

CONSTRUIRE UN DIALOGUE ENTRE URBANISME ET SANTÉ

Thierry LANG, Julien WEISBEIN

P

La santé est particulièrement entremêlée à la question urbaine.

Depuis le Moyen Âge en effet, la ville peut se révéler délétère, d'autant plus particulièrement qu'elle s'agrandit, concentrant les fonctions, les populations mais aussi les miasmes et les maladies.

C'est d'ailleurs dans une grande ville, Londres en 1854, que se situe un épisode pendant lequel la santé devient progressivement « publique ». C'est en effet par une enquête véritablement policière que John Snow identifie une pompe de distribution d'eau comme source d'une épidémie de choléra, et fonde par là même l'essor de l'épidémiologie.

Parce qu'au XIX^e siècle le mouvement hygiéniste a su expulser hors des villes les maladies infectieuses comme le choléra, la rougeole, la scarlatine ou la variole et que, pendant longtemps, la ville n'a pas connu de déserts médicaux et que l'offre de soins s'y est concentrée tout particulièrement, on a pu penser que la vie urbaine était désormais gage de bien-être et de longévité. Les seules maladies liées à la vie en ville et à son rythme effréné se réduiraient alors au stress ou à la dépression. Pourtant, nos espaces de vie restent toujours des lieux de morbidité : aux maladies infectieuses d'antan ont succédé les maladies chroniques, dont bien sûr le cancer ; les miasmes ont été remplacés par des « facteurs de risques » modernes car liés aux activités chimiques et industrielles, à l'instar des perturbateurs endocriniens ou des particules fines. De surcroît, avec la problématique environnementale, on redécouvre qu'habiter en ville, c'est aussi s'exposer : que ce soit avec l'imperméabilisation des sols, les risques accrus d'inondation, l'apparition de maladies infectieuses causées par les moustiques-tigres ou bien les îlots de chaleur urbains, on constate de plus en plus que le changement climatique dégrade la santé des habitants et aggrave les inégalités socio-spatiales qui, bien souvent, structurent les grandes villes. Mais la ville est aussi un lieu de bien-être. Elle permet l'accès à des services, à la culture, à des modes de déplacements « doux », tels que le vélo ou la marche. Si elle peut générer de l'isolement, elle est aussi créatrice de liens sociaux. L'urbanité, cette qualité morale de la politesse et du respect que l'on attribue à la civilisation urbaine, a ainsi son pendant sanitaire...

Quand la ville creuse les écarts

Mais la ville est aussi hétérogène. Certains quartiers concentrent les populations défavorisées, et cumulent souvent un niveau élevé d'expositions environnementales. Ce n'est pas un hasard si les zones les plus pauvres des métropoles se trouvent sous les vents dominants, alors que les quartiers et les zones favorisés ne subissent pas les nuages de pollution industrielle. À Toulouse, en 2001,

il était clair que les quartiers les plus exposés aux conséquences de la catastrophe d'AZF étaient les plus défavorisés et les plus modestes¹. La ville est donc la scène d'inégalités sociales et territoriales de santé, dont il est utile de rappeler ce qui les définit : les inégalités sociales de santé sont systématiques, socialement construites et donc évitables et injustes. Le terme systématique indique que les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant, les populations les plus défavorisées ayant un moins bon état de santé. Elles sont sociales au sens où la place des déterminants sociaux est majeure et qu'aucune cause biologique ou génétique ne peut les expliquer. Enfin, elles sont injustes car elles résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes.

En France, selon l'INSEE, une différence de 13 ans d'espérance de vie à la naissance sépare les 5 % des Français qui disposent des plus hauts revenus des 5 % qui ont les revenus les plus bas. À ces inégalités de mortalité s'ajoutent aussi des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités. Un cadre supérieur de 35 ans a 47 années d'espérance de vie, et peut espérer en vivre 34 (73 %) sans aucune incapacité (difficultés visuelles, auditives, de la marche ou des gestes de la vie quotidienne). Un ouvrier du même âge lui, vivra en moyenne 24 ans sans incapacité, soit 60 % du temps qui lui reste à vivre (41 ans). Il existe donc une « double peine », portant sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci.

