

Urbanité et santé

Ainsi, qu'on me l'a demandé je vais situer mon propos dans un objet plus large que celui des risques auditifs mais pas trop éloigné – enfin j'espère –. Le but est de situer cette question dans un champ plus vaste : l'urbanité et la question de la santé. Compte tenu que cette problématique est encore en jachère et que de nombreux éléments viennent l'impacter de front – en premier lieu, la nécessité de la transition écologique. Pour le dire autrement après s'être concentré dans les villes, les citadins sont désormais confrontés aux effets de cette concentration et des ségrégations urbaines dans un écosystème complexe. Le récit d'émancipation se heurte aux réalités produites par les urbains eux-mêmes.

Je vais tenter de restituer les éléments de compréhension de cette problématique en m'appuyant sur les dernières recherches en la matière.

Dans un premier temps une brève histoire de l'urbain permettra de nous resituer dans un temps long.

Dans un second temps, je relierai cette modernité avec la question de la santé et des enjeux contemporains dans une configuration de conflits de légitimité. J'emploie le terme de configuration au sens sociologique, c'est-à-dire – un réseau d'interdépendance entre individus -. N Elias

Si l'on fait une brève histoire de l'urbanité :

Nous voyons qu'à l'époque des révolutions industrielles, entre le milieu du XVIIIe siècle et la première moitié du XXe siècle, la majorité des pays ont connu une accélération brutale du processus d'urbanisation, à la fois condition et conséquence d'une économie capitaliste moderne. Certains quartiers étaient alors le siège d'une pauvreté importante, de conditions d'habitat indignes et d'épidémies meurtrières (surpopulation, absence d'installations sanitaires et malnutrition ont ainsi été à l'origine de l'épidémie de tuberculose dans les villes en Europe au XIXe siècle).

Au XXe siècle, l'accélération de l'urbanisation a été l'un des changements environnementaux majeurs auxquels la population mondiale a eu à faire face.

En effet, depuis 2009, le pourcentage de la population mondiale vivant en ville a franchi la barre des 50 % et, à l'heure actuelle, 75 % de la population des pays développés réside en milieu urbain. En 2009, 21 mégapoles de plus de 10 millions d'habitants existaient dans le monde (dont Paris et Istanbul pour l'Europe). Par ailleurs, la croissance de la population mondiale d'ici 2050 sera principalement absorbée par les zones urbaines des pays en voie de développement.

Les villes présentent à l'heure actuelle des caractéristiques très différentes : variables en taille dans des proportions considérables, compactes ou étalées dans l'espace, centres économiques et culturels ou villes satellites, industrielles ou tertiaires, aux limites clairement définies ou diffuses, mais toujours en reconfiguration constante.

À l'échelle de l'histoire de l'humanité, les villes sont apparues en même temps que les classes sociales et que la ségrégation spatiale socio-économique des populations. Des travaux montrent qu'un des phénomènes socio-économiques majeurs des 30 dernières années en

France est l'augmentation ininterrompue de la ségrégation socio-économique des populations. Pour endiguer cette dynamique liée au marché de l'immobilier, des politiques de promotion de la mixité sociale ont vu le jour sans réelles efficacité. Si le milieu urbain par rapport aux territoires moins urbanisés constitue un environnement à la fois de ressources mais également d'expositions accrues aux risques. Notons que ces ressources et expositions sont inégalement distribuées entre les groupes sociaux. Les populations urbaines défavorisées sont donc à la fois plus exposées à différents facteurs environnementaux nocifs pour la santé et plus vulnérables à leurs effets (du fait d'un déficit de ressources). Rappelons que la banlieue ouvrière se situait à l'Ouest de Paris sous le vent donc des émanations des usines.

Cependant, aujourd'hui la santé des populations urbaines constitue un défi majeur, avec des problèmes spécifiques aux pays pauvres (gestion des déchets, eau potable, etc.) comme aux pays riches (accès aux services d'une population vieillissante, des risques divers et variés comme l'émanation de particules fines ou les risques auditifs par exemple).

