

Colloque
**Ville, santé
et qualité de vie**
4 - 5 février 2011

Collection Santé & Société
N° 16, décembre 2011

*Colloque co-organisé par le Réseau Français des Villes-Santé
de l'OMS et la Société française de Santé Publique*

Sous le patronage de Marie-Thérèse Bruguière
Sénateur de l'Hérault
et Philippe Nachbar
Sénateur de Meurthe-et-Moselle



CO-PRÉSIDENTES DU COMITÉ D'ORGANISATION DU COLLOQUE



Catherine CECCHI

Présidente de la SRSP Languedoc-Roussillon depuis 2005 et Vice-Présidente de la SFSP depuis 2007 après avoir occupé le poste de secrétaire générale de 2005 à 2007, professionnelle de santé, mais aussi géographe et économiste de la santé, elle s'est fortement impliquée dans le milieu sportif de 1983 à 1994 au niveau de la commission médicale de la Fédération française d'équitation à laquelle elle appartenait.

Elle a développé un réseau d'information et de communication à destination des professionnels et des familles sur la santé publique périnatale. Actuellement, son travail est principalement orienté sur la santé publique en relation avec les programmes régionaux de santé, la promotion de la santé, la prévention, l'environnement de vie et les territoires.



Valérie JURIN

M^{me} Valérie Jurin assure la présidence du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS depuis 2003 au titre de la ville de Nancy, où elle occupe des fonctions d'Adjointe au maire. Elle est également en charge de la thématique Santé à la Communauté Urbaine du Grand Nancy et présidente de la fédération hospitalière publique de Lorraine. Elle est membre du comité stratégique national du Programme National Nutrition Santé.

La Société Française de Santé Publique et le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS ont organisé en partenariat le colloque « Ville, santé et qualité de vie » qui s'est tenu au Palais du Luxembourg, les 4 et 5 février 2011.

Ces journées consacrées à la santé, et plus particulièrement à la santé liée à l'environnement urbain, s'adressaient à tous les professionnels issus d'horizons différents impliqués autour de la santé et de la ville qu'ils soient professionnels de santé, urbanistes, architectes, sociologues, géographes, représentants d'associations d'usagers et d'habitants, élus et techniciens des collectivités territoriales...

Les thèmes de réflexion, toujours centrés sur la ville et la santé mais aussi sur les modes de vie, le cadre de vie, la qualité de vie, ont été le centre des présentations qui ont animé ces deux journées. Les interrogations sur ces sujets étaient nombreuses :

Comment vont évoluer les villes ? Comment les habitants vont-ils s'adapter à ces grandes cités urbaines qui se profilent à l'aube du XXI^e siècle ? Comment construire nos villes de demain pour promouvoir la santé et la qualité de vie des habitants ? Pour réduire les inégalités de santé ? Comment les citoyens s'approprient la ville que nous construisons ensemble ? De quelle manière nos territoires s'organisent ? Comment cette organisation peut influencer et agir sur le bien-être de leurs habitants ? Existe-t-il une « bonne densité » de construction dans une ville pour garder, préserver, favoriser une qualité de vie dans la ville ?

C'est à toutes ces questions que les intervenants ont tenté de répondre.

Ce colloque a été l'occasion pour les acteurs impliqués dans ce champ, d'échanger autour de leurs expériences et travaux, mais aussi autour des modes de décision, de planification et de gestion des organisations et de discuter des actions qui ont été ou pourraient être développées.

La Société Française de Santé Publique et le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS ont été heureux d'avoir pu accueillir un grand nombre de professionnels d'horizons divers, au palais du Luxembourg avec le soutien de Madame le sénateur Marie-Thérèse Bruguière et de Monsieur le sénateur Philippe Nachbar, pour échanger sur des sujets qui nous impliquent tous.

Les enjeux de santé dans la ville d'aujourd'hui et dans la ville de demain ont été au cœur des débats et des réflexions de ces deux journées qui ont été riches d'enseignements pour des applications futures.

Madame Valérie JURIN
Présidente du RFVS
Co-présidente du Comité organisation

Madame Catherine CECCHI
Vice-présidente de la SFSP
Co-présidente du Comité organisation

INTERVENANTS DU COLLOQUE

Alain Barbillon	<i>Urbaniste, Nancy</i>
Sabine Barles	<i>Professeur à l'Institut Français d'Urbanisme, Université de Marne-la-Vallée</i>
Jocelyne Bougeard	<i>Adjointe au Maire de Rennes, Déléguée aux Droits des Femmes et aux Temps de la Ville</i>
Georges Braoudakis	<i>Membre du Conseil consultatif du Centre Ville de Grenoble (qualité de la vie nocturne en ville)</i>
José Cambou	<i>Secrétaire nationale de Fédération France Nature Environnement</i>
Catherine Dumont	<i>Responsable de la Direction de l'animation des territoires et des réseaux, INPES</i>
Jean-Michel Dupeyrat	<i>Directeur général de la Société Nationale d'Espaces Ferroviaires (SNEF)</i>
Michel Cantal-Dupart	<i>Professeur d'architecture et d'urbanisme au CNAM</i>
Laurent Chambaud	<i>Directeur de la santé publique, Agence Régionale de Santé d'Île-de-France</i>
Jean Chappelet	<i>Directeur Régional de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale de Provence- Alpes-Côte d'Azur</i>
Jean-Martin Cohen Solal	<i>Directeur Général de la Mutualité Française</i>
Thierry Lang	<i>Professeur de santé publique, Université Toulouse III et Inserm</i>
Fabienne Legendre	<i>Médecin Directeur de la Santé publique, Ville de Nantes</i>
Vincent Leroux	<i>Médecin de santé publique, Hôpital National de Saint Maurice, Professeur École Centrale Paris, Administrateur SFSP</i>
Véronique Nahoum-Grappe	<i>Ethnologue</i>
Simon Renucci	<i>Député Maire d'Ajaccio</i>
Isabelle Roussel	<i>Professeur émérite de géographie, Université de Lille 1</i>
François Saint-André	<i>Maire de Beaumont, Vice-Président de Clermont Communauté</i>
Danielle Salomon	<i>Sociologue</i>
Patrice Sanglier	<i>Président du Conseil de développement durable du Grand Nancy</i>
Sandrine Segovia-Kuény	<i>ARS Centre, Directeur de la santé publique et présidente de l'Association Santé Environnement d'Île-de-France</i>
Fabien Squinazi	<i>Médecin, Directeur du Laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris</i>
Jean Viard	<i>Sociologue, Vice Président Communauté Urbaine de Marseille</i>
Odile Vidonne	<i>Médecin-Directeur du service communal hygiène et santé de la ville de Nîmes</i>
Laurent Visier	<i>Sociologue, Faculté de médecine/Université Montpellier 1</i>
Marcos Weil	<i>Urbaniste-paysagiste, urbaplan, Genève</i>

ANIMATEURS DU COLLOQUE

Aïcha Bassal	<i>Adjointe au Maire de Nantes (RFVS)</i>
François Bourdillon	<i>Président de la SFSP (de 2004 à 2011-mars), Président d'honneur</i>
Jean-Marie Haguenoer	<i>Administrateur SFSP, Président de l'APPA</i>
Franck Le Duff	<i>Administrateur SFSP, Président de la SFSP Sud-Est</i>
Julie Le Goic	<i>Adjointe au Maire de Brest (RFVS)</i>
Patrice Voir	<i>Adjoint au Maire de Grenoble (RFVS)</i>

SOMMAIRE

OUVERTURE DU COLLOQUE

<i>Marie-Thérèse Bruguière</i>	9
Sénateur de l'Hérault	
<i>Valérie Jurin</i>	12
Adjointe au maire de Nancy (RFVS)	
<i>François Bourdillon</i>	13
Président de la SFSP (2004 - mars 2011), Président d'honneur de la SFSP	
<i>Catherine Cecchi</i>	14
Vice-Présidente de la SFSP, Présidente de la Société Régionale de Santé Publique du Languedoc-Roussillon	

LA VILLE DANS TOUS SES ÉTATS

<i>La ville dans tous ses états</i>	19
Michel Cantal-Dupart Professeur d'urbanisme et environnement au CNAM	
<i>Échanges-débats</i>	28

UNE CITÉ EN PLEINE MUTATION

<i>Santé et mutations urbaines : des histoires imbriquées</i>	31
Sabine Barles (Professeur à l'Institut Français d'Urbanisme, Université de Marne la Vallée)	
<i>Une cité en pleine mutation vers une ville durable</i>	40
Isabelle Roussel (Professeur émérite de géographie, Université de Lille 1)	
<i>Des inégalités dans la ville aux inégalités de santé</i>	46
Laurent Visier (Professeur de sociologie, Faculté de médecine, Université de Montpellier 1)	
<i>Échanges-débats</i>	56

LA SANTÉ DANS TOUS SES ÉTATS

<i>Santé, qualité de vie, densité urbaine et vivre ensemble</i>	63
Alain Barbillon (Urbaniste, Nancy)	
<i>Illustration - Quelle est l'architecture urbaine de la Santé ?</i>	68
Vincent Leroux (Médecin de Santé Publique, Hôpital National de Saint Maurice, Professeur à l'École Centrale de Paris, administrateur de la Société Française de Santé Publique)	
<i>Illustration – Opération d'aménagement durable et de reconversion de friches industrielles à Paris, dans le 18^e arrondissement</i>	72
Jean-Michel Dupeyrat (Directeur général de la Société nationale d'Espace Ferroviaire)	
<i>Échanges-débats</i>	77

SANTÉ, QUALITÉ DE VIE ET BIODIVERSITÉ

<i>Santé, qualité de vie et biodiversité. Vers une écosanté urbaine</i>	81
Sandrine Segovia-Kueny (Directrice de la Santé Publique, ARS Centre, Présidente de l'Association Santé Environnement Île-de-France)	
<i>Illustration – Beaumont, la nature retrouvée pour une ville durable</i>	86
François Saint-André (Maire de Beaumont, Vice-président de Clermont Communauté)	
<i>Échanges-débats</i>	92

SANTÉ, QUALITÉ DE VIE ET HYGIÈNE

<i>Santé, qualité de vie et hygiène</i>	99
Fabien Squinazi (Directeur du Laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris)	
<i>Illustration – Champlan, quels enseignements ?</i>	104
Danielle Salomon (Sociologue, Centre de Sociologie des Organisations)	
<i>Échanges-débats</i>	109

SANTÉ, QUALITÉ DE VIE ET TEMPORALITÉ

<i>Santé, qualité de vie et temporalité</i>	117
Jean Viard (Sociologue, enseignant à Sciences Po, Vice-président de la communauté urbaine de Marseille)	
<i>Illustration – Les bureaux des temps</i>	124
Jocelyne Bougeard (Adjointe au Maire de Rennes, Déléguée aux droits des femmes et au temps de la Ville)	
<i>Échanges-débats</i>	128

SANTÉ, QUALITÉ DE VIE ET SÉCURITÉ URBAINE

<i>Espace urbain, jeunesse et alcool</i>	135
Véronique Nahoum-Grappe (Ethnologue)	
<i>Illustration – La Charte de qualité de vie nocturne</i>	140
Georges Braoudakis (Membre du Conseil Consultatif du Centre Ville de Grenoble)	
<i>Illustration – La Feria de Nîmes</i>	142
Odile Vidonne (Médecin directeur du service communal hygiène et santé de la Ville de Nîmes)	
<i>Illustration – Plan alcool et apéro géant. Stratégie d'intervention en matière de prévention et de réduction des risques sur l'espace public</i>	145
Fabienne Legendre (Chargée de mission, Direction Générale Santé et Solidarités, Nantes)	
<i>Échanges-débats</i>	149

TABLE RONDE : LA SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN : QUELS DÉFIS ?

<i>1. Regards d'utilisateurs-concepteurs</i>	155
Intervenants : Marcos Weil, Patrice Sanglier, José Cambou, Jean-Martin Cohen Solal, Catherine Dumont Animatrices : Catherine Cecchi, Valérie Jurin	
<i>2. Regards de décideurs-bâisseurs</i>	180
Intervenants : Michel Cantal-Dupart, Jean Chappellet, Laurent Chambaud, Simon Renucci, Robert Cadalbert Animatrices : Catherine Cecchi, Valérie Jurin	

CLÔTURE DU COLLOQUE

<i>Regards croisés au travers des inégalités de santé</i>	201
Thierry Lang (Professeur de Santé Publique, Université de Toulouse III et Inserm)	

POST-FACE

<i>Ville, santé et qualité de vie : quelles pistes pour la SFSP demain ?</i>	211
Pierre Lombrail (Président de la SFSP depuis mars 2011)	

Ouverture du colloque

Ouverture du colloque

Marie-Thérèse Bruguère

Sénateur de l'Hérault

Mesdames, Messieurs,

Vous m'avez confié la lourde tâche d'être le premier orateur de ce colloque. Je vous prie d'abord d'excuser l'absence de Philippe Nachbar, sénateur de la Meurthe-et-Moselle, mon collègue, retenu à Nancy. Il a des impératifs, le regrette et m'a demandé de bien vouloir l'excuser.

Tout d'abord, je vous souhaite à tous, la bienvenue au Sénat et je remercie le Président qui a bien voulu mettre à disposition la salle Clémenceau. Je suis très heureuse de vous y accueillir pour ces journées intitulées « Ville, santé, qualité de vie ». Ces journées vont, sans aucun doute, apporter une contribution majeure aux acteurs concernés et, notamment, aux élus. J'en mesure personnellement l'importance, en tant qu'élue locale et sénateur.

Je souhaiterais féliciter les co-organisateurs et organisatrices également, de ce colloque, M^{me} Valérie Jurin du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS, M. François Bourdillon, de la Société Française de Santé Publique et mon amie Catherine Cecchi, Présidente de la Société Régionale de Santé Publique du Languedoc-Roussillon, Vice-Présidente, également, de la Société Française de Santé Publique, pour la manière audacieuse dont ils ont proposé d'aborder le sujet.

Oui, le sujet est à la fois complexe par sa transversalité, la transversalité de ses composantes et simple également par ses enjeux : une meilleure qualité de vie dans nos villes ; ce qui ne peut que fédérer le plus grand nombre.

Permettez-moi de souligner un point qui me semble bénéfique dans l'approche de cette problématique « Ville, santé, qualité de vie », c'est la pluralité des acteurs concernés dans les différents ateliers. Il est en effet, à mon sens, nécessaire de prendre en compte tous les paramètres de la relation complexe entre ville et santé et affirmer que tous, médecins mais aussi urbanistes, sociologues, habitants et élus, nous pouvons jouer un rôle déterminant pour faire avancer ces questions. Je note, par ailleurs, que d'éminents élus locaux sont et seront présents pour exposer les problématiques auxquelles ils sont confrontés et les réponses qu'ils tentent d'apporter aux attentes exprimées par leurs concitoyens. Leur participation à ces journées va permettre de franchir un nouveau seuil qualitatif pour le mouvement « Ville, santé ». Je ne doute

pas qu'ils feront, aussi, utilement avancer le débat. Je ne peux manquer de relever également que ce programme ne laisse aucune question de côté, puisqu'un atelier sera consacré à la sécurité urbaine, à la gestion des apéros géants, des « raves », des grandes fêtes et des ferias.

Et le rôle des élus dans tout ça ? Les relations des élus avec les questions de santé sont complexes. Je vous rappelle que la santé est la seule politique publique qui a fait l'objet d'une recentralisation en 2004. Par ailleurs, de plus en plus d'élus locaux sont confrontés à des problèmes d'offres de soins et doivent donc s'investir sur cette question. En outre, les élus locaux et les collectivités territoriales peuvent aussi développer une vision plus large de cette question par l'urbanisme, le logement, la salubrité publique, l'alimentation fournie aux enfants dans les cantines scolaires, aux personnes âgées, mais aussi par une multitude d'autres actions plus concrètes et plus proches de nos concitoyens. Dans la région dont je suis issue – à mon accent, vous l'aurez compris, le Languedoc-Roussillon –, il ressort d'une vaste consultation menée récemment auprès des maires par l'ARS, que les problèmes de santé des populations urbaines sont bien plus importants que ceux des populations rurales. À cet égard, il me semble utile de mentionner les cinq problèmes de santé identifiés comme prioritaires par les maires : addiction, cancer, surpoids et obésité, santé mentale et maladies cardiovasculaires. Parallèlement, l'accès aux professionnels, établissements de santé est une exigence absolue, unanimement partagée. Il faut aussi noter – et la consultation le relève – que depuis quelque temps, on assiste à un foisonnement des initiatives, notamment communales, et surtout inter communales, en faveur des actions de santé, et je m'en réjouis.

Par ailleurs, l'une des premières publications de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon a été consacrée à la qualité de vie des personnes âgées, soulignant ainsi cette évolution dans l'approche du sujet – et je m'en félicite. Longtemps, les questions de santé ont été centrées sur les incapacités fonctionnelles comme les incapacités des personnes âgées, sans que la qualité de vie ne soit prise en compte ou en constitue le point central. On peut regretter également cette approche un peu restrictive qui a pourtant constitué le courant dominant de ces dernières années, au détriment d'une approche comme l'entend, d'ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé. La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » fait référence aux contrats locaux de santé : dispositifs contractualisés entre les Agences Régionales de Santé et les collectivités territoriales pour la mise en œuvre du projet régional de santé. Elle précise que les Agences Régionales de Santé seront associées à la mise en œuvre des programmes d'actions du volet « santé » de la Politique de la Ville. Elle dispose également que les ARS identifieront les implantations de maisons et de centres de santé nécessaires à la couverture des besoins de santé de la population dans le cadre du volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins

(SROS). Dans ce contexte, quatre objectifs ont été retenus : développer les ateliers santé ville, ASV ; mettre en œuvre des contrats locaux de santé, les CLS – ce qui est fait ; développer des maisons de santé pluri-professionnelles, MPS ; lutter contre les refus de soins.

Bien sûr, de nos jours, mais c'est de tout temps, il est clair que la santé d'une ville est directement influencée par les décisions qui sont prises en matière de politique de logement, de sécurité, d'environnement, de loisirs et d'aménagement du territoire. Mais la manière dont nous concevons nos villes, la manière dont nous les équipons, la manière dont nous les façonnons, a des conséquences directes sur le bien-être et la vie de nos administrés, de nos concitoyens.

Il est indispensable de mettre la santé au cœur de toutes les politiques urbaines. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle vous êtes rassemblés aujourd'hui.

En conclusion, je dirai : une ville en bonne santé est une ville qui parvient tout à la fois à améliorer la vie de ses habitants, bien sûr, à réduire les inégalités et assurer la santé pour tous ! Voilà, Mesdames et Messieurs, un vaste chantier d'échanges et de débats auxquels vous allez assister et vous livrer durant ces journées. Tous mes encouragements vous accompagnent. Je souhaite à ce colloque de qualité de connaître le succès que méritent la dimension de son thème, la qualité des communicants et des intervenants. Plein succès à vos travaux.

Je vous remercie de votre écoute.

Valérie Jurin

Adjointe au maire de Nancy, Présidente du RFVS

Madame le Sénateur, merci pour ces sympathiques propos d'introduction.

Je commencerai ma courte intervention par l'expression de mon plaisir et de ma satisfaction de vous accueillir nombreux dans cette salle. Le thème que nous avons retenu pour ce colloque suscite, à l'évidence, grand intérêt. Face à ce succès, mes premiers propos seront des propos de remerciements à l'ensemble des personnes qui ont permis à ce colloque d'avoir lieu. Je pense à vous, M^{me} le Sénateur, à Philippe Nachbar Sénateur de Meurthe-et-Moselle, retenu à Nancy, à la Société Française de Santé Publique, notre partenaire, son Président François Bourdillon et évidemment, Catherine Cecchi, qui, par son volontarisme, son enthousiasme a été la principale cheville ouvrière de ces journées.

Je souhaitais commencer ce colloque par une citation du grand poète français Charles Baudelaire. Citation reprise par un autre poète, Jacques Roubaud, qui en a fait le titre d'un de ses recueils de poèmes « La forme d'une ville change plus vite, hélas, que le cœur des humains ».

Au-delà du fait que c'est une belle phrase sur laquelle on pourrait gloser, ce qui m'intéresse dans ce vers, c'est la mise en évidence du lien, de la relation entre la ville, l'espace urbain et le cœur des hommes. Pour reprendre l'expression baudelairienne, il y aurait une correspondance subtile entre la ville, sa forme, son organisation, la manière dont elle est réfléchie, pensée, ordonnée et le bien-être, la santé des populations qui y vivent. Derrière l'expression « le cœur des hommes », c'est de la vie, la qualité de vie et le bien-être dont il s'agit. Bien-être physique, bien-être psychique, bien-être social des hommes et des femmes qui peuplent nos territoires. Apparaît ainsi la conception de santé telle que l'OMS la définit depuis la charte d'Ottawa. Depuis plus de vingt ans, notre Réseau Français des Villes-Santé travaille sur cette idée, avec l'ambition de mettre la préoccupation de la santé dans l'ensemble des politiques urbaines, pour faire de nos territoires des territoires favorables à la santé.

Mon second motif de satisfaction est d'avoir réussi à sceller un partenariat avec la Société Française de Santé Publique sur ces questions. C'est une sorte de retrouvailles. Concernant nos intervenants que je souhaite vivement remercier, je leur livre ce propos d'Alexandre Dumas « Il y a des hommes qui ont la simple tâche d'être des ponts. On les traverse et on va plus loin ». Je suis bien persuadée qu'à leur écoute durant ces deux journées, nous progresserons et serons mieux armés pour relever les défis qui nous attendent, nous qui devons inventer de nouvelles formes de villes au regard des exigences écologiques, énergétiques et sociales.

À tous je souhaite d'excellents travaux.

François Bourdillon

Président de la SFSP (2004 - mars 2011), Président d'honneur de la SFSP

Je vais d'abord vous remercier tous d'être venus aussi nombreux à ce colloque « Ville, Santé et qualité de vie » qui est organisé conjointement par la Société Française de Santé Publique et le Réseau Français Villes-Santé de l'OMS, notre fidèle partenaire. Et c'est toujours un plaisir de travailler avec Valérie Jurin.

C'est aussi un grand plaisir de vous accueillir dans ce lieu prestigieux du Sénat et je voudrais remercier très vivement les Sénateurs M^{me} Bruguière et M. Nachbar de nous avoir permis d'accéder à cette salle dédiée à la représentation citoyenne. C'est un lieu symbolique pour parler de santé et de qualité de vie dans nos villes.

Je suis ravi, en tant que Président de la Société Française de Santé Publique que nous arrivions à organiser des colloques au-delà du champ classique de ce que nous faisons actuellement sur la sécurité sanitaire, le système de santé, sur l'assurance maladie et que nous abordions cette question cruciale qui est celle de la qualité de vie qui intéresse tant nos concitoyens et qui est souvent la partie un peu oubliée des professionnels de santé publique.

Car, promouvoir la santé, c'est aussi agir sur les milieux, c'est agir sur l'environnement, c'est agir sur la ville et là où on vit au quotidien. Et j'espère que cette journée et demi de réflexions qui va associer des urbanistes, des géographes de la santé, des sociologues, des professionnels de la santé, des élus, des maires... vont nous permettre d'avancer sur ce thème car il y a beaucoup d'attentes dans ce domaine.

Quand on a débuté la réflexion avec Catherine Cecchi qui est la cheville ouvrière de ce colloque ainsi que Valérie Jurin, j'ai pensé à une des revendications de la Société Française de Santé Publique qui me tient à cœur, celle de la santé dans toutes les politiques. Si nous voulons essayer d'améliorer l'espérance de vie, améliorer la qualité, il faut jouer sur les déterminants majeurs de santé dont celui de l'environnement et de la ville dans lequel nous vivons. C'est un des enjeux majeurs de demain dans nos politiques de santé. Je ne fais que plaider pour que la prochaine loi de santé publique que j'appelle de tous mes vœux, intègre cette dimension que certains pays ont déjà prise, à savoir intégrer la santé dans toutes politiques publiques.

Il me reste à remercier encore très chaleureusement notre Vice-Présidente, Catherine Cecchi, à qui je vais passer la parole et espérer que ces deux jours ensemble vous permettront d'ouvrir de nouveaux horizons d'actions, de réflexions sur ce que nous pouvons faire pour agir sur notre environnement.

Catherine Cecchi

Vice-Présidente de la SFSP,

Présidente de la Société Régionale de Santé Publique du Languedoc-Roussillon

Je suis très émue, tous les remerciements ont été dits mais je vais quand même recommencer auprès de Marie-Thérèse Bruguière pour la remercier tout d'abord d'être une amie véritable et encore une fois, pour l'aide et le soutien formidable qu'elle nous a apportés. Vous voyez, François est entouré de trois femmes, je voudrais juste vous dire que quand les femmes prennent les choses en main, elles arrivent au bout de leurs rêves !

Je voudrais remercier aussi Monsieur le Sénateur Philippe Nachbar ainsi que Monsieur le Président Gérard Larcher qui a permis à ces journées de se tenir dans ce lieu rempli d'histoire qu'est le Sénat. Remercier aussi Messieurs Pastor, Derriaux et Garrec, questeurs qui nous ont gratifiés d'un privilège, celui de la gratuité de cette belle salle. Et je vous avoue que Marie-Thérèse Bruguière et Philippe Nachbar ont vraiment beaucoup contribué à faire ainsi du sénat un partenaire à part entière de ce colloque. Je remercie Madame Bonnet pour son aide efficace, ainsi que M^{me} Sophie Keller et Monsieur Philippe Leclant, les attachés parlementaires de M^{me} Bruguière, pour leur efficacité.

Je ne voudrais pas oublier dans cette liste des remerciements, nos partenaires, la Direction Générale de la Santé, l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé, la Mutualité Française, ni les membres du Comité d'Organisation François Bourdillon, Yves Charpak, Jean-Marie Haguenoer, Franck Le Duff, Vincent Leroux, Faouzia Perrin de la SFSP ainsi que Philippe Martin (Dunkerque), Jean-Claude Ray (Villeurbanne), Patricia Saraux (Brest), Patrice Voir (Grenoble) du RFVS qui ont très largement participé à la création et à la mise en place de ce colloque. Merci pour les travaux préparatoires que nous avons menés ensemble et qui étaient sous de bons auspices. En effet nous avons eu la chance de préparer ce colloque dans un cadre prestigieux, sous les toits de l'Hôtel Dieu, au dernier étage de cet illustre bâtiment, tout près des magnifiques clochers de Notre Dame.

Que soient aussi remerciés les membres des équipes de la Société Française de Santé Publique : Isabelle Génovèse, Priscilla Nguyen, Fabienne Schwaller, Flore Aumaître et du Réseau Français des Villes-Santé : Zoë Héritage, Marie-Rose Fournier, Marie-Catherine Marceaux que vous ne voyez pas mais qui ont toutes donné beaucoup de leur temps pour l'organisation de ces journées. Je vous affirme que sans elles, rien n'aurait pu être possible.

Je voudrais terminer en vous présentant Robert Fullilove, Professeur à l'Université de Columbia, et le remercier de se joindre à nous. En effet il a fait le voyage,

spécifiquement pour venir écouter nos débats, nos interrogations et les réponses, peut-être, que nous pourrions apporter à certaines des questions que nous nous posons tous face à ce prolongement de nos vies et de nos maisons que constitue la ville.

Valérie nous a donné en pâture cette phrase de Baudelaire « La forme d'une ville change plus vite, hélas, que le cœur des humains », que je voudrais compléter. En effet, si les villes changent, elles sont toujours le prolongement et le jardin de nos habitations, faisons ensemble qu'elles nous ressemblent, faisons ensemble qu'elles soient belles et agréables. Que cette réflexion accompagne ce colloque tout au cours des débats sur la ville, la santé et la qualité de vie.

Je vous souhaite à tous une très, très belle journée.

La ville dans tous ses états

Michel Cantal-Dupart

Professeur d'urbanisme et environnement au CNAM

Lorsque vous m'avez sollicité pour intervenir dans ce colloque, j'ai accepté parce qu'il est intéressant de participer à vos débats. Lorsque vous m'avez demandé de l'ouvrir, c'est devenu une toute autre responsabilité !

Dialoguer, participer, discuter, échanger, progresser... sont la base de mon métier et celle de nombreux professionnels présents dans cette salle.

Remplir des objectifs de santé, c'est une question. Ouvrir ce colloque, c'est donner une direction, une progression. Je crains de n'ajouter que des points d'interrogation et vous angoïsser autant que je le suis.

Je vais tenter de faire cet exercice dans une journée assez étonnante pour ce qui me concerne. Je serai obligé de vous quitter pour auditionner le Directeur de l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine qui s'occupe des quartiers difficiles. Je souhaite lui parler, entre autres, de la santé qui est très absente de ces quartiers. Pour l'exemple, aujourd'hui dès 19 heures, dans le quartier du Mirail à Toulouse, les ambulances n'entreront plus par crainte d'agression. Ni les enfants, ni les personnes âgées n'auront donc les services que nous avons pratiquement tous. C'est la marche à deux vitesses de nos villes. Que peuvent avoir d'agressif un camion de pompiers et une ambulance ?

Je déjeunerai ensuite avec Monsieur le Ministre de la Culture pour parler de la culture au quotidien dans laquelle il y a justement la culture sanitaire.

Enfin, j'achèverai cette journée avec Monsieur le Maire de Paris pour parler du Grand Paris dans lequel il pense avoir un rôle primordial à jouer. Là aussi, on remarque une anomalie sur la santé en raison de la concentration hospitalière dans la capitale. On vient du monde entier pour se faire soigner à La Pitié-Salpêtrière mais en périphérie ? Sauf dans quelques hôpitaux d'exception, quels services lorsqu'on habite Melun, Fontainebleau ou Montereau où l'on est parfois bien loin des soins qu'on désirerait recevoir.

NEW YORK, LONDRES, PARIS...

Je suis accompagné par Robert Fullilove, statisticien à l'École de Santé Publique de la Columbia University. Nous travaillons ensemble. Nous nous sommes rencontrés à l'occasion d'un colloque sur la ville que j'ouvrais et qui rassemblait divers intervenants des villes de New York, Londres et Paris et traitant des problèmes de toxicomanie, de sida et de délinquance.

Nos amis anglo-saxons, et particulièrement américains, par leurs statistiques, ont remarqué une certaine cohérence entre ces trois maux. Ici nous sommes plus frileux par rapport à ce genre de démarches parce que cela met des catégories en avant, ce que nous ne voulons pas faire.

Le territoire des villes doit être particulièrement observé. En 1992 la ville de Lagos n'appartenait pas au groupe des trente plus grandes villes mondiales. Aujourd'hui, elle se classe en troisième position. Pendant longtemps, les plus grandes villes d'un point de vue démographique attirant les populations sont les villes « éclairées », des villes de pays développés. Ce sont New York, les capitales européennes, Tokyo... Brutalement dans les années 90, tout bascule. Les villes qui attirent aujourd'hui ont un avenir économique bouché et entassent les gens. L'accès aux soins participe de cette attractivité.

Comment peut-on tolérer de créer des villes de l'imaginaire où on raconte des histoires à dormir debout, comme Disneyland, et installer des camps de réfugiés en Afrique, où la vie est une lutte et l'imagination réduite ?

Le terrorisme, et je pense particulièrement au choc du 11 septembre 2001, est un problème de santé publique. On ne saura jamais, et on le constate à l'occasion du dixième anniversaire, la déflagration psychologique et psychique qu'a représenté ce traumatisme sur la ville. Chacun pense qu'il valait mieux être en dehors des tours que dedans, pourtant d'un point de vue urbain, ce n'est pas aussi simple.

Un des premiers tracts qui ait été publié pour les New-Yorkais cite un de mes livres ⁽¹⁾ dans lequel j'écris : « Dans la ville, c'est comme pour les furoncles, on sait qu'on ne traite pas le mal si on ne traite pas l'état général ». On met un peu de crème à l'emplacement du bouton alors qu'il faut traiter tout le corps. À New York, on a regardé le furoncle, ces deux tours prestigieuses qui se sont effondrées, et on a oublié les gens qui y travaillaient et qui sont morts. C'étaient des gens des quartiers périphériques de New York, nombre d'entre eux étaient en charge de l'entretien de ces tours, tout comme les pompiers qui venaient des mêmes quartiers périphériques. Il y a eu plus de drames collatéraux dans ces quartiers, le Bronx particulièrement, que dans la pointe de Manhattan où tout est « enchanté ».

Et puis, il y a l'obésité. Le Professeur Hercberg, nutritionniste et épidémiologiste, Professeur au CNAM, m'a proposé d'intervenir dans un colloque sur ce thème, il pense que ce dysfonctionnement est lié, entre autre, à la ville. L'enquête « Suvimax », conduite par le CNAM, a mis en évidence l'augmentation de l'obésité en France. Une jeune professeure de l'Hôtel-Dieu a évoqué le cadre de vie et la façon dont on répond, plus ou moins bien, au problème d'obésité. J'ai alors proposé d'écrire devant

(1) « Merci la ville », Éditions du Castor Astral, 1994.

tous les ascenseurs « Monter à pied diminue les risques cardiaques ». Les auditeurs ont trouvé cela plutôt drôle mais cette professeure a déclaré : « Qu'a-t-on besoin d'un urbaniste ? Peuvent-ils s'occuper de santé publique ? ». Il y a eu débat. Les prises en compte comportementales complètent la médicalisation.

Ma présence ici me donne raison. Tout le monde pense « ville » parce qu'aujourd'hui il n'y a pas de santé sans politique urbaine.

LA VILLE HOSPITALIÈRE

Quand les villes ont commencé à se bâtir en pierres, qu'il y a eu un début de soins mutualisés avec les hospices, la maladie et les grandes épidémies étaient considérées comme des malédictions divines qui tombaient du ciel. C'était tellement vrai que c'étaient les populations les plus faibles, les plus pauvres, les plus délinquantes qui disparaissaient. Les bien-portants et les bien-pensants échappant plus naturellement à la contagion.

Nous avons avec l'eau un rapport très ambigu. On a toujours pensé que l'eau nettoie, ce qui est vrai. Comme elle nettoie, c'est elle qu'on pollue en jetant nos déjections dans les fleuves. C'est incroyable ce qu'un fleuve est capable de transporter, soutenir et supporter comme déchets. Il n'empêche qu'il sature et il en est ainsi de tous les fleuves du monde ! L'eau est très maltraitée et pourtant elle nous a tellement et pendant si longtemps si bien traités. C'est un réel problème à venir.

La gravure de l'Hôtel-Dieu et le plan de Paris au XVII^e siècle sont « parlants ».

Au Moyen-Âge, à l'Hôtel-Dieu on voyait les lavandières laver les draps dans la Seine et les latrines se déverser directement dans le fleuve. Le fleuve portait le mal.

Sur un ancien plan de Paris, l'Hôtel-Dieu est situé au centre de la ville, mais, au Nord, juste en dehors des fortifications il y a l'hôpital Saint-Lazare, celui des Lazaristes, qui accueillait des lépreux. On prenait garde d'empêcher les maladies maudites de rentrer en ville en les excluant. Aujourd'hui, l'hôpital Saint-Lazare, désaffecté, est complètement intégré au quartier de la gare du Nord. Là pendant longtemps on s'est occupé des retraits de permis de conduire et des examens médicaux qui les accompagnait. C'est toujours un endroit de malédiction !

Quand, à la fin du XVII^e siècle, Mazarin, grand homme d'État, crée l'hôpital général, ce n'est pas encore pour soigner mais pour accueillir les pauvres et les mendiants de la capitale et ses faubourgs.

Louis XIV crée l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière pour la population en déshérence et celui des Invalides pour en faire une ville nouvelle et garantir une insertion sociale

aux vétérans des guerres, blessés et mutilés. Ces établissements étaient en dehors de la ville. Aujourd'hui encore la Pitié-Salpêtrière reste en dehors de la ville, elle est une ville dans la ville, un enclos, alors que les Invalides donnent un grand quartier de Paris ! Aujourd'hui, ce sont deux hôpitaux d'exception !

ÉPIDÉMIOLOGIE URBAINE

La santé publique, tout démarre autour d'Ange Guépin, médecin à Nantes qui a rédigé le premier traité d'épidémiologie en collaboration avec le Docteur Bonamy. Étant médecin des pauvres, il ne manquait pas de noter le contexte dans lequel il visitait ses malades et, très rapidement, allant un peu partout dans la ville, il a pu faire des classifications. Il a démontré que plus l'habitat était insalubre, plus les gens étaient malades. Aujourd'hui, qui se lèverait et sortirait de cette salle au prétexte que ce sont des sottises ! Pourtant le docteur Guépin a été chassé de l'Université par le Conseil supérieur des universités qui estimait que c'étaient des insanités. Il a alors commencé à faire de la politique et la ville de Nantes s'en est mieux portée. Son fils, installé à Bordeaux, a continué dans la même veine, ce qui a été aussi très profitable pour la ville.

Lors de ma première intervention à l'École de Santé Publique de la Columbia University à New York, j'ai évoqué Ange Guépin, quelqu'un de peu connu dans son pays, mais là-bas mes interlocuteurs connaissaient ses travaux.

La ville est anthropomorphique car on aborde les villes comme on décrit le corps humain. Voilà un certain nombre d'expressions connues, qui sont totalement médicales : du diagnostic à la thrombose, de la circulation au flux... Ce sont des mots qu'on emploie directement, ils expriment une certaine relation entre la ville qui « va » et celle qui « ne va pas ». On parle de « ville malade » ou de « quartier malade ».

En tant qu'urbaniste cette transposition m'interroge ; c'est pourquoi nous avons mis en place notre collaboration entre l'École de Santé Publique de la Columbia-University et le Conservatoire National des Arts et Métiers.

L'HABITAT

L'habitat, a vite intégré l'hygiène. Le XIX^e siècle a cherché à faire un habitat utopique où on serait bien, généralement en organisant un habitat policé selon le principe : on habite comme ça et voilà comment il faut vivre.

Il faudra attendre Jean-Baptiste Godin qui crée le Familistère de Guise entre 1858 et 1883, associant de l'habitat ouvrier à son usine. Le premier bâtiment sera du logement collectif et simultanément, un équipement est édifié : une piscine, associée à un lavoir.

La première piscine en France à fond variable, comme on les fait maintenant, parce que les gens ne savaient pas nager. Il bâtit ensuite le théâtre et l'école. Quelle innovation, tellement peu imitée !

