



HAL
open science

Les villes-santé et le développement durable : convergence, concurrence ou écran ?

Erwan Le Goff, Raymonde Séchet

► To cite this version:

Erwan Le Goff, Raymonde Séchet. Les villes-santé et le développement durable : convergence, concurrence ou écran ?. *L'Information géographique*, 2011, 75 (2), pp.99-117. 10.3917/lig.752.0099 . halshs-01340935

HAL Id: halshs-01340935

<https://shs.hal.science/halshs-01340935>

Submitted on 2 Jul 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LES VILLES-SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DURABLE : CONVERGENCE, CONCURRENCE OU ÉCRAN ?

Erwan Le Goff, Raymonde Séchet

Armand Colin | « [L'Information géographique](#) »

2011/2 Vol. 75 | pages 99 à 117

ISSN 0020-0093

ISBN 9782200927141

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-l-information-geographique-2011-2-page-99.htm>

Pour citer cet article :

Erwan Le Goff, Raymonde Séchet, « Les villes-santé et le développement durable :
convergence, concurrence ou écran ? », *L'Information géographique* 2011/2 (Vol.
75), p. 99-117.

DOI 10.3917/lig.752.0099

Distribution électronique Cairn.info pour Armand Colin.

© Armand Colin. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les villes-santé et le développement durable : convergence, concurrence ou écran ?

Par Erwan Le Goff et Raymonde Séchet

Erwan Le Goff, Université européenne de Bretagne – CNRS UMR 6590 Espaces et Sociétés – Université de Rennes 2
erwan.legoff@univ-rennes2.fr

Raymonde Séchet, Université européenne de Bretagne – CNRS UMR 6590 Espaces et Sociétés – Université de Rennes 2
raymonde.sechet@univ-rennes2.fr

Le Programme Villes-Santé a été lancé par le bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé suite à l'adoption en novembre 1986 de la Charte pour la promotion de la santé de 1986, dite Charte d'Ottawa, lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé¹. Dans cette charte, qui « inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard », il est affirmé que la promotion de la santé ne se borne pas seulement à préconiser des modes de vie qui favorisent la santé (Charte d'Ottawa, 1986). L'action des Villes-Santé doit permettre « d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables » et qui tiennent compte de la diversité nationale et locale des systèmes sociaux, culturels et économiques (Charte d'Ottawa, 1986). 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. C'est ainsi que la ville de Rennes a été, en 1987, la première ville française à être sélectionnée par l'OMS pour le projet Villes-Santé, et elle est celle qui a lancé le réseau français.

Après une analyse de l'extension de ce réseau et du passage du discours global issu de l'OMS à des actions locales menées par les villes, nous mettrons en évidence les convergences entre les principes du développement durable et la charte du réseau des Villes-Santé. Nous questionnerons ensuite l'impact

1. http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf

de l'essor des problématiques du développement durable sur les réalisations menées au nom du label villes-santé. Si les convergences entre les principes du développement durable et la charte du réseau des Villes-Santé peuvent contribuer à intégrer la santé dans d'autres politiques que celle de la santé, elles peuvent aussi limiter les actions en faveur de la santé aux seuls déterminants environnementaux, au détriment d'autres déterminants, dont les déterminants sociaux et culturels.

► Le programme et les réseaux Villes-Santé : du discours mondialisé aux actions locales

Parce que, comme cela est formulé dans la charte d'Ottawa, « la santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments », la finalité du programme Villes-Santé est de favoriser la mise en application à l'échelle locale des principes qui découlent de la définition de la santé retenue par l'OMS dans sa Constitution de 1948 : tendre vers « un état de complet bien-être physique, mental et social » ; la santé ne consiste donc pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La promotion de sa santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quels que soient son sexe, sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. La définition de la santé proposée par l'OMS suppose d'emblée que l'état de santé d'un individu ne dépend pas uniquement de facteurs biologiques tels que l'âge, le sexe ou des facteurs héréditaires ou congénitaux (selon Bortz, 2005, ces facteurs strictement biologiques, qui sont les seuls sur lesquels les décideurs politiques nationaux ou locaux n'ont pas la capacité d'agir, n'interviendraient que pour 15 % à 20 % de l'état de santé d'un individu) ; elle tient aussi à des facteurs comportementaux, culturels, environnementaux ainsi qu'à l'offre de soins et aux systèmes de santé. La charte d'Ottawa précise d'ailleurs que la santé « exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice et à un traitement équitable ».

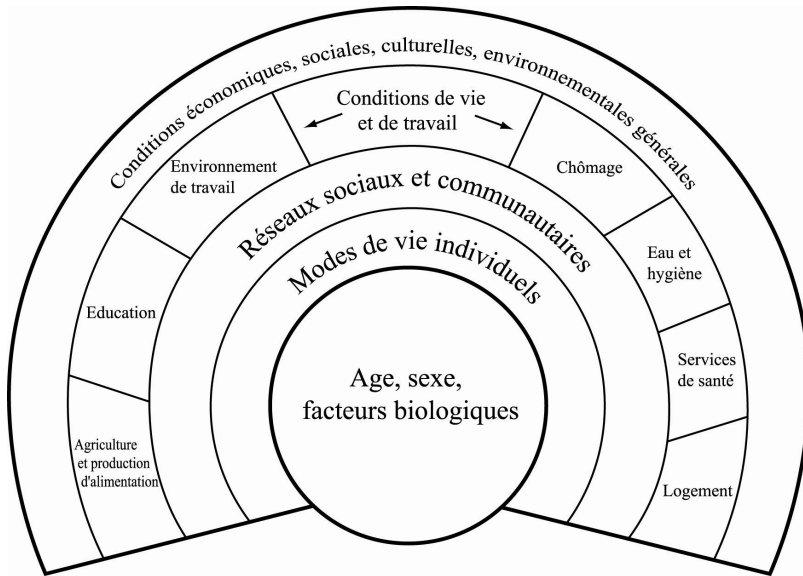
Adhérer à la Charte d'Ottawa implique donc la prise en compte de la diversité des déterminants de la santé. Un bref rappel des principales catégories de déterminants de la santé permet de suggérer la diversité des domaines d'action en faveur de la santé. Un premier ensemble de déterminants est relatif à l'individu et à son environnement proche. Outre ses caractéristiques biologiques, les comportements et le mode de vie d'un individu (régime alimentaire, activité physique, stress) affectent son état de santé. Son insertion dans des réseaux