L'urbanisation massive des dernières décennies conduit à ce que la santé publique prenne le devant de la scène pour reconsidérer sérieusement la capacité des villes à agir sur ces déterminants sociaux dans l'amélioration de la santé, le bien-être et l'espérance de vie des populations urbaines (De Leeuw et Simos, 2017 par exemple). Dans ce cadre, nous observons que si des travaux récents se sont intéressés à l'articulation entre santé et territoires en insistant notamment sur les enjeux de santé soulevés par les expositions environnementales locales (Calvez, 2016), la prise en compte du niveau municipal dans le périmètre des politiques de santé publique reste encore marginale (Bergeron et Castel, 2014). Or, bien qu'elles aient rarement la possibilité d'accroître l'offre de soins, les municipalités peuvent contribuer à l'amélioration de l'état de santé de leur population en utilisant leurs compétences en matière de logement, de transport, d'aménagement urbain ou encore de développement économique et social local. Par ce biais, elles peuvent intervenir sur les déterminants sociaux que sont le revenu, l'emploi, l'insécurité alimentaire, le logement, l'exclusion sociale, la qualité de l'air, la sédentarité ou en ce qui nous concerne aujourd'hui, les risques auditifs (Clavier, 2013).

Après les travaux pionniers de Trevor Hancock (1985) et ceux de Nancy Milio (1981), la Conférence d'Ottawa sur la promotion de la santé de 1986 a marqué le lancement de la stratégie de création de politiques publiques favorables à la santé. Celle-ci devait « [inscrire] la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leurs responsabilités à cet égard » (World Health Organization, 1986).

En 2006, un rapport de la présidence finlandaise de l'Union européenne a durci cette approche en faisant de la santé une préoccupation pour toutes les politiques publiques (Staaht *et al.*, 2006). Ce concept renvoie surtout à des arrangements institutionnels spécifiques pour que les préoccupations à l'égard de la santé et de l'équité en santé soient prises en compte de façon systématique dans l'élaboration de toute politique publique. Dans cet esprit, l'article 54 de la *Loi sur la santé publique* (Québec) permet — avec un succès mitigé notent les experts — au ministre de la Santé de conseiller les autres ministres et leurs ministères quant aux

conséquences sur la santé de certains projets de lois et règlements de grande envergure (Gagnon, Turgeon et Dallaire, 2008). Bien d'autres gouvernements nationaux, provinciaux ou locaux se sont dotés de telles approches au cours de la dernière décennie, en Australie, en Californie ou en Europe (Baum, Lawless et Williams, 2013; Kickbusch, Mccann et Sherbon, 2008).

Au fond, le mouvement initié avec la Charte d'Ottawa, et visant à prendre en compte la santé au sens global et dans une perspective écologique a donné naissance à des approches telles que les villes en santé, les hôpitaux promoteurs de santé ou les municipalités amies des aînés. Ces mouvements se caractérisent par la volonté de transformer les milieux de vie pour les rendre plus favorables à la santé. Pourtant, les discours portés par ces mouvements, malgré leurs bonnes intentions, peuvent entrer en contradictions avec les conditions de vie des personnes visées. C'est ce que soutiennent Audet et ses collègues à partir de deux études impliquant des personnes vieillissantes dans différentes municipalités du Québec.

Le foisonnement de la réflexion et des expériences politiques visant à intégrer la santé dans toutes les politiques publiques s'accompagne du développement d'outils et d'une expertise particulière (Crespin, 2014). Dans ce cadre, notons, les études d'impact sur la santé (Lock, 2000).

Se développe alors, parmi les professionnels de la santé publique, un nouveau domaine de spécialisation qui requiert des connaissances et un savoir-faire particulier. On observe que la professionnalisation de ce type d'expertise qu'est la mesure des impacts sur la santé s'inscrit à l'interface entre la science et la participation citoyenne et le politique - dans la lignée de l'*evidence-based medicine* – Dans ce contexte, le politique passe commande, cadre et conclue sur l'opérationnalité du travail d'évaluation prospective.

- Le défi de cette expertise réside alors non seulement dans sa capacité à objectiver les effets d'interventions spécifiques dans un environnement complexe, mais aussi dans la confrontation entre cet effort d'objectivation et la complexité du processus d'élaboration des politiques publiques.

L'élaboration de ces politiques locales de santé publique s'accompagne également du développement d'une expertise de la concertation et de la mise en lien de divers acteurs autour de l'objet « santé ».