Il est intéressant de noter, dans la démarche de Godin à Guise, que c'est un lieu laïc. Il y avait des catholiques, des protestants, sûrement des juifs, mais il n'y a pas de lieu de culte qui trône au milieu de la cité ouvrière comme on le voit souvent dans les villes du Nord. « Qu'ils aillent en ville ! » disait Godin. D'autant plus facile que le centre est dans la perspective du familistère, et il y a églises et temples. Il n'a pas cherché à faire un corporatisme local.

Le Corbusier a les mêmes pensées d'un « habiter bien », d'une maison à étages, ce qui a joué dans l'évolution des mentalités. C'est lorsque les cuisines sont devenues « américaines » que les hommes ont commencé à s'intéresser à celles qui y travaillent, à aller dans ces simulacres de laboratoire et faire la cuisine. Mais lorsqu'elles étaient hors du séjour et des lieux communs, elles étaient réservées aux femmes.

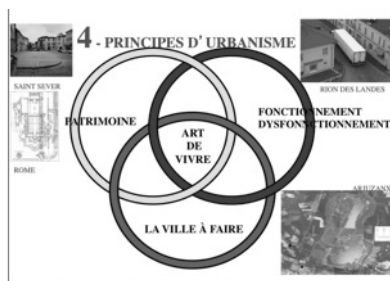
PRINCIPES D'URBANISME

Pour l'art de vivre, il y a trois approches.

Bien évidemment, il faut faire preuve d'imagination, être créatif tout en respectant ce qui existe, les fonctionnements et les dysfonctionnements des villes, en ayant la mémoire des choses.

Je sais, aujourd'hui, que l'échec des quartiers dans les villes est provoqué par la mise en œuvre d'un projet qui ne respecte ni les fonctionnements, ni les dysfonctionnements de la ville, et encore moins la mémoire. On a ainsi rajouté des quartiers aux quartiers : la Paillade à Montpellier, le Vernet à Perpignan... Par la suite on ne sait comment sortir de ce qui subsiste.

Les armoiries de la famille Borromée présentent une chaîne, constituée de trois anneaux, qui est détruite lorsqu'un des éléments est brisé. Ce nœud fait référence aux trois couleurs primaires. Notre cortex mélange les couleurs et nous permet de voir, sauf pour quelques daltoniens, tous les tons pastels et les variétés des couleurs qui nous donnent d'aimer ou pas les paysages des villes. Les non-voyants étaient, pour moi, une très grande interrogation jusqu'à ce qu'ils me fassent découvrir que la coloration des sons vient compenser ce qui ne se voit pas dans les variations.



Les trois préoccupations à avoir avant chaque projet : le patrimoine, les fonctionnements et dysfonctionnements et la ville à faire. Tout ceci pour obtenir un art de vivre

Lorsqu'au XVIII^e siècle s'invente la ville moderne, ce sont les Encyclopédistes qui mettent en place une méthode d'investigation et de rédaction. D'Alembert, associé à Diderot, a l'idée originale de faire une classification pour tous les collaborateurs, car l'Encyclopédie Française, au contraire de l'Encyclopédie Britannique a été écrite à plusieurs mains par les meilleurs spécialistes du royaume. Les auteurs des chapitres concernant les soins médicaux étaient originaires du Sud de la France, Montpellier et le Languedoc-Roussillon. D'Alembert a déterminé trois approches : mémoire, raison et imagination.

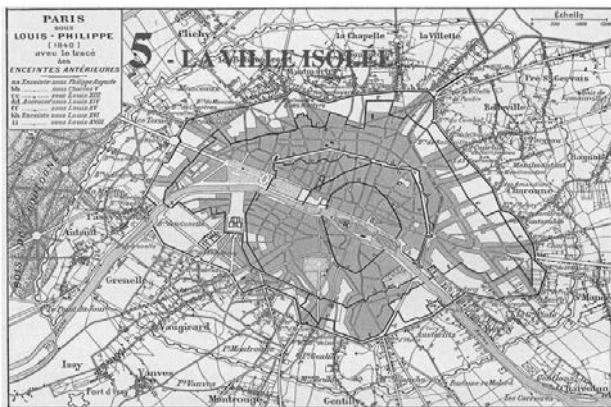
Dans son ouvrage « Malaise dans la culture », longtemps appelé « Malaise dans la civilisation », le psychanalyste Sigmund Freud annonce également trois approches analytiques : symbolique, réel et imaginaire. Il est incroyable que quelqu'un qui fonctionne dans le psychisme, soit aussi proche des Encyclopédistes.

C'est ainsi que nous faisons marcher notre inconscient lorsque nous fabriquons la ville.

LA VILLE ISOLÉE

Paris a été fermée par une succession d'enceintes au gré de ses extensions. On aime les visiter, on en voit les formes et les restes. La dernière enceinte est constituée par le boulevard périphérique. Les enceintes n'étaient pas édifiées pour défendre les villes mais pour décider ce qui était inclus et ce qui était banni.

Quand Philippe-Auguste décide de bâtir la première enceinte de Paris, il la dessine en incluant certaines abbayes et en excluant certaines autres, parce qu'elles n'étaient pas proches de son pouvoir. C'était une façon de marquer un territoire. Ainsi, on donne de la citoyenneté ou on en exclut. Il faut comprendre que, de la même façon, marquant ces territoires, on donne accès aux services de santé ou on en écarte.



Ruptures Exclusions Inclusions autour de Paris commune

Le philosophe et mathématicien Isaac Newton écrivait : « On bâtit trop de murs et pas assez de ponts ».

L'arène de Tijuana au Mexique en est la démonstration. Elle est la dernière arène construite dans le monde. D'une capacité de 80000 places, elle est édiflée contre le mur qui marque la frontière avec les États-Unis.

Nul doute que les aficionados qui sont tout en haut des gradins, regardent l'Amérique et la Californie, en disant : « Nous sommes d'une autre culture malgré le mur que vous construisez ». De nombreux cercueils, accrochés comme des plaques commémoratives, rappellent la mort de ceux qui ont tenté de franchir ce mur impossible entre le Mexique et les États-Unis.

On parle du mur d'Israël, on pense qu'il va y avoir un mur au Caire et pourtant on rêve d'une cité idéale. C'est inscrit dans le livre de référence qu'est la Bible avec l'histoire de l'arche de Noé où tous les animaux cohabitent pour échapper au pire. Tandis que Dante met en scène l'enfer comme un enfermement dans une



1716 - Thomas More - *Utopia*
contre l'injustice et la violence du temps
un non lieu de tolérance et d'harmonie

île, Thomas More présente la Cité Idéale sous la forme d'une île qui serait un endroit de justice et de bien vivre. Cela ne lui a malgré tout pas porté chance.

Aujourd'hui, lorsqu'on décide de réaliser un éco-quartier, cela part toujours d'un bon sentiment : des quartiers où les habitants seront heureux, seront bien. Il faut faire très attention, trop souvent on crée des espaces fermés ou virtuellement fermés par rapport au reste de la ville, commençant ainsi à bâtir un mécanisme d'exclusion. Il est nécessaire, pour qu'un éco-quartier rayonne sur au moins un kilomètre alentour, de faire évoluer les quartiers qui le confrontent et que l'on doit greffer.

Sur un fond de carte à l'échelle du 1/25 000^e, un fonctionnaire de l'administration a recensé les quartiers qui n'allaient pas dans toutes les villes de France. Il a tracé des « patates » imprécises au gros trait pour identifier les « quartiers sensibles ». Mais que deviennent les habitants qui sont sous le trait ? Et ceux qui sont à l'intérieur : sont-ils emprisonnés ou libérés ? C'est un signe trop dur.

Dans la réponse de l'équipe installée avec Jean Nouvel et Jean-Marie Duthilleul pour le Grand Paris nous avons décidé de ne pas dessiner de « patate ». En faisant ce geste innocent, une partition est créée, ce qui n'est pas bien. Une croix ou un point sur la carte suffisent pour marquer un lieu, un carrefour, un bistrot... Cela a été un très gros effort qui nous faisait rire malgré tout.

Nancy est un modèle de ville dont l'histoire est pleine d'enseignement. Deux villes existaient : la vieille ville médiévale et une ville neuve. Louis XV a proposé à son beau-père, Stanislas Leszczyński, roi de Pologne qui n'avait plus de royaume, de lui

«prêter », pour la fin de sa vie, la Lorraine. Nancy en serait la capitale et Lunéville le château. Le nouveau Duc de Lorraine s'est adressé à Emmanuel Héré, architecte lorrain et urbaniste de génie, pour réaliser l'ensemble autour duquel s'organise la ville actuelle que l'on connaît. Ce dernier a eu l'idée incroyable de construire la cité dans les fossés entre les deux villes existantes, sur un cloaque où étaient déversés tous les détritiques, créant la place Stanislas et toutes les perspectives. Cette réalisation d'une grande modernité était dans l'esprit des Encyclopédistes.

Aujourd'hui, combien d'élus osent embellir leur ville par l'évolution de l'endroit le plus dramatique ?

De la même façon, après le tremblement de terre qui détruisit Lisbonne en 1755, le Marquis de Pombal, Premier Ministre, va reconstruire la capitale en appliquant les principes des *Lumières*. Il supprime les enceintes et ouvre la ville sur le Tage autour de la place *do Comercio* pour l'ouvrir vers le monde. Cette vision généreuse cachait néanmoins un esprit colonialiste.

Je donne en exemple de ces applications sanitaires sur deux missions d'aménagement prospectif qui m'ont été confiées.

La réhabilitation de la route nationale 1 à Antananarivo à Madagascar

Cette route est un cloaque, c'est par elle que le virus du choléra arrive à Antananarivo. Le choléra est à l'état endémique sur Madagascar et l'OMS met en place un plan d'éradication. (À Nantes justement, Ange Guépin avait bâti son essai à partir de l'épidémie de choléra de 1834.) Dans la partie urbaine de la RN1, je vois des femmes qui vendent des fruits près du marché, au sol sur des nappes. Elles les lavent dans le l'eau stagnante des fossés. Dans le cadre de la réhabilitation, j'ai proposé que les petits marchands s'installent sur des étals en recul d'un mètre. Le bouche à oreille a joué et cela a redonné de la valeur aux emplacements. Pour la réalisation des travaux, il a été demandé, dans l'ingénierie de la route, que le projet soit accompagné par un ingénieur sanitaire pour que les règles soient correctement mises en place.

Le District Hill, ghetto noir de Pittsburgh, aux États-Unis

Voilà une ville des grandes migrations dont on connaît tous les patrons d'industrie : Carnegie, Westinghouse, Heinz... Une grande ville industrielle avec de nombreux ponts et une très grande équipe de football américain. Le quartier de District Hill est le ghetto noir où l'on rencontre de gros problèmes de sida, de délinquance et de toxicomanie. L'équipe de Robert Fullilove, qui avait travaillé sur le même sujet à Harlem, a été appelée par la Ville de Pittsburgh pour travailler sur ce ghetto. L'équipe a souhaité que j'intervienne en tant qu'expert en urbanisme. L'immense bâtiment du « Civic Arena » a été construit, avec un non moins immense parking, entre le ghetto

noir et le centre d'affaires, le centre de Pittsburgh. Le ghetto était initialement connecté vers le quartier de la gare et brutalement il en est coupé.

Dans une de mes premières conclusions, j'ai suggéré de créer des liaisons inter-quartiers. Il m'a été répondu qu'aux États-Unis il n'y avait pas d'inter-quartiers possibles. Le ghetto est le ghetto, il ne peut pas y avoir de liaison ! Effectivement il n'y avait pas de rues, pas de continuité. C'est ainsi dans la culture américaine. J'étais totalement déconcerté lorsque j'ai réalisé que, lorsque le ghetto noir participait de la ville, que les ouvriers descendaient vers les usines sidérurgiques implantées sur les bords de l'Allegheny et la Monongahela, ils ne faisaient pas le tour par le centre ville. Il y avait forcément des chemins ! Nous les avons cherchés. Les autoroutes ont tout saccagé ! Nous les avons exhumés. À l'époque, treize funiculaires joignaient le haut et le bas de la ville ! La commande que nous avions était sanitaire, nous avons apporté une réponse urbaine. Le plan imaginé s'appelle *le plan Cantal* à Pittsburgh. J'en suis très fier ! Aujourd'hui, toutes les associations historiques de la ville ont repris cette idée, venue du ghetto, de retrouver la rivière.

En conclusion, je veux vous dire que ce que nous faisons aujourd'hui est un long chemin. La santé publique se regarde de façon internationale. Les États-Unis étudient notre comportement dans la mutualisation de la santé. On observe combien leur président a beaucoup de peine à faire évoluer cette donnée qui est un droit ! Certains diplomates disent même que ce doit être un droit universel. De notre côté, nous avons tout ou pensons tout avoir. Pourtant nous pouvons mieux faire, pas dans l'enceinte des hôpitaux mais aux abords, à l'accueil de l'hôpital.

Regardez bien les parvis de nos écoles, regardez bien les parvis de nos hôpitaux, et vous saurez l'état sanitaire de nos villes !

Échanges-débats

Robert Fullilove – Vous pouvez facilement imaginer la scène : Michel Cantal-Dupart, un grand Français, devant un grand public noir, en disant : « Mes chers amis de Pittsburgh, je connais votre ville mieux que vous ! J'ai quelques paris à vous faire. Il existe ici, dans le quartier noir, le Distric Hill, un funiculaire. On a beaucoup perdu le sens de ce funiculaire mais c'était très important pour l'histoire de ce quartier parce qu'il a fait la liaison entre le quartier et les grandes usines de fer qui existaient à l'époque à Pittsburgh. » Quel moment !

C'était à moi de faire la traduction de ces commentaires et, maintenant, c'est à moi de dire quelque chose côté américain sur ce colloque et ce débat sur l'importance de la politique de la Ville pour une politique de la Santé. Je travaille dans le domaine du sida depuis maintenant 26 ans. Aux États-Unis, vous savez que c'est une épidémie des villes. À New York, nous avons déjà 100 000 personnes qui vivent avec ce virus. C'est un échec de notre politique de la Ville. Je suis ici pour, encore une fois, tirer des leçons de l'urbanisme français. J'espère bien que pendant ce débat, je pourrai tirer des leçons pour mes étudiants de Santé Publique à Columbia. Je vous félicite pour ce genre de débat qui n'existe pas aux États-Unis et j'espère bien que les commentaires de Cantal-Dupart sont quelque chose que vous allez utiliser pour tous les commentaires qui vont suivre.

François Bourdillon – Merci Michel Cantal de ce très bel exposé. Vous avez fait très fort parce que vous avez parlé de Montpellier alors qu'on a l'Hérault qui est représenté ici. On a M^{me} Jurin de Nancy, je suis de la Pitié-Salpêtrière et je peux confirmer que c'est une ville dans la ville et je vais m'attacher à regarder son parvis, demain.

Michel Cantal-Dupart – C'est un très bel hôpital ! C'est l'un des plus maltraités mais c'est un des plus beaux parvis d'hôpitaux, au monde ! Avec Guépin, c'est le deuxième héros, c'est le merveilleux docteur Pinel qui a libéré les femmes...

François Bourdillon – J'ai été très sensible à votre plaidoyer sur l'ouverture et à ce clin d'œil sur le réel, le symbolique et l'imaginaire qui rappellent Freud et, surtout Lacan qui l'a beaucoup porté.

Une cité en pleine mutation

Santé et mutations urbaines : des histoires imbriquées

Sabine Barles

Professeur à l'Institut Français d'Urbanisme, Université de Marne-la-Vallée

Dans le court temps qui va suivre, je voudrais revenir sur l'imbrication qui existe entre histoire de la santé et de la médecine d'une part, et histoire urbaine d'autre part. Ces liens se tissent dès l'Ancien Régime et se traduisent de manière très sensible dans la façon des espaces urbains dès le XVIII^e siècle [1].

XVIII^e SIÈCLE : L'ESSOR DU NÉO-HIPPOCRATISME

Les transformations urbaines qui ont marqué l'ère industrielle constituent un processus général en Europe et traduisent une volonté qui émerge au XVIII^e siècle, volonté dont la principale caractéristique est qu'elle est portée par un regard médical. Ce regard médical, que l'on a appelé le néo-hippocratism, est lié au renouveau des théories d'Hippocrate, et notamment de son « Traité des eaux, des airs et des lieux »⁽¹⁾ qui accorde à l'environnement, au milieu, une place extrêmement importante dans la santé, dans la maladie et dans la mort.

Il existe en effet un constat quasi unanime au XVIII^e siècle, celui de la surmortalité urbaine, selon les termes que nous employons aujourd'hui. Ce constat est permis par l'essor des statistiques, donc, de la mesure de l'État, qui est extrêmement important à ce moment-là, et il montre deux choses. D'une part, on meurt plus en ville qu'à la campagne. Par exemple, à la fin du XVIII^e siècle à Marseille, on vit en moyenne 22 ans, et 38 ans dans son arrière-pays [19]. Au début du XIX^e siècle encore, la mortalité urbaine atteint en France 36,1 %, tandis qu'elle est de 23,7 % en milieu rural [18, p. 204]. Il y a ainsi une grande inégalité en ville et campagne, ce d'autant plus que, et c'est la seconde facette de la surmortalité urbaine, en ville, on meurt plus qu'on ne naît. Les villes ne croissent alors que par des apports de population extérieure.

Cette situation inquiète beaucoup les États et les médecins. Ceux-ci considèrent la ville, comme on peut le lire dans leurs textes, comme une sorte de marais artificiel : « le sol boueux des grandes villes » [4] est un type particulier de marécage. Dès lors,

(1) On pourra se reporter à l'édition du médecin Adamantios Coray (1800) [8].

on comprend mieux l'attention dont font l'objet les espaces urbains, puisque les palus sont jugés responsables de multiples maladies, dont les fièvres intermittentes, mais aussi de beaucoup de maladies des yeux et de diverses autres pathologies. Les médecins sont convaincus que ce qui rend malade, c'est l'air – une dimension bien connue de l'histoire médicale du XVIII^e siècle. Mais si l'air est corrompu, c'est, dans la pensée médicale, parce que le sol lui communique ses exhalaisons délétères, son méphitisme, ses miasmes. Par conséquent, c'est le sol qui est dénoncé pour sa corruption, ce milieu boueux, organique, en putréfaction, qui caractérise effectivement les villes puisque les rues y sont rarement pavées, puisque l'eau y circule très peu, puisque les excréta divers et variés les imprègnent. De ces inquiétudes naît un mouvement de dénonciation de « ces gouffres habités que l'on décore du nom de villes, et où des millions d'hommes vont se précipiter » [6, p. 3] : corruption générale, mais aussi corruption liée à certaines activités urbaines comme les chantiers d'équarrissage, les boucheries, les tueries, les tanneries, les cimetières qui sont implantés en pleine ville, etc.

À ceci va s'ajouter une crainte nouvelle, celle de l'entassement des hommes, avec la découverte des mécanismes de la respiration par Joseph Priestley et Antoine-Laurent Lavoisier qui montrent que tout en respirant, les hommes créent les conditions de leur mort. La disposition des villes ne fait qu'empirer les choses, puisqu'elles sont souvent enserrées de fortifications ou de murs, que leurs rues sont étroites : bref, les villes sont enfermées, l'air n'y circule pas. La concentration humaine et animale s'ajoute ainsi à la corruption du milieu pour créer les conditions de l'insalubrité urbaine que les médecins décrivent et analysent en profondeur dans leurs topographies médicales. Celles-ci se développent à partir des années 1760, d'abord du côté de la médecine militaire, puis du côté de la médecine civile, et visent à décrire, pour une région ou une ville donnée, son milieu d'une part, les maladies qui le ou la caractérisent d'autre part, de façon à mettre en relation, comme le demandait Hippocrate, les conditions environnementales avec les conditions sanitaires. Les analyses qui sont ainsi produites peuvent être fines, souvent déclinées à l'échelle du quartier, comme c'est le cas dans la topographie médicale de Paris de Claude Lachaise (1822).

Un consensus émerge ainsi au sein de la société du XVIII^e siècle, à l'échelle européenne, selon lequel il faut changer les villes, les transformer complètement. La motivation en est sanitaire puisqu'il faut arriver à éradiquer la surmortalité urbaine. Ce consensus passe par un certain nombre de propositions, qui sont relayées par les architectes notamment, et dont les « considérations sur la distribution vicieuse des villes, [et] sur les moyens de la rectifier » de Pierre Patte (1769) constituent une excellente synthèse. Cependant, en France, les transformations effectives restent relativement limitées avant la Révolution. Un certain nombre d'activités insalubres sont éloignées, notamment les cimetières. Les anciennes carrières de Paris ont ainsi été remplies avec les ossements

des cimetières parisiens, notamment celui des Saints Innocents qui se trouvait en plein cœur de la capitale, vidé dans les années 1780 parce qu'il était considéré comme un facteur d'insalubrité et de corruption de l'air. Des fortifications sont aussi abattues qui vont permettre la création de mails plantés. Il s'agit d'un enjeu important en termes de salubrité, parce que l'on découvre dans le dernier tiers du XVIII^e siècle que la végétation, les arbres en particulier, est capable de produire ce que l'on n'appelle pas encore de l'oxygène et constitue donc un facteur d'amélioration de la qualité de l'air. La vision de l'arbre change complètement : autrefois considéré comme un facteur d'humidité, donc d'insalubrité, il devient, au contraire, un facteur de salubrité. Les lieux privilégiés de plantation d'arbres seront les boulevards, espaces aménagés sur d'anciennes fortifications, et ceci partout en Europe.

Tout ceci donne aussi naissance, à la fin du XVIII^e siècle, à l'hygiène et à l'hygiénisme qui sont les avatars du néo-hippocratismes et qui visent, avant tout, à mieux maîtriser les conditions environnementales.

XIX^e SIÈCLE : INGÉNIERIE URBAINE

Les grandes transformations interviennent au XIX^e siècle et elles sont, dans beaucoup de cas – je parle, encore une fois, de l'espace urbain en tant qu'espace de vie – confiées, non pas aux médecins qui ont été les premiers à mettre en avant la nécessité de la rectification urbaine, mais à des ingénieurs qui représentent une profession tout à fait montante dans la ville depuis le XVIII^e siècle mais surtout au XIX^e siècle. Ils vont être les premiers intervenants de la rectification urbaine et vont développer une vision de la ville, à la fois la fille de celle du XVIII^e siècle mais qui leur est aussi très particulière, basée sur leur culture scientifique. La culture des ingénieurs se fonde alors sur deux grandes disciplines : la mathématique et la mécanique, et, au sein de la mécanique, sur une branche spécifique, l'hydraulique [11]. Pour les ingénieurs, la ville est un ensemble de flux, ou devrait être assimilable à un ensemble de flux, qui doivent s'écouler au mieux. Pour ce faire, il faut réticuler, c'est-à-dire mettre la ville en réseau. L'intervention urbaine des ingénieurs se traduit par la multiplication des réseaux comme moyen d'assurer une meilleure circulation des flux. Et quand je parle de flux, je parle d'air, d'eau, de personnes, de véhicules, d'argent. Finalement, une vision réticulaire généralisée se met en place qui se base aussi sur une séparation très stricte entre les trois éléments qui composent l'environnement urbain : l'air, l'eau et le sol.

Le nouveau profil adopté pour les rues traduit on ne peut mieux cette vision. La chaussée bombée peut être considérée comme le *must* du XIX^e siècle – on la rencontre très fréquemment dans nos villes aujourd'hui. Elle constitue une réponse à la fois à une question de circulation humaine et animale, mais aussi à une question de santé.

La chaussée bombée, avec ses deux trottoirs latéraux, permet, grâce à son revêtement, de séparer le sol corrompu de l'air, donc, de préserver le second de la corruption du premier. De plus, en donnant aux piétons un espace spécifique qui est le trottoir, elle les protège des accidents de la circulation, crainte extrêmement importante au XIX^e siècle où l'on constate une surreprésentation de l'accident dans les problématiques de gestion urbaine [3]. Enfin, ce profil permet d'évacuer au mieux les eaux dans les caniveaux latéraux qui conduisent les eaux, une fois souillées, dans les égouts implantés sous les trottoirs ou, parfois, sous les chaussées. Cette chaussée qui nous apparaît, aujourd'hui, comme un équipement technique, une manifestation de l'ingénierie – ce qu'elle est – est aussi la manifestation d'une volonté de transformer la ville et d'en faire une ville plus saine et plus salubre, de même que le sont les nombreuses percées effectuées dans les villes du XIX^e siècle, les élargissements de voirie, etc., qui visent tant à favoriser l'écoulement du trafic que celui de l'air, tout en contribuant à l'assèchement urbain donc à la réduction des exhalaisons délétères. À cela s'ajoute la nouvelle fonction de l'eau qui devient l'agent de nettoyage universel pour le sol, pour la rue, pour la maison, pour l'usine, et bientôt pour le corps. L'eau a été un agent d'évacuation et devient un véritable agent de propreté dès qu'elle est courante, ce qui entraîne une augmentation considérable de sa consommation.

Au même moment, un certain nombre de réflexions portent sur la localisation des activités. Là, ce sont moins des ingénieurs qu'à nouveau des médecins, des pharmaciens qui vont être particulièrement concernés à partir du début du XIX^e siècle, à travers les conseils de salubrité notamment. Leur intervention peut se résumer en ces termes : « Il faut isoler l'activité insalubre ». Cette démarche est similaire à celle que j'exposais auparavant qui consistait à séparer l'eau de l'air et du sol et l'isolation des activités insalubres se fait de deux façons. La première, c'est le fameux mur, qui est à proprement parler un outil de salubrité industrielle au XIX^e siècle : afin de ne pas contaminer l'espace public, on va construire de grands murs autour des usines. La seconde, c'est l'éloignement, le déplacement des activités les plus nuisibles ou les plus dangereuses plus loin des activités urbaines et plus loin de l'habitat [12, 15].

Enfin, dernière caractéristique de cette période, balayée à très grande allure et très incomplètement, c'est l'idée, très forte au XIX^e siècle, selon laquelle : « Assainir, c'est aussi nourrir » [2]. Ce que je veux dire par là, c'est qu'une très grande inquiétude monte en Europe au XIX^e siècle qui concerne la production alimentaire. Les rendements agricoles sont très faibles et la question se pose de trouver de nouvelles sources d'engrais. L'idée qui va se développer chez les ingénieurs, les agronomes, les médecins, les hygiénistes, est celle selon laquelle la ville doit rendre à la campagne ce qu'elle lui a pris, « ces matières dont les villes doivent compte à la terre » [9, p. xxxi]. La ville tire de la campagne des aliments, elle doit lui rendre des engrais. Ces engrais, ce sont les urines et les excréments des citadins, ainsi que la plupart de leurs excréta. C'est ce

qu'affirme aussi Victor Hugo, dans *Les Misérables*, au début du livre « L'intestin de Léviathan », au chapitre « La terre appauvrie par la mer », où il dénonce l'abandon des excréta, à l'origine de « La faim sortant du sillon et la maladie sortant du fleuve ». Or, « Ces tas d'ordures du coin des bornes, ces tombereaux de boue cahotés la nuit dans les rues, ces affreux tonneaux de la voirie, ces fétides écoulements de fange souterraine que le pavé vous cache, savez-vous ce que c'est ? C'est de la prairie en fleur, c'est de l'herbe verte, c'est du serpolet et du thym et de la sauge, c'est du gibier, c'est du bétail, c'est le mugissement satisfait des grands bœufs le soir, c'est du foin parfumé, c'est du blé doré, c'est du pain sur votre table, c'est du sang chaud dans vos veines, c'est de la santé, c'est de la joie, c'est de la vie. » [13]⁽²⁾. La récupération des engrais urbains passe par le développement de toute une activité industrielle dédiée à leur fabrication, par celui de l'irrigation agricole par les eaux d'égouts dans les champs d'épandage, dans lesquels les eaux souillées sont assainies tout en contribuant à la production végétale. Se forme ainsi un cercle vertueux – dans les esprits sinon dans les faits – entre approvisionnement alimentaire et traitement des excréta, alimentation et fertilisation, qui bénéficie doublement à l'état sanitaire de la population et s'inscrit durablement dans le paysage urbain et périurbain.

La transformation de l'environnement urbain a été, pas seulement, mais en grande partie, motivée par des enjeux de salubrité, de santé, de sécurité. Mais cette transformation même, pourrait-on dire, a induit un oubli progressif de l'environnement par ceux qu'il intéressait au premier chef.

XIX^e-XX^e SIÈCLES : L'OUBLI PROGRESSIF DE L'ENVIRONNEMENT

Tout à l'heure, j'ai dit que les médecins avaient beaucoup regardé la ville. Ils l'ont progressivement moins regardée, ne serait-ce que parce qu'ils ont passé la main aux ingénieurs. Ils se sont même, parfois, affrontés à eux, en particulier dans le dernier tiers du XIX^e siècle, où la position dominante revenait souvent aux ingénieurs. Ces derniers, étant en place dans les services techniques des villes, pouvaient certainement faire passer leurs projets puis aisément, et avaient les moyens de mettre en avant leurs compétences techniques face à des médecins, certes capables de jauger la plus ou moins grande salubrité d'un dispositif (et encore cette capacité ne leur était-elle pas toujours reconnue), mais non formés à sa conception ni à sa réalisation.

Un autre élément important du côté de la médecine est le ré-ordonnement de la chaîne causale qui conduit de la santé à la maladie, de la vie à la mort, qui s'affirme à partir des travaux de Louis-René Villermé. Le médecin tente d'expliquer, dans les

(2) Mais il se trompe dans la description qu'il fait de la situation parisienne.

années 1820, les inégalités de mortalité entre les quartiers de Paris et applique dans un premier temps le modèle néo-hippocratique selon lequel si la mortalité diffère, c'est parce l'environnement n'est pas le même d'un quartier à l'autre. Mais il n'arrive pas à montrer, à corréliser ces deux séries de variables : les qualités environnementales d'une part et les taux de mortalité d'autre part, ce qui l'amène à examiner la question de la pauvreté. Il établit en définitive une corrélation absolument parfaite entre mortalité et pauvreté qui lui permet de conclure : « Donc la richesse, l'aisance, la misère sont, dans l'état actuel des choses, pour les habitants des divers arrondissements de Paris, par les conditions dans lesquelles elles les placent, les principales causes (je ne dis pas les causes uniques) auxquelles il faut attribuer les grandes différences que l'on remarque dans la mortalité. » [20, p. 311-312]. Ces résultats annoncent un déplacement des causes premières du milieu vers les conditions sociales et l'émergence de la fameuse question du mal social qui va traverser tout l'hygiénisme du XIX^e et d'une partie du XX^e siècle [10].

On note par ailleurs, chez les médecins du second XIX^e siècle, un repli vers le milieu intérieur tel que prôné par Claude Bernard qui affirme : « Si la médecine scientifique antique ou hippocratique est fondée sur la connaissance de la constitution et de l'influence du milieu extérieur, la médecine scientifique moderne ou expérimentale est fondée sur la connaissance de la constitution et de l'influence du milieu intérieur. » [5, p. 274]. De ce fait, le milieu extérieur n'est plus du ressort des médecins.

Le désintérêt environnemental, notamment pour la ville, s'explique aussi par les transformations du milieu elles-mêmes et par celles des conditions sanitaires urbaines. En effet, la surmortalité urbaine mentionnée tout à l'heure disparaît. Au tout début du XX^e siècle, – je suis désolée de donner un exemple parisien, mais ce sont les chiffres que j'avais sous la main, je ne vais pas dire que Paris compte plus que tout le reste au monde, au contraire –, on voit que la nette différence qui existait entre Paris et la France diminue : les taux de mortalité sont respectivement de 28,4 ‰ et 22,6 ‰ pour la période 1853-1860, passent à 23,8 ‰ et 22,5 ‰ en 1882-1891, puis 18,4 ‰ et 20,6 ‰ en 1900-1904 [18, p. 204] (pour mémoire ils sont de 7,3 ‰ et 9,0 ‰ en 2002) : il devient au XX^e siècle plus risqué de vivre à la campagne qu'à la ville (toutes choses égales par ailleurs, bien sûr).

Je ne veux pas établir une corrélation directe et simpliste entre transformation de l'environnement urbain, d'une part, et baisse des taux de mortalité, d'autre part : beaucoup d'autres variables doivent en effet être prises en compte. Mais on pourrait dire que, finalement, cette partie du projet néo hippocratique puis hygiéniste semblait accomplie et que, par conséquent, il n'était plus nécessaire de regarder l'environnement comme un facteur aussi important de santé qu'on le faisait au cours du XVIII^e et du premier XIX^e siècle.

CONCLUSION : L'ÉCHEC DE L'APPROCHE HYGIÉNISTE ?

Pour conclure, quelques mots concernant la situation actuelle. On pourrait se demander si nous ne sommes pas confrontés, aujourd'hui, à ce qui pourrait être l'échec de l'approche hygiéniste. J'emprunte cette expression à un collègue historien de l'environnement urbain [16] ; cet « échec » résulterait de plusieurs raisons et nous interpelleraient de différentes façons aussi.

Ces deux derniers siècles ont en fait été caractérisés par une externalisation des nuisances. Je ne parle pas d'externalisation au sens économique du terme, mais tout simplement d'externalisation physique puisque, en rejetant les nuisances hors la ville, que ce soient des industries, des ordures ménagères, des eaux usées, on a rendu la ville saine au détriment d'autres espaces. Ce système fonctionnait assez bien tant que les villes étaient relativement concentrées. À partir du moment où l'essor urbain se fait étalement, il commence à poser des problèmes, tout simplement parce que l'on voit apparaître des effets rétroactifs : l'aval d'une ville peut être l'amont d'une autre ville et l'aval d'une ville corrompu, peut devenir l'amont corrompu d'une autre ville ! On pourrait ainsi multiplier les exemples de changements de l'environnement planétaire qui montrent bien la circularité des problèmes qui lient ville et environnement.

On constate aussi un nécessaire retour vers le milieu, que vous connaissez bien mieux que moi, qui a permis d'identifier, à la fin des années 1990, une nouvelle surmortalité urbaine. Cette surmortalité n'a rien à voir avec celle du XVIII^e siècle car les différences qu'elle traduit sont bien moins importantes, mais il n'empêche que l'on se rend compte que, finalement, la ville, en tant que milieu avec ses activités, ses pratiques, engendre des morts, en quelque sorte. On pourrait aussi mentionner les sites et sols pollués, les problématiques de multi-exposition, etc.

Bien plus, se (re)pose la question du milieu urbain en tant que milieu de vie, comme cela a été suggéré dans les différentes allocutions introductives. Le XIX^e siècle et le début du XX^e siècle ont été caractérisés par une forte minéralisation de l'espace urbain, associée à son assèchement et à l'éradication de la vie – hors celle des citadins, de leurs animaux de compagnie (dont l'intégration pose néanmoins toujours problème), et de la végétation utilitaire. Il s'agit là d'un vivant très maîtrisé, dont la naturalité est très limitée. La question qui se pose aujourd'hui est : qu'est-ce que la place de la nature dans la ville et quelle nature dans la ville, quelle biodiversité urbaine dans quel biotope urbain [7] ?

Finalement, ceci remet complètement en question la façon dont on a transformé cette ville pour des motifs de santé. Il ne s'agit pas de porter un jugement rétrospectif critique sur les mutations urbaines de l'ère industrielle, mais de prendre acte de la profonde remise en question aujourd'hui de leurs partis pris et conséquences

mésologiques, comme de l'extrême difficulté qu'il y a à porter un nouveau regard sur le milieu urbain. Les cultures professionnelles, notamment, qui pourraient permettre ce nouveau regard, n'existent pas vraiment, dans la mesure où les cloisonnements sont extrêmement forts entre les différentes professions, disciplines, spécialités qui pourraient intervenir en ville. Ce cloisonnement disciplinaire et professionnel est, en quelque sorte, un produit du XIX^e siècle, comme l'est le cloisonnement du milieu que j'évoquais plus haut.

Je vous remercie de votre attention.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Barles S. *La ville délétère. Médecins et ingénieurs dans l'espace urbain, XVIII^e-XIX^e siècles*. Champ Vallon, Seyssel 1999.
- [2] Barles S. *L'invention des déchets urbains, France, 1790-1970*. Champ Vallon, Seyssel 2005.
- [3] Barles S. « De l'encombrement à la congestion ou la récurrence des problèmes de circulation urbaine, XIX^e-XX^e siècle », p. 129-143, in : Descat S, Monin É, Siret D. (eds.). *Le développement durable au regard de l'histoire urbaine*. Lille : École Nationale Supérieure d'Architecture et du Paysage de Lille, 2006.
- [4] Baumes JB. *Mémoire (...) sur la question (...) : déterminer, par l'observation, quelles sont les maladies qui résultent des émanations des eaux stagnantes, et des pays marécageux (...), et quels sont les moyens d'y remédier*, Nîmes, 1789.
- [5] Bernard C. *Principes de médecine expérimentale*, 2^e éd. [1^{re} éd. 1947], Paris : P.U.F., 1987.
- [6] Bertholon, Abbé Pierre, pr de physique expérimentale des états-généraux de la province de Languedoc, des académies royales des sciences d'un peu part en province et à l'étranger. *De la salubrité de l'air des villes, et en particulier des moyens de la procurer* ; ouvrage couronné par l'Académie de Lyon, Montpellier, 1786.
- [7] Blanc N. Vers un urbanisme écologique ? *Urbia - Les cahiers du développement durable* édité par l'Observatoire de la Ville et du développement durable (Université de Lausanne) « Urbanisme végétal et agriurbanisme » 2009, 8, 39-59.
- [8] Coray A. *Traité d'Hippocrate des aires des eaux et des lieux* ; traduction nouvelle. Baudelot et Eberhart, Paris an IX (1800) : 2 vol.
- [9] Dumas JB. « Rapport conclusif » (faux titre), in : Commission des engrais, *Enquête sur les engrais industriels*, Paris, 1865-1866.
- [10] Faure O. *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*. Anthropos, Paris 1994 : 272 p.
- [11] Guillaume A. « Réseau : Genèse d'une catégorie dans la pensée de l'ingénieur sous la Restauration », *Flux* 7(6), 1991, p. 5-17.
- [12] Guillaume A, Lefort AC, Jigaudon G. *Dangereux, insalubres et incommodes : paysages industriels en banlieue parisienne, XIX^e-XX^e siècles*. Champ Vallon, Seyssel 2004.
- [13] Hugo V. *Les Misérables*. Paris : NRF (bibliothèque de La Pléiade), 1951.
- [14] Lachaise C. *Topographie médicale de Paris*, Paris, 1822.
- [15] Massard-Guilbaud G. *Histoire de la pollution industrielle. France, 1789-1914*. Éd. de l'EHESS, Paris 2010.