Ces disparités et inégalités, sociales et territoriales, sont étroitement liées par plusieurs mécanismes. Il est nécessaire de distinguer ce qui relève d'un effet proprement géographique, la santé des habitants d'un territoire pouvant être altérée par un niveau élevé d'expositions environnementales par exemple. Mais il peut s'agir aussi d'un effet de composition : le territoire apparaît en mauvaise santé car les populations elles-mêmes sont pauvres, sans exposition environnementale particulière. Enfin, un grand nombre de travaux montrent que les groupes de population défavorisés sont plus sensibles que d'autres à des expositions environnementales (bruit, pollution de l'air). À niveau de pollution égal, leur santé est donc plus altérée.

Aller au-delà de la seule question de l'accès aux soins

Dans notre pays, la confusion est fréquente entre santé et accès aux soins. Or ces derniers ne jouent pas un rôle central pour expliquer les différences d'état de santé entre territoires ou groupes de population.

La présence ou non d'un médecin généraliste façonne profondément une géographie du mal-soigner, notamment dans les zones périurbaines ou rurales. Le lien entre la disponibilité de structures sanitaires et l'accès aux soins des populations urbaines est cependant parfois plus complexe. Si les barrières liées au revenu ou à la couverture sociale ont, de façon évidente, des conséquences en matière d'inégalités d'accès aux soins, le lien avec la répartition géographique est plus ambivalent. À Toulouse, dans certains secteurs, l'accès aux soins, mesuré par la prévention et la santé bucco-dentaire est faible, alors même que l'accessibilité des structures sanitaires est satisfaisante. Il serait donc erroné de considérer que c'est l'unique source d'inégalités. Le système de soins, tel qu'il fonctionne au quotidien, maintient et parfois amplifie les inégalités. De façon générale, les progrès thérapeutiques se diffusent plus rapidement dans les groupes sociaux favorisés. Les soins préventifs, comme les démarches de dépistage précoce, tendent aussi à être utilisés de façon inégalitaire, même quand il n'existe pas de barrière de coût. Les obstacles qui expliquent ces difficultés sont nombreux, parmi lesquels les représentations de l'image du corps ou des soins du corps, l'existence d'autres priorités et aussi les expériences passées avec le système de santé.

Le rapport au territoire dépasse en outre le lieu de résidence, comme le révèle la question des déplacements. Les trajets domicile-travail sont en quelque sorte une extension de l'espace et du territoire vécu et perçu. Ces déplacements, dans leur fréquence et leur distance, varient selon les catégories sociales et de genre. La réflexion sur la mobilité dans une optique d'accès aux soins est relativement récente et implique de ne pas raisonner en seule adresse de résidence. Les géographes montrent comment le visage de la ville change selon les heures. Des zones

1. C'est le cas, bien documenté, à Londres et dans quelques villes industrielles britanniques. De même dans le Paris du XIX^e siècle : les quartiers populaires du nord-est se trouvent dans l'axe des vents dominants (du sud-ouest) et subissent les pollutions olfactives émanant des Halles.

résidentielles relativement modestes deviennent, dans la journée, peuplées majoritairement de cadres, tandis qu'aux mêmes heures, d'autres deviennent très majoritairement féminines et modestes. Les femmes demeurant dans des quartiers défavorisés et qui vont travailler dans d'autres quartiers ont un meilleur accès aux soins que celles qui ne quittent pas leur quartier. Comment intégrer ces mobilités dans la question de l'accès aux services sanitaires reste toutefois en débat.

Quand gouverner les territoires revient à préserver et accroître la santé de ses habitants...

Au-delà, ne conviendrait-il pas de reconsidérer non pas la santé mais ce et ceux qui la protègent ? Ce que ce numéro de *Belveder* entend surtout montrer, c'est en effet que le bilan de santé des habitants n'interpelle pas que les professionnels de la santé. En effet, tous les champs couverts par l'urbanisme concernent la santé, et pas seulement ceux relatifs aux équipements spécifiques dans lesquels on les soigne, comme les hôpitaux ou les cabinets de médecine, ou relatifs aux autres espaces d'hygiène et de bien-être comme les bains-douches, les espaces

faim » et son contexte comme une cause de mortalité. Il pouvait s'agir d'une vision de la classification des causes d'atteinte à la santé : ne serait une cause médicale que ce qui serait non seulement associé à la survenue du décès, mais aussi ce sur quoi l'acteur de santé pourrait agir en tant qu'acteur de santé. Il est difficile en effet d'imaginer que les soignants puissent avoir une influence sur la pauvreté, les inégalités de salaire ou le niveau d'éducation.