sociaux ou son isolement, le fait de pouvoir compter ou non sur une ou plusieurs personnes en cas de problème contribuent au bien-être social et mental ou, *a contrario*, au mal-être. L'état de santé est également lié au niveau économique de l'individu et de son entourage proche. Les liens entre la santé et la pauvreté sont bien connus et les données sur la santé des habitants des zones urbaines sensibles françaises en rappellent l'acuité à qui voudrait l'ignorer (Allonier *et al.*, 2007). Une seconde catégorie de déterminants sociaux de la santé rassemble des facteurs plus structurels et moins directement liés à l'individu. La capacité à effectuer toutes les activités du quotidien telles que travailler, consommer, se déplacer, dépend de conditions socioéconomiques plus générales (niveau de vie du pays, réseaux de transports...). Les transformations des espaces sous l'effet des activités humaines ont une incidence sur la santé, que cela concerne la qualité du logement (matériaux de construction, qualité de l'air intérieur), les activités économiques (exposition aux polluants et fumées industrielles...) ou la configuration spatiale des villes. Ainsi, outre ses impacts sur le réchauffement climatique, l'étalement urbain qui favorise les déplacements en automobile est aujourd'hui accusé de favoriser la sédentarité des individus et, en conséquence, d'accroître le risque d'obésité (Garden, 2009). L'environnement naturel a, lui aussi, des impacts sur l'état de santé d'un individu et, aujourd'hui, les craintes des effets du réchauffement climatique sur la santé illustrent bien la reconnaissance de l'impact de l'écosystème global sur la santé des populations.

Si les acteurs des politiques de santé publique sont globalement d'accord pour reconnaître la diversité et la nature des déterminants de la santé, il n'en va pas de même sur la manière de penser les modalités d'action des uns et des autres. Au schéma proposé par Whitehead et Dahlgren (1991) qui sert de référence pour l'analyse biomédicale de la santé, certains chercheurs et décideurs opposent le modèle d'interprétation proposé par les Canadiens Evans et Stoddart (1990 et 1996) et qui repose plutôt sur l'idée d'interactions entre les différents facteurs (*cf.* figures 1 et 2).

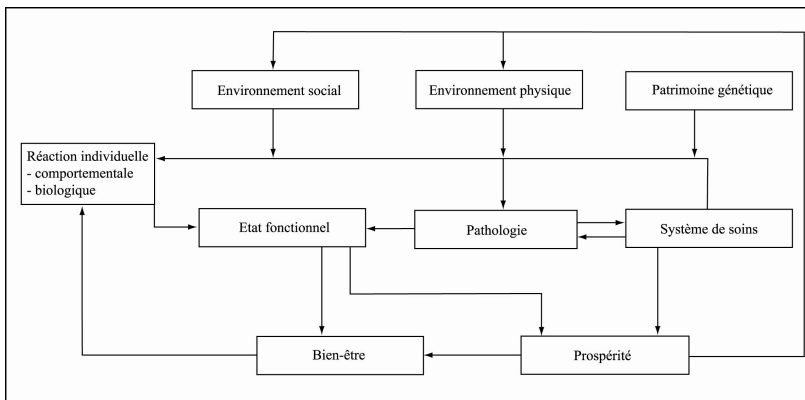
Bien qu'il soit souvent repris pour analyser les inégalités sociales de santé, le schéma de Whitehead et Dahlgren est critiqué parce qu'il établit une hiérarchie implicite entre les facteurs de risque et décontextualise les facteurs les plus proches de l'individu, c'est-à-dire les facteurs comportementaux qui, dès lors, peuvent être considérés comme relevant de la seule responsabilité de l'individu (Lang, 2002). Evans et Stoddart ont proposé un cadre d'analyse dans lequel patrimoine génétique, environnement social et environnement physique sont placés au même niveau et où le contexte économique est essentiel : la prospérité qui permet d'affecter des ressources à la santé a aussi des incidences sur les environnements physiques et sociaux (Ridde, 2004). Bien qu'il ait été reproché à ce cadre d'analyse de faire l'impasse sur les inégalités dans la distribution des richesses qui, pourtant, « nuisent gravement à la santé » (Duru-Bellat, 2008), il correspond cependant bien au « vent communautaire qui a soufflé

Fig. 1 : Les déterminants de la santé selon Whitehead et Dahlgren



Source : <http://www.euro.who.int/document/e89384.pdf>.

Fig. 2 : Les déterminants de la santé selon Evans et Stoddart



Source : Ridde, 2004.

[au Québec] sur la santé publique au début des années 1970 » (Ridde, 2004) et à l'esprit de la Charte d'Ottawa qui suppose d'agir sur les diverses facettes du milieu de vie des personnes : « L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé, et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement, est indispensable ; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des

ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé » (Charte d'Ottawa).

Le programme Villes-Santé de l'OMS a pour objectif la mise en application à l'échelle locale des principes de la santé établis à l'échelle mondiale par l'OMS, anticipant ainsi sur le succès de l'expression « penser globalement, agir localement ». Ce programme a été lancé par onze villes d'Europe : Barcelone (Espagne), Bloomsbury-Camden (Royaume-Uni), Brême (Allemagne), Düsseldorf (Allemagne), Horsens (Danemark), Liverpool, (Royaume-Uni), Pecs (Hongrie), Rennes (France), Sofia (Bulgarie), Stockholm (Suède), Turku (Finlande). Hancock et Duhl (1988) ont défini la ville-santé comme « une ville qui crée et améliore continuellement les environnements physiques et sociaux et qui développe les ressources de la collectivité, permettant ainsi aux individus de s'entraider dans l'accomplissement de l'ensemble des fonctions inhérentes à la vie et permettant à ceux-ci de développer au maximum leur potentiel personnel ». Aujourd'hui, quatre objectifs sous-tendent le programme : agir sur les déterminants de santé afin de réduire les inégalités de santé, intégrer et promouvoir les priorités mondiales et européennes en matière de santé, mettre la santé en bonne place parmi les préoccupations politiques et sociales des villes, promouvoir la bonne gouvernance et la planification intégrée pour la santé (OMS, phase V). Ce programme est plus une démarche qu'un label décerné pour récompenser la Ville de l'état de santé de ses habitants, bien que certaines villes adhèrent au réseau pour un affichage plus fort de leur politique de santé aux échelles nationale et locale. En effet, « 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 » (Tsouros, 1990).