- [16] Neri Seneri S. Water pollution in Italy: The failure of the hygienic approach, 1890s-1960s. In : Bernhardt C, Massard-Guilbaud G (eds.). *Le Démon moderne. La pollution dans les sociétés urbaines et industrielles d'Europe*. Presses de l'Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand 2002 : pp. 157-178.
- [17] Patte P. *Mémoires sur les objets les plus importants de l'architecture*, Paris, 1769.
- [18] Poussou JP. *La croissance des villes au XIX^e siècle (...)*, 2^e éd. Rev. et corr., Paris, CDU et SEDES, 1992.
- [19] Raymond. « Mémoire sur la topographie médicale de Marseille & de son territoire (...) », *M.S.R.M.*, 1777-1778, p.
- [20] Villermé LR. De la mortalité dans les divers quartiers de Paris. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1830 ; t. 3 : 294-341.

Une cité en pleine mutation vers une ville durable

Isabelle Roussel

Professeur émérite de géographie, Université de Lille 1

LES VILLES DURABLES SONT-ELLES DES VILLES DANS LESQUELLES IL FAIT BON VIVRE ?

Après cette transition historique, je vais enchaîner sur des aspects plus contemporains en reprenant le tableau de l'hygiénisme et en montrant que, par rapport à la ville du XIX^e siècle, les XX^e et XXI^e siècles changent complètement de registre.

Ma présentation s'intitule : « Les villes durables sont-elles des villes dans lesquelles il fait bon vivre ? ». Cette interrogation pose à la fois la question de la durabilité et de l'environnement et, en même temps, celle de la santé à travers la qualité de la vie qui est une expression très large du domaine sanitaire.

On va regarder un certain nombre de points. Tout d'abord, on regardera les rapides mutations de la ville. Ensuite, nous verrons comment cette métropolisation, ce phénomène de métropolisation peut être ambigu, peut être regardé de manière ambivalente, soit comme un mode d'exclusion, soit aussi comme un mode d'adaptation et de diversification. Et puis, enfin, nous poserons la question de l'environnement et de la santé.

MÉTROPOLISATION ET ÉTALEMENT URBAIN

Je passe très rapidement sur l'hygiénisme et la salubrité de l'habitat parce que, effectivement, l'hygiénisme a eu pour conséquence d'envoyer les habitations vers la campagne. Et cette lutte contre l'insalubrité de l'habitat a été le premier facteur de ce que l'on appelle maintenant la métropolisation qui a encore beaucoup d'autres origines. La ville industrielle du XIX^e siècle était assez figée – à travers des murs comme l'a exprimé Sabine Barles. Il y avait donc un côté très rigide des quartiers de la ville industrielle ; ce sont ces murs qui ont tendance à éclater complètement. À telle enseigne que, même maintenant, un de nos collègues, Michel Lussault [1], considère que ce n'est pas 80 % de la population qui vit en ville mais que, pratiquement, la ville s'est répandue sur tous les espaces.

Après ce domaine assez figé de la ville industrielle, le nouveau marché de l'emploi, le phénomène de la tertiairisation a complètement fait éclater cet espace statique pour introduire le mouvement, la mobilité. Et la ville est devenue celle des flux et du mouvement. On voit le reflux de l'exode rural qui avait construit la ville industrielle s'inverser du côté de la campagne. Et Paul Morand [2] avait constaté que l'automobile a rendu les campagnes, les routes, les auberges, l'aventure et l'usage des espaces vides entre les grandes villes, qui étaient perdus depuis des siècles et abandonnés aux cultivateurs. Ce reflux vers la campagne procède d'un mouvement physique mais aussi de plus en plus immatériel. La conséquence du divorce entre l'industrie et la ville, c'est aussi – et là, vous me permettez d'exprimer ma sensibilité plus tournée vers la qualité de l'air – la diminution, en ville, d'un certain nombre de polluants, traceurs de l'activité industrielle. Mais cet étalement urbain, cet « urban sprawl », est un phénomène mondial lié au développement de l'automobile et la santé n'est plus du tout le seul motif de cette nouvelle génération de ville et de la métropolisation qui s'étend. Je ne rentre pas dans tous ces facteurs que vous connaissez aussi bien que moi, de l'extension de la ville. Il y a, bien sûr, la transformation de l'emploi, le souci d'avoir un logement plus grand, un investissement affectif avec le jardin, sans doute, par opposition à cette ville minérale, décrite tout à l'heure, dans laquelle le seul animal, la seule nature, c'est le pot de géranium sur la fenêtre ou le pigeon à nourrir ou à ne pas nourrir ! Il y a une aspiration des familles à avoir un jardin, un logement plus grand. Et, à l'inverse, la taille des ménages fait aussi que l'on a besoin de plus de logements et il y a donc tout un souci d'adaptation. Sans compter des raisons plus financières et plus économiques, avec l'épargne et la propriété qui ont été encouragées.

Donc, on a un lien fort entre l'automobile et l'extension de la ville. Certains ont même parlé de territoires de l'« automobilité », caractérisés par la dépendance automobile. Le stress du transport a remplacé celui de l'insalubrité. Certes, la qualité des logements s'est améliorée mais au prix de trajets parfois pénibles. Et c'est pourquoi le Plan National Santé Environnement, le deuxième du genre, pose la question des transports comme étant, justement, une source d'inégalité. Une inégalité qui fait que, maintenant, 29 % des ménages qui étaient nés en 1910 habitaient en zone périurbaine et qu'ils sont 37 % maintenant. La taille des logements a augmenté mais aussi le nombre de propriétaires et celui des jardins est également en croissance.

OPPOSITION CENTRE – PÉRIPHÉRIE

Des oppositions s'esquissent entre le centre et la périphérie. L'exemple de Nancy montre qu'on est bien loin de la ville de Stanislas qui a complètement éclaté, et l'agglomération nancéenne est pratiquement en train de rejoindre Lunéville.

Le même phénomène s'observe à Lille : après un mouvement de concentration de la population industrielle vers les centres urbains, dans une métropole tripolaire, on a un mouvement de reflux, la création d'une ville nouvelle et, maintenant, la campagne est complètement colonisée par la ville, avec la tertiairisation de l'emploi qui s'est beaucoup affirmée.

Les recompositions territoriales entre le centre et les périphéries se traduisent par des mouvements pendulaires ; la gare joue un rôle important avec les horaires à tenir pour aller travailler et revenir dans sa maison, à la campagne, dans un lotissement qui, lui aussi, joue un rôle essentiel dans les rythmes de la vie. Le nombre de déplacements augmente avec le risque de congestion du trafic automobile puisque le phénomène du système de l'automobile s'entretient de lui-même. C'est le « cercle vicieux du développement urbain » que les PDU, les plans de déplacement urbain, ont essayé, au contraire, par un mouvement volontariste issu de la loi sur l'air de 1996, de casser en stoppant cette alliance objective mais contre nature entre l'auto et la ville pour, au contraire, chasser la voiture du centre ville. Le prétexte – parce qu'on pourrait en discuter longuement – était la qualité de l'air, un prétexte qui est venu conforter tout le mouvement que les villes avaient déjà entrepris avant la loi sur l'air de 96, en se dotant de transports en commun, de transports en sites propres pour repousser la voiture dans les limites de la ville. Et cet effort a pu être vu de deux manières : d'une manière positive parce que la ville s'est davantage libérée de la voiture mais on a vu aussi l'émergence d'une agglomération à deux vitesses avec une opposition entre le développement périurbain et le centre ville. Les aménités urbaines restant dans le centre tandis que la mobilité motorisée, les déplacements, la pénibilité des déplacements est attribuée à la périphérie.

Je passe encore sur la qualité de l'air, qui est plus importante dans le centre des villes que dans la périphérie, mais alimentée au quotidien par les nombreux déplacements.

Autre différence entre le périurbain et le centre ville, on voit, à travers l'exemple du Nord/Pas-de-Calais, que les conditions sanitaires ne sont pas les mêmes. Dans les villes, on meurt davantage de pathologies liées à la pollution atmosphérique alors que dans les campagnes et dans les communes périurbaines, il y a un mal-être qui est plus profond. Et d'ailleurs, tout ceci est en train d'évoluer. Même si la cartographie ne rend pas compte de toute la dynamique des mouvements, ces cartes esquissent l'opposition sanitaire centre – périphérie. En périphérie, la part des actifs qui travaillent dans leur commune diminue donc, dès que l'on s'éloigne du centre ville, on est astreint à des mouvements pendulaires. Les habitants du centre des villes sont nettement avantagés par rapport à la périphérie si on regarde la proportion des déplacements motorisés. Les urbains peuvent laisser leur voiture au garage.

Cependant, il faudrait fortement nuancer cette opposition « à la louche », quand on regarde dans le détail, à des échelles beaucoup plus fines, le tissu urbain lui-même est

très hétérogène et que les différences effectuées à l'échelle de l'agglomération sont des outils de travail mais qu'il faut tout à fait nuancer.

Il faut les nuancer d'autant plus que l'« urban sprawl », que j'évoquais tout à l'heure, n'est pas du tout à comparer à l'extension de la ville américaine qui a gagné sur la nature vierge périphérique. On a eu des points d'appui d'anciens villages, des bourgades qui ont permis de définir des centralités secondaires et tout de même d'avoir une organisation de la ville un petit peu différente, même si vous voyez que ces bourgades périphériques – ici, c'est dans la région lyonnaise – ont maintenant leurs espèces de hernies constituées par des lotissements. Mais on garde néanmoins une impression de bourgade au sein de cet ensemble périurbain lyonnais.

L'ÉGALITÉ, FACTEUR DE BIEN-ÊTRE

Éric Maurin [3] dénonce le ghetto français avec une mobilité résidentielle qui fait que l'on va vers des habitants qui sont un petit peu semblables à vous-mêmes. Les exclus sont ceux qui restent là comme dans le quartier de la Bourgogne à Tourcoing, dans l'agglomération lilloise, où ceux qui peuvent aller ailleurs ont tendance à le faire et ainsi à disqualifier certains quartiers.

Mais la ville est aussi recomposée en fonction des âges de la vie. J'évoquais le jardin, la volonté d'avoir une taille de logement plus grande. Et là, on voit que cette très forte mobilité quotidienne, mais aussi résidentielle, fait que la ville peut s'adapter aux âges de la vie. Cette adaptation, il ne faut pas toujours la prendre en termes d'inégalité. Dans l'agglomération lilloise, l'Association Pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique (APPA), l'association à laquelle j'appartiens, a fait des enquêtes auprès des habitants pour essayer de les interroger sur leur appréciation, leur satisfaction par rapport à leur logement et leur mode de vie dans des conditions très différentes. Les habitants, en général, valorisent leur logement dont les inconvénients sont assumés et non pas ressentis comme une inégalité, comme une injustice. Ceux qui habitent au centre de Lille ont tendance à dire : « Effectivement, j'ai un logement étroit mais je profite de tous les avantages de la ville. Comme je plains tous ceux qui doivent faire les trajets tous les jours ». Et quand on va interroger des ménages ou des familles qui sont dans le périurbain : « Comme je suis content d'avoir mon jardin, de revenir tranquillement le week-end et de pouvoir profiter des avantages de la campagne ».

Donc, le logement est valorisé au prix d'une mobilité résidentielle puisque ces mêmes jeunes ménages, qui sont satisfaits à la campagne, reviendront constituer les urbains de demain. Le phénomène de métropolisation vient balayer et bousculer l'immobilisme et la ville figée dans un périmètre défini.

VILLE DURABLE ET QUALITÉ DE VIE

Quelques éléments d'interrogation sur la ville durable et la qualité de vie. Cette notion d'environnement qui n'est plus du tout celui de l'hygiénisme et du milieu tel qu'il a été décrit tout à l'heure, tel qu'il avait été repris par les ingénieurs, revient tout à fait en force mais revisitée par la santé environnementale. Il ne faut pas confondre environnement et cadre de vie. On a vu avec le développement durable les limites d'un développement qui ne prenait pas en compte la santé. La notion d'environnement peut être tout à fait ambivalente et générer des inégalités.

Je passe rapidement sur les limites de l'hygiénisme qui ont été évoquées tout à l'heure. Le développement durable a été un progrès considérable par rapport à ce qui avait pu être des effets négatifs de l'hygiénisme. Vous voyez qu'on est sorti de cette logique mais que le développement durable depuis Rio – maintenant, on est en train de voir Rio + 20 – que ce développement durable doit être, aussi, rénové, repris, en remettant l'homme et la santé au cœur de ce développement. Il ne faut pas oublier que l'environnement est une question de relations, que les relations sociales sont aussi des facteurs de santé, que le cadre de vie n'est pas le nec plus ultra et que l'environnement doit être élargi aussi aux dimensions de la planète. C'est ce qu'avait évoqué Sabine Barles à la fin de son exposé.

Quand on prend l'environnement de façon restrictive en le limitant au cadre de vie, il peut induire de nombreux effets pervers parce que la qualité du cadre de vie peut être réservée à ceux qui ont les moyens de se l'offrir. Est-ce que c'est vraiment la qualité pour tous ? Est-ce qu'on n'a pas justement des effets d'« *Island strategy* » qu'on avait dénoncés au moment des PDU (Plan de déplacement urbain). Tout ceci, dans un cadre de constructions qui sont tout sauf flexibles, donc difficiles à gérer.

Quelques mots, très très rapides, sur l'ambivalence de l'environnement parce qu'effectivement, la lutte contre le changement climatique a permis d'avoir un autre regard sur le centre et la périphérie et de construire un regard plus favorable en faveur de la ville centre qui, bien que minérale, était plus dense, donc consommait moins d'énergie. Vous avez tous vu ces graphiques qui ont tendance à valoriser la ville dense moins énergivore que la ville périurbaine. C'est une donnée de la ville durable, certes, mais qu'il faut moduler partout les réflexions conduites autour de Pierre Radanne, et de Cyria Emilianoff, pour essayer d'envisager Rio + 20. Ils montrent que les émissions de CO₂ sont aussi beaucoup plus fortes dans les quartiers les plus riches alors que les quartiers dans la campagne, les quartiers issus d'une absence d'urbanisme, sont aussi quelquefois, ceux qui sont les plus économes en CO₂. Ce qui pose la question des réseaux. Les réseaux qu'avait construits la ville au début du XX^e siècle sont-ils encore pertinents ?

Doit-on favoriser une plus grande autonomie comme dans certaines villes qui sont des villes exemplaires qui recyclent localement leurs déchets, par exemple ? Ce sont des questions que l'on peut se poser. C'est aussi dans les périphéries que l'on a des logements les plus adaptés au changement climatique. Je termine sur l'égalité, facteur de bien-être.

CONCLUSION

On pourrait conclure sur la proposition suivante : la ville durable, c'est la qualité de vie ! Mais c'est la qualité de vie pour tous, c'est la qualité de vie contrainte par les exigences de la planète. Donc, avec la prise en compte des émissions de CO₂ réelles par habitant. Et c'est la qualité de vie en conformité avec les exigences du vivant et, donc, avec la relation entre l'environnement et le milieu de vie qui est la ressource essentielle qui nous réunit tous.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Lussault, L'urbain métropolisé français dans la mondialisation.
http://territoires2040.datar.gouv.fr/IMG/pdf/t2040_n3_1lussault.pdf
- [2] Morand P. *Le voyage*. Paris, Hachette, 1927.
- [3] Maurin E. *Le ghetto français*. Seuil, 2004, 95 p.

Des inégalités dans la ville aux inégalités de santé

Laurent Visier

Professeur de sociologie, Faculté de médecine, Université de Montpellier 1

INTRODUCTION

Bonjour à tous. Je remercie d'abord notre hôte, M^{me} le Sénateur, l'ensemble du comité organisateur et particulièrement Catherine Cecchi.

Pour vous parler du lien entre inégalités sociales de santé et la question de la ville, je vais procéder en trois parties. Je ferai d'abord un point rapide sur les inégalités de santé. Puis, je serai amené à passer par une médiation sur l'impératif démocratique et contemporain de santé aujourd'hui, pour finir sur le sujet qui est le nôtre, à savoir la ville et la production des inégalités de santé. J'essaierai d'être à la fois synthétique et prospectif, et en même temps un peu « poil à gratter ».

INÉGALITÉS DE SANTÉ

La santé est essentiellement inégalitaire

La santé est d'abord, il faut le dire, essentiellement, ontologiquement, inégalitaire. Bien sûr, il y a des inégalités entre les individus. Nous savons que nous n'avons pas tous les mêmes chances. On peut appeler ça « la roulette génétique » ou des « différences de naissance », peu importe ! Il s'agit là de ce qu'on pourrait nommer une distribution naturelle de la santé. D'ailleurs, pendant très longtemps, on a pensé que c'était là l'élément déterminant, que les inégalités étaient d'abord des différences et que ces différences étaient essentiellement des différences de nature.

Tout ceci est fondé sur le fait qu'existe une variabilité biologique qui est interindividuelle. Les biostatisticiens le savent bien puisque c'est à partir de cette variabilité qu'ils travaillent. C'est pour cela qu'il est nécessaire de constituer des échantillons qui permettent d'établir des probabilités au-delà de cette variabilité interindividuelle.

Il faut d'ailleurs constater que, selon la place qu'on va accorder à la nature, selon la manière dont on considère que cette nature est importante dans les différences, on va en inférer des manières de penser ou de compenser la santé qui vont être distinctes.

Je m'explique en une seconde pour renvoyer à des débats contemporains et internationaux : une philosophie plutôt américaine tend à stipuler que la nature produit des différences qui ne sont pas des différences socialement construites et qu'en tant que telles elles ne relèvent pas du collectif.

L'école de pensée *libertarienne* – en France, cela ne se porte pas très bien, mais philosophiquement c'est important⁽¹⁾ – considère que, comme ces inégalités procèdent d'un phénomène purement naturel, elles n'ont pas à être compensées socialement. Donc en s'appuyant sur ce type de pensée, la réforme *Obama* du système de santé est tenue pour illégitime – pour le dire en des termes d'actualité de débat au Sénat américain, ces jours-ci.

En revanche, les Européens – c'est évidemment un peu schématique – ont tendance à considérer que les coups du sort, naturels, qui s'abattent sur chacun, doivent être compensés du fait même qu'ils relèvent de la nature, et donc en quelque sorte d'un destin auquel on ne peut rien. C'est parce que la santé ne relève pas de la responsabilité de chacun qu'elle doit faire l'objet de compensation. Vous voyez déjà que cette question de nature, pour commencer en termes d'égalité, est un élément qui va être déterminant dans les politiques qu'on va adopter.

Nous étions là sur la question du caractère naturel des inégalités. Évidemment, ce n'est pas celui-là qui nous intéresse essentiellement aujourd'hui, de savoir pourquoi la nature fait qu'il y a des différences biologiques, des petits et des grands, des plus résistants et des plus fragiles.

Inégalités sociales de santé

En revanche, on va s'intéresser aux inégalités sociales de santé. Il en a été question à plusieurs reprises et très clairement dans les interventions précédentes. Il y a une force historique pendant tout le courant du XIX^e siècle et on peut évidemment pour illustrer ce mouvement faire référence à Villermé⁽²⁾ qu'on a déjà rencontré tout à l'heure (vous voyez qu'il y a une permanence des exposés, bien logique). Mais, malgré cette histoire forte en France, il est très étonnant de constater que la santé se constitue de façon extrêmement tardive en objet sociologique. L'objet « santé » apparaît en fait dans la sociologie au début des années 1950. Il y a quelques Américains qui se mettent à parler de maladie et de santé à partir d'une approche sociologique. En France, il faudra encore 20 ans, au bas mot, pour qu'un champ de sociologie de la santé émerge.

(1) On peut lire en français, comme représentant de ce courant, l'ouvrage de R. Nozick [8].

(2) On pourra notamment se référer à l'ouvrage majeur de R.L. Villermé [11].

La France est, d'autre part, peu sensible non seulement à la question de la santé dans la sociologie, qui pourtant s'intéresse traditionnellement aux questions d'inégalité, mais elle est aussi peu sensible à cette question d'inégalité en santé, pour plusieurs raisons. On peut dire que c'est à partir de la décennie 90 qu'on commence doucement à s'intéresser à cette question. Peut-être les deux obstacles majeurs – un a été cité dans une des interventions précédentes –, c'est le fait que, bien sûr, la maladie est pensée d'abord comme un phénomène biologique. Et si elle est pensée comme un relevant du biologique, alors on ne peut pas la penser socialement. Comme si la causalité biologique excluait la causalité sociale. Si Claude Bernard et Pasteur ont raison, finalement, il n'y aurait pas besoin de la sociologie pour penser maladie et santé. La santé est ainsi longtemps, du fait des avancées et victoires du savoir des sciences de la vie, réduite à une dimension biologique. C'est le premier élément d'explication.

Il y en a un deuxième qui a été développé par l'historien Jean-Marc Gaudillère [6], autour de l'évolution de la santé publique, qui montre que l'École française de santé publique est quand même beaucoup plus, historiquement, fondée sur des aspects de biostatistique que d'aspects de santé, au sens global. C'est un point qu'on pourrait débattre.

Il faut donc longtemps avant de considérer la santé sous un angle véritablement sociologique comme synthèse d'un certain nombre d'éléments sociaux. C'est alors qu'on peut parler d'une véritable sociologie de la santé. Christian Baudelot [1] définit l'inégalité devant la mort comme « le poids ultime de la chaîne des causalités, comme le produit, le résultat, le stade suprême de toutes les autres inégalités ». Et il parle de « choix, de bilan d'une société qu'on peut lire dans des tables de mortalité ». Rappelons que Durkheim, en tant que fondateur de la sociologie française, a quand même commencé par travailler sur des questions qui étaient liées à la mort. Et il affirmait que dans la mort, en regardant des tables de mortalité par suicide, il était en état de dire quelque chose sur le monde, sur le monde social. C'était un coup de force, une affirmation qui était extrêmement novatrice, à l'époque. Et qu'on peut reprendre aujourd'hui, en termes d'inégalités de santé; finalement, à travers la santé, c'est le monde social avec ses inégalités globales qui nous est donné à voir.

Le social s'inscrit dans le corps

Donc, par une approche des corps, par une approche de la santé des individus et de la maladie, on va avoir à disposition l'ensemble des mécanismes sociaux qui s'appliquent aux individus. C'est ce qui est contenu dans la formule « le social s'inscrit dans les corps ». La santé apparaît donc, non plus comme une question élémentaire, relevant purement du biologique, mais comme le produit d'appartenances, de statuts, d'activités, d'expositions, d'un ensemble d'éléments très hétérogènes.

Et deuxième élément fondateur de ce type de compréhension, qui a aussi un peu de mal à passer en France, c'est qu'évidemment, si on a admis cela, on admet aussi que la médecine est loin d'être le déterminant majeur des questions de santé. Cela ne veut pas dire que la médecine n'est pas importante mais, en tout cas, elle est loin d'être suffisante à comprendre et à expliquer les résultats de santé.

Pourtant la notion d'inégalités sociales de santé, aujourd'hui, devient non pas encore une banalité pas encore un poncif ; il ne faut pas quand même aller trop vite. Mais enfin, elle devient une réalité aujourd'hui établie, admise, si ce n'est toujours prise en charge. On le voit apparaître un peu partout, dans la littérature grise, dans les textes de nature diverse. Cela doit faire au moins une ligne dans le projet.

De la façon la plus générale, on peut résumer les inégalités de santé à une formulation choc : « l'espérance de vie d'un homme à 35 ans est de 7 ans plus basse pour un ouvrier que pour un cadre supérieur ». C'est un chiffre marquant qui montre bien un fait, une réalité qui est désormais considérée comme incontestable et qui l'est effectivement.

Tout cela a une antériorité, il faut quand même le dire. Cela a commencé comme toujours sur ces affaires-là chez nos amis anglais qui sont très avancés par rapport à nous, avec le fameux rapport Black [10], qui a la particularité d'avoir été publié en 80 alors même que Madame Thatcher était devenue Premier Ministre. Et il a reçu un accueil extraordinairement froid. C'est peu de dire qu'il n'est pas tombé au bon moment. Je pourrais citer pour toute cette antériorité également les études qui sont désormais classiques que sont les cohortes Whitehall. (Là, j'ai mis la photo de Michael Marmot parce qu'on ne peut pas faire un exposé sur les inégalités sociales en santé sans mettre la photo de Sir Michael Marmot qui est la référence mondiale en la matière).

Qu'est-ce que ces premiers travaux nous montrent ?

- 1) Qu'il y a bien des inégalités de santé qui sont d'ordre social.
- 2) L'existence de ce qui va désormais être nommé un gradient social de santé. C'est-à-dire qu'il n'y a pas seulement des inégalités marquant une opposition entre les positions extrêmes de la hiérarchie sociale mais il y a surtout un gradient. C'est ce que montrent bien les cohortes Whitehall. Le terme de gradient signifie une gradation continue. Ce n'est pas une distinction entre les plus défavorisés et les autres, c'est une continuité selon la position qu'on occupe dans l'échelle sociale, à tous les niveaux du plus bas au plus élevé, comme si la santé était une espèce de décalque finalement des positions sociales des individus.

Naturel et social ; individuel et collectif

Il n'est pas toujours facile de distinguer ce qui est de l'ordre des inégalités naturelles et ce qui est de l'ordre des inégalités sociales. On s'y emploie de plus en plus et on y

arrive de plus en plus clairement. Mais il reste quand même quelques difficultés. On va toujours avoir des distinctions entre ce qui est de l'ordre de l'exposition au milieu, ce qui est de l'ordre des modes de vie, ce qui est de l'ordre des comportements et au-delà de l'enjeu naturel / social, il va y avoir un enjeu qui va être individuel / collectif. Est-ce que finalement ces inégalités que nous constatons, ces différences qu'on a tendance à penser comme inégalités aujourd'hui, à juste titre, est-ce qu'elles sont de l'ordre d'un choix individuel ou d'une détermination individuelle ? Le terme de choix pose évidemment problème. Ou bien est-ce qu'ils sont de l'ordre d'une détermination collective ? Et ces thèmes-là, ces questions-là sont d'autant plus importantes quand on va parler de problèmes de santé publique actuels, en particulier de tabagisme et d'obésité, par exemple, qui sont quand même deux des plus importants déterminants contemporains des questions d'espérance de vie et de qualité de vie.

Ce débat individu/collectif est un débat qui est aussi marqué idéologiquement, politiquement, de façon assez forte. Il y aurait ici une sorte de gradient des interprétations sociologiques renvoyant à un débat portant sur les individus et leurs responsabilités. Mais on ne peut pas aujourd'hui, en sociologie de la santé, éviter de poser ces questions.

L'IMPÉRATIF DE SANTÉ

Je passe maintenant à ce que je vous ai annoncé comme un détour nécessaire et que je nomme impératif de santé. Cet impératif de santé, on peut le marquer symboliquement en prenant la date de 1987, année où est autorisée en France la vente libre de seringues et où est abrogée l'interdiction de la publicité sur les préservatifs. C'est une date, pour moi, extrêmement importante. Dans le cadre de la lutte contre le sida qui est apparu au début de la décennie, des décisions qui auraient paru impensables quelques années plus tôt font désormais figure d'évidence alors qu'elles ont fait à l'époque l'objet d'âpres débats.

Pourquoi cette date peut être considérée comme emblématique ? Parce qu'elle permet de comprendre que s'opère dans les années 80 – même si le mouvement a commencé bien plus tôt – une forme de renversement entre un impératif de morale traditionnelle et un impératif de santé publique. La lutte contre les « mauvaises mœurs » passe en arrière-plan par rapport à la promotion de la santé. Ce renversement n'est rendu possible que parce qu'on va considérer que la santé participe de la définition du bonheur qui est lui-même la clé de notre morale contemporaine. C'est une manière nouvelle de penser et d'agir. Alors qu'historiquement, c'est la maladie qui concentre les énergies, c'est désormais la santé qui fait figure d'objectif majeur et plus encore d'objectif moral.

Nous vivons dans un monde qui est, aujourd'hui, celui de promotion de la santé. Vous en êtes tous ici des acteurs et j'en suis également un acteur. Les individus, comme les structures collectives, sont invités non seulement à lutter contre les maladies une fois qu'elles adviennent, non seulement à se prémunir contre les maladies, mais bien à agir POUR la santé ; ce qui est tout à fait autre chose. Et cette santé devient, au sens propre, une norme, une nouvelle morale. Je sais bien que le terme de « morale » pourra en effrayer certains mais c'est bien, au sens propre, de cela qu'il s'agit. Il en va de la définition du Bien dans nos sociétés contemporaines et nul objectif n'est aujourd'hui en capacité de concurrencer la santé sur ce terrain.

Qu'est-ce qu'une morale ? C'est ce qui fonde la définition du bien. Or, on s'entend à peu près tous sur le fait de dire : le bien, c'est de vivre en bonne santé. C'est très difficile à mettre en cause, à mettre en doute. Et on identifie d'ailleurs le bien au juste. À la fois, c'est le bien, et à la fois, c'est juste.

De grands auteurs avaient pensé ces questions avant les années 80. Je voudrais citer ici deux d'entre eux qui me semblent majeurs : Ivan Illich, dont on reparle ces deux dernières années, qui a écrit un livre polémique qui avait fait beaucoup de bruit dans les années 70, qui s'appelait « *Némésis médicale* » [7]. Cet ouvrage avait à sa sortie été lu comme une charge contre le pouvoir médical et, quand on le relit aujourd'hui, on s'aperçoit que ce n'est pas seulement à l'égard du pouvoir médical qu'il y a une critique vis-à-vis de cet impératif de santé qui s'impose de plus en plus à nous. L'autre auteur, sur un mode plus académique et plus étoffé théoriquement, est évidemment Michel Foucault qui a consacré une part non négligeable de son œuvre philosophique à mettre en place les notions de biopouvoir et de biopolitique [5]. Ces deux notions s'appliquent bien au-delà de la santé à la gestion politique des populations, mais on peut considérer la santé comme un avant-poste de ces politiques populationnelles.

Chez ces deux auteurs, déjà, la morale de la santé est posée comme une caractéristique majeure de nos sociétés contemporaines.

Promotion de la santé et inégalités

Alors, pourquoi parler de promotion de la santé, d'impératif de santé dans un exposé sur les inégalités de santé ? Pour une raison relativement simple, c'est que, finalement, je vois un lien entre ces deux questions. Je vais tenter de l'illustrer très synthétiquement mais on peut dire que, jusqu'au XVIII^e siècle, les inégalités de santé sont faibles. Et dans les sociétés traditionnelles, elles semblent plutôt faibles aussi. En revanche, lorsqu'on augmente notre niveau de santé (parce qu'on n'est plus dans un monde dans lequel on avait une espérance de vie à 40 ans mais on est plutôt aujourd'hui à 80. On n'est plus dans une mortalité infantile à 300 pour 1 000, on est passés à 3 pour 1000)

et, dans ce monde-là, presque par construction, les inégalités ont tendance à augmenter. C'est-à-dire qu'il est plus difficile de maintenir une forme d'égalité dans ce monde-là que dans un monde dans lequel finalement, c'est globalement, même si cela n'a jamais été complètement le cas, la nature qui faisait son œuvre.

De façon paradoxale, les progrès sociaux, les progrès médicaux, l'augmentation de la connaissance et des savoirs sur la genèse de la santé, y compris la genèse sociale, s'accompagnent d'une montée des inégalités.

Je suis en train d'affirmer que l'accroissement de la compréhension des mécanismes produisant la santé, l'action de la médecine et de la santé publique vont quasi mécaniquement produire des écarts. Voilà le dilemme dans lequel nous nous trouvons aujourd'hui. Reprenons les deux exemples évoqués précédemment facteurs de maladies chroniques : le tabagisme et l'obésité. L'action contre ce qui est désormais considéré comme des fléaux, voire des épidémies (campagnes de promotion, éducation à la santé, gestion des produits, etc.) a des effets très différenciés selon les catégories sociales. Toutes les sociétés développées qui sont allées dans ce sens constatent qu'elles ont tendance à produire des effets qui sont toujours plus importants pour les catégories sociales les plus élevées que pour les catégories sociales plus basses.

Autrement dit, avec notre idéal de promotion de la santé, nous sommes pleins de bonne volonté mais nous avons une fâcheuse tendance à produire de l'inégalité de santé. C'est un dilemme. Autrement dit, il ne s'agit pas d'une question technique, conjoncturelle mais bien d'un mouvement structurel. La promotion de la santé est concomitante d'une augmentation des inégalités sociales de santé. Il n'est évidemment pas question de revenir en arrière et de renoncer à la promotion de la santé mais il est urgent de réfléchir au lien entre ces deux mouvements.

Nous sommes donc aujourd'hui confrontés à une injonction paradoxale de nos sociétés contemporaines : impératif de santé, d'un côté, impératif de réduction des inégalités, de l'autre.

Justice

Cette réduction des inégalités, c'est une question brûlante qui caractérise, on le sait désormais, les trente dernières années en santé comme dans bien d'autres domaines. Penser à la santé comme un bien qui est distribué entre les individus et les groupes, c'est s'inscrire dans une théorie de la justice.

On peut citer ici trois grands axes qui permettent de penser cette distribution de la santé :

- 1) La pensée la plus classique en la matière est celle qui se fonde sur des indicateurs globaux. Le but étant de faire augmenter la santé d'une

population, il importe de s'attacher à constater par exemple à l'espérance de vie moyenne à la naissance. Il s'agit là d'un raisonnement de type utilitariste qui s'appuie sur la recherche du plus grand bonheur – ici la meilleure santé – pour le plus grand monde. Pendant longtemps, la démarche de l'OMS, par exemple, peut être rattachée à une telle théorie.

- 2) À cette théorie utilitariste, un philosophe va, au début des années 70, opposer une théorie magistrale. John Rawls, dans sa *Théorie de la justice*, renouvelle profondément la pensée de la justice et s'attache à la fois à une défense des libertés de chacun et à la prise en compte de la position des plus démunis. En terme de santé, même si le propos de Rawls [9] ne s'étend pas à ce domaine, la politique de santé la plus juste est celle qui, dans certaines limites de conditions de liberté et d'égalité des chances, permet de favoriser au mieux la santé des plus défavorisés. Ce n'est pas tant de réduction des inégalités qu'il est question que de meilleure prise en compte des plus vulnérables.
- 3) Il y a une autre réponse forte, celle que j'appellerai de « la nouvelle épidémiologie sociale » autour de quelqu'un comme Wilkinson [12], qui privilégie la réduction des inégalités dans tous les domaines. S'appuyant sur le constat que plus les sociétés sont égalitaires, plus elles ont des résultats positifs et plus elles produisent de bonheur, il convient donc de faire de la lutte contre les inégalités un enjeu majeur d'action. D'un point de vue sociologique François Dubet⁽³⁾, en France, défend ce point de vue en partant d'une analyse fondée non pas sur la santé, mais sur l'éducation. Ce modèle de réduction globale des inégalités a souvent été identifié au modèle social démocrate, disons, à la suédoise.

VILLE, SANTÉ ET INÉGALITÉS

Permettez-moi pour parler de la relation de la santé et de la ville, ou de la dimension spatiale des questions de santé, de faire un détour sur deux domaines mieux référencés à la ville que ne l'est la santé : le logement et l'éducation.

Le logement d'abord : vous avez vu qu'on a fêté hier le 10^e anniversaire de la loi SRU, qui vise à mettre du logement social dans toutes les villes, essentiellement dans celles qui n'en ont pas. Le dessein de cette loi, ce n'est pas une question de qualité d'habitat, ce n'est pas non plus une question de structures environnementales, mais c'est une question de mixité sociale : « qui vit avec qui ? ». C'est ce qui m'intéresse ici. Pour le logement, on considère aujourd'hui cette question comme centrale même si on est loin de la régler.

(3) Cette perspective est particulièrement développée dans F. Dubet [4].

En éducation, ont été mises en place des politiques que l'on nomme « sectorisation » ou « carte scolaire » qui renvoient également à cette question de la mixité sociale. À la suite de travaux menés aux États-Unis dans les années 60 (le Rapport Coleman [3] assez équivalent dans le monde de l'éducation finalement au rapport Black en santé), on a appris que ce qui différencie les établissements scolaires, ce ne sont pas prioritairement la qualité des enseignants ou des personnels, le lieu ou la qualité des locaux, mais bien la population des élèves scolarisés. Selon la population avec laquelle les élèves sont scolarisés, ils n'obtiennent pas les mêmes résultats.

Revenons maintenant en santé. Au-delà du milieu physique, de l'environnement naturel, des expositions qui sont évidemment extrêmement importantes, il reste un autre facteur qui est celui de l'environnement social. « Qui vit avec qui ? Qui se comporte comme qui ? » Aux États-Unis, ces questions commencent à être posées en santé. Pour l'instant rien n'est traduit en français mais on peut citer Nicholas Christakis [2] qui est professeur de médecine et de sociologie à Harvard, et qui, à partir de modèles fondés sur l'obésité et sur le tabagisme, considère que « les éléments déterminants sont ceux des réseaux sociaux. » Il s'agit-là d'une piste de recherche extrêmement prometteuse puisqu'elle intègre les conduites individuelles (santé, alimentation, sport...) dans des schémas plus collectifs.

CONCLUSION : MIXITÉ SOCIALE DANS LA VILLE

Nous voilà parvenus à une conclusion prospective, en termes de santé, qui est fondée sur l'idée de mixité sociale, c'est-à-dire la ville au sens des frottements des humains entre eux. Cette fois ci, on dépasse l'opposition entre l'individu d'un côté et le milieu de l'autre en pensant que l'identité de chacun est, évidemment, dépendante de son milieu mais que les états et les actions de chacun des individus sont dépendants des états et des actions de leurs proches. Autrement dit, l'individu d'une part et le groupe d'autre part apparaissent comme deux entités qui ne sont pas si aisément dissociables. Ce qui nous engage, nous oblige même, à sortir de ces querelles idéologiques sur le caractère individuel ou collectif des responsabilités. Si la santé se diffuse, se propage bien au-delà de la propagation des microbes ou des virus, nous sommes invités à envisager de nouvelles manières d'articuler l'individuel et le collectif.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Baudelot C. *Les inégalités sociales de santé parmi les autres inégalités économiques et sociales*. <http://www.sante.gouv.fr/actes-du-colloque-inegalites-sociales-de-sante-ministere-de-la-sante-et-des-sports-11-janvier-2010-detail-des-interventions.html>
- [2] Christakis NA, Fowler JH. "Social Network Sensors for Early Detection of Contagious Outbreaks" *PLoS One*, 5(9): e12948. doi:10.1371/journal.pone.0012948 (September 2010)
- [3] Coleman JS et al. *Equality of Educational Opportunity*. Washington D.C., Government Printing Office, 1966.
- [4] Dubet F. *Les places et les chances. Repenser la justice sociale*. Le Seuil, 2010.
- [5] Foucault M. *Naissance de la biopolitique : Cours au collège de France 1978-1979*. Paris : Seuil, 2004.
- [6] Gaudillière JP. *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant après 1945*. Éditions La Découverte, Paris, 2002.
- [7] Illich I. *Nemesis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris : Seuil, 1975.
- [8] Nozick R. *Anarchie, État et utopie*. Paris : PUF, 1988.
- [9] Rawls J. *Théorie de la justice*. Paris : Seuil, 1987.
- [10] Townsend P, Davidson N. *Inequalities in Health : The Black Report*. London : Penguin, 1980.
- [11] Villermé RL. *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*. Paris, 1840. <http://ebookbrowse.com/villermé-tableau-ouvriers-doc-d30979172>
- [12] Wilkinson R, Pickett K. *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. Allen Lane, 2009.