Nous n'en sommes plus là. La conception de la santé et de ce qui la construit ou l'altère élargit aujourd'hui, bien au-delà des soignants, les possibilités d'agir. Des mécanismes directs évidents sont ceux qui impliquent les caractéristiques physiques de la zone de résidence et autres espaces du quotidien (pollution de l'air, trafic routier, bruit). L'accès à l'eau, l'alimentation, les expositions chimiques et physiques figurent dans cette approche ; la qualité de l'air intérieur en fait partie, puisque les espaces clos dans lesquels nous passons notre temps ne sont pas indemnes d'une pollution intérieure qui s'ajoute à la pollution extérieure. L'environnement physique peut aussi faciliter certains comportements ayant une incidence sur la santé. Il suffit de rappeler comment la diffusion du vélo est liée à la présence de pistes cyclables et d'espaces sûrs pour les cyclistes. Les mobilités douces (marche et vélo) renvoient non seulement à des choix urbanistiques mais surtout à des prophylaxies de plus en plus évidentes. La disponibilité et le prix des différents aliments, la possibilité d'exercer une activité physique selon la zone de résidence en sont d'autres exemples. Tout cela renvoie à des considérations (techniques, foncières, réglementaires, de bâti, etc.) qui sont bien l'apanage de l'urbaniste. D'autant plus que ces conditions matérielles ou ces infrastructures ne sont pas les seules à avoir des conséquences sur la santé. Les réseaux sociaux de proximité, le nombre de contacts amicaux, familiaux, professionnels ou de voisinage et le support social qu'ils peuvent apporter illustrent ce double aspect matériel et psychosocial des conditions de vie créées par le cadre de vie, puisque le soutien de ces réseaux peut être d'ordre informationnel, émotionnel, affectif, mais aussi matériel ou financier. La littérature a montré depuis longtemps ces liens entre réseau social et santé. Le sentiment d'exclusion ou de non-reconnaissance fait partie de ces vécus qui impactent profondément la santé, notamment psychique. C'est d'autant plus manifeste quand le vieillissement du corps s'accompagne d'un rétrécissement de l'espace de vie et d'une situation d'isolement. L'ensemble des expériences, sociales, psychologiques et biographiques entraîne des réactions biologiques, parfois durables. Ces expériences, dit-on, « pénètrent sous la peau » et influencent

la ville est devenue un facteur clé du gouvernement de la vie

verts ou sportifs. L'aménagement des voies et des rues, l'organisation des transports collectifs, l'offre de loisirs ou d'alimentation, mais aussi la question des infrastructures diverses comme l'emplacement des centres commerciaux ou des crèches, tout cela peut jouer indirectement sur la santé des habitants. Les urbanistes peuvent dès lors se pencher à leur chevet, au même titre que les médecins.

C'est ainsi rouvrir la question, non seulement de ce que nous pouvons faire pour améliorer les états de santé, mais surtout de ce sur quoi nous pouvons avoir prise pour le faire. En 1838, un médecin hygiéniste écossais, Chadwick refusait de considérer la «

le développement biologique humain – et ce plus fortement à certaines périodes de la vie, notamment pendant les premières années. Dans le cas où l’environnement n’est pas « favorable », l’adaptation « se paye » d’une usure biologique voire d’un vieillissement prématuré. Là aussi, l’urbanisme a un rôle capital à jouer dans la prévention des situations pathogènes liées au vieillissement : un espace public plus inclusif et plus lisible permettrait ainsi d’améliorer la condition des personnes âgées trop souvent cantonnées à leur seul logement par les dispositifs de maintien à domicile.

