, P, et Moatti, J, (2004), « Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses Dérives », Edition La République des idées/Seuil.
- Roué-Le, A, et Légal, J, et Potelon, J, et Cusin, Y, (2014), « Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils », Edition Médiagraphic.
- Suzanne, H, et Déoux, P, (2004), « Le guide de l'habitat sain », Edition Medieco.
- Thibodeau, L, (2011), «Urbanisme et promotion de la santé», Edition ASPQ.
- Tsourou, C, et Barton, H, (2003), « Urbanisme et santé », Edition Association internationale pour la promotion de la santé.
- Véronique, G, (2017), « Santé et confort dans les bâtiments / Ville et Aménagement », Edition l'Union européenne.
- Veyret, Y, « Ville, Architecture et Développement Durable », Edition Afex.
- Villadsen, K, (2008), « À pied, à vélo, des villes actives », Edition Think tank.
- Whitehead, M. et Dahlgren, G. (1991), «what can we do about inequalities in health», Edition The lancet.
- Wilkinson, G, et Marmot, M, (1999), « Social determinants of health», Edition The solid facts.

Bibliographie

Les mémoires:

- Baayou, A, et Birouk, Y, et Zabat, A, (2011), « Cité de santé sociale à l'entrée est de la ville de Jijel », Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'architecte d'état, université de Jijel.
- Boufermel, R, et Hedjaz, N, (2012), « Complexe de formation et d'accompagnement des personnes en situation d'handicap à Jijel », Mémoire de fin d'étude pour l'obtention de diplôme d'architecte d'état, Université de Jijel.
- Chabane Sari, S, et Ghaffour, N, (2016), « Le triangle du bien- être », Mémoire de fin d'étude pour l'obtention de diplôme d'architecte d'état, Université de Tlemcen.
- Commission permanente sur la culture, le patrimoine et les sports, (2012), « Vivre en ville », Mémoire présenté à Québec.
- Le Gall, J, (2013), « La santé dans la ville : Vers un nouveau référentiel d'urbanisme? », Mémoire de fin d'étude pour l'obtention de diplôme Master Maîtrise d'ouvrage urbaine et immobilière, Université de Rennes.
- Zeghichi, H, (2014), « Bien-être et santé dans les logements collectifs », Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Magistère, Université de Tlemcen.

Articles:

- Bureau régional de l'Europe de l'OMS, (1999), «Charter on Transport, Environment and Health», Edition Copenhague, (document EUR/ICP/EHCO 02 02 05/9 Rev.4).
- Bureau régional de l'Europe de l'OMS, (1999), «Third Ministerial Conference on environment and Health», Edition Report.
- Déclaration de l'assemblée générale des maires, (1996), « Sommet des Nations Unies sur l'Habitat Humain (Habitat II) », Istanbul, Turquie.
- Direction de santé publique de la Montérégie, (2011), « Un air extérieur de qualité : indispensable à la santé », Équipe santé environnementale.
- Duhl, L.J. & Sanchez, A.K, (1999), «Healthy cities and the city planning process – a background document on links between health and urban planning», Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS.

Bibliographie

- Emelianoff, C, (1999) » « La ville durable, un modèle émergeant », thèse de troisième cycle de géographie à l'université d'Orléans : in villes et développement durable ; Des expériences à échanger, site web : www.ecologie.gouv.fr
- Etude TNS Sofres commanditée par International SOS, (2008), « Responsabilité Sociale de l'Entreprise (RSE) et santé à l'international », Sandra Besson, Actualités news environnement.
- European commission expert group on the urban environment, (1994), «European sustainable cities», Edition Luxembourg Office for Official Publications of the European Communities, (CR-17-98-863-EN-C).
- Global strategy for health for all by the year, (2000), World Health Organization («Health for All» Series, N°. 3).
- Pour des bonnes pratiques en la matière, (2009), consulter : « Circuits courts, circuits de proximité. Pour une alimentation durable », Les Cahiers de la Solidarité, n° 20, Série Développement durable et territorial.
- Rapport de la commission française du développement durable sur la définition de la ville durable, (2002), site : www.comite21.org.
- Report (1999), «Third Ministerial Conference on Environment and Health», Ed Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS.
- Rio Déclaration on Environment and Development (<http://www.un.org/documents/ga/conf151/aconf15126-1annex1.htm>).
- The solid facts: social determinants of health (<http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#SD>). Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1998 (document EUR/ICP/CHVD 03 09 01).
- Towards a new planning process, (2015), «A guide to reorienting urban planning towards Local Agenda 21», (document EUR/ICP/POLC 06 03 05C, European Sustainable Development and Health Series, N°. 3).
- Villes et développement durable, site : www.environnement.gouv.fr.
- Walter, G, (1955), « Alcance de l'Arquitectura Integral, La Isla, Buenos Aires», Edition Américaine Scope of total architecture, New York Walter.

Bibliographie

-Waschitz, B, (2014), « The Jerusalem Association of Community Council and Centers»,
Press of British.

-World commission on environment and development, (1987), « Our common future ».
Oxford, Oxford University Press.

Sites web:

<http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#SD>

<http://bit.ly/ej1j0I>

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/>

<http://www.un.org/documents/ga/conf151/aconf15126-1annex1.htm>.

<http://www.who.dk/london99/reporte.htm>

<http://www.who.dk/london99/transporte.htm>

www.comite21.org

www.ecologie.gouv.fr

www.environnement.gouv.fr.