Échanges-débats

Alfred Spira – D’abord bravo pour avoir tenu les temps et bravo pour les contenus. Je voulais intervenir parce que, à part à la fin de l’exposé de Laurent Visier, il a été fait extrêmement peu mention des politiques publiques dans le domaine de la santé. C’est-à-dire des politiques de santé publique. Et je voudrais, en particulier, m’adresser à M^{me} Barles. Je voudrais me faire le porteur de la thèse qui est défendue par Gérard Jorland qui consiste à dire que la défaite de l’hygiénisme est la conséquence de deux phénomènes : l’un que je ne vais pas développer, qui est la faible migration des campagnes vers les villes au XIX^e siècle ; en tous cas, plus faible qu’en Grande-Bretagne. Et le deuxième élément sur lequel repose cette défaite de l’hygiénisme, est la faiblesse de l’État. Pour résumer la théorie de Jorland, il part d’un fait historique qu’au XIX^e siècle, la France a connu sept régimes différents et que l’État a consisté à développer l’appareil militaire, l’appareil économique et l’appareil industriel mais que la santé publique a été laissée en déshérence et que, en particulier, il n’y a pas eu de politique de santé publique. Et que, bien que le Parlement, à partir du moment où il a existé et comporté une très grande représentation des professions de santé et des hygiénistes, la loi de 1854, il me semble initiée par Villermé, a été un échec – sur le travail des enfants – parce qu’il n’y avait pas de corps d’inspection pour vérifier qu’on ne faisait pas travailler les femmes, les enfants, plus que de raison. On a créé une Direction de la Santé, je crois en 1889, au Ministère de l’Intérieur, ce qui dit tout, quand même ! Un Ministère de la Santé, en 1902, et, en fait, il n’est devenu effectivement opérationnel qu’en 1920, après l’épidémie de grippe espagnole.

Donc, un très faible appareil d’État et, très rapidement, ceci s’est poursuivi. Ceci se poursuit quasiment jusqu’à maintenant puisque la Direction Générale de la Santé est encore l’une des plus petites Directions ministérielles d’administration centrale. On a une faiblesse des politiques de Santé Publique et, quand même, je pense qu’on ne peut pas considérer l’évolution sans prendre ceci en compte et sans l’intégrer...

Pour rebondir sur l’exposé de Laurent Visier, ce que vous nous montrez sur les tensions qui existent entre l’individuel et le collectif. Et dans notre pays, jusqu’à aujourd’hui, on a une loi de santé publique depuis 2004. Elle nécessite des évolutions importantes. Finalement, il n’y a que cinq ans qu’on a une loi de santé publique qui fait suite à celle de 1902. On sait qu’elle doit évoluer. On voit qu’on ne la révisé pas. On est au Sénat, on peut le dire. La loi 2004 devait être révisée en 2009. On est en 2011, il y a des élections en 2012, donc, ça ne sera pas avant 2013 !

Et les questions que vous avez soulevées, en particulier, la question du rôle des politiques dans la lutte contre les inégalités de santé, qu’elles soient sociales,

territoriales ou de genre – vous avez vaguement évoqué cela, très, très rapidement – la loi est quand même un instrument extrêmement fort.

Sabine Barles – Je pense que ce n'est pas vraiment une question, mais je vais quand même donner quelques éléments. Quand j'ai parlé de faillite du modèle hygiéniste, je n'étais pas du tout dans la thématique que vous abordez là, qui n'était pas du tout mon propos. Mon propos était d'évoquer la façon dont un certain nombre d'impératifs médicaux, puis hygiénistes ont conduit à une certaine transformation de la ville et, en particulier, du milieu urbain, par artificialisation, assèchement, etc. Ce qui m'importe, c'est ce modèle-là, qui pense un milieu comme devant être transformé d'une certaine façon pour apporter des meilleures conditions de santé.

Donc, quand je parle de faillite, je veux simplement dire que ce modèle qui semble opérant à un certain moment – parce que, effectivement, on a un certain nombre d'indicateurs qui nous disent que les conditions de santé s'améliorent grâce à cela ; par exemple, quand on distribue une eau de bonne qualité, il y a un certain nombre de maladies qui régressent – mais que ce modèle se retourne, en quelque sorte, contre les sociétés urbaines parce qu'il est, finalement, extrêmement parcellaire, parce que ne s'intéressant qu'à l'espace urbain et au milieu urbain lui-même. Mon intervention ne portait pas sur les politiques de santé mais bien sur cette question-là.

Par ailleurs, il y a une chose dont j'aurais dû parler et qui aurait tout à fait abondé dans votre sens, c'est la question des logements puisqu'on aurait très bien pu me rétorquer : « oui, c'est bien joli de parler des rues, les chaussées bombées, mais quid des logements ? » Et il est vrai qu'au XIX^e siècle, toutes les tentatives d'intervention dans le logement se sont soldées par des échecs, en particulier la première loi sur les logements insalubres en 1850 qui n'a été, de toute façon, pas appliquée.

Mais, en termes d'interventions dans l'espace public, il y a eu des choses extrêmement importantes qui se sont passées, et, encore une fois, qui ont forgé un modèle de ce que devait être le milieu ou l'environnement urbain en tant que milieu de vie. Mais sinon, je souscris tout à fait à ce que vous dites qui est, à mon avis, un autre sujet, aussi important, bien entendu.

La salle – Je voulais appuyer ce que vous disiez en prenant l'exemple de Brest. Tout le monde connaît Brest qui a été détruit pendant la Deuxième Guerre mondiale et qui a été reconstruit, après, avec un énorme traumatisme de la population qui, depuis, dit : « Brest, c'était mieux avant, c'était une ville magnifique. On nous a cassé notre ville », en reportant, d'ailleurs, la faute sur les Américains. Sauf, qu'en fait, les recherches récentes sur la reconstruction ont montré que les plans qui ont servi à la reconstruction avaient commencé à être pensés à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, pour des raisons hygiénistes. C'est-à-dire que Mathon, l'architecte

responsable de la reconstruction, avait pensé un Brest avant sa destruction et il l'avait pensé parce que les problématiques de santé et d'hygiène dans la ville étaient telles qu'on ne pouvait pas laisser la ville en l'état. Aujourd'hui, cinquante ans plus tard, on se retrouve avec une ville qui, certes, a été reconstruite par un architecte qui avait pensé ces questions de santé mais qui, pourtant, se retrouve avec des déterminants de santé très, très mauvais : des indicateurs sur le cancer, sur le suicide qui font partie des plus mauvais de France. Donc, cela montre bien la limite de l'hygiénisme, par rapport, aujourd'hui, à l'état de santé d'une population.

Patricia Saraux, médecin à Brest – C'est vrai que l'hygiéniste travaillait aussi sur les infections aiguës, sur l'infectiologie. Actuellement, on est plutôt sur la pathologie chronique. On meurt plus de cancers, de pathologies cardiovasculaires ou d'obésité que de tuberculose, actuellement. Je pense aussi que la ville doit être revue en fonction des pathologies chroniques et non de ce que l'histoire nous ramène. Ce qui est très intéressant sur le niveau aigu de la médecine de l'époque de l'hygiénisme où il y avait une urgence, effectivement, à agir sur l'hygiène.

François Bourdillon – J'ai envie de poser une question à notre sociologue. Vous avez conclu que l'identité de chacun est dépendante de son milieu. Je suis assez d'accord avec cette phrase et, puisqu'on est dans l'environnement urbain, on peut se dire que c'est particulièrement important. On peut avoir la vision hygiéniste de se dire encore aujourd'hui, au XXI^e siècle, c'est quoi les problèmes ? C'est le bruit de la ville, c'est l'air pollué. Mais on peut avoir, aussi, une approche qui est : le développement des réseaux sociaux comme un moyen de lutter aussi contre ces éléments-là. Mais est-ce que vous avez des pistes à nous donner pour aller plus loin ?

Laurent Visier – Moi, j'ai plaidé, de façon purement prospective, parce que c'était très rapide, au final, pour des voies de recherches qui, loin de se contenter de cerner les questions du milieu, je répète, qui sont essentielles, mais qui essaient de penser l'impact des réseaux et de la vie des uns avec les autres sur leur état de santé. C'est pour cela que j'ai cité Christakis, que je trouve très stimulant, même si c'est contestable en certains points. Cela renvoie à la question de culture, globalement, la culture au sens général, pas seulement au sens des anthropologues ou ethnique... C'est-à-dire que, finalement, on procède par identification. Tout individu n'agit pas de façon purement intro déterminée, comme un sujet subjectif d'un côté, et puis, de l'autre façon, comme une personne extro déterminée parce que son groupe le déterminerait absolument. Mais il va y avoir un ensemble d'ajustements qu'on peut approcher à partir, justement, de cette question : qui vit avec qui ? Si j'ai été amené à développer ces questions-là en santé, ce n'est pas un hasard. C'est parce que je les ai pensées, d'abord, en éducation. Et qu'en éducation, elles sont incontestables. Et on

les admet assez facilement, même si on a toujours des petits problèmes idéologiques avec ces questions, notamment de scolarisation, puisqu'on dit : pour que les choses soient simples, il faudrait que les gens aillent dans le collège de leur quartier, etc. Mais évidemment, quand on regarde de plus près, ce n'est pas simple du tout, puisque quand les gens vont dans le collège de leur quartier, ils vont avec des gens qui sont comme eux. Et quand ils vont avec des gens qui sont comme eux, ils ont de moins bons résultats. Mais, est-ce qu'ils ont de moins bons résultats parce qu'au départ il y a moins d'aide, il y a une ambiance, un milieu, etc. ou bien aussi parce qu'ils ont été avec les gens de leur quartier ? Le parallèle est passionnant là-dessus parce qu'il y a eu en éducation, ce qu'on a appelé l'éducation prioritaire. On a dit : on va faire de la discrimination positive ; discrimination positive, donc, donner plus à ceux qui ont moins. Après un certain nombre d'études sur ces questions-là, on a tendance à penser qu'on n'a pas donné plus à ceux qui ont moins. Non seulement parce que, quand on donne 10 % de plus, ça ne donne pas plus, parce que le désavantage que vous avez à être dans une mauvaise classe est plus important que ces 10 % là. Mais cela, on ne peut pas le dire parce que ce serait pensé, parfois, comme une forme de stigmatisation des quartiers, ce que cela n'est, absolument, en rien.

La santé est intéressante là-dessus parce que la santé a une plus grande habitude de pensée en termes de discrimination positive. On dit rarement cela mais en santé, en médecine en tous cas, on ne fonctionne que comme cela, depuis toujours. Il y a des limites, des tas de problèmes, énormes : les refus de soins... Il y a des inégalités, je le sais bien mais il y a un principe général qui est : on donne plus à ceux qui ont moins. On ne donne pas à tout le monde pareil. Celui qui en a le plus besoin, c'est-à-dire qu'on va investir plus sur quelqu'un qui a un cancer que sur celui qui a une rougeole. Vous me direz, c'est bien logique ! Oui, mais en éducation, on ne le pense pas comme cela. Qu'est-ce que je veux dire quand je dis cela ? Je veux dire que ce mécanisme-là, il peut être décalé d'une question purement biologique de la médecine pour être pensé en santé. C'est un peu cela mon propos. Je ne sais pas si j'ai été clair parce qu'il faut un exposé de deux heures, après. Donc, c'est une autre fois, dans un autre lieu.

La salle – Sur les inégalités, j'aurais voulu poser une question. Premièrement, pour réhabiliter un petit peu la notion d'environnement, quand on regarde d'un point de vue planétaire, on voit tout de même que nos ressources sont contraintes et limitées et donc, les ressources, c'est la santé. Les ressources, c'est ce qui va permettre au vivant de vivre. Et donc, on est bien obligés, là, d'essayer de penser, quand même, une répartition plus égalitaire, à partir de contraintes qui sont des contraintes planétaires.

La deuxième remarque que je voudrais faire, c'est quand vous dites que les grandes campagnes ne font qu'accroître les disparités, c'est parce que ces disparités existent

avant, aussi. C'est parce que vous avez des différences. Et, justement, ces grandes campagnes qui uniformisent, elles ne prennent pas toujours en compte la variété des individus. C'est pourquoi j'ai été un peu étonnée que vous n'ayez pas mentionné Amartya Sen plutôt que Rawls puisque que Amartya Sen, justement, est parti de ces différenciations, de ces capacités, de la mise en évidence de ces capacités, contrairement à des mécanismes plus égalitaristes.

Laurent Visier – Vous avez raison dans le principe général. Je pense que c'est plutôt les théories d'Amartya Sen qui vont dans le sens de mon exposé. Mais dans le procédé pédagogique, je pensais que c'était Rawls qu'il était nécessaire de mobiliser comme voie originale.

**LA SANTÉ
DANS TOUS SES ÉTATS**

**Santé, qualité de vie,
densité urbaine
et vivre ensemble**

Santé, qualité de vie, densité urbaine et vivre ensemble

Alain Barbillon

Urbaniste, Nancy

INTRODUCTION

Je suis chargé de vous parler de densité, une notion quelque peu relative, en tous cas, qui est appréhendée de différentes façons par les uns ou par les autres. Il m'arrive de recevoir certaines délégations de villes françaises ou européennes, de leur faire visiter un certain nombre d'opérations d'urbanisme et j'ai régulièrement droit à des observations, les unes étant : « Comment avez-vous fait pour construire si peu dense ? » ; les autres : « Qu'est-ce que vos opérations sont denses ! ». Par rapport à sa culture, son origine et ce qu'on connaît et ce que l'on vit, on ne perçoit pas du tout la densité de la même façon.

DENSITÉ, MIXITÉ, PROXIMITÉ ET URBANITÉ

La densité, j'en parlerai en l'associant à d'autres choses qui ne sont pas limitatives. On ne peut pas parler de densité sans parler de morphologie urbaine, sans parler de répartition du bâti, du non bâti. Il faut dire un gros mot aussi, parler de la mixité. Qu'est-ce que c'est que la mixité ? Pas seulement la mixité sociale, la mixité d'un quartier c'est mettre en place, dans une complexité pas toujours maîtrisée, tout ce qui touche au logement : le logement social, l'accession à la propriété, les villas urbaines mais aussi le commerce, la culture, le sport et les équipements publics, les équipements de santé, bien évidemment. Enfin, tout ce qui fait que, dans un quartier, on peut avoir à proximité tout ce qui permettra de vivre à peu près bien. On ne vit jamais totalement bien, il n'y a pas de ville idéale. Et là aussi, je voudrais casser un peu ce titre dont on s'arroe, on m'appelle « urbaniste », je fais œuvre d'urbanisme mais je crois qu'on est tous plus ou moins urbanistes dans la salle, parce que dans la mixité dont j'ai parlé, dans la conception de la ville et des projets, l'habitant a, évidemment, une importance de plus en plus grande. Ça n'était pas le cas il y a vingt ans, mais aujourd'hui, on travaille, sans faire de démagogie, beaucoup plus avec les habitants qui, à l'inverse du quartier de Pittsburgh, connaissent un peu, quand même leur

quartier. Enfin, ils m'ont appris, sur leur quartier, quand j'avais à intervenir, que quand on veut bien fixer les règles du jeu, d'une certaine forme de concertation, on arrive à dégager des axes qui permettent de construire, peu ou prou, le futur quartier dans lequel ils vont vivre. Donc, la participation des habitants et l'écoute des habitants, même si elles sont quelquefois à prendre ou à interpréter avec certaines réserves, sont un élément extrêmement important de notre cadre de vie.

L'EXEMPLE DE NANCY

Grands ensembles et ville vieille

Sur l'image suivante, on peut apprécier, de façon très différenciée, la notion de densité. Bien évidemment, on se trouve là sur le centre ville et si on ne regarde que la trace au sol du bâti, on se dit que le centre ville est très dense. Et puis, sur les quartiers sociaux comme le Haut du Lièvre, par exemple, où certains appréhendent ces quartiers comme étant d'une très grande densité, on se rend compte que la densité, sur l'occupation au sol, est assez faible. Donc, cette densité, il faut bien comprendre que si on la rapporte aux mathématiques et au COS (le coefficient d'occupation des sols), on constate que, sur ces quartiers sociaux où sont construites des barres et des tours (où l'urbanité, c'est surtout l'empilement) la densité n'est pas forte. On sait très bien ce dont souffrent ces quartiers : le manque de lien avec les équipements, le manque de proximité, d'usages sociaux des espaces publics qui n'existent pas. La densité est relativement peu importante. Elle est entre 0,5-0,8, quelquefois, 1, mais c'est une densité toute relative et pourtant ces quartiers sont toujours qualifiés de denses.

Si on se rapporte maintenant à la ville ancienne, appelée « Ville Vieille » à Nancy, on est surpris de constater que cette ville, ce modèle, XVII^e, XVIII^e restauré, fait l'envie des uns et des autres, et pourtant c'est une densité très forte. C'est au minimum un COS de 2, voire de 2,5 et quelquefois, dans certaines villes, cela peut aller jusque 3. Et on ne vit pas forcément mal dans ces centres villes qui offrent quand même beaucoup dans la proximité des services auxquels on est en droit d'attendre des proximités vivantes et relationnelles, culturelles, sociales et économiques

Aujourd'hui, les recherches sur le projet urbain essaient, modestement, de prendre en considération tout ce qui fait la qualité de la ville ancienne, l'histoire, la mémoire, la connaissance, l'identité sont évidemment des choses très, très importantes pour faire de l'urbanisme. Le mouvement moderne du début du XX^e, sous couvert d'hygiénisme, a conduit à une déstructuration urbaine complète, les grands ensembles, trop inspirés par le mouvement moderne, en sont la caricature. On a oublié, dans ces grands ensembles, tout ce qui faisait aussi les équipements, tout ce qui faisait le lien, tout ce

qui était décrit dans le mouvement moderne comme étant l'accompagnement naturel de l'habitat et de l'activité de l'homme. Toujours est-il que l'empilement qui a résulté de ces erreurs n'a pas constitué de la ville et a fini par constituer des secteurs en difficulté, qu'aujourd'hui, il faut bien résoudre d'une façon ou d'une autre. Alors, la réflexion sur le projet urbain, essaie de prendre en considération, à la fois, ces erreurs, les témoignages de la ville ancienne, de reconstituer dans ces quartiers, toute la mixité dont je parlais tout à l'heure, qui essaient de reproduire dans le logement, ce qu'étaient les maisons de ville, ce qu'était une certaine forme de proximité dans une échelle humaine et urbaine. Une certaine forme de densité, mais qui offrait à chacun le loisir de personnaliser un peu son habitat. On n'est plus sur une entrée de 150 logements qui distribue de façon indifférenciée, les logements du 10^e, 15^e, 20^e étage. On est sur une entrée individualisée, on est sur un garage personnel, on est sur une pièce qui est une pièce de cellier qui accueille tout ce qui est vélo, planche à voile, etc., etc. tout ce qui permet de rendre un petit peu personnel cet habitat.

Quand je parlais de la diversité des fonctions, je montre la ville ancienne, dont on voit bien que si la hauteur des immeubles est limitée à quatre, cinq, voire six étages, la densité et l'occupation au sol est très forte. C'est cette ville qui a servi de contre-modèle aux théories hygiénistes du mouvement moderne, puisque la ville était réputée sale, porteuse de maladie et donc, contraire au bien-être de l'homme. Pour autant, avec cette prise de conscience sur la qualité du patrimoine, cet effort de rénovation qu'ont connu les centres anciens, la ville historique offre encore un cadre de vie, ma foi, fort agréable.

Habitat intermédiaire, diversité des fonctions, proximité et mobilité

Dans les opérations actuelles, on développe à Nancy, comme ailleurs en Europe, beaucoup d'habitats dits intermédiaires. Il faut faire le constat qu'en France, on a peu évolué dans la production du logement. Et la promotion privée, notamment, reste la même depuis trente, quarante ans. On est loin des réflexions sur l'habitat que mènent les pays anglo-saxons qui ont quelque chose de beaucoup plus avancé dans l'ouverture, et le rapport à l'autre dans la diversification des espaces qui sont offerts aux habitants. Et on a souvent coutume de dire que la promotion immobilière privée, aujourd'hui, ne crée pas de la ville, ne crée pas de lien, ne crée pas de proximité. Si l'on répète à l'envie un certain nombre de promotions côte à côte, on aura une superposition de produits de promotion, on n'aura pas fait une rue, on n'aura pas fait un quartier de ville. Et là, il y a une grande responsabilité qui est celle des urbanistes, celle des politiques, celle des professionnels et de tous ceux qui, de près ou de loin, font la ville, pour essayer de mettre en place tous ces équilibres subtils qui permettent un meilleur vivre dans les quartiers.

On a quelques images qui représentent la diversité des fonctions. Elles ne sont, évidemment, pas limitatives. Entre les commerces nécessaires dans les rez-de-chaussée d'immeubles, les écoles d'enseignement primaire mais l'Université aussi ; éviter que l'Université soit comme les campus à l'américaine, de grandes villes en dehors de la ville. L'étudiant dans la ville est une des forces majeures de l'urbanité, donc, les écoles, les centres de formation doivent se construire dans les quartiers. L'espace public reconquis. Bien sûr, les équipements culturels, les équipements sportifs. Et également un élément ce qui nous intéresse beaucoup, aujourd'hui, l'hôpital. Il a franchi aujourd'hui son site historique pour venir compléter un quartier en développement. Il faut dire que dans la production immobilière, aujourd'hui, les sacro-saints règlements de copropriété s'accordent très mal d'une diversité des fonctions. C'est tout un problème quand on doit négocier avec des promoteurs, des syndicats sur l'importance de programmes diversifiés pour permettre dans un même immeuble, d'avoir un cabinet médical au rez-de-chaussée, un petit commerce boulangerie ou autre, et puis du stationnement public, du stationnement privé, voire même un équipement d'une tout autre nature. C'est très compliqué, aujourd'hui, de construire une maison de retraite qui ne soit pas trop refermée sur elle-même – si on doit continuer à en construire ! Mais cela est un autre propos. Aujourd'hui, les expériences se font avec des programmes de crèches dans la même enceinte afin de favoriser un effet intergénérationnel, qui ne soit pas seulement une utopie mais une réalité au quotidien.

Bref, tous ces éléments sont des éléments sur lesquels on doit réfléchir et s'interroger modestement, et il y a beaucoup plus d'interrogations que de réponses. C'est Monsieur Cantal-Dupart qui le disait tout à l'heure, propos partagé, bien évidemment. En tous cas, la mobilité, aujourd'hui, dans nos villes est capitale. On doit agir pour le développement durable, dans la réduction de la voiture, dans la substitution qui lui est faite par le transport en commun, par les déplacements en modes doux et par l'accessibilité à ces modes de déplacements, évidemment, à toute la diversité sociologique qui fait la ville aujourd'hui.

Un projet urbain dans la continuité de la ville

Et puis, pour ne pas abuser du temps qui m'est imparti, je voulais aborder un petit exemple, qui ne se veut pas exemplaire mais qui est une illustration des propos que je tiens sur un quartier en rénovation et en complète transformation, à Nancy. C'est tout le quartier gare, en lien avec la ville ancienne et la ville neuve de Charles III, que Monsieur Cantal-Dupart a évoquée tout à l'heure. Il a beaucoup parlé de Stanislas dans l'entre deux villes, moi, je vais parler d'un de ses glorieux prédécesseurs, le duc Charles III, qui a fondé une ville en 1588, sur les principes de la Renaissance et de la ville antique : un *cardo doecumanus*, des grandes rues larges aérées. Il disait qu'il

voulait une ville civilisée et heureuse ! Il voulait des rues qui soient larges pour la promenade et des places publiques, bonnes pour la santé des habitants. Je crois que c'est un propos tout à fait d'actualité, c'était en 1588. Le projet auquel nous sommes confrontés, en mitoyenneté de ce grand quartier historique dû à Charles III, c'est tout le quartier de la gare, dans sa transformation et son accessibilité, qui doit un petit peu aussi composer avec les années 70 qui ont rayé, malheureusement, une partie de ce quartier historique. C'est Jean-Marie Dutilleul qui travaille avec Monsieur Cantal-Dupart, sur le Grand Paris, qui est notre conseil en la matière et qui, je dois le dire assez modestement, a eu cette intelligence de l'urbaniste de prendre en considération cette histoire très forte. Son objectif est, avant tout, de retrouver les grandes traces urbaines de la ville qui avaient disparu avec les années 70, de mettre en connexion, de trouver le lien sur cette continuité d'espace public, avec les futurs îlots à construire. C'est mettre en place le puzzle de la centralité et de l'inter-modalité. Je vais dire un autre gros mot, c'est un label « éco quartier ». Mais l'éco quartier est chose assez facile à réaliser, aujourd'hui. L'éco quartier a été obtenu sur quelque chose qui est un peu plus complexe, qui est la mobilité et l'inter-modalité, puisque la présence de la gare, la présence de l'arrivée du TGV, le croisement avec toute la problématique du transport en commun et modes doux, a été la question posée d'entrée pour réfléchir à ce quartier. Outre, évidemment, la diversité dont je parlais tout à l'heure, diversité qui, sur cette partie de la ville sera un équilibre plus subtil entre le tertiaire et le logement, et les équipements. Pour ce qui est du logement, je reviendrai aussi très rapidement sur une règle que l'on applique, pas bêtement ni mathématiquement mais qui veut que toute opération d'urbanisme prenne en considération un minimum de logement social. Là non plus, il n'y a pas de règle imposée, c'est spécifique à chaque site. C'est chaque quartier qui est en capacité d'absorber ou de ne pas absorber un peu de logement social, un peu plus, ou un peu moins. Souvent, on essaie d'appliquer une règle des trois tiers : un tiers logement social, un tiers logement intermédiaire, un tiers accession à la propriété. Cela varie, se négocie, s'équilibre mais cela ne fonctionne pas trop mal. Et je me tourne un peu vers mon élue de référence sur le quartier Rives de Meurthe, qui n'est pas, non plus, forcément, un quartier de référence, à citer en exemple, mais qui, bon an, mal an, au bout de vingt ans d'approche un petit peu artisanale, un petit peu de terrain, trouve son équilibre et est assez bien vécu par les habitants, aujourd'hui.

J'en termine sur cette image pour dire qu'évidemment, la préoccupation végétale, dans la structuration de l'espace public, est demandée par 99 % des habitants. Donc, la question ne se pose même pas sur le travail à faire sur l'écosystème des espaces publics intérieurs, extérieurs. C'est une évidence, même si par le métier antérieur qui était le mien, architecte, j'ai une certaine inclination pour la minéralité.

Illustration - Quelle est l'architecture urbaine de la Santé ?

Vincent Leroux

Médecin de Santé Publique, Hôpital National de Saint Maurice, Professeur à l'École Centrale de Paris, administrateur de la Société Française de Santé Publique.

Comment vivre ensemble dans un milieu hostile, c'est ce que l'on se raconte depuis ce matin. En ce qui me concerne, je vis, habite et travaille dans un monde dense et divers où il y a 22000 habitants au km², et pourtant des milliers d'hommes et de femmes sont morts seuls, de la chaleur. Ma vitesse de déplacement est de 5 km/heure et je suis juste à la frontière de la nouvelle zone « vélib ».

Je vais donc essayer de dire comment ici et maintenant, dans l'Est parisien, on essaie d'agir ensemble avec un Institut de Santé Urbaine et son réseau social, pour éviter l'exclusion et les risques singuliers de notre milieu urbain dense dont certains nous parlaient. En terme de constat : si je définis la santé, comme une ressource de la vie quotidienne – individuelle et collective, à titre de clin d'œil – on pourrait se poser la question de l'architecture urbaine de la santé pour répondre à un l'enjeu central de l'autonomie de la personne.

Entre exigence de performance et respect des contraintes, les problématiques, aujourd'hui de l'organisation de la santé, tout le monde a parlé de la loi HPST, de l'urbanisation des territoires : 92 % de ma région est couverte par le minéral, le béton, de la communication émerge l'enjeu central de l'autonomie de la personne avec son réseau, sa fragilité, sa maladie, sa vulnérabilité, son handicap. Pas un handicap uniquement physique mais également social, économique... De plus, l'autonomie de la personne évolue considérablement au travers des phases de la vie. Son entourage est intergénérationnel. Face à cela, existent des ressources avec une des compétitivités entres elles à réguler. Je ne parle pas de concurrence, de complémentarité, qui évidemment existent mais bien des enjeux de compétitivité et de qualité des ressources du territoire urbain. Ainsi, je vous propose quelques pièces d'architecture urbaine de la santé, avec leur maîtrise d'ouvrage. Et elles sont bien sûr, distinctes : le citoyen et son domicile, les professions de santé libérale et leurs cabinets, la collectivité territoriale et les établissements et réseaux médicosociaux, les communautés hospitalières de territoire et les partenaires socioéconomiques et industriels de la santé et de l'environnement.

Ces pièces d'architecture évoluent dans le temps avec les quatre phases médico-sociales de la vie : autour de la naissance/la néonatalogie. On voit bien aujourd'hui les PMI qui travaillent avec les puéricultrices qui, elles-mêmes, travaillent avec les sages-femmes et certains médecins de néonatalité. Ensuite autour de l'enfant et de la santé scolaire puis de l'adulte et de la santé au travail. Et enfin, le grand âge, la santé et la gérontologie.

Les liens sont réalisés par des réseaux sociaux. La question actuelle concerne la forme que doit prendre ce réseau social de santé d'une collectivité territoriale. Il est évidemment humain mais également désormais numérique (via internet et les mobiles). Il enveloppe, tout naturellement, ces réseaux particuliers.

Donc, naturellement, le médecin que je suis – dont le mode de raisonnement classique est signe, diagnostic, pronostic, traitement, prévention – qui de plus enseigne et cherche dans une école d'ingénieurs, Centrale Santé – est en train de bâtir, non pas un génie industriel, non pas un génie civil, non pas un génie militaire qui sont représentés par des gens bien plus illustres, mais bien plus un génie clinique. Ne vous en faites pas, cela peut même se traduire en anglais par *clinical engineering* !

La question en santé urbaine de sa chaîne de valeurs que j'explore, aujourd'hui, est : quelle est la chaîne de responsabilités pour améliorer l'autonomie urbaine, dans toutes ses composantes ? En conjugaison avec les ressources de la santé. Je vous propose quelques éléments :

- De repartir effectivement et de refonder une nouvelle clinique. On va l'appeler « médecine environnementale », on va l'appeler « Santé Publique clinique ». La clinique, pour moi, étant l'objectivation des choses. C'est l'effet anti Knock. S'il faut moins de parler du passé et essayer de parler un peu de ce qu'il y a devant nous, je suggère la valorisation du « capital santé ».
- Et l'on voit bien qu'il faut refaire des protocoles de santé, en valorisant la co-construction des protocoles. Elle nécessite aussi des coopérations inter professionnelles. Ne voyez pas l'aspect purement médical, mais bien tous les acteurs de santé, de l'alimentation et de l'environnement. Et tout cela participera au Développement Professionnel Continu, des professionnels de santé, car ils doivent s'adapter en même temps que la vie et la ville bougent.
- Ainsi cela permet de redessiner des parcours de santé. Les anciens (actuels) parcours de santé (maladie chroniques...) sont à critiquer et à réévaluer en termes de gestion des risques. Et là, toute la question de la sécurité et des préventions se refonde. Par exemple, on a bien critiqué les modèles hygiénistes, quelle est l'hygiène de demain ? ou se trouve une réflexion sur l'hygiène de demain ?

- Enfin, l'adaptation ou l'adoption à la santé des infrastructures. Cela n'est pas que le syndrome du bâtiment malade, c'est réellement une adaptation et une adoption à la santé. Si l'on veut faire de la santé dans tous nos domiciles, sont-ils prêts à recevoir les effluents, les excréta, bourrés d'antibiotiques, bourrés d'hormones, qui vont se déverser dans les eaux de nos fleuves ? Peut-être, peut-être pas ! Il existe trop de fausses représentations de l'autre. Mais cela mériterait aussi d'être re-réfléchi. Les urbanistes, architectes et ingénieurs ont un réel challenge collectif à se mettre en lien avec les médecins de santé publique et santé environnement. Les risques de demain, imaginés sont à mesurer et maîtriser. Ma posture est celle du gestionnaire des risques et de comment la Santé Publique intervient dans des méthodes de gestion des risques, qu'elles soient probabilistes – il n'y a pas que l'épidémiologie – ou déterministes. Et là, toutes les sciences, qu'elles soient sociales ou sciences dures, sont utiles pour renforcer la qualité de vie.

Donc, pourquoi engager un « travail » singulier sur la cohérence et la représentation partagée d'une santé urbaine sur l'Est parisien alors que nous avons l'une des plus fortes densité de professionnels de Santé et 3 CHU à moins de 15 minutes.

Ici, si chacun d'entre nous répondait : « À quel territoire, appartiens-tu ? » quel est ton territoire de Santé ? En dehors de se dire spontanément : « ma ville », « mon village » peut être le « département » on évoquerait rapidement le « mille feuilles » des territoires politiques, des territoires administratifs, des territoires institutionnels, des territoires de connaissances, des zones de non territoire ou de non droit... Personnellement, je n'ai pas de chance, mon établissement de santé – l'Hôpital National de Saint-Maurice – travaille sur différents départements, sur des territoires psychiatriques, des territoires gérontologiques, des territoires de dialyse et des territoires sociaux qui ne sont les mêmes. La logique de frontière amène la logique de guerre. Avant de s'y déplacer, comment s'y retrouver ? Comment les professionnels peuvent s'y retrouver ? Comment peuvent-ils se positionner dans ces multiples territoires ? Aujourd'hui, c'est illisible ! Mais il y a une ARS, alors je suis sauvé ! Comment fait-on pour valoriser une performance professionnelle et un débat entre le politique, l'administrateur, l'ingénieur et le médecin ? Comment bâtir aujourd'hui ce nécessaire réseau social professionnel territorial ? Mais aussi relier la suprastructure et l'infrastructure ?

En conclusion, les acteurs travaillent sur des sujets de santé, des actions de prévention et d'éducation sont en place dans cet Est parisien – que je ne définis pas. Valoriser l'action en fait, c'est valoriser l'action de prévention, valoriser la gestion des risques dans toutes nos actions qu'elles soient au bénéfice de la population du territoire,

qu'elles soient au bénéfice des hospitalisés qui veulent participer. En soutien, nous avons bâti et animons un réseau social pour permettre la coopération interprofessionnelle sur un territoire. Il s'appelle Institut de Santé Urbaine – à la fois humain et numérique, sur le net, et le mobile – s'appuyant sur la technologie de Bluekiwi, c'est un réseau social professionnel qui a vocation à favoriser les relations entre les acteurs, les personnes et les collectivités et c'est un réseau social de santé qui a vocation à favoriser la co-construction de protocole et de parcours.

***Illustration* – Opération d'aménagement durable et de reconversion de friches industrielles à Paris, dans le 18^e arrondissement**

Jean-Michel Dupeyrat

Directeur général de la Société nationale d'Espace Ferroviaire

Je remplace ici Jean-Marc Roger qui est Directeur de l'immobilier de la SNCF et, par ailleurs, Président d'Espaces Ferroviaires.

Qu'est-ce que c'est qu'Espaces Ferroviaires ? C'est un aménageur. Tout à l'heure, M^{me} Barles a parlé de la différence entre l'ingénieur et le médecin. Un aménageur, c'est plutôt un ingénieur. Et on va voir s'il y a vraiment des confrontations difficiles.

Pourquoi la SNCF a-t-elle une filiale « aménageur » ? Ce n'est quand même pas son fonds de commerce. Elle est plus connue pour ses retards de trains, en ce moment, que pour ses réalisations urbaines.

Donc, aménageurs, parce que vous le savez tous, partout, il y a des terrains qui sont des friches industrielles, qui sont des terrains qui étaient utiles, auparavant, au fonctionnement du chemin de fer, qui ne le sont plus. Et partout, les collectivités souhaitent les aménager, en faire un quartier de ville et supprimer la coupure que, souvent, les faisceaux ferroviaires font au travers des villes. C'est notre spécialité puisque c'est quand même un sujet un peu particulier par rapport à ce qu'on peut faire habituellement en aménagement.

Espaces Ferroviaires est un aménageur urbain. Le rôle de l'aménageur, pour reprendre ce qui a été évoqué tout à l'heure, c'est bien de favoriser une synthèse pluridisciplinaire et de construire un quartier. C'est de faire en sorte qu'on n'ait pas entassé l'un à côté de l'autre un tas de bâtiments, conçus, sans doute, un par un, de façon raisonnable, mais quand on les met, les uns à côté des autres, plus rien ne fonctionne. Il faut aussi qu'il y ait des espaces publics de qualité. Je vais essayer de vous donner un exemple.

LE PROJET DE PARIS NORD-EST

Je vais vous présenter une opération qui me paraît intéressante, peut-être un peu caricaturale, c'est le titre que vous voyez : « Habiter au bord du fer à l'ombre du bruit » qui montre ce qu'on va essayer de faire dans le Nord de Paris, Porte de la Chapelle. C'est un ancien site fret, vous avez des entrepôts et il est assez enclavé. Cela veut dire qu'il est entre les voies ferrées, entre des immeubles qui bordent la rue de la Chapelle. Avec cela, on va essayer de faire un morceau de ville. Ceci entre dans un grand projet parisien qui est le projet de Paris Nord-Est, que vous pouvez voir. On est le petit bout rouge sur le côté à gauche. C'est un projet d'envergure qui va s'étendre sur un certain nombre d'années. On est plutôt au début de l'opération Paris-Nord-Est. La partie qui nous concerne représente environ six hectares, ce n'est pas rien. Juste à côté de ces six hectares, le faisceau ferré qui sort de la gare du Nord.