Le programme se décline en réseaux : réseaux « régionaux » au sens de l'OMS (Réseau européen, Réseau Asie Pacifique...), réseaux nationaux, réseaux linguistiques (réseau francophone par exemple), réseaux régionaux (cf. le réseau des villes de l'arc alpin en France). Les Villes-Santé utilisent différemment les réseaux selon leur échelle. Le réseau européen permet, pour les techniciens, une « ouverture d'esprit », grâce aux échanges avec les Villes-Santé étrangères, notamment suisses ou anglo-saxonnes. Cependant, les échanges entre les villes du réseau européen sont compliqués par la distance et les barrières linguistiques, même si certaines problématiques peuvent être communes. Le réseau français organise régulièrement des rencontres, principalement sous forme de colloques au cours desquels la part des échanges concrets est moins importante que dans les réseaux régionaux qui se mettent en place depuis la fin de l'année 2009. Selon les techniciens, il est plus facile de travailler à l'échelon régional (par exemple, à l'échelle du Grand Ouest). Les colloques du réseau national se déroulant en majorité à Paris, les temps de trajet imposent de consacrer au moins une journée entière au colloque. Les Villes-Santé sont davantage

atrices au sein des réseaux régionaux, où les techniciens échangent concrètement sur les problématiques communes de leurs villes, comme la santé mentale, les addictions, la nutrition... La taille du réseau (environ dix villes par réseau régional), la proximité spatiale et les liens personnels entre élus et techniciens, favorisent, de l'avis des intéressés, ces échanges. L'idée de réseaux régionaux n'est pourtant pas nouvelle. Elle existait déjà lors de la constitution du réseau national à la fin des années 1980, les premières villes adhérentes ayant pour rôle d'organiser des réseaux régionaux : Rennes pour l'Ouest, Saint-Denis pour la région parisienne, Montpellier pour le Sud, Nancy pour l'Est... Le nombre de villes était sans doute insuffisant pour pouvoir alors constituer des réseaux régionaux solides, ce qui n'est plus le cas avec 74 villes adhérentes (2011).

Les villes adhérant à la doctrine de l'OMS « Santé Pour Tous » et aux principes de promotion de la Santé tels qu'ils ont été définis dans la Charte d'Ottawa étaient quatorze au moment de la création de ce réseau français des Villes-Santé. Vingt ans après, le réseau compte soixante-douze adhérents, dont deux communautés d'agglomération (Saint-Quentin en Yvelines et Dunkerque Grand Littoral). La progression du nombre de villes adhérentes n'est linéaire ni dans le temps ni dans l'espace. L'adhésion au label ne s'est pas diffusée selon la hiérarchie des villes (des plus grandes aux plus petites) ni par contagion (de proche en proche), même si Nancy a favorisé l'adhésion de Vandœuvre-lès-Nancy et, plus récemment, de Metz en 2009 ou si, sans doute, le rôle joué par Rennes dans le réseau français a peut-être favorisé l'adhésion de la majorité des villes bretonnes. Edmond Hervé est à l'origine de certaines adhésions : « Il est évident que sur ces quatorze villes [fondatrices du réseau français], je connaissais un certain nombre de maires amis et que je les avais sollicités. Quand vous connaissez bien le maire d'une ville ou le ministre à titre personnel, cela simplifie les choses : la relation est directe. [...] J'avais téléphoné au maire de Dunkerque, Michel Delebarre, et comme nous nous connaissons bien et que l'on s'apprécie mutuellement, il n'y a pas besoin d'évaluer la proposition qui vous est faite, vous faites confiance »². À l'inverse, les Villes-Santé sont peu nombreuses dans le quart sud-ouest du pays. La présence de Rennes, Nancy et Montpellier parmi les Villes-Santé fondatrices ne relève pas du hasard, ces trois villes étant marquées par la présence d'équipements importants pour la santé publique en France : Rennes accueille l'École des hautes études en santé publique (anciennement École nationale de santé publique), Nancy l'École de la santé publique, fondée par Jacques Parisot, l'un des initiateurs de l'OMS, et Montpellier la première faculté de médecine du monde créée à la fin du XIII^e siècle. Pour Rennes, ajoutons qu'Annette Sabouraud qui a joué un rôle majeur dans le premier pas du projet villes-santé puis dans les relations entre l'OMS et

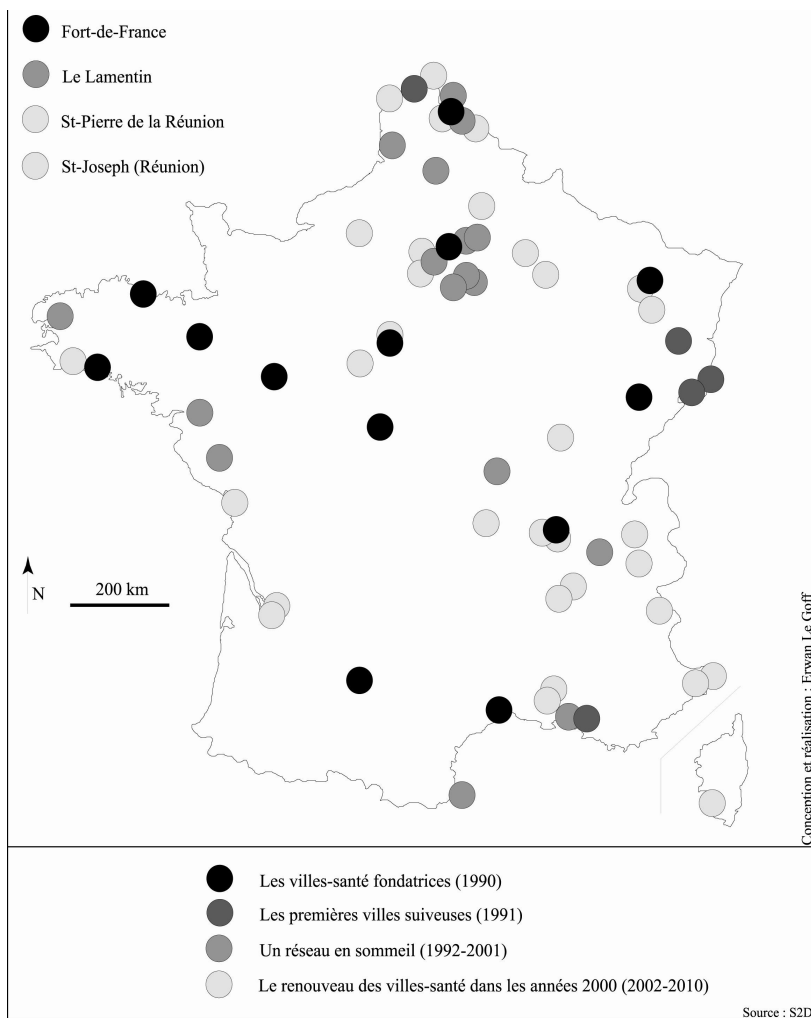
2. Entretien du 14 juin 2010

le réseau européen a été adjointe à la santé à Rennes dans l'équipe d'Edmond Hervé, maire de 1977 à 2008 et ministre de la santé en 1981 et de 1983 à 1986.