Des mondes séparés à reconnecter

Mais si la production et la gestion de l’espace urbain pèsent bien sur les états de santé de celles et ceux qui le peuplent, force est pourtant de constater une disjonction des communautés professionnelles qui se chargent de ces deux dimensions. Les mondes de l’urbanisme et de la médecine composent en effet un couple qui a connu des fortunes diverses. Des moments d’alliance tout d’abord depuis l’hygiénisme du XIX^e siècle, puisque ces deux communautés professionnelles ont su collaborer pour élaborer de nouvelles formes urbaines. Au nom de la santé, les villes européennes se sont ainsi tissées d’îlots ouverts, de parcs, de grandes percées urbaines, de réseaux d’adduction d’eau et d’égouts et de cités-jardins.

Or ce lien s’est depuis défait, chaque communauté se coupant de l’autre et se détachant même de la société. C’est surtout le cas du monde de la médecine, historiquement clos sur lui-même : spatialement avec les hôtels-Dieu devenus par la suite les hôpitaux tels que nous les connaissons aujourd’hui ; mais également socialement et symboliquement, les diverses professions liées à la santé ayant eu tendance à se distinguer et à se séparer du reste de la société, d’abord en raison de la détention de compétences très pointues, attestées par des diplômes sélectifs. Mais surtout, ce monde s’est quelque peu enfermé dans un paradigme biomédical, ignorant des déterminations sociales ou culturelles : le patient y est désocialisé, coupé de ses appartenances sociales et ramené à sa seule corporalité et aux dysfonctionnements qui l’affectent. Cette vision qui tourne le dos au social s’adopte notamment durant la socialisation professionnelle des médecins qui ignore largement les sciences sociales, tant dans les apports théoriques que dans les stages pratiques où les comportements se reproduisent.

Heureusement, des expériences sont également là pour nous rappeler que l’urbanisme et la médecine peuvent aussi collaborer, à travers une approche intégrée de la santé dans les politiques locales. Les

sociologues Jean-Charles Basson et Marina Honta parlent à ce sujet de « biopolitique municipale » pour souligner que la ville est devenue un acteur clef du gouvernement de la vie qui, à croire Michel Foucault, a émergé depuis le XVIII^e siècle². Dans certaines villes, les outils de planification urbaine (plans locaux d’urbanisme, plans climat-air-énergie territoriaux...) s’emparent véritablement de la question sanitaire, rendue ainsi opérationnelle. Cela nous enseigne également que la santé, conçue comme la résultante d’un grand nombre sinon de l’ensemble des choix d’urbanisme, ouvre des espaces de délibération et de collaboration avec la population. Dans ces espaces de véritable démocratie sanitaire, peuvent être discutés les choix qui mettent en balance des impératifs divers et la santé. Il ne s’agit pourtant pas d’aboutir à un « impératif sanitaire » dans lequel tout choix urbain serait prioritairement dicté par cette considération. De même que dans sa vie quotidienne, chacun d’entre nous est conduit à faire des choix qui mettent en cause sa santé, ce débat mérite d’être ouvert dans la ville (faire du vélo est bénéfique pour la santé, mais comporte aussi un certain risque, même avec un casque ; lutter contre les îlots de chaleur urbaine en revégétalisant les surfaces peut aussi s’accompagner d’allergies...).

En guise d’ouverture : les Études d’Impact sur la Santé, une réponse possible d’un « urbanisme sanitaire »

Dans des villes en création et recreation permanentes, l’évaluation d’impact en santé permet de poser la question de la santé tout en intégrant ces enjeux d’ouverture. Il s’agit d’apporter une dimension sanitaire, en plus des enjeux et des outils propres à l’urbanisme, de réfléchir aux impacts sur les inégalités éventuellement créées et d’en débattre collectivement, au vu d’informations fournies par les experts. Ce levier d’action permet de placer la question sanitaire au tout début d’une opération d’urbanisme, au moment où les paramètres sont à déterminer et où les réalisations ne sont pas encore irréversibles.

Le concept de « promotion de la santé » est proposé comme une démarche ayant pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l’améliorer, l’objectif étant de réduire les écarts actuels et de fournir à tous les individus les moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé. Parmi les modalités d’action, figurent le développement des politiques publiques favorables, la création d’environnements favorables, le renforcement de l’action collective ou encore la réorientation des services de santé. Tels sont les enjeux d’un dialogue renouvelé entre urbanisme et santé. ■

2. Jean-Charles BASSON, Marina HONTA. « Se bien conduire dans une ville saine. La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse », *Terrains & travaux*, vol. 32, n°1, p. 129-153, 2018.