Densité

Nous allons parler de densité urbaine, très rapidement, puisque c'est un sujet qui est à l'ordre du jour. Une carte des densités du 18^e montre bien où il y a quelques tours mais très peu, en bordure du boulevard des Maréchaux, on a une densité de plus de 3000 habitants à l'hectare. Et sur Plaine Commune où on construit les tours, on voit bien qu'on en a que 725. Donc, la densité, en soi, ne veut rien dire. Ce qui a un sens, par contre, c'est le projet urbain. Autrement dit, avec un projet dense, on peut avoir un beau projet, on peut avoir une densité relativement importante sans que cela ne pénalise le cadre de vie et la qualité urbaine du projet.

Sur la vue, vous avez ce qu'on fait au début d'une opération d'aménagement. C'est-à-dire, on essaie de voir quelle est la capacité de l'opération, ce que l'on peut y construire. Et ensuite, vous avez, à côté, le projet après concours d'urbanistes, parce que maintenant, toutes ces opérations se font, évidemment, avec des concours, avec participation, concertation avec les riverains, avec rencontres d'un tas de gens et, en particulier, avec des équipes pluridisciplinaires, pour ne rien oublier.

Concept

Le projet comporte – c'est une particularité – une halle logistique. On redécouvre aujourd'hui que la logistique, c'est important. C'est important dans les hôpitaux mais c'est important aussi pour la logistique urbaine. Quand on compte les milliers de tonnes dont on a besoin pour faire vivre une ville, on s'aperçoit qu'il faut quand même les amener. L'idée, c'est d'essayer de mettre en place une halle embranchée par le fer, c'est-à-dire où tout arrive directement par le fer et, ensuite, distribué par des petits camions si possible électriques ou gaz naturel, dans l'ensemble de la ville. Donc,

le projet est d'essayer d'avoir un quartier qui englobe la logistique. Mais il faut bien reconnaître qu'il est toujours plus facile de prévoir ces choses-là quand on conçoit un quartier que de les rajouter après conception. C'est une des difficultés du projet mais en même temps, un de ses intérêts. On aura cette halle logistique qui est un morceau important puisque elle fait 400 mètres de long sur 50 mètres de large et ne s'intègre pas n'importe comment dans un quartier. La réponse est celle d'un des urbanistes, celui qu'on a choisi, mais les quatre qui ont été consultés ont aussi fait le contraire de ce qu'on avait prévu initialement. Initialement, on avait construit des bureaux, au-dessus de la logistique, en gros, pour la dissimuler. Tous les urbanistes ont dit : c'est une erreur parce qu'on va enserrer le quartier entre les immeubles qui sont déjà le long de la rue de la Chapelle et une barrière côté voie ferrée. Le quartier sera invivable alors qu'en ne réalisant pas d'immeuble au-dessus de la logistique qui est limitée à sept mètres de haut, on dégage une très belle vue sur Montmartre, ils ont tous voulu organiser le quartier autour de ceci. On voit ici qu'entre un projet qui était un peu moins dense mais très enfermé, et le projet d'à côté qui est un projet qui semble plus dense sur la partie centrale, on a une qualité de vie qui n'est pas la même. C'est-à-dire qu'on a un quartier ouvert, avec vues, et toute l'organisation des immeubles qui sont prévus dans ce quartier, permet de profiter de ces vues.

Le programme, très rapidement, est un programme mixte, avec du logement, des bureaux, de l'activité, des commerces. On a aussi un objet qui s'appelle Soho, c'est une nouvelle idée. Vous savez qu'un des atouts principal de Paris, par rapport à d'autres grandes villes comme Londres, par exemple, c'est qu'il y a une très grande mixité. À Londres, au centre de Londres, vous n'avez quasiment pas de gens qui habitent. Il y a surtout des bureaux, il y a la City et, du coup, tout le système des transports collectifs dans Londres est un système compliqué parce qu'il y a une arrivée massive depuis l'extérieur de Londres. Le système de transports parisiens, de ce point de vue-là, est bien meilleur mais lié au fait qu'il y a beaucoup plus de mixité à Paris. C'est un des atouts, un des seuls, d'ailleurs, je crois, de Paris vis-à-vis de Londres quand on parle des places financières.

La petite rubrique Soho que vous voyez là, c'est l'idée de créer un produit qui répondrait à une demande qui serait : les gens peuvent, dans un certain nombre de métiers, travailler et vivre au même endroit. On voudrait créer des lots avec un logement et, en même temps, un atelier, un bureau. Et ce serait tout au pied des immeubles. C'est un produit un peu nouveau aussi, qui va dans le sens de la mixité. On travaille très près de l'endroit où on vit, un produit qui n'existe pas vraiment aujourd'hui. Là encore, il y a une recherche à faire surtout qu'on veut en faire beaucoup : 12000 m², c'est une grande surface. Il y aura, bien sûr, aussi des bureaux, une pépinière d'entreprises, des équipements publics et enfin, la base logistique dont j'ai parlé tout à l'heure.

La base logistique est desservie par le faisceau de la gare du Nord. On y fera du *cross-docking*, un mot un peu barbare mais qui veut juste dire que c'est un quai. Vous avez un train qui arrive, qui décharge, en face, il y a des camions qui prennent et qui diffusent dans Paris. Donc, il n'y a pas d'endroit de stockage, pour limiter au maximum l'occupation en ville parce qu'il est toujours difficile de trouver des surfaces importantes, en ville, pour les attribuer à la logistique.

Confort urbain

Cette base logistique qui est à sept mètres de haut dimensionne le reste du quartier. Elle est quand même très présente. Jusqu'à sept mètres de haut, on a des bâtiments qui sont des locaux d'activités : les « sohos » évoqués tout à l'heure, qui peuvent être les pépinières d'entreprises. Et, au-dessus, il y a des immeubles qui peuvent être relativement élevés. Ce qui est très intéressant, c'est que dans la concertation qui est menée depuis longtemps avec les populations voisines, la base logistique a été largement présentée et qui, pour l'instant, ne pose pas vraiment de problèmes. Les gens sont attentifs à ce qu'on n'y mette pas trop de camions mais, sur le principe, ils ont accepté. De la même façon, les immeubles prévus font au moins, 37 mètres de haut. Mais quand on a parlé avec les associations d'éventuellement de les remonter un peu, il n'y a pas eu d'opposition de principe. Les gens ont dit simplement : « Il faut nous expliquer ce que c'est, il faut nous montrer comment ça marche et quel impact cela a ». Mais il n'y a pas d'opposition a priori. La densité ne fait pas forcément peur.

Après cela, bien sûr, nous avons été obligés de traiter un tas de choses. Pour que cela soit acceptable, il faut que les conséquences permettent de réaliser un quartier à vivre, donc, où l'on soit bien. On sait qu'il ne suffit pas de construire un quartier tout neuf. Ce sont les gens qui vont s'installer dedans qui vont le faire vivre et s'ils considèrent qu'on ne les a pas respectés dans la construction du quartier, le quartier vivra mal. On a été amenés à faire un tas d'analyses. Premièrement, sur l'ensoleillement. La chose importante, c'est d'essayer de faire en sorte que nos grands immeubles ne viennent pas porter de l'ombre sur les immeubles préexistants qui sont le long de la rue de la Chapelle. On est arrivés à une solution qui est convenable. On voit sur la projection, par ailleurs, qu'il y a un endroit qui est beaucoup plus jaune que le reste et si l'on veut faire du photovoltaïque, c'est dans cet endroit-là qu'on le fera, évidemment.

Pour le bruit, on voit sur le schéma que la halle protège quand même un peu. Vous voyez, au milieu du schéma, que la partie où on fait notre opération est une partie beaucoup plus claire que tout ce qu'il y a autour. On essaie, d'abord, de le réduire avec cet obstacle de la halle et, ensuite, de mettre de l'isolation acoustique qui permet de vivre correctement tout en pouvant ouvrir les fenêtres quand on veut.

La lumière naturelle est un point très important. Ce que vous voyez ici, c'est l'analyse qui a été faite de la luminosité. On a regardé quel était l'impact, par exemple, de l'architecture et du choix des couleurs sur l'éclairage et sur l'espace public. On voit sur la partie qui se situe à droite que les espaces publics sont beaucoup plus éclairés quand on a simplement pris le soin de demander à ce que les bâtiments soient de couleur claire. Donc, ce sera, effectivement quelque chose qu'on imposera. Même chose, le vent qui est parfois désagréable. Dans la mesure du possible, on a essayé de faire en sorte qu'on sache le traiter, en particulier dans les rues transversales. Sur la rue, les traits que vous voyez, qui descendent, il y a une coulée verte qui est dans le sens du vent et on n'y peut pas grand-chose. Ce qui est en rond en haut correspond à une tour déjà existante mais très élevée, plus de 50 mètres et qui a un impact évident sur l'écoulement aéroulique.

Biodiversité

Il y a tout un espace vert qui descend, une coulée verte que l'on voudrait faire descendre jusque vers le centre de Paris. Et c'est organisé, d'une part avec des espaces verts mais, en même temps, une coulée bleue, c'est-à-dire des passages d'un ruisseau plus ou moins asséché pendant l'été qui permet de garder une grande biodiversité.

Je n'entrerai pas dans le détail des essences choisies mais, simplement, on a fait attention au potentiel allergisant, ce qui n'est pas indifférent par les temps qui courent. Et enfin, l'eau pluviale est récupérée pour arroser les jardins, nettoyer, etc. Et on fait aussi des choses toutes simples : si on a des immeubles qui réfléchissent un peu la lumière, cela limite les dépenses d'éclairage artificiel puisqu'on a quelque chose qui réfléchit le soleil. Et on a des opérations actives pour l'efficacité énergétique CPCU, etc. Si l'on peut évacuer les déchets par le fer et réutiliser tous les matériaux qui existent sur le site, on le fait, dans le même esprit. Enfin, il existe sur le site, au milieu de tous les hangars, deux bâtiments qui ont du caractère. Nous voudrions les garder, ils sont la mémoire du lieu et c'est quelque chose d'important pour que les gens s'approprient le site.

En conclusion, pour reprendre sur la densité, elle n'est pas un problème en soi. La densité, c'est une densité par rapport à un projet. Si on a un beau projet, bien organisé, la densité n'est pas une difficulté. Par contre, si on a de la densité sans avoir essayé de préserver l'ensemble de qualité de vie, à ce moment-là, elle est un problème.

Échanges-débats

François Bourdillon – J’ai envie de vous poser une question. Entre l’aspect théorique et ce que l’on vient d’entendre, qui est l’aspect pratique, on se dit que tout est merveilleux puisque on a pris en compte la lumière, le bruit, l’évacuation des déchets, etc. Mais là, c’est une opération d’urbanisme, est-ce que c’est une Rolls-Royce que l’on trouve à Paris avec des logements très chers ou est-on capable de l’intégrer au quotidien, dans le développement de l’urbanisme classique des villes de France ?

Jean-Michel Dupeyrat – Vu de ma fenêtre, je crois que c’est surtout du travail. Ce n’est pas un investissement massif, par ailleurs. Par contre, c’est vrai que c’est une réflexion, c’est du temps, c’est de la concertation. Et, c’est un travail que l’on peut mener. Et il y a un point qui est très important et qui a été souligné tout à l’heure, il faut que ce soit un travail pluridisciplinaire. C’est très clair. Aujourd’hui, tout ce qu’on fait sur des projets de ce type, on le fait en le soumettant à la critique des associations. Et parfois, d’ailleurs, les associations nous font changer les projets et on s’aperçoit, après coup, qu’ils sont nettement améliorés, pas seulement parce qu’ils sont acceptés mais aussi qu’ils nous reviennent moins chers. Donc, je crois qu’il y a vraiment intérêt à travailler dans ce sens. Et je ne crois pas que ce soit un problème de moyens. C’est simplement un problème de réflexions, de discussions et d’essayer d’établir un beau cadre de vie. J’ajoute quand même que derrière, il y a quand même la partie importante qui est qu’on agit toujours pour la collectivité. L’aménagement de la ville, c’est une fonction politique de la collectivité, c’est sa légitimité. Et on ne sait le faire que s’il y a un programme et que s’il y a des intentions de la collectivité.

La salle – Je voulais juste savoir s’il y avait une problématique de sol pollué ?

Jean-Michel Dupeyrat – Maintenant, le principe de précaution fait qu’il y a du sol pollué partout. Donc, on traite en sol pollué ou en tous cas, ce sont des précautions qu’on prend dès le départ. Mais aujourd’hui, en particulier sur une opération d’aménagement, quand vous devez positionner une crèche quelque part, c’est sûr que c’est pollué.

François Bourdillon – Si j’ai bien compris votre dernière intervention, c’est : quand c’est un projet de la Ville, on fait attention et on a mis en place des règles de bonnes pratiques mais, pour revenir à ce que disait Alfred Spira tout à l’heure, est-ce qu’il faut une loi qui impose un certain nombre de règles de bonnes pratiques dans ce domaine ou est-ce qu’il faut laisser le fonctionnement ?

Jean-Michel Dupeyrat – Je crois qu'il faut être très clair là-dessus, la responsabilité sur l'aménagement et la construction de quartier, c'est une responsabilité politique, au sens noble des élus. C'est leur responsabilité. En ce qui me concerne – parce que cela arrive aussi – quand j'arrive sur une collectivité et qu'on me dit : « voilà, il y a un terrain, vous faites ce que vous voulez », je ne reste pas là. C'est un risque majeur et nous ne sommes pas légitimes à deviner ou à imposer aux gens un mode de fonctionnement sur la ville d'après. C'est vraiment un rôle politique et il est essentiel. C'est la condition de réussite d'un aménagement.

François Bourdillon – M. Barbillon, vous disiez tout à l'heure que les promotions immobilières ne créent pas de liens, ne créent pas de réseaux, il y en a beaucoup des promotions immobilières, alors, comment on fait avec eux ?

Alain Barbillon – Quelquefois, c'est l'épreuve de force. Quand on dégage du foncier, quand on a réfléchi à un projet, quand on a établi un cahier des charges, dont Monsieur parlait tout de suite, très complet sur un tas d'aspects, on écoute un petit peu ceux qui ont envie de venir y construire. Ou ils se soumettent à ce cahier des charges ou ils ne s'y soumettent pas. Si le quartier est très attractif et qu'ils ont malgré tout envie de venir construire là, ils vont commencer à travailler avec nous. Je me rappelle de séances qui ont duré des heures, pendant des jours et des mois, sur la conviction qu'il fallait, dans un programme, pour complètement libérer les rez-de-chaussée à des fins commerciales, alors que le promoteur était persuadé qu'il n'y aurait absolument aucun commerce à cet endroit. On a même dû, nous-mêmes, faire la démarche de trouver quelques commerces pour qu'enfin il accepte. C'était tout au début de l'opération. On avait envie que ces investisseurs viennent. Ce n'est plus le cas maintenant, c'est l'inverse. Quand l'opération a démarré et que la preuve a montré sur le terrain ce qu'elle mettait en place, le dialogue devient plus facile, le pouvoir de persuasion est plus facile à s'imposer. C'est une mise sous tension. C'est forcément un travail pluridisciplinaire qui vient d'être évoqué, c'est forcément un certain nombre de partenaires qui n'ont pas tous les mêmes intérêts. Et il faut faire valoir ce que la puissance publique a envie d'imposer. C'est là où le politique a toute son importance parce que, bien évidemment, le politique choisit et définit, en dernier ressort, ce qui se fera ou ce qui ne se fera pas. Donc, une politique publique en matière d'urbanisme, est essentielle. Bien évidemment, comme en matière de santé, quand cela ne se recoupe pas très étroitement.

Santé, qualité de vie et biodiversité

Santé, qualité de vie et biodiversité.

Vers une écosanté urbaine

Sandrine Segovia-Kueny

Directrice de la Santé Publique, ARS Centre, Présidente de l'Association Santé Environnement Île-de-France

INTRODUCTION

La question posée est : santé, qualité de vie et biodiversité. On parle souvent de santé, qualité de vie, de ville, mais le lien avec la biodiversité, on en parle moins.

J'ai souhaité vous parler de ce que nous, nous essayons de mettre en place, à savoir l'écologie sanitaire urbaine, l'écosanté urbaine. Comment on peut faire, quels sont les moyens dont on dispose et comment améliorer la santé et le bien-être des habitants des villes grâce à quelques projets.

DÉFINITIONS

Écosanté urbaine

Déjà, une petite définition qui regroupe celle de ce qui était l'écologie urbaine mais mise sur les questions sanitaires. Effectivement, c'est sur l'amélioration de la santé humaine, la préservation de l'environnement dans les zones urbaines et périurbaines. On voit, aujourd'hui, de plus grandes inégalités sociales de santé dont beaucoup, si on regarde certaines études, sont différentes selon le lieu où l'on vit. Par exemple, si l'on regarde en Ile-de-France, Nanterre a de moins bons résultats dans l'espérance de vie et l'espérance de santé, en raison de son environnement, alors que des communes qui sont à proximité, comme Neuilly ou d'autres dans le 92, qui bénéficient d'un certain nombre de paramètres, non seulement les revenus socioéconomiques mais également l'environnement, ont une espérance de santé et de vie bien meilleure.

Santé environnementale

Tout d'abord, je voulais rapidement revenir sur la santé environnementale. Souvent, on se dit : la santé environnementale, qu'est-ce que c'est ? Quels sont les atouts, par rapport à la Santé Publique ? Qu'est-ce que cela regroupe ?

Je considère que la santé environnementale est quelque chose qui nous interpelle tous et qui nous permettrait de rester en meilleure santé. On sait, par exemple, en France, que 30 000 personnes meurent de causes liées à la pollution atmosphérique, 300 000 au niveau de l'Europe. Tous les facteurs environnementaux sont extrêmement importants. Dans une ville, c'est d'autant plus vrai. On voit, effectivement, ce qu'on appelle les « points noirs » du bruit, les « points noirs » liés à différentes sources de pollution. Et donc, la ville est en même temps un lieu où on a parfois des espérances de santé et de vie bien meilleures, mais aussi un lieu où on a d'extrêmes différences selon les territoires et selon les proximités à des « points noirs ».

Donc on essaie de voir comment on pourrait, finalement, améliorer la vie des urbains, comment on pourrait le faire, par quels moyens et, surtout, quel est, à la fois le poids, et en même temps, les atouts et difficultés qu'on a, en incorporant, finalement, un certain nombre d'éléments qui proviennent de la biodiversité.

Biodiversité

Tout le monde cite, en général, la phrase d'Einstein : « Le jour où il n'y aura plus d'abeilles, il n'y aura plus les hommes », et souvent, quand on parle de ce genre de chose, on pense que c'est une boutade. Mais on voit bien qu'il y a le prix des services rendus de la biodiversité et ce n'est pas, non seulement, dans l'environnement naturel mais c'est également en ville. Et c'est une notion qui n'est pas toujours prise à la hauteur de ce qu'elle doit être. Dans certaines études, qu'on peut lire, on voit bien que si un patient est hospitalisé dans un endroit où il est face à un mur, dans un environnement où il n'y a pas de biodiversité, pas de vision sur des arbres, sur un paysage, on a des plus grands temps de récupération pour certaines cicatrisations et autres. Donc, je suis persuadée que le bien-être, également la santé, dépend de notre environnement et dépend de cette partie biodiversité et environnementale.

CHAMPS D'ÉTUDE

Il y a différents champs d'étude. Je m'étais dit – pour vous amuser un petit peu – que j'allais vous parler de ce qui concerne la biodiversité dans les villes. Effectivement, je suis pour l'écologie et comme j'en discutais avec mon voisin, ce midi, peut-être pas pour tous les animaux. On a une pression de la biodiversité dans les villes qui devient extrêmement variée, diverse. En même temps, on a l'apparition d'un certain nombre de nuisibles.

Au Brésil, dans certaines grandes villes comme Sao Paulo, on voit un accroissement des punaises dans les bidonvilles et qui sont transmises dans les villes. Qu'est-ce qui

arrive ? Il y a deux facteurs. Le premier facteur, c'est que la population la plus précaire s'installe dans des bidonvilles à proximité des routes, dans des endroits occupés avant par la savane. Dans ces endroits vivaient paisiblement des punaises qui trouvent là un nouveau milieu de vie dans lequel elles s'adaptent, avec des animaux domestiques dans lesquels elles peuvent se développer. Et donc, on voit une augmentation de la maladie de Chagas. Donc, on se rend compte que la biodiversité, c'est quelque chose de très bien mais qu'il y a certaines espèces nuisibles, certaines espèces envahissantes et certains vecteurs qui nous transmettent des maladies. Il y a également l'augmentation de la pression des puces à New York. Il y a les petites nouvelles qui sont plus ironiques, en disant qu'il y a des puces qui ont été trouvées dans certains magasins de luxe. Mais il y a plus encore : le constat que dans une ville, il y a un certain nombre d'avantages et d'inconvénients à certaines espèces animales et végétales ; les puces en sont un exemple.

Un autre exemple, en France, on est confrontés à une extension d'espèces envahissantes : l'ambrosie. En région Centre, on considère que nous sommes le front du Nord de l'ambrosie, actuellement. Dans les six départements, nous avons l'ambrosie, de façon sporadique ou permanente. Et on considère, finalement, que quand tous nos départements seront dépassés... Effectivement, on a une plus grande prolifération. Dans les outils qu'on met en place, localement, dans la politique régionale et, en particulier, dans le plan régional santé environnement, on a des actions sur les espèces envahissantes, les espèces exotiques, dont celle-ci, parce qu'on considère qu'il faut favoriser la biodiversité, il faut favoriser un certain nombre d'espèces animales, végétales, mais il faut également favoriser un mieux-être et la santé. Et on sait très bien les conséquences sanitaires que ces plantes, très allergisantes, peuvent avoir. Il y a des constats nationaux, des constats régionaux et des politiques qui se mettent en place.

L'accessibilité et la potabilité de l'eau nous concernent moins dans notre pays mais si on regarde un peu plus loin en Afrique ou dans certains des territoires, il y a, effectivement, les 500 captages prioritaires. On a un certain nombre d'endroits avec des pollutions liées aux pesticides, engrais. Donc, on voit que la ville est un endroit où il y a un certain nombre de facteurs environnementaux qui perturbent.

OUTILS DE L'ÉCOSANTÉ URBAINE

La question est : comment faire ?

La loi « hôpital, santé, patient, territoire » a inscrit dans sa démarche, vraiment sur les territoires – et c'est très bien qu'il y ait des élus présents – le fait de signer des contrats locaux de santé. Ces contrats locaux de santé nous ouvrent la possibilité de

les signer dans un certain nombre de domaines. Pour l'instant, un seul contrat a été signé, à Marseille. Mais cela fait partie des objectifs de toutes les agences régionales de santé en France. Et dedans, on peut choisir les sujets qu'on veut. Cela va de l'offre de soins, tout le médico-social, prévention et promotion de la santé. Et, peut-être parce qu'il y a un intérêt personnel et un intérêt collectif en région Centre, les questions environnementales. C'est non seulement la qualité de l'air, mais c'est aussi la qualité de notre environnement. Par exemple, dans un contrat local de santé, on peut trouver le maire qui inscrit une fiche qui parle de la réduction des pesticides utilisés pour les espaces verts de sa ville, qui parle de tout ce qu'il fait pour favoriser un environnement respectueux de la santé, qui est un des articles de la Charte de l'Environnement.

Donc, on essaie de faire en sorte que tout ce qui concerne, à la fois, au sens large : prévention et promotion de la santé, mais également santé-environnement, soit au centre de notre implication.

AXES D'AMÉLIORATION

Quelques regrets : c'est qu'effectivement, il y a le plan nature-ville qui a été adopté l'année dernière et dans lequel on ne parle pas de santé. Or, quelque part, la santé est quand même liée à notre environnement, est liée finalement à la biodiversité, à la ville. Et c'est dommage que pour l'instant ce plan nature-ville ne prenne pas en compte cette dimension parce qu'on sait très bien que tout est intimement lié. On ne peut pas améliorer les espaces verts et ne pas prendre en compte qu'il peut y avoir une amélioration au niveau de la santé. Si on oublie de prendre en compte un certain nombre d'éléments comme la santé, on passe à côté à la fois d'une grande opportunité de changer et aussi quand on regarde les interrogations, les demandes des citoyens dans beaucoup de villes : en premier, c'est l'environnement et la santé.

Vivre dans un endroit qui est beau et rester en bonne santé. Ne pas vivre dans un endroit où il y a du bruit, ne pas vivre dans un endroit qui sent mauvais, c'est ce qui arrive dans certaines zones où les gens sont à proximité d'industries. On veut vivre dans un endroit qui est beau, qui sent bon, qui n'est pas bruyant. On veut vivre dans un endroit où on reste en bonne santé, où on a un bon accès aux soins et c'est vrai que les liens sont extrêmement étroits.

Je pourrais peut-être dire, il y a eu – tout le monde sait – la Convention Internationale sur la biodiversité, l'année dernière à Nagoya. Les objectifs vont être déclinés dans les deux ans à venir dans chacun des États membres, en plans nationaux. Donc, on peut espérer que ces objectifs qui sont pour la biodiversité, feront également apparaître la biodiversité dans les villes et les liens entre biodiversité et santé. Parce que là, c'est

vraiment un thème qui est important et c'est finalement une chance qu'on peut avoir de mettre en place de nouveaux dispositifs. J'étais conseiller aussi de Nathalie Kosciusko-Morizet et je pense que ce sera pris en compte. Et puis, sur les inégalités sociales de santé, c'est ce qu'on essaie de faire en région Centre puisqu'on va avoir un Congrès de Santé Publique et Environnementale parce que je considère qu'il faut lier les deux, et qui parlera également de biodiversité.

CONCLUSION

Pour conclure, souvent on a tendance à trop sectoriser les domaines : la ville, la santé, la biodiversité, en disant « les gens de la santé doivent faire de la santé... les gens qui s'occupent d'aménagement du territoire doivent s'occuper de l'aménagement du territoire ». Mais ce qu'on oublie souvent dans les politiques publiques, et c'est ce qui a été pris en compte par la démarche sur la loi « hôpital, patients, territoire », c'est cette notion du territoire. Les grandes campagnes de santé publique au niveau national ont connu et, finalement, connaissent leurs limites et c'est la santé des territoires, c'est la santé dans les villes, c'est la santé dans les quartiers, mise en place avec les élus, avec l'Agence Régionale de Santé, avec le Préfet, avec l'ensemble des acteurs de terrain, qui sont vraiment le renouveau de la promotion de la Santé et de la santé-environnement sur les territoires. Et c'est pour cela que ce thème est important aujourd'hui et qu'il est important dans les contrats locaux de santé qui vont être financés en partie par les agences régionales de santé parce que ce sera vraiment un vecteur d'amélioration de l'espérance de santé et de vie dans les villes comme dans les campagnes.

***Illustration* – Beaumont, la nature retrouvée pour une ville durable**

François Saint-André

Maire de Beaumont, Vice-président de Clermont Communauté

Je suis maire d'une commune moyenne, ville de 12000 habitants, et je vais essayer d'apporter une illustration bien modeste par rapport aux discours de ce matin. Depuis que je suis élu, en 2001, avec mon équipe, nous essayons de mettre en place, un peu comme Monsieur Jourdain faisait de la prose sans le savoir, une politique au service de nos concitoyens, qui intègre les problématiques du développement durable et de fait, la santé. C'est notre politique en matière de développement durable qui a retenu l'attention du jury du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS. Nous avons intégré le réseau en 2009.

Beaumont est situé dans la toute première couronne de l'agglomération clermontoise. Le développement de la ville s'est fait en parallèle avec le développement du CHU implanté en partie sur son territoire, ainsi que celui de la clinique de la Châtaigneraie, située à proximité du Bois de la Châtaigneraie. Ces deux entités constituent des pôles santé majeurs pour le territoire communautaire. Nous avons également sur notre territoire les facultés de Médecine et de Pharmacie, ainsi qu'un centre de rééducation.

LA QUESTION DE LA NATURE RETROUVÉE

La question de la nature dans la cité, complétée par la question de la biodiversité, n'a jamais été prise en compte par notre équipe dans une démarche purement environnementaliste qui ferait oublier les autres axes du développement durable. Il ne s'agit pas seulement de sauvegarder les espaces verts ou les derniers espaces non urbanisés, mais bien de comprendre comment la ville peut se construire harmonieusement, en particulier sur le plan social tout en garantissant la biodiversité, gage de qualité environnementale.

Je me disais ce matin, d'ailleurs, peut-être sous forme de boutade (et encore que...) : la première des biodiversités, n'est-ce pas la mixité sociale et la mixité fonctionnelle et générationnelle ?

Bien entendu, il est aussi nécessaire de relativiser le concept de nature. Les paysages que nous connaissons aujourd'hui, cette nature préservée, c'est aussi le résultat de

milliers d'années d'intervention de l'homme sur un paysage primitif. Et ceci, même dans nos grands espaces et fameux espaces ou fameux paysages sauvages auvergnats. Il n'y a plus de paysages sauvages en Europe et en particulier en France. Le défrichage, le remodelage, les multiples modifications remontent à des temps très anciens, gallo-romains et même plus anciens. Les recherches archéologiques dans la vallée de l'Artière à Beaumont, ont montré des traces de peuplements très anciens qui remontent au néolithique ; et qui montrent que, déjà à l'époque, bien entendu la nature, entre guillemets « nature », était domestiquée.

Et pourtant, nous aspirons à plus de verdure dans nos villes, à plus de vivant. Et je pense que cette notion de vivant qui rejoint le concept de biodiversité, répond davantage à cette nature retrouvée. Il faut donc réfléchir à comment cette nature retrouvée, cette biodiversité aujourd'hui, peut et doit réinvestir la ville sans en empêcher son développement raisonné. En un mot : comment cette question s'inscrit dans une logique de renforcement du bien-être et de la santé pour tous ?

RÉALISATIONS

La ville de Beaumont, c'est 12000 habitants, une densité importante et très peu de parcellaire disponible. Nous sommes impliqués dans la recherche du respect de l'article 55 de la loi SRU. Quand je suis arrivé, il n'y avait pas de politique de l'habitat et nous n'avions que 9 % de logements sociaux. Nous essayons de rattraper notre retard mais ce n'est pas facile. Nous ne sommes qu'à 13,5 % de logements sociaux au titre de l'article 55 de la loi SRU. C'est un vrai problème.

Nous avons aussi mis en place des pratiques multiformes de démocratie participative en tant que gouvernance des différents projets par des rencontres de quartier, concertation systématique, mise en place d'un Conseil consultatif d'experts citoyens, votation citoyenne, etc.

Habitat

Les réalisations : réaménagements du bourg médiéval, c'est un travail de très longue haleine. Mais c'est pour vous montrer aussi dans quel contexte nous nous situons. Le travail sur les dents creuses du tissu dense de notre ville en collaboration avec l'agence d'urbanisme Clermont Métropole et un établissement public foncier qui est très, très performant. La densification urbaine que nous avons commencée à faire dans le quartier qu'on appelle « le quartier de la Mourette », avec 500 logements réalisés en mixité sociale, doublé d'un axe vert avec un parc urbain et un complexe sportif qui n'existaient pas. Il faut souligner la mixité fonctionnelle et générationnelle des différents projets : écoles, complexes sportifs, salles de spectacle, politiques sociales et culturelles intégrées dans tous les projets.

Petite enfance

Nous avons lancé un programme éducatif local ainsi qu'une mention toute spéciale au travail qui a été fait en direction de la petite enfance. Nous mettons en place dans les structures petite enfance, une approche plurielle de la question de santé. Vous avez là une photo de la halte-garderie, d'un multi-accueil qui intègre pour les enfants un travail sur la motricité avec aussi l'utilisation de produits sanitaires bio, garantis sans risque pour la santé à la fois pour les enfants et les personnels. Ces questions ont été au cœur du projet de service de ces structures petite enfance.

Hygiène et sécurité

Une politique « hygiène et sécurité » pour les personnels. Je pense qu'il ne faut pas oublier que nous travaillons avec des agents municipaux et la moindre des choses, c'est d'être très performants en matière d'« hygiène et sécurité » pour les personnels. Par exemple pour l'utilisation de peintures au sol non polluantes, nous avons à la fois le travail en direction des agents municipaux mais aussi de nos concitoyens. La diminution du salage des rues en cas de neige et de verglas, par exemple, va dans le même sens.

Eau

Politique de l'eau : c'est vrai que nous sommes en Auvergne. C'est vrai que nous sommes à proximité des volcans, que nous avons à Beaumont, comme dans pas mal de coins d'Auvergne, une qualité de l'eau extraordinairement bonne. Et c'est vrai que nous avons réussi à mettre en place une politique de l'eau intéressante, avec la qualité d'une part, mais également un des prix les plus bas de l'agglomération, avec la suppression des canalisations en plomb et aussi une progressivité du prix en fonction de la consommation.

Mobilité

La systématisation de la logique des modes doux dans les déplacements urbains, en particulier sur les pistes cyclables. Nous avons eu l'honneur d'être « sonnette d'or », décernée par une association locale qui s'appelle « Vélocité » : deux fois !

Un travail bien évidemment sur l'accessibilité des personnes à mobilité réduite (PMR) des bâtiments et des axes de circulation.

ENVIRONNEMENT ET CADRE NATUREL : LE CHEMIN VERT

Pour aborder plus au cœur la question de la biodiversité, question sur laquelle on m'avait demandé d'intervenir, je vais évoquer ce que nous avons mis en place depuis maintenant 2001 : un cheminement, que nous avons appelé Chemin Vert. Le Chemin Vert est un axe ou une coulée verte de 6,5 km en arc de cercle au sud de la ville, allant d'un parc, le Parc de BoisBeaumont au nord-est, jusqu'au Bois de la Châtaigneraie, au nord-ouest.

En passant par la vallée de l'Artière au sud, cette coulée verte est entièrement en PMR (excepté dans le Bois de la Châtaigneraie qui est un bois très accidenté).

Ce Chemin Vert s'articule selon différentes séquences : d'est en ouest, un parc urbain avec des espaces de découverte géologique du secteur puisque nous sommes dans des secteurs géologiques très intéressants avec les volcans à proximité : ce qu'on appelle « les Cailloux du Chemin Vert ». Ensuite, une zone de pratique sportive libre avec terrain de rugby ouvert, libre d'accès, à proximité de complexes sportifs. Le chemin se poursuit avec un sentier de découverte archéologique, « les silhouettes du Chemin Vert », puis des zones de jardins familiaux. Nous trouvons tout cela, en séquences, sur les différents axes du Chemin Vert. Des espaces naturels, en zone humide. Une plaine de jeux et de loisirs intégrant le complexe sportif de l'Artière qui est en cours d'aménagement.

Nous travaillons à la sécurisation et mise en valeur du Bois de la Châtaigneraie que nous avons renforcé en tant qu'Espace Classé Boisé et Espace Naturel Sensible.

Ce Chemin Vert a conquis nos concitoyens, même au-delà de la ville puisqu'il permet des pratiques sportives. Il est même le siège d'une compétition sportive, « Les foulées du Chemin Vert », organisée par une association locale. C'est une zone de détente et de loisirs tout autant pour les sportifs avérés ou les amateurs, les personnes âgées, les parents, les assistantes maternelles, les écoles et les collègues.

Lorsque le Chemin Vert a commencé à bien exister, avec mon collègue le professeur Chamoux, professeur d'hygiène industrielle de médecine du travail au CHU, nous avons souhaité mettre en place un partenariat avec le service de médecine du travail du CHU pour intégrer un des segments du Chemin Vert proche du CHU (à l'est) pour le transformer en parcours de santé spécifique de prévention des maladies cardiovasculaires pour les personnels hospitaliers. Ce projet n'a pas pu aboutir à ce jour, faute de financements croisés, mais nous ne désespérons pas.

Un deuxième projet est en cours, la réalisation d'un segment du Chemin Vert dans le Bois de la Châtaigneraie (à l'ouest), entièrement adapté aux différents handicaps. Ce parcours spécifique se trouve à proximité immédiate de la clinique de la Châtaigneraie et donc, pourrait servir pour les patients, les malades, les mamans et les enfants.

L'ÉCOQUARTIER CŒUR DE VILLE

Actuellement, la ville de Beaumont est animée par une nouvelle ambition : le Cœur de Ville de Beaumont, réaménagé ou aménagé en tant qu'écoquartier, écoquartier dans le cadre d'une ville durable avec la restructuration du Cœur de Ville, densification de l'habitat et mixité sociale.

Nous recherchons, bien entendu, la qualité énergétique et environnementale des nouveaux immeubles : les deux premiers immeubles qui vont être construits très prochainement ont été lauréats d'un appel à projet de la région Auvergne pour leur qualité énergétique.

Dans le cadre de ce Cœur de Ville nous lançons le projet d'un nouvel Hôtel de Ville qui va être en bâtiment « basse consommation ». Il a été co-élaboré avec les personnels municipaux, premiers utilisateurs bien entendu de cet équipement. Nous avons lancé un appel à projet avec concours et nous avons proposé aux Beaumontois de voter sur les 3 projets qui étaient soumis aux votes de façon anonyme. Ce projet intègre toute la question de la biodiversité et de la santé comme cibles. Nous l'avons mis dans l'Approche Environnementale de l'Urbanisme. Le nouveau bâtiment sera « ossature bois ». Nous exigeons l'utilisation de produits sains. La toiture sera végétalisée, pas d'une petite toundra, mais d'une vraie prairie de 40 cm de haut sur une couche de terre et de drainage de 40 cm.

Et voilà, peut-être un petit peu la cerise sur le gâteau : nous sommes en partenariat avec le syndicat des apiculteurs du Puy-de-Dôme et depuis plusieurs années, nous animons la Fête de l'abeille et de l'environnement. Nous avons installé un rucher de 4 ruches sur la terrasse du bâtiment existant. Bien entendu, ce sera continué dans le futur Hôtel de Ville, avec donc, production pour cette année de 160 kilos de miel, avec un miel de très bonne qualité. Ce miel va nous servir d'indicateur de la qualité environnementale et de la qualité sanitaire du quartier et de la ville de façon plus générale. Les abeilles vont butiner au-delà de l'écoquartier lui-même. Ce miel est distribué dans les écoles, gratuitement aux personnes âgées et aussi pour les jeunes mariés, pour leur lune de miel : c'était bien naturel.

J'insiste sur la surveillance que nous allons faire de ce miel en tant qu'indicateur de la qualité puisqu'on est en capacité avec le syndicat des apiculteurs de savoir la qualité pollinique et la qualité biologique du miel.