- Autrement dit dans une configuration locale à partir de laquelle les acteurs doivent composer avec des logiques sectorielles spécifiques (En effet, comment faire travailler ensemble spécialistes du transport, du logement et de la santé par exemple), mais aussi avec des logiques de gestion municipale et de travail associatif souvent peu compatibles. C'est le travail de ces acteurs intermédiaires qu'analyse Mariette dans son texte sur les agents locaux au service de la politique de santé publique dans une municipalité de la banlieue parisienne.
- Lonceint, quant à lui, s'intéresse aux conflits auxquels donne lieu l'élaboration d'un plan local de santé à Rennes.

Ainsi, le recours à une expertise de santé publique¹, qu'elle soit plutôt caractérisée par des connaissances techniques ou par des capacités relationnelles et stratégiques, ne se fait pas sans tensions, ambiguïtés, voire à-coups, entre experts, élus, employés de l'administration publique et populations (Clavier *et al.*, 2012).

L'ensemble de ces tensions, de ces incompréhensions, de ces ambiguïtés génèrent des **Conflits et des enjeux de pouvoirs** :

Car agir sur les déterminants sociaux pour améliorer la santé des populations urbaines conduit inévitablement à des conflits de légitimité entre les objectifs de santé publique et ceux d'autres politiques.

Des questions résistent :

- Comment sont-ils résolus ?
- Les acteurs d'autres champs d'action publique sont-ils amenés à définir leurs actions en termes de santé pour les rendre acceptables et avec quelles conséquences (Gilbert et Henry, 2009) ?
- À partir de quels éléments cognitifs et rhétoriques s'élabore le cadrage de la pertinence des interventions et des préconisations des acteurs (stratégies d'influence, utilisation des données scientifiques, etc.) ?
- Pourquoi l'argument « santé » est-il si central dans l'élaboration et la justification des choix collectifs ?
- Les décisions prises par les autorités publiques au nom de la protection de la santé peuvent-elles servir d'autres objectifs, par exemple de contrôle des populations ou des comportements déviants ?

Dans ce sens, selon Didier Fassin, la santé est le « dernier langage du social » (Fassin, 1998). « Si les inégalités entre les classes et la pauvreté ne mobilisent plus, reformuler les problèmes sociaux dans les termes de leur emprise sur la santé peut offrir des éléments de solution pour susciter l'adhésion et rendre l'action possible ». Comme argumentaire, Fassin cite l'exemple français de l'insalubrité des logements qui n'a trouvé de résolution, que lorsqu'il a été rendu public, que la plomberie et la présence de plomb dans la peinture rendaient les enfants malades de saturnisme (Fassin, 1998).

En écho à cette recherche, Goyer analyse comment le comité logement d'un arrondissement de Montréal cadre les problèmes d'insalubrité auxquels font face les locataires dans les termes de la santé publique : punaises, moisissures et défauts d'étanchéité deviennent les causes directes de problèmes de santé. Le meilleur allié de ce comité logement, pour les aspects politiques comme financiers, reste la Direction de santé publique note Goyer.

Mais cette reconnaissance de principe accordée à la santé — la biolégitimité (Fassin, 1998) — ne va pas de soi. Elle suscite des résistances multiples qui en soulignent les limites. Par exemple, dans le cas de la politique de lutte contre la drogue à Rio de Janeiro qu'analyse

¹ Pour une synthèse plus élaborée je vous renvoie à la Revue Lien Social et Politique n°78, 2017.

Brum Schäppi, les associations locales et leurs membres résistent aux mesures qui associent drogues et santé mentale, car selon eux la lutte contre les drogues utilise ce prétexte pour institutionnaliser ceux que la politique définit comme déviants.

Somparé montre qu'à Conakry en Guinée, face à l'épidémie d'Ebola, les populations résistent aux normes sanitaires qui imposent un isolement strict entre, d'un côté, les biens portants et, de l'autre, les malades et les morts. Ainsi, tout en étant fondées sur des connaissances biomédicales des modes de transmission de l'épidémie, ces normes sont contestées et finissent par échouer, car elles sont mises en œuvre sans explication et surtout sans prendre en compte les pratiques sociales et culturelles locales.

Pour conclure, je dirai que les résistances à des politiques urbaines qui pourraient avoir des effets positifs sur la santé ne sont pas seulement le fait de comportements individuels ou de stratégies de quelques groupes même s'ils sont fortement mobilisés.

Ces résistances sont aussi — et surtout — construites dans les systèmes politiques, sociaux et de gouvernance des villes. Comprendre cette configuration locale est alors déterminant pour penser les coopérations entre acteurs.