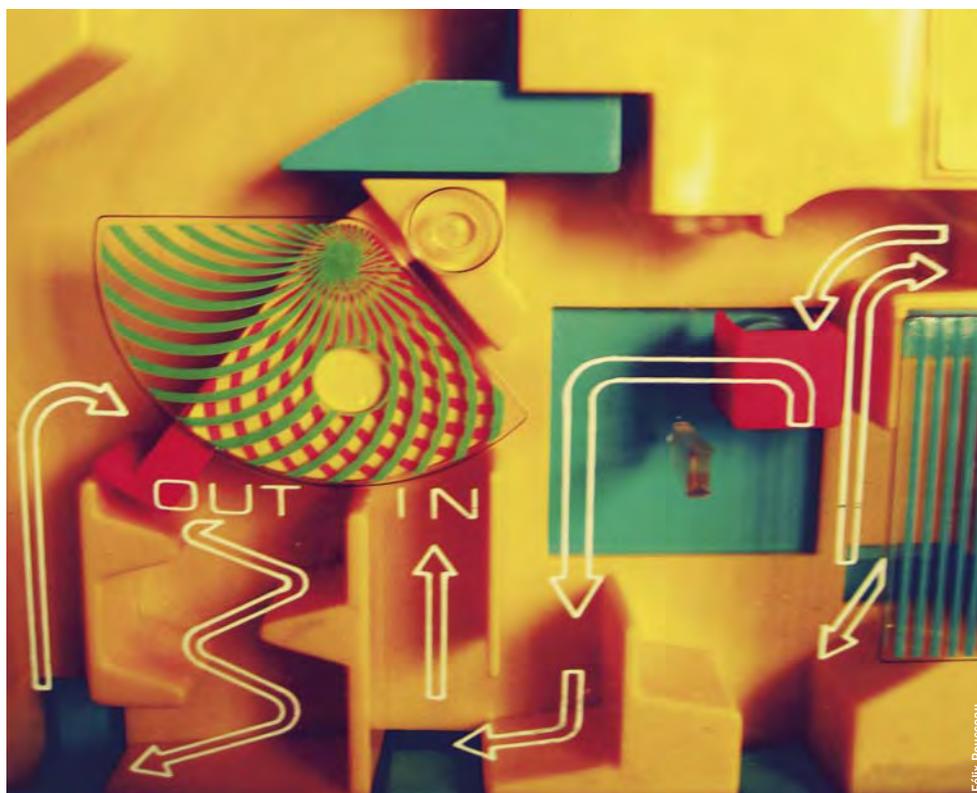


Anne Roué Le Gall⁽¹⁾
Laurent Madec
EHESP
Frédéric Auffray
Rennes Métropole

De l'Indiscipline à l'Interdisciplinarité...

La mise en œuvre du concept d'urbanisme favorable à la santé passe, nécessairement, par le déploiement de stratégies de décloisonnement des champs de la santé, de l'urbanisme et de l'environnement. Il sous-entend un portage interdisciplinaire, voire interprofessionnel. La réponse aux enjeux d'acquisition des compétences visées fait appel à des dispositifs de professionnalisation qui bousculent les pratiques courantes.



Références bibliographiques

- BARTON H. et TSOUROU C., 2000, *Healthy Urban Planning*, OMS Europe, Published by Spon Press 2000, 184 pages. Version française publiée en 2004 intitulée «Urbanisme et santé, un guide de l'OMS pour un urbanisme favorable à la santé», URL: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/102106/E93982.pdf
- BUTTERWORTH I., 2000, *The relationship between the built environment and well-being: Opportunities for health promotion in urban planning*. Victorian Health Promotion Foundation, Melbourne.
- BARTON H., 2009, *Land use planning and health and well-being*. Land Use Policy 26S, S115-S123
- Fondements UFS.
- ROUÉ-LE GALL A., LE GALL J., POTELOU J-L., et CUZIN Y., «Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts et outils», guide EHESP/DGS, 2014. ISBN: 978-2-9549609-0-6.
- Mastère spécialisé Ingénierie et Management des risques en Santé/ Environnement/Travail <http://ms-sante-environnement.ehesp.fr/>

Le concept d'Urbanisme favorable à la santé (UFS) implique des choix d'aménagement qui tendent à promouvoir la santé et le bien-être des populations. Structuré autour de cinq axes principaux, sa mise en œuvre nécessite de prendre en compte autant les aspects techniques et sociaux qu'économiques, et de faire travailler, ensemble, des métiers aussi divers qu'aménageurs, urbanistes, ingénieurs, mais aussi ceux dédiés à la prévention et la promotion de la santé. Les pratiques actuelles sont encore loin de répondre aux objectifs envisagés. La déclinaison des étapes d'un projet d'urbanisme se concentre, encore trop souvent, sur des enjeux de conformité et de compatibilité entre documents-cadres sans se soucier suffisamment des enjeux sanitaires. Inversement on peut, souvent, reprocher aux professionnels de la santé de trop centrer leurs analyses sur les déterminants de qualité des milieux (eau, air, sols...) laissant à d'autres les dimensions socio-économiques et d'aménagement.

Pour favoriser l'interprofessionnalité, c'est-à-dire faire travailler ensemble des experts issus de professions différentes, il ne suffit pas de décréter une volonté commune mais d'agir sur les causes de ce cloisonnement: démultiplication des acteurs, complexité des procédures et des rôles, intensification du travail, interprétation différente de certains concepts selon les disciplines, etc. Parmi les leviers mobilisables permettant de développer une culture commune, la formation constitue un premier niveau de cette interprofessionnalité, qu'elle soit effectuée en amont de la prise de fonction (formation initiale) ou pendant le parcours professionnel (formation continue). Pour autant, le cadre général des schémas de formations universitaires centrées sur un champ disciplinaire mais aussi des formations aux métiers, de types ingénieur, médecin, architecte ou urbaniste, ne correspond pas à cette vision systémique.

À cette approche réductrice, se rajoutent des problématiques de formations antérieures diverses et de cultures, voire de sensibilités différentes qui concourent à favoriser le statu quo. Ainsi, la mise en place d'une formation co-construite entre urbanistes et professionnels de santé, visant au partage de concepts et à la résolution de projets de terrain communs apparaît comme une première étape indispensable dans l'amélioration du processus d'élaboration de la décision urbaine, selon les principes ci-dessous:

- coparticipation aux processus pédagogiques (programmes, mémoires, jurys...);
- apports de connaissances en cointervention;
- développements d'outils communs adaptés aux objectifs et missions de chacun;
- mises en situation réelles effectuées en interprofessionnalité.

Le concept d'urbanisme favorable à la santé suppose, ainsi, de faire preuve d'indiscipline⁽²⁾ en acceptant de sortir des carcans habituels de son propre champ disciplinaire et d'encourager les échanges d'expertise. Cette mise en œuvre effective de l'interdisciplinarité conduira, alors, professionnels et futurs professionnels à partager une culture commune et à fabriquer – ensemble – les projets en faveur d'une ville de santé et de bien-être.

(1) Anne Roué Le Gall et Laurent Madec sont enseignants chercheurs à l'École des Hautes études en Santé publique, département santé environnement travail. Frédéric Auffray est urbaniste à Rennes Métropole et enseignant à l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de Rennes.

(2) Renaud Pasquier et David Schreiber, «De l'interdiscipline à l'indiscipline. Et retour?», *Labyrinthe* [En ligne], 27/2007 mis en ligne le 25 mars 2011, consulté le 10 octobre 2012.