En plus, autour de l'Hôtel de Ville et cela rejoint la question de la biodiversité de la nature retrouvée, il y a un parc urbain avec comme cahier des charges, des choses que nous avons voulues très strictes : l'utilisation de plantes endogènes ; peu d'entretien phytosanitaire et hydrique ; récupération des eaux pluviales par des systèmes de noues ; enterrement des containers à ordures ; plantes mellifères – c'était la moindre des

choses pour les abeilles ; la place des animaux : oiseaux, chauves-souris et autres ; un « piano des couleurs » avec une appropriation citoyenne ; et aussi bien sûr, l'exigence du rôle social et d'échange de ce parc parce qu'il ne faut pas oublier quand même que nous sommes en ville et que la ville est faite pour nos concitoyens.

Quelques questions doivent être posées et restent posées sur la question de la nature, comme l'a évoqué l'intervenante précédente : la transmission des maladies infectieuses – ce n'est pas parce que nous sommes garants de la biodiversité qu'il faut garder les rats et les tiques ; de même les plantes toxiques, irritantes ou allergisantes doivent être proscrites effectivement. Nous avons eu l'exemple, il y a quelques années maintenant, d'une plantation de bouleaux dans un espace vert par un bailleur social. Nous leur avons expressément demandé de remplacer ces arbres par des plantations moins allergisantes.

CONCLUSION

Nous jouissons d'un environnement particulièrement favorable : bien évidemment, proximité du Parc des Volcans, des grands paysages, mais aussi une politique municipale que nous avons essayé de mettre en place depuis plusieurs années et qui permet non seulement la sauvegarde de ces espaces, mais aussi leur mise en valeur et leur développement. Le travail que nous faisons, je pense, sur la biodiversité, est une façon d'essayer de donner un sens à notre action au service de nos populations dans le cadre de ce grand projet qui nous permet de fabriquer notre ville.

Échanges-débats

La salle – Je me posais la question du budget pour mener toutes ces politiques ?

François Saint-André – Beaumont est une ville « couches moyennes », voire « moyennes supérieures », même si nous essayons, effectivement, de travailler sur la mixité. Mais nous sommes une commune pauvre parce que nous avons très peu de recettes liées à la taxe professionnelle (TP). Je dis « nous avons », puisque maintenant, il y a des règles différentes avec la suppression de la TP.

Une commune plutôt couches moyennes, mais avec des recettes faibles. Malgré tout, on y est arrivé ! Parce que je pense que j'ai avec moi une équipe qui s'investit à fond, parce qu'on va chercher les subventions où il faut aller les chercher, parce qu'on a une gestion très transparente, mais très rigoureuse. Si j'ai une enveloppe à cinq millions – c'est le cas, par exemple, de l'Hôtel de Ville, le futur Hôtel de Ville –, mon adjoint aux finances n'accepterait pas que je dépasse de 1 000 euros l'enveloppe qu'il m'a confiée. Je ne sais pas... on y arrive !

La salle – Une question sur les espèces allergisantes. Vous parliez des bouleaux. Ce n'est pas une question particulièrement à vous, peut-être plus en général, est-ce qu'il n'y a pas un risque, avec le nombre d'allergies qui se développent, de ne plus pouvoir mettre aucun arbre ?

Sandrine Segovia-Kueny – Je ne pense pas qu'il faille être aussi pessimiste mais c'est une des actions du plan régional santé environnement en région Centre. C'est à la fois d'évaluer les risques sanitaires liés à de nouvelles espèces, faire un bilan de tout ce qui est pollinisation parce que c'est une question importante. Et plutôt d'aller vers le choix d'espèces les moins allergisantes pour la population. Mais je crois qu'il faut faire attention quand, effectivement, on se rend compte, ponctuellement, qu'il y a des allergies plus importantes en raison de plantations. Il faut prendre tout de suite un certain nombre d'actions. Mais je pense qu'il faut vraiment être modéré, évaluer, choisir les espèces les moins allergisantes, essayer dans certains endroits... Souvent, les gens ignorent mais la forêt d'Orléans est une des plus grandes forêts de France. On a de grands domaines forestiers et on essaie de promouvoir les espèces endogènes, celles qui existaient avant. Et dans les projets, tels qu'ils sont faits, que je vois passer quand il y a de l'aménagement du territoire, ou dans certains endroits où les maires lancent un certain nombre de projets développement durable-aménagement du territoire, ils favorisent l'implantation d'arbres de la biodiversité d'avant et c'est vrai qu'on essaie de ne pas mettre d'eucalyptus, de ne pas mettre des espèces qui n'étaient

pas avant mais plutôt de favoriser celles qui existaient avant et qui ont été remplacées par des espèces plus courantes ou moins chères.

Je crois qu'après, c'est la politique qu'il faut essayer de mener. Nous, on l'a inscrit dans le plan régional de santé pour, à la fois, évaluer et puis, avec les autres administrations, voir qu'est-ce qu'il est possible de faire. Après, c'est le choix. Là, on a pris sous l'angle de la santé. Donc, en mettant cela sous l'angle de la santé, on a la chance d'avoir trois endroits de réseaux pour l'observation et pour l'analyse du pollen. On en a un avec l'ICARE et deux avec le Réseau National. Donc, on a la chance de pouvoir faire des mesures, d'évaluer un petit peu ce qui se passe et puis de travailler ensemble pour éviter d'avoir beaucoup d'espèces qui ne soient pas des espèces endogènes. Mais peut-être la chance de la région Centre, est d'être une région historique et le patrimoine « châteaux » permet de faire vivre le tourisme, on verrait très mal planter des palmiers devant le château de Chambord ou dans d'autres endroits. C'est le fonds de commerce de la région, donc, il y a vraiment le respect de l'authenticité régionale.

François Saint-André – Je voudrais ajouter quelque chose. Il y a les plantes allergisantes mais on a planté pendant des décennies des plantes, dont les baies sont toxiques et piquantes. Je sais que depuis plusieurs années, nos services espaces verts ont commencé à supprimer – je crois d'ailleurs que c'est fini – toutes les plantes de ce type-là qu'il y avait sur les espaces verts pour les remplacer par des plantes endogènes qui sont bien meilleures, d'ailleurs, pour la biodiversité. Il faut supprimer les thuyas et il vaut mieux faire des haies de caduques.

Sandrine Segovia-Kueny – Peut-être que la chance, c'est d'être une région de chasse avec des fédérations de chasseurs très puissantes qui maintiennent toute la biodiversité en bon état. Et cela concerne, non seulement les animaux mais aussi les milieux naturels.

La salle – M. Saint-André a soulevé un problème, je crois, extrêmement important dans le cadre de la biodiversité puisque c'est la diversité biologique, donc du vivant. Et dans ce vivant, il y a l'homme, d'abord !

Donc, les diversités sociales que vous avez soulevées, je crois que c'est un élément, aussi, qui est fondamental. Mais avec quand même un problème parce que là où on a de la biodiversité, ce sont quand même dans des espèces végétales que l'on trouve plus facilement dans les quartiers « favorisés » que par rapport aux quartiers « défavorisés ». Le dialogue risque d'être assez réduit dans certains cas et je voudrais savoir, surtout dans les grandes villes où il y a assez peu d'espace disponible pour les biodiversités, quelles solutions vous préconisez ?

François Saint-André – Je vais répondre de deux façons. D’abord, sur ma commune, nous avons créé un quartier *ex nihilo* depuis 2001. Il est quasiment fini. C’est 500 logements mais on a travaillé avec une trame verte qui double la trame classique et sur lequel on est en mixité sociale puisqu’il y a un tiers de logements sociaux, un tiers d’accession sociale et un tiers d’accession classique. Je crois que c’est un beau quartier : il y a une salle de spectacle, il y a des installations sportives, le multi accueil dont je vous parlais tout à l’heure, des structures pour les personnes âgées... Donc, on l’a dit, ce quartier est bien, il est pour tout le monde.

J’ai une autre casquette, je suis vice-président en charge de l’habitat sur l’agglomération clermontoise et, à ce titre-là, on essaie de travailler sur la qualité architecturale, environnementale des nouveaux programmes d’habitat. Et je pense qu’on est de plus en plus nombreux à penser que l’habitat, ce n’est pas que le logement, ce n’est pas qu’une barre. L’habitat, c’est tout ce qu’il y a autour et cela a trait à la question des transports en commun, des structures qu’il y a autour. Donc, bien entendu de l’accessibilité et y compris aux espaces verts.

Je souhaite, mais on n’y est pas encore vraiment arrivé, mettre en place, par exemple, des ateliers de l’utopie avec l’école d’Architecture qui est à Clermont-Ferrand pour aider aussi les élus à concevoir la question de l’habitat de façon peut-être radicalement différente, parce qu’on sait qu’il y a des élus qui sont un petit peu frileux sur les nouvelles architectures, ces nouvelles notions-là. Elles font leur chemin mais quand même, il y a encore des gens à convaincre. Donc, il y a nos concitoyens à convaincre et il y a aussi des élus à convaincre.

La salle – Une question sur sentiment de sécurité et aménagement, notamment avec les parcs. Est-ce qu’il y a ce souci de voir et d’être vu quand vous aménagez les parcs ? Puisque cela peut être aussi un endroit qui peut être insécure, est-ce que vous y avez pensé ?

François Saint-André – Je ne sais pas si je vais répondre directement à votre question mais je vais en profiter pour dire que je suis contre la vidéo surveillance et je milite pour dire que si on a des politiques publiques à mettre en place, c’est l’humain qui doit passer avant la technologie. Plutôt que de mettre en place des caméras de vidéosurveillance dans les parcs ou le long du chemin vert, nous renforçons une police de proximité au plus près de nos concitoyens pour pouvoir essayer de répondre à ce sentiment d’insécurité qui peut naître de zones « nature ».

La salle – Ce n’est pas du tout dans la vidéosurveillance, c’était plutôt dans la taille des arbres, des bosquets ; la sensation d’être vus et de pouvoir voir loin. Parce que ce sentiment de sécurité, c’est aussi cela. C’est le collectif. Ce n’est pas une caméra, ce

n'est pas un film. Mais on sait aussi que quand on voit loin et quand on sait que l'on peut être vu, il y a le sentiment de sécurité qui est naturel, du coup.

François Saint-André – On y a répondu, en partie, sur la question de l'éclairage urbain. Il y a beaucoup de zones piétonnes et que les zones piétonnes qui irriguent le parc ou qui vont sur les arrêts de transport en commun alors que d'autres le sont beaucoup moins parce que cela renforce le sentiment de sécurité. Sur le parc, c'est vrai que j'étais obligé d'aller vite, il y avait plusieurs projets qui avaient été proposés. Celui qui a été lauréat ne nous satisfaisait pas trop, en termes d'aménagement de parc. On a demandé aux architectes et paysagistes de retravailler. Et justement, on a travaillé sur la question que vous abordez, c'est-à-dire que le parc est juste en profondeur, dans la rue de l'Hôtel de Ville, et on a demandé que ces questions de « co-visibilité » soient traitées parce qu'il y avait eu un autre projet qui était séduisant et qui renforçait des petits bosquets. Et on s'est dit qu'à terme ce serait un petit peu problématique.

Santé, qualité de vie et hygiène

Santé, qualité de vie et hygiène

Fabien Squinazi

Directeur du Laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris

On m'a demandé de parler de l'hygiène. Je n'étais pas trop gêné puisque l'hygiène est le nom de mon laboratoire : le Laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris, qui a fêté ses cent ans au mois de septembre dernier.

Je vais avoir l'occasion de vous brosser un petit tableau de l'hygiène, pas trop long, mais au travers des âges. Et j'ai souhaité, au travers de mon exposé, montrer les différentes facettes de l'hygiène de la ville et notamment de l'hygiène publique.

HYGIÈNE ET HYGIÈNE PUBLIQUE

Le terme hygiène, je suis allé le chercher dans une définition très ancienne : « Un ensemble de principes et des pratiques tendant à préserver, à améliorer la santé ». On fait souvent le lien entre l'hygiène et la santé et vous noterez que quand on parle d'hygiène, il y a à la fois une notion individuelle et une notion collective.

Et c'est vrai qu'aujourd'hui, vous revoyez des termes qu'on utilise encore aujourd'hui en termes d'hygiène. Moi, je vais vous parler plus particulièrement, de l'hygiène publique et de l'hygiène urbaine.

Cette hygiène publique, sa définition est très ancienne et d'ailleurs, le Laboratoire d'hygiène tient probablement son nom de ce problème d'hygiène publique ; c'était l'art de conserver la santé aux hommes réunis en société. Cette hygiène publique avait pour objectif de constater et d'éloigner toutes les causes contraires à la conservation et au bien-être de l'existence ; c'est une définition de 1829.

À partir de cette hygiène publique et de la connaissance de ses causes qui intervenaient sur la ville, la ville a changé. Vous avez toutes les modifications qui ont été apportées à la ville suite aux connaissances que nous avons, à l'époque, en matière de distribution urbaine, de l'éloignement des activités les plus insalubres. De nombreux travaux ont été faits dans ce sens-là. Travailler sur la voie publique, sur les réseaux d'eau potable, les égouts, les rues, modifier les rues et enfin, promouvoir le nettoyage urbain.

Et donc, l'hygiène publique a porté sur ces différents changements de la ville dans l'objectif d'améliorer la santé des citoyens. De même, pour la maison, il y a une

définition de la « maison salubre » telle qu'elle était définie en 1926 et déjà, à cette époque-là – j'ai souhaité montrer cette définition de l'époque puisque, aujourd'hui, on retrouve ce même phénomène de construction, d'aménagement, d'aération, de chauffage, de l'éclairage de la maison et, enfin, de l'évacuation des nuisances. Toutes ces actions ont été faites pour améliorer la ville et la maison.

À cette époque-là, aussi, on a parlé de la pasteurisation de la société car on a découvert l'ensemble des micro-organismes, la découverte de certains microbes pathogènes, les traitements anti-infectieux qui ont été faits et les principes de l'antisepsie. Et donc, toutes ces connaissances sur l'hygiène et l'hygiène publique ont tendu à améliorer la santé de nos concitoyens de l'époque.

L'HYGIÈNE PUBLIQUE À TRAVERS LES ÂGES

L'Observatoire de Montsouris et le Laboratoire d'hygiène

L'Observatoire de Montsouris s'est créé en 1857 et j'en parle parce que le Laboratoire d'hygiène a pour ancêtre l'Observatoire de Montsouris puisque, le 30 août 1910, on créait le Laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris. Et, à cette époque-là, les activités de ce laboratoire – pour montrer les problèmes de l'hygiène de cette époque-là – c'était les maladies infectieuses, les maladies contagieuses, la diphtérie. Et en créant un laboratoire pour le dépistage de la diphtérie, notamment chez les enfants des écoles, on luttait contre la tuberculose et contre d'autres maladies de l'époque.

Mais vous constatez également qu'à cette époque-là, on s'intéressait déjà au problème de l'air. L'air, à la fois extérieur, ce qu'on appelait les atmosphères libres mais également l'air des habitations, on en parle encore aujourd'hui, les atmosphères dites « confinées », et enfin l'hygiène générale de la ville.

Ce laboratoire, créé en 1910, a été un véritable observatoire au cours des années de l'hygiène publique en France et notamment à Paris.

Sur son organisation, je vais passer mais il y avait beaucoup de microbiologie médicale à l'époque, mais également, déjà, toutes les études sur les atmosphères, comme on pouvait le faire avec les indicateurs de l'époque.

L'hygiène publique dans les années 1950-1960

Je vais passer quelques décennies et j'arrive aux années cinquante. Après la seconde guerre mondiale, les problématiques de l'hygiène dans les villes – j'ai repris ici le titre d'un article paru dans *Sciences et vie technique* des années cinquante, qui parlait de la lutte contre le brouillard mortel des villes. Et, à cette époque-là, le Laboratoire

d'hygiène a été un des premiers à mettre en place une surveillance de la pollution atmosphérique des villes. Et à l'époque, c'était les foyers domestiques, les foyers industriels qui étaient à l'origine de ces pollutions atmosphériques, avec comme indicateurs principaux tout ce qui était les pollutions soufrées et les pollutions par les poussières, ce qu'on appelait à l'époque les « fumées noires ». On s'intéressait aussi à la radioactivité car, à cette époque-là, on commençait à construire des centrales. Et puis, on s'intéressait, également, à tous les lieux de baignade. J'ai retrouvé une thèse qui a été faite à cette époque-là, qui parlait de la surveillance des piscines depuis les années 1900, à Paris. On était préoccupés, déjà, de l'hygiène des piscines et l'hygiène des piscines, c'était la microbiologie, c'était les maladies infectieuses. Aujourd'hui, on s'en occupe moins mais on s'intéresse plutôt aux sous-produits de la chloration qui posent d'autres types de problèmes. On s'intéressait, également, à la qualité de l'eau. Ce n'était pas complètement gagné, il y avait des plaintes liées à l'eau, notamment les saveurs anormales. Et, enfin, on s'intéressait à toute la problématique de l'air confiné : le métro, les habitations. Je voudrais rappeler que la surveillance du métro se fait depuis la première ligne de métro à Paris. On se préoccupait de la qualité de l'air dans le métro à Paris et on continue encore aujourd'hui.

L'hygiène publique dans les années 1970-1980

On passe aux années 1970-1980. On va faire des rapides sauts. Trois temps.

Le deuxième temps, c'est le trafic automobile qui se développe. On a réglé les problèmes, plus ou moins, de pollution industrielle, pollution liée au chauffage urbain. Et maintenant, c'est l'automobile qui est la principale source de pollution dans la ville et on commence à s'intéresser à ce qu'on appelle la pollution de proximité, liée à la circulation automobile.

Et puis, de manière anecdotique, le passage du nuage de Tchernobyl, dans les années 1980, là aussi, voilà encore un problème de radioactivité. Et puis tout ce qui est la surveillance des eaux.

J'ai noté deux aspects, en particulier, le développement, au début des années 1980 du problème des légionnelles dans l'eau chaude sanitaire qui va devenir un problème de santé publique lié à la contamination, que ce soit avec les eaux chaudes sanitaires mais également avec les tours aéro-réfrigérantes que l'on retrouve dans la ville. Et déjà, à cette époque-là, on commence à s'intéresser à ces questions. Et puis, apparaissent dans ces années 1970-1980, le problème de la qualité de l'air intérieur. Déjà, la climatisation, on commence à construire des immeubles de bureaux climatisés et on commence à regarder l'impact de cette climatisation sur la santé ou sur l'inconfort des personnes dans ces bureaux climatisés. Et on s'intéresse également à la qualité de

l'air dans les crèches, comme on le fait aujourd'hui. Et enfin, pour ne pas tout citer, va apparaître dans les années 1980, ce que j'ai appelé la résurgence d'un toxique, qui sont les peintures au plomb et le problème du saturnisme. Cela fait 25 ans, maintenant, qu'on s'intéresse à cette question : le dépistage et toutes les actions qui sont menées contre l'intoxication par le plomb de jeunes enfants, liée à ces peintures au plomb qu'on avait largement utilisées avant la seconde guerre mondiale et qui ressurgissent par ces habitats qui sont humides, qui se dégradent ; les peintures qui s'écaillent et qui intoxiquent les enfants. Dans le milieu des années 1980, c'est là qu'on a découvert ce problème de la ville.

L'hygiène publique dans les années 1990-2000

Je vais passer sur l'organisation du Laboratoire telle qu'elle était faite dans les années 1990 pour vous parler de ce qu'on a appelé l'hygiène publique dans ces années 1990-2000. Là, on s'intéresse à d'autres types de questions : les infrastructures, le réaménagement. Et là, on s'intéresse encore plus à l'impact des infrastructures routières sur la pollution et donc, l'emplacement des bâtiments par rapport à ces infrastructures routières. On s'intéresse, également, à l'exposition des citadins dans tous les lieux de vie, que ce soit les moyens de transports, l'habitat, car est apparue une autre forme de pollution dans l'air intérieur liée aux sources de pollutions internes, qu'on découvre dans ces années-là et pour lesquelles on essaie d'améliorer les connaissances. Enfin, l'allergie respiratoire. C'est à cette époque-là que mon Laboratoire met en place, avec d'autres, ces conseillers médicaux en environnement intérieur, qui vont aller aider les personnes allergiques, asthmatiques, à améliorer leur habitat.

Tout à l'heure, on parlait du pollen, mais au-delà du pollen, il y a aussi le problème des moisissures, l'humidité, qui est un véritable problème aujourd'hui, auquel nous sommes confrontés dans ces habitats un petit peu vétustes, humides, avec ces problèmes de moisissures et d'allergies qui en sont les conséquences, le développement des moisissures.

Et enfin, est apparu un autre problème, j'allais dire encore plus récent, qui concerne la pollution des sols. Aujourd'hui, nous sommes confrontés, dans les villes ou ailleurs, à des sols pollués, qui n'ont pas été dépollués, qui ont été d'anciens sites industriels. Et, nous retrouvons aujourd'hui – c'est comme le problème du saturnisme – plusieurs années plus tard, un toxique qui réapparaît. On est dans la même situation, un toxique qui est dans le sol et qui vient impacter. Donc, l'importance dans la construction des bâtiments qui accueillent des enfants est bien de mettre en place cette évaluation et cette gestion des risques liés aux sites et sols pollués.

LES NUISIBLES

Enfin, je ne voudrais pas terminer cet exposé sans dire que dans la ville, aujourd'hui, au-delà de ces phénomènes de pollution, d'environnement et d'hygiène publique, il y a aussi les nuisibles dans la ville. Dernièrement, on a entendu beaucoup parler des punaises dans la ville, qui avaient envahi la ville. En fait, il n'y en avait pas autant que les journalistes voulaient le dire mais la préoccupation du moment, dans les villes, ce sont les rongeurs. En particulier les rats dans les villes liés aux travaux, aux personnes qui ne prennent pas de précautions et qui sont gênées par la présence de ces rats que l'on peut trouver sur la voie publique. Et le service de salubrité et d'hygiène s'occupe plus particulièrement de ces problèmes d'hygiène dans la ville qui impactent, finalement, les personnes qui alertent et signalent ce phénomène de rongeurs. Mais il y a d'autres types de nuisibles dans la ville, en particulier aussi, les termites. Les termites qui ont été importés il y a quelques années – cela fait 50 ans déjà qu'on a des termites à Paris et ailleurs. Ces termites, également, ont un impact, pas forcément sur la santé mais, en tous cas, sur le bâtiment.

CONCLUSION

En conclusion, pour les villes et le changement de ces villes, il y a eu une profonde modification des réglementations sur l'hygiène publique et je ne vais pas toutes les citer : sur les déchets, la qualité de l'eau de boisson, la réduction des pollutions industrielles, la réduction des pollutions atmosphériques – il y a la circulation automobile, il y a eu des progrès qui ont été faits, l'amélioration des véhicules automobiles – la lutte contre l'habitat insalubre, la lutte contre le saturnisme évoqué tout à l'heure et l'amélioration de l'atmosphère des lieux de travail.

Finalement, il y a eu de profondes modifications et on pourrait dire qu'en matière d'hygiène dans la ville, on a quand même beaucoup amélioré les choses. En fait, les populations publiques sont très sensibles encore à ces phénomènes d'hygiène. Et, en particulier, j'ai cité quelques crises, je ne vais pas toutes les citer, ces crises qui sont apparues et où le public se préoccupe de ces problèmes d'hygiène, d'environnement, de santé, dans la ville. Et c'est lié aussi au fait qu'au-delà des différents aspects – je n'ai pas le temps de tout développer – il y a probablement une complexité de plus en plus grande de nos systèmes de production mais également d'organisation urbaine et sociale. Et cette complexité nous amène à avoir des difficultés dans la gestion de l'hygiène publique.

Pour terminer, tous ces polluants, ces contaminants, ont souvent des effets à petit bruit, avec des doses faibles, avec des effets à long terme. Et il est important, aussi, de se préoccuper, aujourd'hui, de l'hygiène de nos villes pour protéger l'hygiène de demain.

***Illustration* – Champlan, quels enseignements ?**

Danielle Salomon

Sociologue, Centre de Sociologie des Organisations

INTRODUCTION

Merci aux organisateurs de m'avoir invitée à parler de santé et d'environnement. Je suis sociologue politique et l'essentiel de mes travaux porte sur les questions politiques et sociales liées à la santé-environnement. J'ai eu l'occasion de travailler sur un grand nombre de sujets. On m'a demandé d'illustrer aujourd'hui le thème de l'après-midi par un travail qui a été réalisé sur Champlan, avec l'Institut de Veille Sanitaire. Champlan étant l'exemple d'un point noir environnemental. C'est néanmoins l'ensemble des travaux que je vais utiliser ici.

Très rapidement, ce que je voudrais essayer d'illustrer ici avec vous, c'est la question suivante : au fond, qu'est-ce qui génère l'idée de l'atteinte à la santé ? Je renvoie aux éléments que M. Squinazi a rappelés tout à l'heure : les ondes électromagnétiques, les antennes, etc., beaucoup de sujet de crises de santé environnementale sans forcément d'effets (encore) démontrés. Champlan va permettre de l'illustrer. Comment est-ce qu'on peut distinguer l'idée d'une atteinte à la santé d'un effet réellement délétère observé ?

PROBLÉMATIQUE

Je pense qu'il faut se resituer dans un contexte global : celui d'une déstabilisation et d'un sentiment de plus en plus partagé de vulnérabilité, de menace ou de précarité qui va croissant. On assiste à une demande de l'ensemble des populations pour une protection prioritairement adressée à l'État et aux collectivités territoriales. D'où l'importance, aujourd'hui, de l'investissement, de l'ensemble des élus et des collectivités dans les questions de santé. Or, les lieux de vie et de travail sont souvent investis d'éléments identitaires ou d'attentes implicites, voire explicites quand ce sont des lieux de travail puisqu'il y a des directives qui prévoient la protection de la santé des travailleurs par les employeurs. Et c'est d'autant plus observé et amplifié que les lieux

de vie ou le travail, ce sont justement les lieux de résistance face à la globalisation. C'est-à-dire que ce sont les derniers lieux où se tissent des liens sociaux, interpersonnels, au sein desquels des sentiments de confiance peuvent se développer et qui sont extraits de la situation de plus en plus déshumanisée du monde. Atteindre par une ou des activités, des lieux de vie ou de travail, va engendrer des craintes, ou des mobilisations.

Finalement, le milieu urbain est favorable au questionnement. Des nuisances y sont visibles, éventuellement uniques ou cumulées. La banlieue, les transports, avec des « bouchons », la pollution, des messages d'alerte, l'information, suscitent l'attention ; ces sujets sont très médiatiques. On voit, en particulier, dans les journaux dans le métro, que le nombre d'articles concernant les questions de santé environnementale ou d'atteinte à la santé est extrêmement important. Ils maintiennent une vigilance continue sur ces sujets. Évidemment, ils sont présents aussi à la télé, etc. Le message véhiculé est souvent de chercher à attribuer à l'environnement des atteintes de la santé. On entend tout ce que vous connaissez : le rajeunissement pour certaines pathologies, l'augmentation pour d'autres, les conflits locaux qui se multiplient. Tout le monde a entendu parler, même s'il n'y a pas participé, aux conflits que les antennes vont générer, que les incinérateurs vont générer, etc. J'en passe et bien d'autres. Même le *Mediator* suscite des liens et soulève des questions de santé environnement. À Clermont-Ferrand, c'est avec l'incinérateur que le lien s'est fait. Et tout ça est très médiatisé.

L'EXEMPLE DE CHAMPLAN

Champlan est un point noir environnemental qui connaît un cumul d'équipements : à la fois locaux, régionaux et nationaux puisque : le village est sous les pistes d'Orly ; il y a trois lignes à très haute tension ; deux autoroutes ; deux voies routières très rapides, deux incinérateurs ; une série d'industries, etc. Et, en plus, il y avait un projet de station d'épuration. Néanmoins, c'est aussi un village où il y a des maisons avec des jardins. Et on verra l'importance qu'y prend cet habitat.

Par définition, c'est une banlieue. La perception des nuisances est immédiate. Quand on va à Champlan, les avions : ils sont là, on entend le bruit, les lignes à haute tension, on les voit, on ne peut pas faire l'impasse là-dessus ni sur le trafic routier. Et le questionnement des impacts pour la santé de ce cumul, évidemment, paraît parfaitement légitime.

Il se trouve qu'un député de la circonscription était très impliqué sur la santé et l'environnement. Et les populations se sont posé des questions sur les effets du cumul de ces équipements très hétérogènes, représentant un faible bénéfice pour les

Champlanais mais un fort coût puisqu'ils cumulent ces équipements sur leur territoire. Cette question du cumul, et des effets sur la santé de ce cumul de source hétérogène, est un problème de recherche. La gestion politique qui en a été faite a été de créer un comité scientifique afin de se pencher sur cette question. Le comité réunissait l'Ademe, l'Institut de Veille Sanitaire et l'Afsset. Ce qui va dans le sens de la régulation publique, mais, c'est un autre sujet. Pourquoi ce comité a été mis en place ? Parce que, localement, il y a un décalage fort entre l'action institutionnelle, administrative et la demande des populations. Le problème est extrêmement transversal. Orly, c'est l'Aéroport de Paris, la Direction générale de l'aviation civile ; les routes, c'est tout à fait d'autres acteurs ; la question de la santé, c'est la DDASS (à l'époque), etc. C'est-à-dire qu'un grand nombre d'acteurs institutionnels extrêmement hétérogènes, qui ne sont pas coordonnés et qui n'ont pas de vision globale du territoire ni de la santé sont impliqués. C'est un des points de départ possibles des mobilisations : le décalage important qu'il y a entre l'approche administrative et réglementaire et l'approche de la population. Et on l'espère, la création des ARS pourra commencer à apporter un peu de coordination à tout cela.

Le comité scientifique a pris en charge les études, mais les acteurs institutionnels locaux se sont retirés, ce qui a alimenté le climat général de défiance par rapport aux autorités. Un baromètre est réalisé tous les ans par l'IRSN, l'Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire, sur la perception d'un certain nombre de risques, et il montre que la question de la confiance dans les autorités, le sentiment de vérité des informations qui sont fournies, est tout à fait essentiel dans la cotation que les populations peuvent faire du risque.

En plus, on n'a pas de définition française de la santé. Malgré un certain nombre de tentatives dans la loi de santé publique, puis dans la loi HPST, et malgré la référence, dans beaucoup de documents, à la définition de la santé de l'OMS, la définition réelle se produit par l'expérience concrète. Or, l'expérience concrète des autorités sanitaires, c'est de se mobiliser quand il y a des morts ou des pathologies importantes ou, en tous cas, une très forte suspicion. C'est-à-dire qu'il existe un décalage fort entre la réalité et les institutions, leurs réponses et les revendications des populations qui ont toutes en tête, en gros, que la santé, c'est bien plus que l'absence d'affections physiques mais aussi le bien-être (la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité).

Vivre à Champlan, qui est certes un point noir environnemental, c'est avoir un vrai projet de vie : parce que Champlan représente un compromis positif. Du fait des avions d'Orly, il y a un plan d'occupation du bruit qui rend la moitié du village inconstructible et donc, il y a des maisons avec des jardins. C'est-à-dire que les familles présentes sont là pour avoir cette vie de village à des prix relativement accessibles.

L'attachement au projet de vie (le rapport final est en ligne sur le site de l'InVS si vous voulez en savoir plus) constitue un équilibre précaire. Il comporte, d'un côté, des variables positives (une maison avec jardin, des espaces verts, une vie de village) et de l'autre des mesures de protection contre les facteurs négatifs (ne pas regarder les lignes à haute tension, accepter le bruit des avions, etc.). Quand on a de bonnes raisons d'habiter quelque part, on se protège pour pouvoir y rester, tant que ou jusqu'à ce que l'équilibre bascule et qu'à un moment donné les éléments négatifs prennent le pas sur le reste.

Donc, une spirale contestataire s'est produite localement et a mis en suspens cet équilibre. Le travail sociologique qualitatif réalisé montre, au fond, si on essaie de regarder la causalité entre équipement et impact sur la santé, qu'il n'y a qu'un tout petit nombre de personnes qui lient nuisances et problèmes de santé. Les critères explicatifs discriminant de ces plaintes sont liés, d'une part à la stabilité du projet de vie, ensuite à l'intégration sociale locale qui donne plus ou moins de ressources aux personnes pour relativiser ou agir ; enfin, ceux qui se plaignent le plus et qui s'impliquent dans des spirales de contestation, sont ceux qui connaissent des ruptures personnelles multiples ou qui ont un sentiment fort de menace. Donc, les représentations par rapport à la santé dans un lieu de vie ne peuvent pas être extraites du lien social et du lien personnel de chaque famille ou de chaque individu avec son environnement.

Au cœur de la plainte, figure la gêne. La gêne s'exprime par rapport à la qualité de vie. Mais au fond, c'est un effort, c'est une énergie dépensée. Elle est donc variable selon les individus. Elle s'amplifie quand il y a un cumul mais surtout quand il y a des facteurs complémentaires qui représentent des efforts, de l'anxiété, etc.

Ce qui était très important dans le fait que le comité scientifique se soit organisé, c'est que Champlan est devenu une « scène locale d'information » tout à fait spécifique. Un certain nombre de travaux ont été menés en choisissant des lieux désignés par les personnes du village, en le faisant dans un temps long, en ayant des débats autour des choix et des résultats. Et cette « scène locale » a servi de reconnaissance à la demande, aux revendications, et a permis de couper complètement l'amplification nationale qui aurait pu se produire. C'est-à-dire qu'il y a eu un effet de « clôture ». Ce phénomène s'observe aussi pour les antennes relais. Quand quelque chose s'organise au plan local, autour d'une charte municipale, par exemple, à partir du moment où il y a une implication des acteurs avec des solutions locales, le dispositif coupe le mouvement de la revendication nationale.

CONCLUSION

Pour conclure, le phénomène social est observable : une revendication croissante des groupes sociaux pour que soit respecté leur milieu de vie. Ces revendications peuvent

être directes ou indirectes, souvent les demandes s'expriment au travers d'associations, même si elles n'ont l'air de ne représenter qu'un petit nombre de personnes. En réalité, derrière l'action de ces dernières s'exprime souvent une attente large et silencieuse pour des réponses de la part d'un grand nombre de personnes.

Il est extrêmement difficile de dissocier la santé du contexte qui lui donne du sens et des représentations que chacun a de sa qualité de vie. Et si j'avais deux conclusions à donner, deux messages avec lesquels je voudrais que vous partiez, ce sont les suivants : premièrement, il y a un certain nombre de collectivités qui reconnaissent aux groupes sociaux le droit de participer à leur contexte de vie et de dire à un moment donné : « ça suffit ! », mais c'est quelque chose d'éminemment spécifique, territorial et qui n'a pas de fondement objectivable ou prévu par les lois et réglementations. C'est quelque chose qui a été reconnu dans la charte municipale de la Ville de Paris sur les antennes relais. C'est-à-dire, au fond, bien que ce ne soit écrit nulle part, à partir du moment où un quartier entier dit : « On ne veut pas une antenne de plus », il n'y aura pas une antenne de plus ! Quelque part, c'est signifier que cette revendication est reconnue.

Et la dernière conclusion qui est extrêmement importante parce qu'on est encore loin du compte, c'est que les questions sur la santé appartiennent à la santé, donc l'information sur la santé appartient à la santé et pèse directement sur elle ainsi que les réponses qui sont à apporter.

Échanges-débats

La salle – Vous pouvez expliciter la deuxième partie de votre conclusion : l'information de la santé appartient à la santé ?

Danielle Salomon – Si on analyse des tas de crises, mobilisations autour de la santé et de l'environnement, on s'aperçoit qu'il y a toujours, au départ, des questions, des doutes, des craintes, etc., et que cela s'exprime à travers des questions : « Qu'est-ce qu'il en est de... ? » et que l'ensemble des institutions n'a pas travaillé la réponse administrative, l'information institutionnelle. Et, à partir de là, c'est, en général, une étincelle qui a souvent besoin d'autres facteurs, d'un certain nombre de ressources, d'associations, de messages généraux, etc., qui vont l'extraire de son contexte local et en faire un sujet public, éventuellement national comme cela a été le cas pour les ondes électromagnétiques ou un certain nombre d'autres sujets. Et le point de départ, c'est la recherche de l'information. Or, vous savez, sans doute, que les agences sanitaires ont, parmi leurs missions – et les ARS aussi, d'ailleurs – l'information sur la santé et c'est toujours le sujet le plus difficile à traiter et qui est traité, jusqu'à présent, de façon extrêmement étroite.

Alors même que le fait de pouvoir travailler très en amont et de façon systématique l'information serait cruciale, et les conférences régionales et territoriales de santé le permettent. Ça a été rappelé par Sandrine Segovia-Kueny, tout à l'heure, les contrats locaux de santé permettent les actions de prévention, formation, etc. Il y a, aujourd'hui, tous les instruments, si la volonté politique se manifeste et que les budgets suivent, de commencer vraiment à travailler de façon très massive, avec des relais, parce que je pense que cela se fait aussi à travers des relais. Les professionnels de santé, aujourd'hui, sont de plus en plus impliqués, soit eux-mêmes, soit interpellés sur la santé environnement et sont des vecteurs qui peuvent devenir extrêmement importants sur ces sujets de santé et d'environnement. Donc, les questions qui se posent autour de la santé et la façon dont on y répond sont aussi importantes que la réponse purement scientifique sur l'effet délétère prouvé ou pas prouvé qui est aujourd'hui celle qu'apportent les institutions et les agences sanitaires.

Isabelle Roussel – Est-ce que tu pourrais nous dire ce qu'il en est actuellement à Champlan ? Est-ce que la mobilisation a porté ses fruits ? Est-ce qu'ils ont eu gain de cause sur un certain nombre de choses ? Et, d'autre part, est-ce que ce cumul de nuisances a pris un côté un peu victimaire en demandant des compensations et des réparations, parce qu'en fait, ils « bénéficient » d'un certain nombre d'infrastructures qui relèvent de l'intérêt général. Mais eux, ont les nuisances.

Danielle Salomon – Merci de ta question.