Signe de la large adhésion à l'esprit d'Ottawa, les quatorze villes fondatrices de 1990 se situent à des niveaux différents de la hiérarchie urbaine, entre la plus petite, Châteauroux (50 969 habitants en 1990) et Montpellier (207 996 habitants en 1990), et sont réparties sur l'ensemble du territoire français (métropole et outre-mer) (figure 3). On retrouve cette tendance au cours des années 1990, années au cours desquelles adhèrent des Villes d'Ile-de-France (Le Blanc-Mesnil en 1992, Aulnay-sous-Bois en 1993, Évry en 1999, Boulogne-Billancourt en 2000...), en partie sous l'impulsion de la Politique de la Ville. Mise en place au début des années 1990 en faveur des quartiers les plus défavorisés et de leurs habitants, la Politique de la Ville inclut un volet santé. Depuis 2001, le nombre de Villes-Santé a quasiment doublé. Ce doublement est lié à la fois au fonctionnement du réseau, au contexte national et au contexte mondial. Le dynamisme d'une nouvelle présidente (adjointe à la santé à Nancy), élue en 2003, explique en partie la croissance du réseau. En 2000, des Ateliers santé ville sont mis en place dans les communes qui le souhaitent, dans le cadre des Contrats de ville issus de la Politique de la ville, avec pour objectif d'assurer la promotion d'une démarche de santé publique et de promotion de la santé dans les territoires concernés. Le développement des agendas 21 locaux, qui connaissent un véritable essor après le sommet de Johannesburg en 2002, a également contribué à développer le réseau des Villes-Santé, certaines villes jusqu'alors peu sensibilisées souhaitant acquérir des informations sur la santé par l'intermédiaire du réseau.

L'adhésion au programme Villes-Santé implique de dépasser les seules compétences des communes en matière de santé. Héritées du XIX^e siècle et des exigences hygiénistes, ces compétences imposent aux communes d'assurer l'hygiène et la salubrité publiques (Code des Communes). L'organisation des services de santé des Villes reflète ces compétences : les problèmes de santé sont traités par les services communaux d'hygiène et de santé, parfois divisés en deux équipes, l'une pour les questions d'hygiène, l'autre pour les questions de santé publique. Cependant, d'autres services municipaux peuvent intervenir pour améliorer la santé des habitants : services d'urbanisme, du logement, d'action sociale, des espaces verts... Afin de mener une politique transversale de santé, une coopération entre services et l'élaboration d'un plan municipal de santé sont nécessaires pour que se concrétise l'approche intégrée de la santé. Les Villes-Santé s'engagent ainsi à faire de la santé une priorité, sur la base de la conception holiste de la santé, voire sur la base d'une pensée sociétale de la santé. Tout l'enjeu actuel de l'application des principes de la ville-santé, et plus largement de ceux de l'OMS, est de répondre aux problèmes contemporains avec des structures communales cloisonnées héritées du XIX^e siècle, tout en restant cohérent avec les politiques nationales, elles-mêmes déclinées à l'échelle

Fig. 3 : La diffusion du réseau Villes-Santé entre 1990 et 2010



régionale au travers de plans régionaux de santé publique (PRSP). Ces défis sont de nature économique, sociale, environnementale. Il est donc logique que le programme villes-santé ait rencontré les problématiques du développement durable.

► Villes-Santé, villes durables : une convergence des discours toute relative

Le lancement du programme Villes-Santé de l'OMS en 1986 et la publication en 1987 du Rapport Brundtland³ (Notre avenir à tous, *Our common future*) qui a popularisé la notion de développement durable sont concomitants. Dans ce contexte, on pourrait penser que les principes du développement durable soient convergents avec ceux des villes-santé (Dooris, 1999). Or cette convergence est toute relative.

Les méthodes d'action prônées par le programme Villes-Santé et par le développement durable sont analogues. L'échelle de la ville est, dans les deux discours, présentée comme la plus pertinente pour mener à bien les objectifs globaux. Les maires des Villes-Santé déclarent que « [leurs] villes ont le plus grand potentiel d'amélioration de la santé et de la qualité de vie dans la Région européenne » (Déclaration d'Athènes sur les Villes-Santé, 1998). Quatre ans plus tôt, les villes européennes signataires de la Charte d'Aalborg déclarent que « l'autorité locale est proche des problèmes environnementaux et la plus proche des citoyens [...] ». Les villes ont donc un rôle essentiel à jouer pour faire évoluer les habitudes de vie, de production et de consommation, et les structures environnementales ». Cette prédominance de la ville s'explique de plusieurs manières. D'abord, ces textes de référence sont produits dans les pays les plus développés et les plus urbanisés : le programme Villes-Santé a été mis en place par le bureau européen de l'OMS ; la charte d'Aalborg est la « Charte des villes européennes pour la durabilité ». De plus, les premiers acteurs politiques à s'être emparés concrètement des questions de santé et de développement durable étaient des maires.

Les Villes-Santé et les villes durables utilisent les mêmes types d'outils pour réaliser leurs objectifs. Elles doivent toutes deux produire un document qui intègre les différents secteurs, dans une approche intégrée : « Plan santé municipal » pour les Villes-Santé, Agendas 21 locaux, qui peuvent comporter un volet consacré à la santé, pour les villes durables. L'ensemble des services municipaux (santé, environnement, urbanisme, action sociale, transports...) est susceptible de participer à la réalisation et à la mise en application de ces plans : les Villes-Santé comme les villes durables impliquent des modes d'action publique semblables, marqués par l'intersectorialité et en rupture avec l'habituel cloisonnement des services. En outre, les Villes-Santé comme les Villes durables prônent le partenariat. Celui-ci peut s'opérer avec des acteurs

3. Ce rapport est issu des travaux de la commission des Nations unies pour l'environnement et le développement qui était présidée par Mme Gro Harlem Brundtland.

politiques (communautés d'agglomération, collectivités locales, services déconcentrés de l'État, ministères...), des associations, des professionnels (médecins libéraux, architectes...). La participation de la population aux actions (de la simple information à une réelle implication dans l'action) est également, en théorie, un élément constitutif de la mise en place des actions d'une villes-santé ou d'une Ville durable.