D'abord, je veux rappeler que c'est un travail qui date d'à peu près trois ans. Je n'ai pas forcément suivi tous les développements. Le maire qui était élu au moment où tout cela s'est produit a été battu et c'est le Président de l'association qui est le nouveau maire ! Donc, on voit bien le lien avec les enjeux politiques qu'il y a pratiquement toujours dans les sujets de santé et d'environnement. Et on comprend pourquoi un certain nombre d'élus, aujourd'hui, s'investissent sur ces sujets. À partir du moment où ce travail d'études a été fait et a été fait au plus près, c'est-à-dire, vraiment dans le village, et, en particulier, c'était le point de départ de plusieurs études « d'expologie ». Parce que l'enjeu de la recherche a été très important pour le comité scientifique qui s'est constitué. L'Afsset, en particulier, a fait travailler deux de ses départements : un sur les ondes électromagnétiques, des lignes à haute tension et, l'autre, sur la qualité de l'air. C'était parmi les premières recherches d'expologie, avec des dispositifs de captage que les gens portaient sur eux. À partir du moment où ils portaient sur eux, là, cela avait du sens, et représentait leur réalité. Et à partir du moment où ces résultats ont été, en gros, pour l'air extérieur, pas très inquiétants, pour l'air des écoles, un petit peu moins bons, les personnes ont considéré qu'une bonne partie des réponses leur avaient été apportées. Les seuils sur le bruit étaient largement dépassés pour tout le monde mais ce n'est pas le problème puisque le bruit des avions, c'est ce qui fonde le fait de pouvoir être à Champlan, dans un village, et d'avoir des enfants qui jouent dans le jardin. Donc, le bruit est quelque chose qui est accepté. C'est le compromis de base. Les habitants sont très sensibles au statu quo sur les horaires d'Orly, etc. Et il n'y a eu aucune compensation de quoi que ce soit. Mais le dernier point, pour les scientifiques, c'est important de le noter, de l'avoir en tête, c'est que les mesures qui ont été contestées sont celles qui ont été réalisées à partir de formules standardisées. Les mesures de bruit ont été faites à partir de protocoles hyper standardisés, qui n'ont pas pris en compte la réalité intérieure dans les habitats ou les pics de bruit. Cela a été contesté. En revanche, à partir du moment où les personnes avaient des petits appareils qu'elles portaient sur elles pour analyser la qualité de l'air, là, il n'y a eu strictement aucune contestation parce que cela correspondait à leur vie réelle ; c'était une « expologie » de proximité.

Jean-Luc Borderon – Si je vous parle ce soir, c'est en tant que très ancien enseignant de Santé Publique. Il y a d'ailleurs deux des orateurs de ce soir qui doivent dire, voilà Borderon qui va nous parler de l'asphyxie avec sa fumée de bois... Mais enfin, cela est accessoire. Si je vous dis cela, c'est simplement parce que je suis un petit peu déçu qu'il y ait, ici, uniquement des gens privilégiés, très intéressés et très intéressants mais que, si on égalisait toutes les possibilités en France, on serait peut-être déçu. Il y a fort longtemps, je me souviens, j'avais visité, au Havre, le Bureau Municipal d'Hygiène. Très bien, mais maintenant, quand on va discuter dans une mairie, il n'y a plus de bureau

d'hygiène, le maire est laissé vraiment à lui-même, il fait tout et n'importe quoi. S'il est renseigné, tant mieux, mais malheureusement, souvent, les gens en restent là. Et le médiateur, c'est pareil. Voilà ce qu'a répondu à ma famille le médiateur : « Oh, vous n'avez qu'à tolérer la bonne fumée de bois de votre voisin, etc. ».

Je vous pose la question : où est-ce que les actions sont faites en France et quels sont les gens qui bénéficient à l'heure actuelle, en France, de ce que vous décrivez ? Est-ce qu'il n'y a pas plutôt une régression ? Et est-ce que, précisément, de toutes façons, parce qu'il n'y a pas de loi d'État, il n'y a pas ce que, malheureusement, nous envions aux Scandinaves, aux Canadiens, aux Américains, etc. ?

Fabien Squinazi – Difficile de répondre pour toute la France. Déjà, effectivement, vous parlez des bureaux municipaux d'hygiène qui se sont transformés en services communaux d'hygiène et de santé. Il y en a dans les mairies. Après, c'est en fonction de la taille de la ville mais, honnêtement, vous parliez du maire, je pense qu'il peut s'informer et aller à la recherche des informations sur les différents sujets que nous avons évoqués. Je pense qu'aujourd'hui, ce n'est pas l'information qui manque mais, peut-être, si j'ai compris, vous souhaitiez qu'au sein d'une mairie, il y ait des gens compétents qui puissent répondre au public sur telle ou telle problématique. C'est vrai qu'il n'y en a pas forcément partout, en France, pour répondre à ces différents types de problèmes.

Armelle George-Guiton – J'entends, avec beaucoup de sympathie, le fait que la participation de la population rend les choses plus simples. Je parle un peu vite, je m'adresse à M^{me} Salomon. « L'information sur la santé fait partie de la santé », d'accord, mais je trouve que c'est quand même très rapide, que cela porte sur certains sujets, ceux qui sont visibles, accessibles où il y a une volonté de transparence de la part de l'interlocuteur public. Mais dans beaucoup de cas, et d'ailleurs, ce sont les conclusions de M. Squinazi, comme le facteur de risque a une action sournoise, différée, avec des très longs délais, des atteintes, parfois, irréversibles – je pense, par exemple, au plomb – la participation active de la société est un leurre et il y a une injustice profonde. C'est un combat à armes totalement inégales. Pour l'amiante, c'est pareil... Pour les gros problèmes, la participation de la société, sincèrement, je n'y crois pas. C'est pour amuser la galerie. C'est un peu violent ce que je vous dis mais je pense, par exemple, pour le plomb, les enfants qui ont été victimes de peinture au plomb, pour lesquels, d'ailleurs, on a inventé une certaine mythologie d'habitude alimentaire de manger de la peinture, alors que c'était tout simplement de la respiration de poussière qui aurait frappé n'importe quels autres enfants. Leur Q.I. étant déplacé sur la gauche, avec des atteintes irréversibles, les parents étant ignorants de cette problématique, ce n'est pas possible de dire que la participation de la population peut

régler le problème. En outre, la recherche de la responsabilité, lorsque les effets sont sournois et différés, est, également, très problématique.

Valérie Jurin – Je voudrais répondre à Monsieur sur les bureaux d'hygiène parce que c'est quand même quelque chose que les grandes villes connaissent bien. Elles ont des services d'hygiène qui fonctionnent avec des professionnels qui sont extrêmement pointus, qui ont vu un ensemble de problématiques considérablement s'élargir. On parlait des antennes relais, mais on parle des sols pollués aussi. Ce sont donc des services qui sont véritablement sollicités tous les jours et de manière grandissante sur l'ensemble des nuisances. Dire aussi que ces bureaux d'hygiène ne fonctionnent que dans les très grandes villes, on voit bien là, par contre, une sorte d'inégalité. Bien évidemment, certains maires de communes moyennes, et de petites villes, surtout, et de petites communes, sont, eux, en situation d'isolement et de solitude quand ils se trouvent confrontés à des problématiques de cet ordre-là. Et, cela pourrait être mis à la discussion, par exemple, dans les intercommunalités – je pense à l'intercommunalité de Nantes, à l'intercommunalité de Nancy ou d'autres – de mettre à disposition ces bureaux d'hygiène, pour l'ensemble des communes dans une solidarité qui me semblerait tout à fait efficace et pertinente, maintenant. Cela pourrait être, effectivement, une proposition, parce qu'il y a des experts, des gens qui connaissent éminemment leur métier et qui peuvent être un appui fort pour les communes qui sont isolées.

Sur le reste, c'est vrai que les propos de Madame sur la participation des citoyens me hérissent un petit peu. Les citoyens ne sont pas ignorants, leur participation est éminemment importante. Si on peut les accompagner, les rassurer et autres, je crois que rien ne se passe sans eux. En tous les cas, c'est notre rôle d' élu de les accompagner, de les rassurer et autres. Alors, de temps en temps, effectivement, il y a la solitude de l' élu, face au service de l'Etat sur ces problématiques de santé environnement, parce que, franchement, moi, j'avais envie de réagir. J'ai sur Nancy, un certain nombre de problématiques qui me remontent. J'ai beau interpellé les services de l'État, visiblement, il faudrait effectivement qu'il y ait une action dans la presse, il faudrait qu'il y ait une association qui se crée, il faudrait qu'il y ait à la tête de cette association quelqu'un qui ait des vellétés politiques. Et, à ce moment-là, dans l'urgence, on commencera peut-être à venir discuter avec les habitants sur des problématiques de pollution x ou y. Et puis, on demandera accessoirement aux élus de prendre en charge les débats démocratiques, parce que, finalement, c'est leur spécialité et leur savoir-faire. Je voulais témoigner sur une multitude de formes de solitude que connaissent les élus. Et j'ai vu qu'il y avait un monsieur qui réagissait sur la participation citoyenne.

Danielle Salomon – D'abord, j'ai parlé d'information, je n'ai pas parlé forcément de concertation mais ce n'est pas exclusif l'un de l'autre. Là, j'ai vraiment parlé de

l'information parce que je crois que déjà sur ce point-là, sur le plan institutionnel, comme le rappelait Madame, il y a vraiment un énorme travail à faire.

Je vais prendre juste un exemple qui va vous montrer que, vraiment, l'information reste essentielle : le radon.

Le radon, c'est un cancérigène connu, un gaz naturel qui est présent dans certaines régions et pas partout et les autorités sanitaires se débattent depuis plusieurs années avec ce problème pour essayer que ce soit mieux pris en compte. Les médecins, par exemple, qui sont des personnes à qui l'on s'adresse pour poser un certain nombre de questions, ne savent globalement rien sur le radon et ont des idées fausses sur le sujet. Leurs connaissances scientifiques sont faibles et ils les puisent pour l'essentiel dans les médias nationaux. Ne serait-ce que là, il y aurait un travail, qui ne serait pas à faire à chaud, mais vraiment à froid – c'est un sujet mais il y a plein d'autres exemples – qui permettrait de véhiculer une information dans sa diversité, y compris sur les aspects de controverse éventuelle – il n'y en a pas tellement, d'ailleurs, sur le radon, mais il peut y en avoir sur d'autres sujets – et, le relais des médecins permettrait de répondre (s'ils étaient formés) de façon un peu circonstanciée aux personnes. Mais il y a mille autres exemples.

La salle – J'avais juste une remarque à faire parce que dans le cadre des relations entre le milieu et un certain nombre de pathologies, il y a une nouvelle profession qui s'est créée il n'y a pas tellement longtemps, ce sont les conseillères médicales en environnement intérieur. On n'en parle pas du tout alors qu'elles peuvent faire le lien, justement, entre les deux. Ce qui est d'ailleurs intéressant, c'est que là on part de la pathologie, on ne part pas comme dans le cadre de l'hygiénisme du milieu. Et elles peuvent faire ce lien. C'est quand même intéressant parce qu'elles découvrent d'une façon assez large des inégalités sociales assez considérables parce que, malheureusement, les logements les plus insalubres, pour ne pas dire les logements les plus indignes, puisque c'est le terme, ce sont également dans les populations les plus défavorisées qu'on va les trouver. Pas que là, d'ailleurs, mais... C'est un point important parce que dans le cadre, notamment, de plusieurs PRSE2, une demande a été faite pour augmenter la participation de ces conseillères médicales en environnement intérieur parce qu'il y a beaucoup de problèmes qui se posent et qui ne sont pas réglés. Derrière, il y a aussi un autre point qui est important. Quand on parle santé, on parle souvent médecine. Et quand on parle de santé environnement, et je crois qu'il y a des actions à mener auprès des pouvoirs publics et auprès de nos universités, il serait indispensable d'avoir une formation en santé environnement, initiale, dans les études médicales.

Yves Buisson (Mairie de Montreuil et Institut Renaudot) – Sur la question de la participation citoyenne sur l'exemple du plomb, du saturnisme. Je voudrais quand même rappeler que – ce n'est pas Fabien Squinazi qui va me contredire – il a fallu

qu'à une époque, il y ait vraiment quelque chose d'extrêmement conflictuel qui vienne se poser pour que cette question du saturnisme arrive au grand jour, qu'un certain nombre de militants d'associations s'en saisissent. Conflictuel, je ne dis pas cela pour faire peur parce qu'il n'y a pas de démocratie sans conflit, il faut être clair là-dessus, on n'est pas dans un monde de Bisounours... Et ce n'est pas parce qu'on a raison qu'on arrive à faire passer une idée, c'est parce qu'on arrive à la poser suffisamment fort ! C'est quand même grâce au travail des militants même si les gens de la santé publique faisaient tout à fait leur boulot, mais dans leur cadre, et un peu confinés, un peu verrouillés par le politique, à l'époque, dans leurs institutions. C'est parce qu'il y a eu des citoyens qui se sont bougés et qui ont porté le problème sur la place publique qu'on a réussi à faire passer la loi de 1998 et que cela a été à nouveau précisé dans les différentes lois de santé publique depuis. Donc, il y a quand même une possibilité pour la société civile de se bouger et de faire avancer les choses.

José Cambou (*Fédération Nationale de l'Environnement*) – Je voulais réagir sur vos propos. Sur deux points pour faire court. Les conseillères médicales, on était extrêmement favorables. On s'est battu pour qu'il y ait des financements dans le cadre du Plan National Santé Environnement n° 2. Quand on a fait le point la semaine dernière, y compris avec Madame la Ministre, il y aura un poste financé par région. Alors, vous avez raison de soutenir l'intérêt ; je ne pense pas qu'à un poste par région, elles auront une vision très fine de ce qui se passe dans les différents territoires. Moi, je suis originaire d'une région en France qui est la plus grande, plus grande que la Belgique, une pour ma région, c'est un peu faible. Le deuxième point, c'est très clair, se battre pour qu'il y en ait plus, ce n'est pas qu'à moi de le faire, c'est à vous tous ; mais il faut accélérer le rythme.

La deuxième chose, c'est sur la formation. La formation, c'est encore pire Monsieur le Professeur. C'était un point, déjà, dans le Plan National Santé Environnement n° 1 : formation initiale, formation des professionnels de santé et importance d'inclure au moins une sensibilisation dans les formations d'énormément d'acteurs. Parce qu'il n'y a pas que les soignants : un architecte, un urbaniste, etc. D'ailleurs, la journée d'aujourd'hui est un très bon exemple, il faudrait un peu qu'ils aient des idées de la santé. Je vais vous dire, quand j'ai fait partie du comité d'évaluation, c'était un des deux points qui étaient complètement plantés sur le PNSE1. Le PNSE2 a un an et demi. Nous venons de finir le rapport d'évaluation de la mise en œuvre qui a été voté par le groupe de comité de suivi dont je suis membre, jeudi dernier. C'est un des points qui n'a pas bougé du tout. Alors, si vous pouvez, les uns et les autres, faire en sorte que vos différents ministères de tutelle fassent que ça bouge, je vous assure qu'on vous en serait énormément reconnaissants. Il y a un Ministre qui avait dit un jour qu'il y a des mammouths quelque part, je trouve qu'en termes de formations, les mammouths sont multiples.

Santé, qualité de vie et temporalité

Santé, qualité de vie et temporalité

Jean Viard

Sociologue, enseignant à Sciences Po, Vice-président de la communauté urbaine de Marseille

Les problèmes de santé sont du ressort de votre travail. Pour ma part, en tant que sociologue, je peux vous dire que nous sommes en quelque sorte entrés dans ce que Jean Fourastier appelait « une société des vies complètes ». Nous sommes dans une société où on a tout fait pour que tout le monde ait l'espérance de vivre une vie entière : être jeune, adulte et vieux. D'ailleurs, si on meurt avant 80 ans, on laisse un sentiment profond d'injustice. Alors que dans les sociétés anciennes, tout le monde n'avait pas le but de vivre longtemps. Par exemple, les jeunes aristocrates qui passaient leur temps à faire des tournois n'étaient pas obsédés par l'espérance de vie. Sinon, ils auraient trouvé des jeux moins dangereux. Il s'agissait au contraire, pour vivre longtemps, de faire des choix. Par exemple : être bonne sœur, un moyen de ne pas mourir en couches ; être vieille fille, autre moyen... puisque la mort en couches était une des causes majeures de morbidité précoce.

Nous, nous sommes dans la société des vies complètes et ce que je peux vous apporter comme sociologue, c'est, d'un côté, d'essayer de comprendre comment on a construit cette temporalité et, d'autre part, de décrire certains points de tension sur lesquels, sans doute, on pourrait agir.

VIES COMPLÈTES ET NOUVELLES TEMPORALITÉS

Mon souci, à moi, c'est de dire : en un siècle, l'espérance de vie a augmenté d'à peu près 40 % dans notre type de société. Ce qui est l'augmentation la plus gigantesque de l'espérance de vie de toute l'histoire de l'humanité. Même si ce n'est pas égal pour tout le monde, même s'il reste des écarts, notamment entre certains milieux sociaux et certains types de sociétés. Mais cette évolution, les historiens estiment qu'il avait fallu mille ans pour augmenter l'espérance de vie de vingt-cinq ans et qu'en cent ans, on a fait à peu près le même pas. On peut discuter les chiffres, ce sont des estimations, mais il n'en résulte pas moins qu'on a fait en cent ans ce qui avait été fait en mille ans.

Le fait d'être arrivés à une société des vies complètes, cela ne veut pas dire qu'on ne va pas encore en gagner, je ne suis pas capable de le dire. On estime actuellement que

les petites filles qui naissent aujourd'hui vont encore gagner 100 000 heures d'espérance de vie. Là, on est dans ce bouleversement. Et on est obligé de se dire : évidemment, ces évolutions-là ont à voir avec les progrès de la médecine mais aussi avec l'évolution des temporalités, la réduction du temps de travail, l'invention de la retraite, l'augmentation de la durée des études, etc. Et donc, se rendre compte qu'on a construit au XX^e siècle un modèle temporel, bâti sur l'alternance pour tous, du travail et du non-travail, dans la journée, dans la semaine, dans l'année, dans la vie. On a construit selon ces termes : débat sur la retraite à 60 ans, débat sur les congés payés, semaine de 40 heures, samedi férié, etc. Je rappelle juste que le samedi après-midi a été donné férié en 1917, uniquement aux femmes, en remerciement de leur contribution à l'effort de guerre et pour qu'elles puissent préparer le dimanche de leur mari ! Vous voyez qu'il y a des motifs d'évolution sociale qui méritent quand même attention. C'est pour dire qu'on a construit tous ces temps et que c'est parce qu'on les a construits qu'on vit si longtemps. C'est bien parce qu'on a réduit la part du travail dans la vie des hommes. Je vous rappelle qu'aujourd'hui, en France, 12 % des heures vécues sont travaillées ; en 1900, à peu près 40 % des heures vécues étaient travaillées. Et la place du travail dans la vie des hommes est passée, en gros, de 40 % du temps collectif disponible à 12 %, les Américains travaillant 16 %. Il y a des différences entre les grandes sociétés mais, sur le fond, l'élément essentiel, c'est la diminution de la part du travail dans la vie des hommes qui est considérable en un siècle, puisqu'on est passés de 40 % des heures travaillées à 12 à 16 % suivant les sociétés. Je crois qu'il faut garder cela en ligne de fond.

Cette augmentation du temps, cette augmentation d'espérance de vie ont été corrélées avec une phénoménale augmentation des richesses et des choses, des biens disponibles – en gros, on a multiplié le PIB par 10 en un siècle et on a augmenté l'espérance de vie de 40 %. Le résultat, c'est qu'on est en permanence face à tout ce que nous ne ferons pas. Nous voyons tous les livres que nous ne lirons pas, les voyages que nous ne ferons pas, les femmes que nous ne draguerons pas, etc. Nous avons une multiplicité de choses que nous ne ferons pas. Du coup, nous avons un sentiment permanent de manque de temps, alors qu'on n'a jamais eu autant de temps. C'est devenu une civilisation du temps rare alors que c'est le moment de l'humanité où on a le plus de temps pour vivre ! Nous sommes dans une course paradoxale de la vitesse, du stress, etc. Si le mercredi après-midi, vos gamins n'ont pas fait au moins trois activités : un peu de sport, un peu de piano, une initiation à la peinture, vous avez l'impression qu'ils vont rester chômeurs. On est dans une multi-activité qui joue dans le temps du travail. On va avoir un discours de productivité efficace mais, curieusement, il en sera de même pour le temps libre ! C'est-à-dire que quand vous ne travaillez pas, vous êtes aussi hyperactifs que quand vous travaillez. Cette civilisation du temps rare, du stress, de la course, évidemment, nous entraîne d'une façon tout à fait majeure. Ce

qui fait qu'à mon avis, l'idée à garder, c'est qu'avant, la société avait un problème de traitement de la fatigue, jusqu'aux années 1960, et aujourd'hui, on a des problèmes de traitement des stress. C'est complètement différent. Une société du repos, ce sont des gens qui travaillent avec leur corps, qui sont fatigués, qui ont besoin de dormir, de manger. D'ailleurs, les vacances, c'était, en gros, dormir, manger... Il y avait une explosion de la natalité neuf mois après les congés payés ! Aujourd'hui, nous ne sommes plus du tout dans le même modèle. L'explosion de la natalité après les congés payés a disparu. Les 35 heures et les courts séjours ont régulé des problèmes de naissances. Ceux qui, ici, font des accouchements, le savent mieux que moi. Nous avons là un progrès en termes d'occupation des hôpitaux.

C'est sur tous ces termes que repose le fond de ma réflexion.

LES TENSIONS LIÉES AUX NOUVELLES TEMPORALITÉS

La deuxième idée que je voudrais exposer rapidement repose sur la question : qu'est-ce qu'on fait du temps de la vie dans nos sociétés ? L'espérance de vie est à peu près de 700 000 heures, ce que l'on a en entier. Avant la guerre de 14-18, on vivait 500 000 heures. Dans les 700 000 heures, vous allez dormir 200 000 heures, quotidiennement plus ou moins deux heures de moins qu'avant 1914. On dormait 200 000 heures, on dort toujours à peu près la même quantité, un petit peu plus puisqu'on vit plus longtemps.

Combien de temps on travaille ? La durée légale du travail en France, pour avoir droit à la retraite, c'est 63 000 heures. Donc, la durée légale du travail, 42 ans à 35 heures, cela fait 63 000 heures. Je ne dis pas que vous ne travaillez pas un peu plus mais même si vous travaillez 70 000, même 80 000 heures, c'est déjà énorme ! Cela veut dire que vous travaillez à peu près 10 % de votre vie. En 1900, la durée légale du travail était de 200 000 heures en milieu ouvrier, par exemple, dans les mines. On travaillait 200 000 heures, on vivait 500 000 heures, on dormait 200 000 heures. Donc, en 1900, quand j'avais fini de dormir et de travailler, j'avais 100 000 heures pour faire autre chose : apprendre, aimer, militer ou mourir. Nous travaillons 70 000 à 80 000 heures, nous faisons 30 000 heures d'études, cela fait, disons 100 000 heures..., plus 200 000 heures de sommeil, en gros. Il nous reste 400 000 heures pour faire autre chose. Donc, nous avons multiplié par quatre, en quatre générations, le temps où on ne travaille pas, où on n'étudie pas, etc. Cela représente un bouleversement des équilibres temporels absolument gigantesque. Il faut garder cela à l'esprit, y compris pour comprendre que, du coup, les normes et les valeurs de nos sociétés sont d'abord construites par le temps de non-travail. Les deux grandes activités du temps de non-travail, c'est la télévision, qui vous prend 100 000 heures, et l'ensemble des processus :

loisirs, vacances, etc., qui prennent à peu près autant. Donc, les normes, les valeurs, le rapport entre les gens, se sont construits là. Du coup, nous avons des tensions entre ce temps-là, qui produit des normes, où je suis auto-organisateur de mon temps libre, en partie – je regarde la télé, je ne la regarde pas, je change de chaîne, je sors, je reste, etc. Même sans parler de questions de revenus, vous avez des possibilités de choix. Et, à côté, vous avez une culture du travail qui est restée fondamentalement rigide. Notamment, nous sommes le pays au monde où on a le plus de cadres par salarié. Donc, très paradoxalement, notre société a complètement investi sur le temps libre : les 35 heures, les congés payés, le premier pays touristique au monde, etc., une culture des temps libres, très souple, et une culture du travail, très rigide, avec des problèmes de tension dans le passage de l'un à l'autre, qui sont, à mon avis, une des dimensions les plus difficiles de cette société.

LES TENSIONS LIÉES À LA CULTURE DE LA MOBILITÉ

Dans notre société de vie longue et de travail court, entre la vie longue et le travail court, nous avons multiplié les processus de mobilité : dans l'espace, nous sommes passés de 9 kilomètres parcourus quotidiennement à 45 kilomètres. Cela veut dire que la population se déplace dans l'espace à raison de 45 kilomètres par jour : 1/3 pour aller travailler, 1/3 pour vivre dans sa ville, 1/3 pour les vacances et les week-ends. Suivant où vous habitez, qu'est-ce que c'est qu'une ville aujourd'hui ? Qu'est-ce que c'est qu'un voisin ? Qu'est-ce que c'est qu'un lien social ? Nous, les sociologues, nous avons du mal à nous en faire une idée claire du fait de cette extrême mobilité : c'est quoi un voisin quand on est dans cette société ? Cela veut dire aussi : faisons très attention où les gens habitent, comment ils vivent. La population française migre massivement vers les régions touristiques. Un Français sur deux habite là où en 1950 c'était la campagne. 30 millions de gens se sont installés autour des villes d'hier. Faisons aussi attention à cette vision du territoire.

Mais nos ruptures sont partout. On change de partenaire amoureux tous les huit ans, d'employeur tous les onze ans, 10 % des Français déménagent tous les ans, 53 % des bébés naissent hors mariage. Vous le savez bien sûr, puisque nombre d'entre vous sont médecins, mais il faut être conscient que c'est une rupture culturelle gigantesque dans l'histoire de nos sociétés. Moi qui ai fait 68 avec bonheur, je ne croyais pas qu'on aurait un résultat aussi merveilleux. Une telle transformation sociale en si peu de temps est désarçonnante. Regardons bien cela comme un indice d'une culture de la mobilité. C'est ça qui m'intéresse. Et c'est une société beaucoup plus discontinue qu'on ne le croit. C'est en cela que ce chiffre est intéressant. Cela veut dire que la structure des vies des gens, qui étaient des vies par étapes – études, service militaire, travail, mariage, début de la vie sexuelle, etc. – avait pour objectif, au fond, que les

enfants soient installés avant qu'on ait pris sa retraite. Nous, pour la première fois dans l'histoire de l'homme, nous sommes déjà massivement à la retraite en même temps que nos parents. Il y a là une vie complètement discontinuée. Bruckner dit très justement – c'est une des rares choses qu'il dit justement – que la vie moderne est une vie romanesque pour être réussie. Effectivement, sinon, si elle est stricte, un type en prend pour quarante ans quand il réussit le Capes, forcément, il est déprimé très vite. Vous vous rendez compte ? Quarante ans dans le même boulot sans pouvoir en sortir ! Déjà, le mariage, on peut divorcer ! Là, on est dans des processus de structures des temps sociaux. Je fais exprès de vous amuser mais comprenons bien que cela joue.

Il est intéressant de se rendre compte de cela, en fin de compte, surtout pour penser à ceux qui n'ont pas la possibilité de jeu. Ceux qui jouent avec cela, ceux qui ont cette discontinuité, ceux qui sont acteurs, cela va très bien pour eux ; ils ne nous font pas souci. Mais le problème, c'est que tout le monde n'est pas dans la même situation. Je vous rappelle, par exemple, que 40 % des gens ne partent pas en vacances. Un enfant qui vit seul avec sa mère – il y a dans ce pays un million et demi de femmes seules, qui élèvent des enfants ; trois millions d'enfants qui vivent seuls avec leurs mamans. 70 % d'entre eux ne partent pas en vacances. Cela veut dire qu'on a bâti un modèle sur l'alternance des temps et des espaces, un modèle où on part en vacances : on est hyper-stressé, on se déstresse, on va à la mer, on revient... Et puis il y a des groupes qui ne le font pas ! Un jeune immigré de banlieue ne sort jamais de sa banlieue ! C'est pour cela qu'on l'appelle « pied d'immeuble ». Il n'est pas rentré dans la société de la mobilité : il ne part pas en vacances, il ne connaît pas la mer. Ce qui nous semble être des acquis collectifs, ces alternances vacances-travail-repos, etc., ne sont pas des acquis pour tout le monde, du tout ! Il n'y a plus de batailles pour le départ en vacances mais il y a quand même 40 % des gens qui sont non-pratiquants, qui ne partent pas en vacances. Il y a beaucoup plus d'inégalités dans le temps libre que dans le temps de travail.

Comment se jouent les reconstitutions, les repos, etc. ? Les femmes seules avec enfants me paraissent, de ce point de vue-là, un champ principal d'exclusion. Notamment parce que les trois millions d'enfants qu'elles ont se trouvent dans des familles qui souvent se déstructurent – pas tous, parce qu'il y en a beaucoup qui sont quand même bien suivis par les pères, mais une bonne partie, non – avec tous les nouveaux problèmes que connaît notre société sur l'enfance, l'adolescence et sur ces questions.

Ce sont tous ces bouleversements que je veux souligner : nous sommes rentrés dans une société qui est bâtie sur deux piliers. On était dans une société qui était structurée par le travail, les hiérarchies du travail, avec patrons, cadres, mari, épouse, président de la République, ministres, etc. Maintenant, il y a deux systèmes qui se télescopent

tout le temps : la culture du travail qui reste relativement rigide et toutes ces cultures du temps libre, des réseaux sociaux, des dynamiques, des échanges, des aventures, etc. Par exemple, il y a un chiffre qui m’amuse toujours : on fait 6000 fois l’amour pour faire deux enfants. C’est évidemment improductif à mourir parce qu’avant 1914, on faisait 1000 fois l’amour pour avoir une dizaine d’enfants. Là, il y a un effondrement de la productivité. On voit bien comment tout cela modifie les rapports entre les gens. C’est tout cela qui intéresse le sociologue : quatre générations, société de la discontinuité, donc, société de la profonde inégalité à l’intérieur de ces temps libres qui sont des temps de recomposition.

CONCLUSION : NOUVELLES TEMPORALITÉS, NOUVELLES INÉGALITÉS

Pour finir, puisque le but est d’être un peu schématique, je retiendrai deux idées.

La première, c’est cette profonde inégalité des temps qui ont été inventés pour des temps de régénération. Et je vous rappelle que les premiers à avoir revendiqué les vacances, les congés payés, etc., sont les militaires, dans le but d’avoir des hommes en bonne santé. Avant, on ne s’intéressait pas à la productivité, au XX^e siècle, on s’intéressait à la qualité des soldats. Maintenant, on parle de productivité mais la question est la même. C’est-à-dire que ce sont bien des questions de santé publique, ou des questions de morale publique, puisque les premiers à revendiquer les vacances, c’étaient les associations catholiques pour favoriser le mariage en milieu ouvrier ! Faute de temps, on se mettait « à la colle », parce qu’on ne pouvait pas aller présenter la promesse au village. C’est de l’ordre social, de la Santé publique. Et là, je pense qu’on a levé le pied dans la lutte pour la continuité de l’accès de tous à ces alternances, à ces déplacements.

Et puis, le deuxième élément, dans nos sociétés, qui crée des tensions, c’est bien évidemment tout ce qui relève du rapport entre ce temps libre auto-organisé, même avec des inégalités, et le temps productif qui reste très structuré par des hiérarchies archaïques. Une des questions majeures de nos sociétés consiste à faire rentrer dans les mondes du travail, les normes de l’autoproduction du temps des individus. Là, il y a une bataille. On pourrait prendre bien d’autres exemples, on a tous en mémoire, notamment, les problèmes des suicides dans les milieux ouvriers, à France Télécom, etc. Sur le fond, il semble bien que l’on n’a pas suffisamment retouché l’organisation du travail pour que ces individus qui sont très autonomes dans leurs temps libres, et qui n’ont presque plus de temps sociaux dans le travail puisque pour concentrer le temps de travail, on a diminué les pauses, diminué les rendez-vous, etc. Donc, le temps de travail est devenu un temps, j’allais dire mono-productif, donc, peu relationnel. On

a mis la relation dans le temps libre. Je parle de « privatisation du lien social ». On n'a jamais autant parlé à ses enfants ! On n'a jamais autant vu ses parents, évidemment, puisqu'ils ne sont pas morts ! Bien sûr, parfois ils pèsent, quand il faut s'en occuper, mais nous n'avons pas le choix. Un jour, ce sera nous. Sur ces sujets, on a des déséquilibres profonds. Par exemple, comme je l'ai souligné, pour la démocratisation des alternances des temps sociaux, la bataille a été arrêtée à tort ; elle doit être reprise. Je prends les enfants des femmes qui vivent seules comme emblèmes de cette inégalité majeure.

Au total, c'est bien cette question de la transformation du monde du travail qui nous est posée : celui-ci est resté profondément archaïque par rapport à sa place temporelle dans nos sociétés. Je ne négocie pas le fait que le travail soit structurant, central, etc., mais en matière temporelle... Des jeunes qui commencent à travailler, aujourd'hui, ont déjà une culture du temps qui est totalement construite, avant de commencer à travailler. Et d'ailleurs, souvent, la première question qu'ils posent, au DRH, avant d'être embauchés, c'est : « Comment on gère les 35 heures, ici ? ». Deuxième question, c'est : « C'est quoi le travail ? ». Cela a tendance à les désarçonner, les DRH. Je pense que la nouvelle génération est pleine de bon sens.

Illustration – Les bureaux des temps

Jocelyne Bougeard

*Adjointe au Maire de Rennes, Déléguée aux droits des femmes
et au temps de la Ville, Chargée du quartier Bourg Lévêque*

INTRODUCTION

Je ne vais pas vous amuser autant que M. Viard ! Depuis mon élection il y a dix ans, j'ai beaucoup appris et mes collègues intéressés aux politiques temporelles ont beaucoup appris de vous, M. Viard et aussi de M^{me} Nahoum-Grappe qui va nous succéder. Notre rencontre me donne l'occasion de vous remercier. De vous remercier également d'avoir intégré : « les politiques temporelles et les temporalités » dans vos journées d'étude parce qu'il est difficile pour les quinze à vingt territoires qui, aujourd'hui, s'y intéressent de façon formelle et qui ont initié des bureaux des temps – ils peuvent avoir d'autres appellations –, de faire valoir l'intérêt, la justification de ce travail. À Rennes, c'est Edmond Hervé, notre ancien maire, que vous connaissez bien puisqu'il a contribué à la promotion de votre réseau, m'a confirmé que le travail qu'il a pu soutenir concernant la santé, au fil des années, a largement influencé l'invitation politique qu'il nous a faite en 2001, de créer à la Ville de Rennes, un bureau des temps. C'était son projet, sa volonté. Nouvelle prospective, elle n'était pas très bien comprise de l'ensemble des élus et nous avons, et sommes encore dans la construction et la valorisation de la mise en œuvre de politiques temporelles.

L'ORGANISATION DES TEMPS DE VIE

Sans reprendre ce que M. Viard a pu dire des mutations rapides de la société, extrêmement rapides... Ce sont ces constats qui fondent notre travail et nous ont amenés à réfléchir. Edmond Hervé me disant : « depuis trente ans, quarante ans, nous travaillons en tant qu'élus, pouvoirs publics, la question de l'aménagement de l'espace. Nous n'avons pas pris en compte ces mutations temporelles qui pèsent de façon individuelle et collective, très fortement ; nos réponses politiques ne sont pas adaptées, ou pas complètement » ; l'urbanisation, l'allongement de la vie, du temps de la formation, les organisations du travail – parce que vous aviez raison de dire, il n'y a pas UNE organisation du travail – les relations amoureuses, les évolutions

familiales, les mobilités, et pas seulement la question des transports publics, le numérique. Ces sujets sont au cœur de l'action des politiques temporelles. Nous avons par exemple beaucoup travaillé la question de l'habitat, de l'aménagement de l'espace urbanistique, le maillage territorial, social et culturel. Ces domaines d'action sont proches des questions de santé.

M. Viard nous dit, avec raison, qu'« on n'a jamais MOINS travaillé ». Malgré cela, lorsqu'on interroge les uns et les autres à différents titres, cette question de la pression temporelle est très présente. Nous sommes une vingtaine de territoires, aujourd'hui, qui avons été, dans les années 2000, soutenus sous le gouvernement Jospin par la DATAR, ce qui nous a permis de rencontrer des sociologues, des chercheurs, de se rencontrer entre élus, d'établir des constats communs et d'initier des actions en fonction de l'identité et l'actualité de nos territoires. Parfois des bureaux des temps sont rattachés aux inter-communalités. C'est un bon rattachement parce que lorsque l'on agit pour la ville, on ne va pas seulement travailler pour des résidents, des habitants de la ville, mais pour les usagers de la ville. Vous le savez, les usagers de la ville, ce sont les habitants et ce sont aussi ceux qui y travaillent, ceux qui y commercent, ceux qui y font du tourisme, ceux qui viennent s'y soigner, s'y amuser, ceux qui séjournent régulièrement et ceux qui y viennent très exceptionnellement. Pour chacun, il faut avoir des réponses adaptées. Si un Office du tourisme est fermé le dimanche après-midi ou s'il n'y a pas de restaurant ouvert après 22 heures alors que vous finirez très tard ce soir de travailler ensemble... Il faut rechercher des équilibres entre le citoyen/consommateur – on peut le nommer ainsi un instant – le citoyen-consommateur qui, à d'autres moments de la journée ou de sa vie, est aussi un salarié. Par exemple, les bus de nuit, c'est formidable, surtout si comme dans ma ville, un Rennais sur quatre est un étudiant, mais il faut qu'il y ait quelqu'un qui conduise le bus ! Il est intéressant de mesurer que dans les bus de nuit qui ont surtout été mis en circulation pour les étudiants, y voyagent des personnes dont on ne s'était jamais préoccupées jusqu'ici. C'est-à-dire ceux qui, par exemple, servent dans les bars, les aides-soignantes qui commencent à cinq heures du matin à l'hôpital... Ainsi lorsque l'on crée une ligne de métro, alors que l'hôpital est le second employeur de la Région Bretagne, il est décidé que 2 stations sur 12 seront situées dans la plus grande proximité de l'hôpital visant ainsi la satisfaction des malades, de leurs familles, des soignants.