Dans quelle mesure cette convergence des méthodes et des outils a-t-elle accompagné une convergence des valeurs et des priorités d'action ? La comparaison des textes de référence successifs met en évidence un déséquilibre en faveur du développement durable. En ce qui le concerne, le Réseau européen des Villes-Santé rédige, à chaque début de phase, une déclaration d'intentions qui sous-tend le déroulement de la phase. La comparaison des déclarations successives montre que le développement durable est de plus en plus présent, ce qui indique la place croissante des principes du développement durable dans les programmes des Villes-Santé. La première déclaration des maires des Villes-Santé (Milan, avril 1990) n'évoque pas le développement durable, notion alors récente et pas encore intégrée par les collectivités locales. Les références sur lesquelles s'appuie la déclaration sont la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ainsi que la déclaration « Santé pour Tous », déclaration votée par les États membres des l'OMS en 1977 et qui affirme l'objectif de « l'accès pour tous les peuples du monde à des services de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive ». Quand les maires présents réaffirment l'importance de l'environnement, de l'équité, de l'intersectorialité et de la dimension internationale du mouvement, ils ont à l'esprit la charte d'Ottawa : « Il [la politique de promotion de la santé] s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables ».

C'est à Athènes, en 1998, que la déclaration sur les Villes-Santé intègre réellement le développement durable, ou plutôt viable – ce qui signifie que c'est la dimension environnementale du développement durable qui est privilégiée : « Par cette déclaration politique, des villes de l'Europe tout entière expriment clairement leur détermination à promouvoir la santé et le développement viable ». Les maires signataires s'engagent à agir pour jouer « un rôle pilote pour regrouper et mettre en œuvre les stratégies de la Santé pour Tous et le programme local Action 21 » (Déclaration d'Athènes, 1998). Fortes de dix années d'expériences qui ont permis de mieux comprendre comment les conditions économiques et sociales en milieu urbain influencent la santé, les Villes-Santé font de l'Agenda 21 un référentiel d'action aussi important que la

« Santé pour tous » de l'OMS⁴. Les maires ou responsables politiques présents à Athènes et signataires de la Charte s'engagent donc « à améliorer la santé de [leurs] concitoyens, femmes, enfants et hommes, guidés par les principes fondamentaux de l'équité, de la viabilité, de la coopération intersectorielle et de la solidarité ». Les villes-santé adhèrent donc à la fois à la politique européenne de la santé pour tous et à la Charte des villes européennes pour la durabilité.

La déclaration politique adoptée en 2003 dans le cadre de la Conférence internationale des villes-santé fait référence à la déclaration de Johannesburg sur le développement durable (2002) et réaffirme l'« engagement clair et résolu de villes dans l'ensemble de l'Europe en faveur de la santé et du développement durable ». Pour autant, cet engagement n'est que vaguement décliné, notamment lorsque les signataires promettent de « construire des villes sûres et créant des conditions favorables, à l'écoute des besoins de tous les citoyens, en faisant participer activement des départements de planification urbaine et en promouvant des pratiques de planification urbaine au service de la santé » (Déclaration de Belfast sur les villes-santé. La force de l'action locale). Dans la déclaration de Zagreb (2008), sous-titrée « Santé et équité dans toutes les politiques locales », le développement durable est un principe d'action parmi d'autres : « Nous affirmons notre engagement en faveur des principes et des valeurs des villes-santé dans le domaine de l'équité, du développement de l'autonomie, des partenariats, de la solidarité et du développement durable ». Si « un bon état de santé est essentiel pour une croissance économique durable », il est tout aussi nécessaire « d'œuvrer pour garantir que le développement économique – et tout ce qui lui est nécessaire en matière d'infrastructures, y compris des systèmes de transport – soit durable sur le plan environnemental et social ». Les effets des changements climatiques et les impacts de l'environnement construit figurent dans la liste des défis persistants ou nouveaux auxquels les Villes sont confrontées, aux côtés, entre autres, des inégalités de santé et de l'importance croissante des maladies non transmissibles et chroniques.

Indépendamment ou non de la meilleure connaissance des modalités d'action des déterminants environnementaux et sociaux sur la santé, le développement durable a donc pris place dans les actions locales en faveur de la santé. Quelle est à l'inverse la place et la conception de la santé dans les discours sur le développement durable ?

Le chapitre 6 de l'Action 21 est consacré à la protection et à la promotion de la santé : « La santé et le développement sont étroitement liés. Un développement insuffisant débouchant sur la pauvreté tout comme un développement inadéquat entraînant une consommation excessive allant de pair avec l'expansion de la

4. D'ailleurs le Réseau français des villes-santé souhaite que les Villes-Santé soient toutes signataires de la Charte d'Alborg et mettent toutes en place un Agenda 21.

population mondiale peuvent se traduire par de graves problèmes d'hygiène de l'environnement [...] ». Ce chapitre identifie cinq domaines d'action : la satisfaction des besoins en matière de soins de santé primaire dans les zones rurales, la lutte contre les maladies transmissibles, la protection des groupes vulnérables, la santé des populations urbaines, la réduction des risques pour la santé dus à la pollution et aux menaces écologiques. La description des objectifs et des actions à mettre en œuvre renvoie à une conception biomédicale de la santé : la santé est avant tout l'absence de maladie. Les priorités relèvent des besoins sanitaires de base (l'accès aux soins primaires) et de la prévention des maladies, qu'elles soient transmissibles ou la conséquence de l'exposition à des polluants. Si la santé est l'absence de maladie, c'est aussi un capital comme cela apparaît dans des affirmations telles qu'« il n'est pas de développement viable sans une population saine » et que les femmes doivent pouvoir « jouer le rôle essentiel qui leur est dévolu dans la société ». La promotion de la santé n'est pas vraiment mise en avant et la santé n'est pas pensée en termes de bien-être. Il faut dire qu'Action 21 concerne l'ensemble de la planète et que les enjeux de santé ne sont pas les mêmes au Sud et au Nord. Quant à la Charte d'Aalborg, elle n'accorde à la santé qu'une place mineure. La justice sociale en général, l'amélioration de la santé des populations en particulier, ne sont pas posées comme un objectif en elles-mêmes mais comme des conditions de la durabilité urbaine : « Nous, villes, sommes conscientes que les populations démunies sont les plus touchées par les problèmes de l'environnement (bruit, pollution de l'atmosphère par les gaz d'échappement, insuffisance des équipements, insalubrité des logements, manque d'espaces verts) et les moins aptes à les résoudre. L'inégalité des richesses est à l'origine de comportements insoutenables dont elle rend l'évolution plus difficile. Nous voulons intégrer 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 » (Charte d'Aalborg, 1994).

► Le développement durable, écran à la promotion de la santé ?

Au final, les dynamiques de convergence entre villes durables et villes-santé sont déséquilibrées. 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. Les promoteurs du développement durable sont, de leur côté, restés sur une vision plus restrictive de la santé, avec un double argumentaire – améliorer l'environnement peut permettre de réduire les maladies contagieuses, et nul ne mettra en doute que c'est une des premières modalités, si ce n'est la première, d'amélioration des indicateurs de santé dans les pays en développement, et améliorer la santé peut renforcer la sensibilité

environnementale des populations – dans lequel la promotion de la santé et la recherche du bien-être pour tous sont largement absentes. Ce déséquilibre s'accompagne d'un décalage croissant entre les aspirations affirmées par les villes-santé et d'autres discours autour de la santé. Pour cela, nous allons continuer de nous appuyer sur la lecture critique de discours relatifs à la santé pour montrer comment ils ont évolué.

Dans un premier temps, le propos porte sur un domaine d'action commun aux villes-santé et aux villes engagées dans des politiques de développement durable : il s'agit de l'encouragement aux mobilités douces et tout particulièrement à la marche à pied. L'encouragement à la marche à pied est particulièrement fort aux États-Unis et, plus largement, dans le monde anglophone où la thématique de la *walkability* a été popularisée par le Maire de Londres, Ken Livingstone. Dans le programme « *Making London a walkable city. The Walking Plan for London* »⁵ lancé en février 2004, il définit une « ville amie de la marche » [*a walking friendly city*] comme « *a city where people select walking as their preferred choice of travel for health and to relax and one which exhibits a high degree of "walkability"*. *Walkability may in turn be defined as the extent to which walking is readily available to the consumer as a safe, connected, accessible and pleasant activity* ». Cinq caractéristiques sont nécessaires pour qu'une ville ou un quartier favorisent la marche à pied :

- *connected* : « *The extent to which the walking network is connected to key 'attractors' like public transport interchanges, homes, places of work and leisure destinations in addition to the degree that the routes themselves connect* » ;
- *convivial* : « *The extent to which walking is a pleasant activity in terms of interaction with people and the built and natural environment, including other road users* » ;
- *conspicuous* : « *The extent to which walking routes and public spaces are safe and inviting, with attention paid to lighting, visibility and surveillance* » ;
- *comfortable* : « *The extent to which walking is made more enjoyable through high quality pavement surfaces, attractive landscaping and architecture, the efficient allocation of road space and control of traffic* » ;
- *convenient* : « *The extent to which walking is able to compete with other modes in terms of efficiency through the implementation of the above factors* ».

À partir de cette règle des 5 C, des indicateurs clé permettant la mesure de l'aptitude à la marche ont été définis (Brennan Ramirez *et al.*, 2006) ; d'autres

5. <http://www.tfl.gov.uk/assets/downloads/corporate/walking-plan-2004.pdf> (consulté en mars 2009)

travaux ont cherché à montrer l'intérêt de l'utilisation des SIG pour mieux caractériser les environnements urbains au regard de leur capacité à favoriser la marche à pied (Leslie *et al.*, 2007). L'aptitude à favoriser la marche à pied est aujourd'hui devenue un argument de promotion immobilière aux États-Unis (<http://www.walkscore.com/walkable-neighborhoods.shtml>). Mais dans le même temps, rien n'est dit sur la faisabilité pour les personnes, confrontées au quotidien à des problèmes de gestion des temps et des distances entre les différentes fonctions à assumer – on pense au cas des femmes seules avec enfants (Leray et Séchet, 2011), ni sur les inégalités sociales face à l'obésité, alors que c'est au nom de la priorité à la lutte contre l'obésité que les villes sont encouragées à aménager l'espace urbain en faveur de la marche. Tout se passe comme si, dès lors que les aménagements urbains sont réalisés, les personnes étaient renvoyées à leurs responsabilités. Cette approche individuelle est au centre d'un récent rapport du centre d'analyses stratégiques, qui renvoie les questions de prévention en santé publique à la responsabilité des individus⁶.

On retrouve alors une conception de la santé qui accorde la prééminence aux comportements individuels en oubliant leur dépendance aux conditions sociales et en ne retenant que l'environnement physique : le sécuriser, l'embellir, l'éclairer, l'aménager doit suffire à permettre aux gens de marcher en pensant à leur santé. Lors de la mise en place du dispositif de vélos en libre-service « Vélostar » à Rennes, le service chargé de la santé n'a pas été consulté, alors que Vélostar relève autant de politiques de transport et d'environnement (lutte contre la pollution...) que des politiques de santé (lutte contre l'obésité, promotion de l'activité physique). D'ailleurs, les documents promotionnels ne jouent-ils sur les mots, en invitant à l'oxygénation pour parcourir la ville avec inspiration (fig. 4) ?

Une deuxième source d'oubli possible de l'importance des déterminants sociaux de la santé est la problématique des risques pour la santé, que ces risques viennent de la diffusion de nouvelles maladies liées à l'environnement ou des effets du réchauffement climatique. « Si on comprend bien qu'une telle maladie [le SRAS] jusqu'alors inconnue fasse l'objet d'une information et d'un suivi des autorités sanitaires, on comprend moins bien, d'un strict point de vue objectif, ce qui justifie un tel battage à propos d'une infection infiniment moins dramatique pour l'humanité que toutes celles, paludisme, tuberculose, bilharziose, pneumonie, sida, qui tuent chaque année des millions d'êtres humains sans que la presse s'en émeuve plus que cela, sinon la volonté de captiver le public avec ces monstres ancestraux qui ravageaient hier les peuples et qui les fascinent aujourd'hui en les faisant frémir. Et on commence à évoquer avec gourmandise la grippe aviaire apparue dans le sud-est asiatique, bien

6. http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_25_Prevention_Web.pdf.

Fig. 4 : Carte de promotion du Vélostar, système de vélo en libre-service de Rennes



moins dévastatrice que le séisme de Bam en Iran, mais bien plus susceptible de faire trembler longtemps tous ceux qui ne sont pas assis sur une faille de la croûte terrestre... » : Dans cette citation, Mathias Delfe (2004) témoigne de la diversité des enjeux relatifs à la thématique des articulations entre santé et risque(s) ainsi que de la nécessité de se départir d'une lecture strictement causaliste de ces relations entre risques et santé (Reynaud, Séchet, 2007).

Les nombreuses crises sanitaires des années 1980 et 1990 – dioxine, vache folle, amiante, sang contaminé, épidémie de SIDA, sans parler du chikungunia à La Réunion en 2006 ou des frayeurs provoquées par la crainte d'une épidémie mondiale de grippe aviaire – ont favorisé la prise de conscience que la santé dépend de l'exposition aux risques et ne relève pas des seuls professionnels médicaux et de l'acte thérapeutique. Cependant, la mise en avant des relations entre santé et risques environnementaux constitue un retour à des lectures déterministes qui mettent à mal les efforts faits par d'autres pour développer des modèles de compréhension reposant sur la multiplicité des déterminants. En ce sens, la problématique des crises sanitaires peut être un obstacle à l'acceptation holiste de la santé et du bien-être. Le traitement médiatico-politique de la canicule de l'été 2003 en France en fournit un exemple magistralement éclairant⁷. Dans les médias, plusieurs facteurs de responsabilité ont été mis

7. Rappelons qu'environ 15 000 décès ont été imputés à cette vague de chaleur.

en avant de manière successive, comme si le plus urgent avait été de gérer l'opinion publique : la saturation des urgences hospitalières, puis l'inadaptation des maisons de retraite, la défaillance de la veille sanitaire, la distension des liens familiaux et, enfin, la supposée irresponsabilité de médecins généralistes partis en vacances. La réponse proposée par le gouvernement français passe essentiellement par la veille sanitaire, la mise en place d'un dispositif d'alerte par Météo France, l'aménagement d'une pièce « rafraîchie » dans tous les établissements d'accueil pour personnes âgées. Ces mesures qui font de la canicule un déterminant en lui-même et négligent le fait que « la "nature" emporte d'abord ceux que la société lui a déjà abandonnés » (Halimi, 2003) sont conformes à l'esprit de la gestion des situations d'urgence. La délicate gestion des corps des personnes décédées à Paris suggère que le problème a d'abord été l'isolement et la pauvreté relationnelle d'un nombre croissant de personnes âgées. L'accent a été mis sur l'aléa climatique alors que les écarts de vulnérabilités face aux risques ont été ignorés (Séchet, 2006). Plus largement, les risques environnementaux apparaissent comme des déterminants directs et ce retour à une lecture déterministe éclaire sur une société qui, à trop parler du risque, oublie que les personnes ne sont pas également vulnérables aux risques et ne pense pas en termes de « Santé pour tous ».

La responsabilisation des personnes dès lors que les aménagements urbains *ad hoc* sont réalisés et la mise en avant des risques environnementaux peuvent être confrontée avec les nouveaux discours de l'OMS en matière de promotion de la santé tels qu'ils apparaissent dans la Charte de Bangkok pour la Promotion de la Santé à l'heure de la mondialisation⁸. Adoptée en juillet 2005, cette charte est la première mise à jour de la Charte d'Ottawa. L'analyse lexicale critique réalisée par Christine Porter (2006) met en évidence la mise à l'arrière-plan des objectifs d'équité et de justice au profit de l'amélioration des ressources offertes et de « l'égalité des chances ». Si cette charte peut être perçue comme plus réaliste, notamment pour les sociétés les moins développées et si elle peut conforter dans leurs rôles certains acteurs locaux, elle ne dit rien des causes de la pauvreté aux niveaux mondial et local. En mettant sur un pied d'égalité les citoyens, les acteurs politiques et les acteurs économiques privés, elle n'affirme par la nécessité d'un (ré)engagement des États. D'Ottawa à Bangkok, on est passé de l'écologie sociale et politique (équité, démocratie participative, adaptation à la diversité des situations) à l'affirmation de la prépondérance des intérêts économiques et de la bonne gouvernance, et ce glissement a été occulté par la mise en avant des risques inhérents au changement global, à la pollution et la réduction des ressources naturelles.

8. <http://www.promosante.org/docs/TexteintegraldelachartedeBangkok.pdf>.

► Conclusion

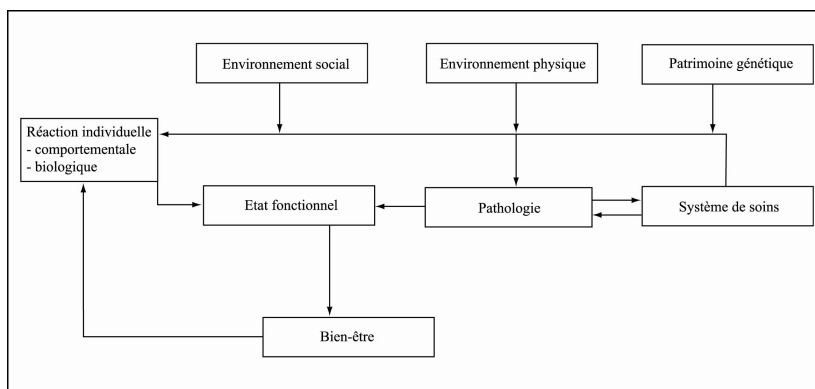
Texte fondateur de la promotion de la santé par l'OMS, la charte d'Ottawa a permis de mettre l'accent sur l'importance des déterminants non biologiques de la santé, et notamment des déterminants sociaux et environnementaux. Le programme villes-santé a été lancé pour mettre en application l'esprit de cette charte (équité, prise en considération de la diversité des situations locales, engagement auprès des populations). La politique de la Ville puis la réalisation des Agendas 21 locaux ont favorisé l'augmentation du nombre d'adhérents au Réseau français des villes-santé. Ce qui signifie qu'en théorie un nombre croissant de villes se sont engagées à faire de « la santé pour tous » une priorité. La problématique du développement durable, dont les Agendas 21 sont la concrétisation politique locale, a rencontré la promotion de la santé. Toutefois, le déséquilibre dans les convergences entre villes-santé et Développement durable a pu contribuer à la remise en cause de l'esprit d'Ottawa ou *a minima* l'accompagner.

D'Ottawa à Bangkok, la promotion de la santé a perdu son caractère, peut-être utopique, d'idéal à atteindre. Dans les actions locales comme dans les discours nationaux ou les assemblées planétaires, l'accent est davantage mis sur les comportements individuels et la stigmatisation des personnes ou les risques naturels que sur les déterminants sociaux. La France, qui est l'un des pays d'Europe où les inégalités sociales de santé sont les plus marquées, est d'autant moins en reste dans cette évolution que la réduction des inégalités de santé n'y est généralement⁹ pas une priorité nationale (Fassin, 2004). Valéry Ridde (2004.353) a d'ailleurs fort justement souligné que c'est seulement en 2002 que les travaux d'Evans et Stoddart ont été pris en considération. Et encore, lorsque le Haut Comité pour la Santé publique [HCSP] introduit le schéma des déterminants de la santé dans son rapport de 2002, c'est en lui enlevant la case relative à la prospérité (figure 5). Bien que le ministère de la santé ait récemment entamé une réflexion sur les inégalités sociales de santé¹⁰, il ne faut pas oublier que, pour la plupart des élus locaux, la santé est avant tout définie comme le soin et la maladie, selon une vision curative des politiques de santé, alors que le réseau Villes-Santé incite les villes à s'engager dans une vision positive de la santé et du bien-être.

9. Pour la période récente, seule la fin des années 1990 fait exception, avec notamment le lancement d'un programme de recherche pluridisciplinaire destiné à dresser un état des savoirs sur les inégalités sociales de santé (Leclerc *et al.*, 2000). La lutte contre les inégalités de santé est plus posée, quand elle l'est, dans une perspective rawlsienne d'égalité dans l'accès aux soins que d'actions sur les déterminants sociaux de la santé (Fassin, 2004).

10. Colloque « Réduire les inégalités de santé », organisé au ministère de la Santé le 11 janvier 2010

Fig. 5 : Les déterminants de la santé selon le Haut Comité de la santé publique



Source : Ridde, 2004.

■ Références

- Allonier C., Debrand T., Lucas-Gabrielli V. *et al.*, Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des zones urbaines sensibles. *Questions d'économie de la santé*. Janvier 2007, vol. 117, [en ligne] <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes117.pdf> (mars 2010)
- Barton H., Tsourou C., *Urbanisme et santé. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*. OMS Europe. Copenhague, 2000. 178 p.
- Bortz W. M., Biological basis of determinants of health. *American Journal of Public Health*. 2005, vol. 95, n. 3, p. 389-392
- Brennan Ramirez L. K., Hoehner C. M., Brownson R. C., Cook R., Orleans C. T., Hollander M., Barker D. C., Bors P., Ewing R., Killingsworth R., Petersmarck K., Schmid T., Wilkinson W., Indicators of Activity-Friendly Communities. An Evidence-Based Consensus Process, *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 31.6, 2006, p. 515-24.
- Centre d'analyses stratégiques, *Nouvelles approches de la prévention en santé publique. L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences*, La Documentation française, 2010, [en ligne] http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_25_Prevention_Web.pdf.
- Dahlgren G., Whitehead M., Policies and strategies to promote social equity in health. *Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. 1991. [http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109\\$110739\\$fil\\$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109$110739$fil$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf)
- Delfe M., « La peur irrationnelle, un marché prospère », 25 janvier 2004, <http://www.oulala.net>
- Deschamps J.-P. « Une "relecture" de la charte d'Ottawa ». *Santé publique*. 2003, vol. 3, n. 15, p. 313-325
- Dooris, M. Healthy Cities and Local Agenda 21 : the UK experience-challenges for the new millennium. *Health promotion international*. 1999, vol. 14, n. 4, p. 365-375.
- Duru-Bellat M., Les inégalités nuisent gravement à la santé. Recension de : Richard G. Wilkinson, 2007, *The impact of Inequality. How to Make Sick Societies Healthier*, Londres, Routledge (1^{re} éd. 2005, 372 p.), La vie des idées, 30 juin 2008 (http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20080630_santinegalite.pdf)
- Fassin D. (2004), Les lois de l'inégalité, *Mouvements*, n° 32, p. 83-86

- Garden F. L., Jalaludin B. B., Impact of urban sprawl on overweight, obesity, and physical activity in Sydney, Australia. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2009, vol. 86, n. 1, p. 19.
- Hancock T., Duhl L. J., Promoting health in the urban context, *WHO Healthy Cities Papers*, n° 1, Copenhague, 1988
- Halimi Serge (2003), Canicule : le précédent de Chicago, *Le Monde Diplomatique*, 18 août 2003.
- Lang T., Inégalités de santé : des constats à leur interprétation. L'exemple des maladies cardio-vasculaires, Daniel C., Le Clainche C. (coord.), *Mesurer les inégalités. De la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations*, MiRe – DREES, 2002, p. 175-187
- Leclerc A., Fassin D., Kaminski M., Lang T. (2000), *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, coll. Recherche.
- Leray F., Séchet R., Les mobilités sous contraintes des mères seules avec enfant(s). Analyse dans le cadre de la Bretagne (France). Gerber P., Carpentier S., *Les mobilités quotidiennes et résidentielles. Des pratiques sociales à la (re)construction des modes d'habiter*, Presses Universitaires de Rennes, coll. Géographie sociale (à paraître 2011).
- Leslie E., Coffee N., Franck L., Owen N., Bauman A., Hugo G., Walkability of local communities : Using geographic information systems to objectively assess relevant environmental attributes, *Health and Place*, vol. 13, 2007, p. 111-122.
- OMS, Constitution mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2006.
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
- OMS Europe, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French
- OMS Europe, *Phase V (2009-2013) du Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS : objectifs et condition*, Copenhague, 2009, 41 p. www.euro.who.int/document/e92372.pdf
- Porter C., Ottawa to Bangkok : changing health promotion discourse. *Health Promotion International*. 2006, vol. 22, n. 1, p. 72-79
- Reynaud L., Séchet R., Santé et risque(s), du singulier au pluriel, in Fleuret S., Thouez J.-P., *Géographie de la santé. Un panorama*, Anthropos-Economica, 2007, p. 213-231.
- Ridde V., Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de santé, *Recherches sociographiques*, vol XLV, 2004.2, p. 343-364
- Tsouros A. (éd). *World Health Organization healthy cities project : a project becomes a movement – review of progress 1987 to 1990*. Copenhague, PADL and Milan, Sogess, 1990.
- Whitehead M., Dahlgren G. What can be done about inequalities in health ?, *The Lancet*. 1991, vol. 338, n. 8774, p. 1059.