TRAVAILLER EN TRANSVERSALITÉ

Les bureaux des temps sont le plus souvent de toutes petites unités, modestes. Inscrites au sein de nos administrations municipales, ce sont des missions éminemment transversales. Les politiques temporelles intéressent tous les domaines de vie et tous

les âges de la vie. Assez souvent, les médias ont limité notre travail, s'intéressent beaucoup aux crèches ouvertes 24 heures sur 24. On avait la conviction que les bureaux des temps, les politiques temporelles, c'était cela. Non, parce que, précisément, mettre l'enfant au cœur de nos décisions et de nos réflexions exige de multiples réponses. Vous allez me dire, vous qui êtes médecins, soignants et peut-être, hospitaliers, qu'un hôpital est ouvert 24 heures sur 24 et 365 jours par an, il faut donc bien trouver des solutions. Il peut arriver et être complètement indispensable qu'on trouve des solutions pour de petites unités. L'adaptation est un canevas très précis : chaque territoire a son identité. Marseille ne se vit pas, sans doute, comme Rennes ; pour des tas de raisons, les saisons, le soleil qu'il fait, la façon dont on travaille, les ressources locales. Chaque territoire a son actualité : une entreprise se crée, une entreprise ferme... L'identité de ma ville est très fortement marquée par les 60000 étudiants et les 20000 lycéens et collégiens qui peuvent, par exemple, être présents dans l'espace public à quatre heures du matin. On voit bien les conflits d'usage qui peuvent exister entre les habitants du centre patrimonial, assez souvent bourgeois et le désir des jeunes d'être présents au cœur de la ville... Les anciens étudiants qui ont notre âge, aujourd'hui, me disent : « Il y a 40 ans, le centre ville de Rennes avait la même superficie mais nous étions 5000 étudiants » Aujourd'hui, c'est le même schéma mais notre ville accueille 60000 étudiants ! Plus l'attraction d'être une ville centre et d'être une capitale régionale. Toutes ces données ont des effets qui ont à voir avec le logement, les déplacements, les loisirs, l'accessibilité des services publics et des services privés, la qualité de vie de chacun et le vivre ensemble. Par exemple, la Ville de Rennes est le troisième employeur de la région. Les collectivités sont aussi de grands donneurs d'ordres et sont aussi intéressées à la question du développement économique, donc de l'emploi, donc de l'insertion sociale.

Le travail des bureaux des temps est d'abord de disposer d'une bonne connaissance de l'identité de son territoire : une analyse, un diagnostic. C'est aussi être en capacité de sensibilisation en interne. La transversalité est une construction, cela n'est pas facile, cela n'est pas spontané ! La sensibilisation à ces questions avec les partenaires locaux est nécessaire. Nous sommes en lien très fort avec de nombreux partenaires locaux dont les acteurs de la santé. Sensibilisation, aussi, de la population. Nous nous sommes beaucoup appliqués, à Rennes, à travailler cela, convaincus que, chacun, là où il réside, travaille, agit, subit, a une meilleure compréhension, meilleure maîtrise. Pour exemple de cette sensibilisation que nous proposons au plus large public : des cycles de conférences auxquelles vous avez contribués l'un et l'autre... Le public présent réunit des citoyens, des professionnels à l'écoute d'experts travaillant des sujets très divers relatifs au temps. Donc, analyser, sensibiliser, initier, parfois, soutenir, préconiser. Nous agissons rarement seuls mais nous soutenons et nous accompagnons. Nous travaillons beaucoup, actuellement, la question des ouvertures des bibliothèques

au public, des équipements culturels, sociaux, sportifs de la Ville, des services de proximité. Nous travaillons la question de l'ouverture des piscines, des médiathèques, des bibliothèques, l'animation de l'espace public et dans le même temps, nous restons farouches défenseurs de la fermeture des commerces le dimanche.

CONCLUSION

Je suis attentive aux termes exprimés dans vos écrits concernant le sujet « santé urbaine ». Je crois que nous tenons là, ensemble, un sujet essentiel. Il me semble que vous souhaitez dans votre réseau inscrire la transversalité des plans locaux de santé afin qu'ils puissent intégrer tous les secteurs d'action publique, tout particulièrement en matière de prévention. Les politiques temporelles sont dans ce même mouvement. Nous avons vraiment des capacités et des intérêts à travailler ensemble.

En conclusion, et regrettant une intervention trop courte, je voudrais reprendre les mots d'Edmond Hervé parce qu'ils guident l'action au niveau du bureau des temps rennais : « Le temps est facteur d'inégalités et révélateur d'inégalités, mais aussi levier formidable pour combattre ces inégalités ».

Échanges-débats

La salle – Une question qui s'intéresse aux deux temps dont vous avez parlé : le temps contraint lié au travail, le temps libre où on a moins de contraintes. Je ne sais pas si cela pose problème mais, qu'est-ce qu'il faut travailler pour améliorer la santé dans l'ensemble des temps disponibles ? Est-ce que c'est aménager du temps de travail... Je ne vais pas dire... en l'allongeant parce que, finalement, quand on est occupé au travail, on se dit qu'on est contraint, on ne réfléchit pas à ce qu'on a à faire et donc, on rentre dans une activité. Ou alors, dans le message que j'ai perçu, j'ai l'impression que, finalement, on a trop de temps libre, on n'arrive pas à le gérer comme on voudrait et on est plutôt dans l'envie de faire des choses sans vraiment les faire...

Jean Viard – Vous m'avez perçu plus négativement que je ne suis. J'ai dit qu'on avait créé tellement d'opportunités qu'on avait en permanence le sentiment de tout ce qu'on ne ferait pas. Quand vous dites aux gens qu'ils ne travaillent que 70000 ou 80000 heures, disons 10 % de leur vie, ils ne vous croient jamais. À chaque fois que je dis cela à la radio ou à la télévision, je reçois des lettres indignées. Or, l'augmentation de l'espérance de vie, ce n'est pas une histoire, c'est un fait... On peut discuter des inégalités, etc., mais le mouvement, il existe... Ensuite, j'ai dit qu'on a un sentiment permanent de temps rare, on a un sentiment permanent de tout ce qu'on ne fera pas. Et, en même temps, quand on a inventé les congés payés en 1936, on a créé en même temps un ministère du Temps libre. C'est-à-dire qu'on s'est occupé du temps qu'on a libéré. Quand on a fait les 35 heures, en 1997, on ne s'est pas du tout occupé du temps libéré, on l'a considéré comme naturel. Mais pour des gens qui habitent à Bondy et des gens qui habitent au centre de Paris ou à la campagne, quand ils gagnent une demi-journée de travail par semaine, ce n'est pas du tout la même chose. Il y en a qui ont effectivement des opportunités de faire, considérables, ne fût-ce que d'aller se promener dans le quartier et d'autres qui préfèrent se protéger plutôt que de sortir dans la rue. Donc, on est là dans des inégalités extrêmement profondes. C'est pour cela que je dis qu'on fait comme si le temps libre fonctionnait tout seul. Non, le temps libre, c'est une construction sociale comme les autres, avec des règles, des politiques publiques, des stratégies. Par exemple, les deux tiers des viols ont lieu dans la journée. Un tiers, la nuit. Pourquoi ? Parce que les femmes ne sortent pas le soir à cause du risque d'être violées, justement ! On peut se demander ce qu'est le temps libre pour les femmes dans l'espace public. Cela aussi, c'est une question. Notamment dans certains types de villes. Moi qui suis élu à Marseille, on fait des groupes tests, on fait déplacer des jeunes femmes, le soir dans la ville. Vous voyez très bien les espaces d'insécurité maximum dans lesquels, effectivement, elles n'ont pas envie d'aller. Le problème est de savoir comment on produit un espace public qui

permet des accessibilités réelles et des égalités dans l'accessibilité. En plus, en considérant bien que le premier lieu du temps libre, c'est le domicile. Le premier enjeu, c'est la transformation des logements. Il y a 50 % des Français qui ont des jardins, 25 % des catégories supérieures qui ont accès à des résidences secondaires. La réalité, c'est que notre société étant bâtie sur le temps libre, le premier lieu du temps libre, c'est le logement. Pourquoi ? Parce qu'on passe les 100000 heures de télé, c'est là qu'on la regarde. Je vous rappelle que la télé se regarde à deux. Ce n'est pas une activité solitaire, la télévision. C'est une activité relationnelle. Et l'essentiel des pratiques de relations entre les hommes, dans notre société, a basculé dans le logement. Nous sommes dans une « société du barbecue », pour faire image. On a tous des liens sociaux stricts, familiaux, disons la concurrence avec la belle-mère sur le pot-au-feu. C'est du sérieux, il ne faut pas le rater. Et puis, il y a le barbecue avec les copains. On mange ensemble mais cela ne relève pas du tout de la même pratique sociale.

Une des grandes questions dans cette société, c'est de discerner qui n'a pas accès à l'espace extérieur. Qui n'a pas accès au soleil ? Ce sont uniquement les gens qu'on prétend protéger avec nos politiques sociales. On continue à faire des HLM sans terrasses ! Alors que dans notre société, que veulent les gens ? C'est un tiers d'espace extérieur, deux tiers d'espace intérieur. Toutes les catégories sociales supérieures y ont accès. La chambre d'amis, par exemple, est un critère essentiel de notre société de relations. Effectivement, le tiers le plus bas n'a pas de chambre d'amis, la catégorie supérieure a toujours une chambre d'amis. Pourquoi ? Parce qu'en plus, maintenant qu'on ne peut plus conduire quand on a bu, ce n'est pas la même chose, donc, on a tendance à dormir sur place ! Donc, comprendre l'évolution des modes de vie et comprendre comment on crée des inégalités si on ne les intègre pas, y compris dans la construction de la ville. Non seulement des politiques publiques mais aussi du logement, par exemple. Moi, je plaide pour qu'on intègre l'idée que tout logement doit considérer qu'un tiers de l'espace doit être à l'extérieur. Le jour où on mettra cela dans les normes HLM, on y arrivera. Et, à ce moment-là, on ira moins habiter en dehors de la ville, parce que ce qu'on cherche, en dehors de la ville, ce sont des modes de vie. Comment on réfléchit ces questions-là ? Comment à ce moment-là, on repose des questions d'égalité réelle, en partant des modes de vie ?

L'originalité de notre société, c'est que le mode de vie est devenu le grand aménageur. Avant, il y a eu le religieux, qui a aménagé massivement les sociétés, et après le « produire ». Nous, les modes de vie sont devenus l'essentiel de la structuration des sociétés, y compris parce que la production s'y développe. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, les entreprises se localisent principalement dans des grandes régions touristiques, etc., parce que c'est là où il y a de la main-d'œuvre qui circule. Et donc, le mode de vie est devenu un élément déterminant du développement. Et je pense que les inégalités sur

tous ces éléments-là sont à regarder de cette façon-là, même si, pour l'instant, personne ne peut garantir que les gens qui partent en vacances vivent plus longtemps que les autres... C'est plutôt votre problème que le mien. À vérifier, je veux dire, comme hypothèse.

La salle – Sur le manque de temps ressenti, il me semble que c'est d'autant plus ressenti fortement qu'on avance en âge. Est-ce que c'est quelque chose que vous partagez ? Et si oui, avez-vous une analyse de ce ressenti ?

Jean Viard – Là-dessus, il existe des travaux à suivre, ceux de Pierre-Henri Tavoillot. Il prépare un livre tout à fait intéressant, dont le titre sera : *Les femmes sont des adultes comme les autres*. Ce qui est une idée très moderne, dit comme ça... mais c'est une idée qui date de l'après-guerre. Je vous rappelle que le droit de vote des femmes date de 1946, le droit d'avoir un compte bancaire, de 1974 et que la dernière loi sur le droit de battre sa femme a été supprimée sous Giscard d'Estaing. Le droit existe ! Bien sûr, cela se pratique peut-être autant qu'avant mais en tout cas, les lois ont changé très tardivement ! Cela veut dire que la place des générations, la représentation qu'on a du monde aux différents âges, changent profondément. C'est pour renvoyer sur votre question. Il est clair que les jeunes n'ont pas le même rapport au temps que les plus vieux, y compris parce que les jeunes, pour s'approprier le sentiment de vivre, ont besoin de jouer avec la mort. Donc, ils sont dans un jeu différent parce que c'est bien quand on prend un risque sur sa moto qu'on a le sentiment de vivre. De temps en temps, on se rate, aussi ! Cela a des inconvénients. Je veux dire que cela fait bien partie de l'apprentissage du vécu, du vivant, de jouer avec la mort. Quand on est vieux, jouer avec la mort, ce n'est pas exactement le même enjeu parce qu'on la voit qui arrive à toute vitesse. On n'est pas dans les mêmes jeux. On ne voit pas des vieux sur les motos qui font les idiots sur les parkings. Cela veut dire que, sur ces différents sujets, je crois qu'il y a un changement de représentations. Mais ce qui est compliqué, c'est qu'il y a un changement de représentations parce qu'on n'est pas les mêmes générations et qu'on a tous été éduqués... Il y a des générations de rapport au temps. Il y a les gens de la guerre. Les gens d'avant-guerre n'avaient jamais cru qu'ils vivraient aussi longtemps. Des gens comme mon père, qui a 92 ans, quand ils étaient jeunes, il n'y avait pas des vieux partout, comme eux. Ils ont eu l'impression que c'était une « raouette » (une rallonge) imprévisible. Et quand ils ont été à la retraite, c'était génial : dix ans de retraite, vingt ans de retraite, trente ans de retraite, cela n'en finit plus ! Ils n'étaient pas partis avec ce programme. La génération d'après-guerre, elle est très différente. Elle a anticipé qu'elle sera à la retraite longtemps. Il y a donc des générations culturelles et il y a ce que vous dites, « le sentiment du temps disponible », avec une chose tout à fait intéressante, c'est la façon dont les personnes âgées surinvestissent sur leurs petits-enfants. Au fond, ils se nourrissent du temps

d'autrui. Il y a, par exemple, dans ce pays, énormément de milliards qui passent des grands-parents aux petits-enfants. C'est une façon, aussi, de penser le temps d'une autre façon. Avec une autre question là-dessus, c'est qu'au fond, toutes nos discussions politiques, maintenant, sont sur le droit des générations à naître. C'est quand même surréaliste ! On passe notre temps à se dire comment on vivra ici dans deux cents ans. Comme on sera tous morts, on pourrait s'en fiche ! Eh bien, pas du tout ! Effectivement, on a donné un droit, dans nos sociétés, aux enfants à naître. Ce qui est un phénomène tout à fait nouveau. Là, encore, c'est une autre question du temps. Les générations à naître ont des droits. Ce qui est une idée qui n'existait pas au XVIII^e siècle, par exemple.

La salle – Un problème n'a pas été abordé, celui de l'influence des temps de loisirs sur les rythmes scolaires.

Jean Viard – On ne peut pas parler de tous les sujets mais j'ai fait partie de la commission qui travaillait sur ces questions au sein du Comité économique et social. Je veux juste dire une chose, c'est qu'il faut être dans la réalité des pratiques sociales. C'est-à-dire que quand vous avez trois millions d'enfants dont nous espérons qu'ils changent de ménage le week-end, il faut tout faire pour que le samedi, il n'y ait pas école. C'est une question majeure, c'est 20 % des enfants. Et je pense qu'on ne peut pas élever les enfants dans des familles idéales-typiques où tous les gosses sont couchés à huit heures, les papas, mamans sont à la maison et le week-end, on est là... Parce que ce n'est pas vrai. La réalité, c'est que le soir, ils regardent la télé, que le samedi, il y en a trois millions qui devraient changer de ménage, que souvent, ils n'ont pas vu leur père pendant la semaine, etc. Dans ces commissions, je dis : « Regardons la réalité de la vie des gens et pas la famille idéale qui fonctionne très bien. » Je suis content que les pédagogues sachent que leurs gosses éteignent la télé à huit heures, qu'ils ne la rallument pas la nuit, etc., mais ils doivent avoir une autorité qui m'a un peu échappé. De plus, il se trouve que depuis 1974, 50 % des mamans sont salariées et, que dans ce pays, on a fixé des objectifs. Moi, je suis pour l'objectif du droit des femmes à travailler à plein temps. C'est pour cela que j'ai défendu les 35 heures, notamment, auprès de la gauche quand elle l'a fait. Parce que je pense qu'avec les 35 heures, le temps de travail moyen des ménages en Europe, est de 70 heures. Et que le choix est : qui travaille dans le ménage ? C'est une question extrêmement importante derrière laquelle nous avons les autres, à savoir : à quelle heure on arrête l'école parce que qui va chercher les enfants à l'école ? Toutes ces questions font système et vous savez, la vraie question dans tout cela, c'est quelle est la place des femmes dans la société ? Si, un jour, on est capable d'avoir des sociétés plus égalitaires, même s'il est vrai qu'un des gros problèmes pour les messieurs, c'est que plus les femmes travaillent, plus elles demandent le divorce. Dans 60 % des cas, ce

sont elles qui le demandent parce qu'elles travaillent. Donc, notre intérêt est-il que les femmes travaillent ? C'est une question dont nous pourrions discuter.

Jocelyne Bougeard – Par rapport à votre question, Monsieur. Toute décision qui est prise, concernant les rythmes scolaires ou les rythmes universitaires, impacte considérablement la vie des familles, des individus, l'organisation des villes et de notre société. Les décisions que nous prenons, concernent, par exemple, en tant que collectivité locale, l'accompagnement périscolaire (centre de loisirs, restauration, garderie). Et vous savez que, finalement, l'enfant passe assez peu d'heures à l'école, en temps d'enseignement. Mais les enfants, dès le plus jeune âge, en passent énormément hors du champ de l'enseignement et sont ainsi à la charge des collectivités locales. Nous avons réalisé à Rennes pendant plusieurs années une ouverture d'école expérimentale, nous y avons beaucoup travaillé la question des rythmes scolaires, des rythmes chronobiologiques. Cette école avait un rythme de journée, un rythme de semaine, un rythme de vacances qui étaient plus adaptés et différents des autres établissements. Un jour, l'inspecteur d'académie a décidé que cette expérience ne serait plus soutenue parce que singulière. Une énième fois, un ministre peut aussi dire : « Nous allons organiser la semaine scolaire sur quatre jours, ou quatre jours et demi » ou bien : « Nous n'allons plus accueillir les enfants de deux ans à l'école ». À Rennes, le fait que les enfants de deux ans ne puissent plus être accueillis dans les écoles a provoqué que tous les efforts que nous avons concentrés sur les modes de garde des enfants de moins de deux ans dans la ville pendant 10 ans (ouvertures de places en crèche, toutes formes de crèche, toutes formes de modes de garde) ont été anéantis... L'action politique est en prise directe avec la vie des couples, des mères, des familles, des fratries. Les enfants de deux ans ne sont plus accueillis à l'école, ainsi nous accueillons beaucoup moins de bébés dans les crèches !

Concernant les femmes, et c'est un sujet d'une extrême importance parce que les femmes françaises sont les Européennes qui travaillent le plus. Ce sont aussi elles qui maintiennent le plus fort taux de natalité. Pourtant, encore aujourd'hui, en France, les responsabilités parentales sont assumées par les femmes. Quelques expériences personnelles peuvent laisser à penser le contraire mais toutes les études le confirment : près de 80 % des responsabilités parentales et des charges domestiques sont assumées par les femmes. Il ne faut pas confondre les deux parce que ce sont des niveaux de responsabilités différents. Nombre des sujets que l'on aborde, concernant les temporalités, influencent énormément la vie des femmes, donc des couples, des familles et aussi des entreprises et de la société toute entière. J'aurais beaucoup aimé vous parler d'un travail particulier que nous avons mené auprès des femmes agents d'entretien qui représentent le premier emploi féminin en France. Intéressez-vous à ce sujet, vous verrez, il exige prise de conscience et adaptation et les liens entre ce métier et la santé sont déterminants.

**Santé, qualité de vie
et sécurité urbaine**

Espace urbain, jeunesse et alcool

Véronique Nahoum-Grappe

Ethnologue

INTRODUCTION

Le point de vue des sciences sociales n'est pas sanitaire : pour l'ethnologue, il s'agit de décrire des situations avant de vouloir soigner de personnes. Mais une description est toujours un choix de lectures et d'hypothèses, qui n'ont d'autre ambition que d'ouvrir le champ de la réflexion collective sur une problématique : ici l'espace urbain contemporain et son occupation occasionnelle plus ou moins festive et nocturne par une jeunesse dont les consommations de boissons alcoolisées seraient cause de désordre potentiel. La plupart des grandes capitales européennes – Madrid a été le premier cas pris en compte dans la presse – et de nombreuses villes moyennes, ont vu au tournant des XX^e et XXI^e siècle leurs espaces publics envahis et occupés certains soirs par une foule plus ou moins juvénile qui s'installe là comme chez elle avec armes et bagages c'est-à-dire bouteilles et canettes... et cigarettes bien sûr. Comment appréhender cette pratique collective qui semble s'inventer et se modifier sans cesse ? Il faudrait de longues enquêtes de terrain, mais ici, trop rapidement, on peut proposer quelques pistes de réflexion.

ÉVOLUTION CONTEMPORAINE DES CENTRES VILLES

À partir de la fin des années 80, on assiste à la multiplication des espaces et des heures dévolus aux piétons au cœur des villes occidentales

Il n'y a pas que la jeunesse qui change son mode d'occupation de l'espace urbain public, c'est la société toute entière qui évolue. À la fin du XX^e siècle, on constate la création de quartiers piétonniers dans toutes les grandes capitales du monde, après un moment de résistance venu surtout des commerces locaux, les places centrales, certaines rues à certaines heures, surtout les dimanches matin voient de grands espaces de circulation libérées des véhicules à moteur, que ce soit à Bogota, à Paris... ou à Rennes. L'histoire n'est pas encore faite de ce changement global d'attitude qui se continue actuellement : la tendance à la patrimonialisation des centres urbains,

fondée sur la redécouverte de leur historicité, surtout en Europe, se retrouve liée à cette réappropriation en cours par les passants « à pied » de leur propre espace de circulation urbaine, et que les administrations *ad hoc* acceptent de mettre en œuvre. Entre autres paramètres, elle entraîne un changement dans le regard collectif porté sur le décor urbain donné à voir aux passants. De nombreux métiers, comme celui des architectes, repensent alors l'organisation de l'espace, la réhabilitation de lieux souvent historiques, mais aussi l'art des jardins, et celui des éclairages nocturnes. Le soin porté aux façades urbaines nettoyées, aux monuments anciens et vieux quartiers rénovés au lieu d'être détruits favorise d'autant plus la circulation piétonne, la promenade urbaine, elle-même source de créations des arts de la rue, et d'inventions de formes festives collectives inédites. En ce début du XX^e siècle, le succès culturel de l'écologie politique accentue cette évolution : les potagers se multiplient à Berlin et à New York sur les toits et les balcons, et le marché des plantes vertes fleurit (si j'ose). Les lieux de production alternative écologiques sont aussi souvent les lieux d'expression d'associations créatives, mi-esthétiques (théâtre) mi-politique (aides sociales diverses) ; elles s'installent dans les friches et les anciens « terrains vagues » perdus sous les ronces et les barbelés, comme à Bruxelles, ou bien au sein de vastes hangars abandonnés et transforment le lieu de « squat » tagué en entreprise plurielle : petit à petit, le « tag », le « graphe » interdit nocturne et clandestin devient l'objet esthétique central d'une exposition élégante comme à Paris. La jeunesse est le plus souvent en scène dans ces nouveaux modes d'occupation du « dehors », et invente aussi des performances où l'espace extérieur est provisoirement occupé, comme la promenade des rollers à Paris : dans ces moments et espaces d'aventures, mi-culturels, mi-écologiques, cette jeunesse crée des associations locales qui dialoguent avec les autorités municipales et finissent par co-gérer ensemble la performance ou le jardin potager, comme elles l'ont fait finalement dans l'espace rural autour de l'organisation progressive, de moins en moins sauvages et clandestines, des raves parties.

L'occupation juvénile et festive problématique de ces espaces urbains « patrimonialisés » – et même on pourrait dire « matrimonialisés » dans cette offre d'hospitalité douce, sans voiture, dans un beau cadre historicisé – s'appuie de façon non consciente sur ces formes sociales d'occupation de l'espace urbain public en plein essor depuis quelques décennies, et aussi sur le fait que la société des adultes a ré-inventé ce retour du piéton en ville à partir des années 80. De nombreuses manifestations festives qui entraînent toutes les classes d'âges au cœur des centres villes se sont multipliées et amplifiées : c'est toute la société qui descend place Saint Marc à Venise, ou sur les Champs Élysées à Paris, bouteille sous le bras, verre levé, pour trinquer à la nouvelle année à minuit le dernier jour de l'an, comme pour vivre dehors et ensemble un moment marquant. Une grande victoire sportive précipite au dehors les habitants du lieu, ils se ruent dans les rues en direction des lieux emblématiques de la cité et savent

qu'ils vont s'y retrouver... L'auteur de ces lignes n'oubliera pas les rues de Paris la nuit de la victoire française au championnat du monde de football... tous les âges et les sexes étaient là, pour partager la coupe imaginaire de la victoire... une coupe immense et dorée, qui n'est pas remplie de tisane. Le succès mondial de la fête de la musique, invention française des années 80, offre aussi l'exemple d'une forme d'occupation du dehors urbain original, musiciens sur les trottoirs et spectateurs en virée sont partout chez eux jusqu'à minuit... L'heure de fermeture des transports publics a dû changer sous le poids de cette évolution d'une avancée lente de la fin de la nuit en ville, les fêtards rentrent de plus en plus tard. Le jour aussi voit évoluer l'occupation collective du pavé urbain : les manifestations politiques traditionnelles se voient redoublées de foules en marche, moins classiquement politiques, mais toujours « citoyennes » qu'elles soient sportives, ludiques, culturelles, ou, à nouveau, politiques mais autrement. Les marathons multipliés, nuit et jour, les immenses « *gay prides* » et autres techno-parades, les plages d'été au cœur de la ville comme notre « Paris Plage » en août, dans certains quartiers urbains les nuits blanches, les ouvertures de lieux nocturnes, voient des foules immenses dériver, traîner à pied ou sauter, danser dans les rues des villes. Dans tous ces cas de figure, quel que soit l'argument du rassemblement, plus la nuit avance, et plus les jeunes, les jeunes en bandes, les jeunes adultes non encore installés dans une conjugalité sont majoritaires : les autres, les familles, les adultes, les petits couples, les filles, copines entre elles, sont rentrés, saturés, fatigués, ennuyés ou comblés. Mais la jeunesse qui n'a pas sommeil cherche encore quelque chose qui manque, un point festif non atteint encore, au petit matin.

Fin de la culture des cafés « populaires », cafés et autres lieux à boire multipliés en ville à la fin du XIX^e siècle jusqu'aux années 1970 du XX^e siècle

La culture populaire urbaine de l'entre deux guerres, l'argot des faubourgs, les cafés partout, des boissons peu chères, a déserté nos centres piétonniers contemporains, où le prix du mètre carré comme celui des boissons a grimpé parfois follement. À la fin du XIX^e siècle, les petites entreprises étaient présentes et nombreuses dans les « faux bourgs », et tout une population (artisans, ouvriers, et domestiques, formée de migrants et migrantes venues des provinces rurales) était très présente, et y faisait régner, à côté des quartiers riches, toute une culture populaire urbaine, vivante dans les rues et peuplant les cafés et auberges, occupant les soirs de fêtes les places publiques, verre levé. Ce monde a disparu avec la fin de l'étayage démographique, économique et social qui le portait. Les historiens des villes montrent de nombreux exemples de foules festives occupant l'espace public des nuits entières sous l'ancien régime. Peut-être que l'envahissement sonore, toxique, dangereux des voitures à moteur de l'espace urbain qu'au XX^e siècle n'aurait été qu'un moment historique où le piéton était coincé sur le trottoir ? Peut-être que le mouvement actuel de réoccupation

piétonnière des espaces urbains ne fait que retrouver la définition même d'un espace urbain, à savoir le rapprochement physique des distances sociales dans le croisement incessant des passants anonymes. Mais chaque forme d'occupation du sol, plus ou moins festive, ressemble à la société qui lui sert de terreau.

Toute une série de facteurs corrélés qui concerne l'histoire sociale de nos villes est en cause dans l'évolution en cours qui offre à la jeunesse mélangée, contemporaine, venue parfois de lointaines banlieues non encore « patrimonialisées », de « beaux » centres urbains, vides, théâtraux, chers... L'interdiction de fumer à l'intérieur des salles a aussi été un fait important pour jeter dehors une jeunesse qui, de toute façon, ne pouvait pas payer si cher sa boisson. Une évolution d'ensemble a métamorphosé l'occupation collective des espaces urbains surtout dans les centres villes souvent plus « historiques » que la banlieue périphérique. Tout va ensemble : la hausse du prix du m², la question de la « beauté » des pierres, des fontaines, le vide social créé par une classe privilégiée qui quitte ses beaux appartements des centres villes le week-end, et qui saura aussi se plaindre (parfois à juste titre) au conseil municipal de bruits et désordres vus par la fenêtre... L'art de l'éclairage urbain qui a beaucoup changé transforme un immeuble en masque, et l'immensité physique d'une belle place centrale désertée par les voitures s'accroît le vendredi soir, le samedi soir. Si la jeunesse urbaine contemporaine a inventé une forme sociale festive particulière d'occupation des lieux publics, en fin de semaine, et à la tombée du jour, que la problématique des « apéros géants » a illustré, elle ne fait qu'hériter logiquement de toute l'histoire de son propre cadre de vie. Il ne s'agit pas de sortir quelque part, mais de rester dehors, de s'y installer et de transformer le vide physique et social de la belle place en centre provisoire d'un monde habité. Se rapprocher et attendre ensemble verre à la main, quelque chose, ou rien – seulement passer le temps. La sociologie des années 80 avait souvent souligné la solitude des sociétés d'individus coupés les uns des autres, dans la multitude des vastes ensembles urbains, de plus en plus démesurés au XX^e siècle. L'ethnologie du début du XXI^e siècle décrira peut-être ces formes sociales auto-organisées et inventées par la jeunesse surtout – une jeunesse située au sein d'un ensemble social et au cœur d'une histoire qui concernent la société toute entière – où ce qui semble être recherché est d'abord un rêve de mixité sociale grâce au rapprochement physique, un besoin de liens possibles grâce à ce temps de pause passé ensemble dans ce lieu central... Les « conduites d'excès » et les « désordres » ne sont pas alors le but, mais une possible voie de sortie au bout de la nuit, quand le manque l'a emporté.

Il faudrait ici penser sociologiquement ce terme de « manque » et non pas psychologiquement : si on accepte que ces sorties de jeunes sont aussi une forme de recherche, où on boit et on fume ensemble comme si on attendait ensemble quelque chose (ce qui fait dire après coup que quelque chose s'est passé) et qu'il faudrait

décrire. Quel est l'acmé de la fête jamais situé ni défini ? Est-il le même pour chacun ? Est-ce ce moment où on rit follement, ou bien celui où on apprend quelque chose en se disputant, ou alors celui où on se rencontre vraiment en écoutant une même musique, où on partage une même tristesse bizarre ? Où on fait « société » sans savoir pourquoi ni comment ? La question de la communication sociale est posée par le fait même de sortir se retrouver sans but explicite : il ne s'agit ni d'un concert ni d'un anniversaire. Le manque d'occasion autre que le fait qu'il est vendredi soir ouvre un espace de questions : « Où aller quand on a envie de sortir ? Quel est le centre du monde social ? Est-ce au fond de l'écran ? Ou sur une plage ? Ou sur les Champs-Élysées ? Les Champs-Élysées, vus sur l'écran ? Où est le lieu central où sortir ensemble ? Que signifie « être dehors » ? Comme si pour cette jeunesse « sortir » signifiait vouloir entrer dans son propre monde social, là où on croit le trouver. Est-ce que le cœur de la société est au centre de la ville ?

L'ethnologie de terrain pourrait, en suivant en temps réel les jeunes pendant la nuit de sortie festive, montrer comment ce qui est recherché individuellement – la rencontre amoureuse, mieux, sexuelle, l'arrêt provisoire des douleurs ordinaires, le rire, ou même rien d'autre que passer du temps, et pour l'alcoolodépendant, le toxicomane qui oblitère tout le champ de la problématique vue de l'extérieur, l'occasion de consommer sans frein, etc. – n'est pas ce qui est recherché collectivement. Ce qui est recherché collectivement dans la fête à la fin de l'enfance, c'est la naissance au monde social, c'est entrer là où il est en action, au centre-ville ? Ou au fond de l'écran ? Quand il y a déception secrète, victoire du « nul », ce néant esthétique et moral que désigne cet adjectif, il ne reste comme consolation que le cirque des excès et la fausseté bien venue des psychotropes qui font croire au moment présent. Les mises en danger de soi et d'autrui, les accidents divers ont lieu surtout en fin de nuit, quand tout est fini, dans le vide désocialisé et sinistre qui se termine à l'hôpital ou au poste de police. Mais, aucune fête ne peut être résumée par les désordres et les catastrophes qu'elle suscite, et aucune société n'a pu les interdire totalement.

***Illustration* – La Charte de qualité de vie nocturne**

Georges Braoudakis

Membre du Conseil Consultatif du Centre Ville de Grenoble

Je vais vous parler d'une expérience dans le laboratoire grenoblois, la ville de Grenoble, qui se déroule depuis deux ans, maintenant et qui concerne l'élaboration de la charte de la qualité de la vie nocturne.

Bref rappel sur Grenoble et son centre-ville :

Grenoble est une ville de 160 000 habitants dans une agglomération qui en comporte 400 000. Ses universités et grandes écoles attirent plus de 60 000 étudiants et plusieurs dizaines de milliers d'enseignants, de chercheurs. Cela signifie qu'il y a plus de 100 000 personnes qui sont en lien avec l'Université et les établissements de recherche. Le centre-ville est historiquement de petite dimension et il fait l'objet d'une opération d'extension par la création d'un micro quartier qui a été primé nationally en 2009. Le centre-ville est actuellement habité par plus de 40 000 habitants, comporte cinq quartiers et constitue administrativement ce qu'on appelle à Grenoble, un secteur. Là, j'arrête les chiffres.

Qu'est-ce que le Conseil Consultatif de Secteur ? C'est un élément de démocratie, un élément issu de la loi Vaillant et qui est régi par une charte de démocratie participative renouvelée au début 2009. Il regroupe quelques centaines d'habitants volontaires qui se prononcent à la fois sur les aménagements urbains, les aménagements éducatifs, mais aussi sur – là, c'est important – le « Vivre ensemble » au centre-ville, donc, indirectement sur des aspects de la santé urbaine.

En 2009, un petit groupe de membres du CCAS a été formé par des chercheurs, des professeurs d'université, des ingénieurs, un juriste, presque tous à la retraite, qui ont entamé une réflexion sur le « Vivre ensemble » et la vie nocturne. Il a consulté largement les unions de quartiers, les commerçants, les services de la ville, l'hygiène en particulier, les étudiants, les bars et les restaurants, une mutuelle étudiante engagée dans le programme de prévention-action entre pairs, mais aussi deux addictologues. Par ailleurs, il a mené une importante recherche et une veille documentaire sur presque six mois.

Alors, comment s'est-on engagé vers la charte de qualité de vie nocturne ?

Un élu, adjoint du maire, qui s'occupe de la prévention de la sécurité et des finances nous a invités d'abord comme observateurs pour faire partie d'un premier groupe d'habitants et discuter d'un point chaud qui était le « jardin de ville », un petit jardin historique, à cause de Stendhal essentiellement, près de la rivière Isère et qui concentre plusieurs soirées par an, essentiellement en été, une foule compacte de jeunes, d'étudiants mais aussi des familles avec une alcoolisation parfois fréquente et excessive. D'un autre côté, au CCAS, nous avons constaté deux problèmes importants dans toutes ces consultations : les nuisances sonores nocturnes étaient une gêne importante dans plusieurs quartiers, autour des bars et restaurants, dans la zone piétonne du centre. Et deuxième point qu'on a découvert, un certain nombre de jeunes avaient des « problèmes d'alcool » – je mets entre guillemets – et il y avait la nécessité d'entreprendre des actions. Le groupe du CCAS s'est penché, à la demande de l'élu, sur la recherche de solutions pour ces deux problématiques en fonctionnant comme boîte à idées.

Notre groupe a fait ainsi de nombreuses propositions écrites et orales à plusieurs reprises sur une période de six mois, jusqu'à la signature de la charte de la qualité de la vie nocturne, charte qui a été signée par la ville, la Préfecture et les professionnels des bars, hôtels, restaurants – pour le moment, ce sont les signataires. Par la suite, nous avons voté, pour enfoncer les clous, une pétition demandant entre autres points de travailler sur le problème de l'alcoolisation de la jeunesse à la fois en public mais aussi dans l'environnement familial.

L'après charte de la ville : actuellement, qu'est-ce qui se passe ?

Il y a eu un développement de campagnes de communication en direction de la population et un développement de labels pour les bars et les restaurants qui présentent un assez grand succès. Il y a eu une mise en place d'un comité de suivi – point très important pour nous où les habitants participent. Les retours des habitants sont positifs et on constate avec satisfaction que nos propositions n'ont pas été mises de côté, ni oubliées.

En conclusion, six mois après cette charte, à Grenoble, le CCAS a reçu une confirmation concrète de l'utilité de notre effort bénévole pour élaborer pas à pas, pas la charte, mais je dirais une volonté politique largement partagée dans une société urbaine qui est aujourd'hui très fragmentée. Pour terminer, je vous lirai juste une lettre qu'on vient de recevoir, un paragraphe, de notre maire : « Je vous incite à poursuivre vos rencontres d'acteurs et à continuer à alimenter le débat public local et les réflexions de la ville pour que nous puissions trouver ensemble la solution la plus adaptée pour que Grenoble reste une ville vivante, animée, sans que cette animation ne nuise à la qualité de vie de ses habitants ».

Illustration – La Feria de Nîmes

Odile Vidonne

Médecin directeur du service communal hygiène et santé de la ville de Nîmes

UNE NOUVELLE PHYSIONOMIE DE LA VILLE

Nîmes, est une ville de 150 000 habitants et la feria qui a lieu, chaque année, pendant le week-end de Pentecôte, est une période de six jours de festivité autour de la tauromachie mais aussi et surtout une fête populaire.

À cette période, la ville change complètement de physionomie : 1 million de personnes se regroupent dans le centre historique. L'activité se concentre entre les deux hauts lieux de la Romanité : les Arènes et la Maison Carrée. Le périmètre du centre ville, au moment de la feria, est bouleversé. Pour ceux qui connaîtraient l'histoire de Nîmes, ce périmètre correspond à celui des anciennes murailles de la ville et donc, comme disait M. Cantal ce matin, la ville devient « une île ».

La feria est une fête de la tauromachie. Je ne rentrerai pas dans les détails des activités qui s'y passent mais les images vous le montrent : beaucoup d'activités de rue avec présence de chevaux et de taureaux. D'autres activités aussi de défilés de musiciens, concerts, etc. et la remise d'un prix littéraire, le prix Hemingway. Des activités économiques avec rencontre d'entrepreneurs et passation de marchés.

Les rues du centre historique sont interdites à la circulation automobile. Des débits de boissons et de restauration se créent pour l'événement. On compte environ 75 lieux de restauration et de boissons supplémentaires qui se présentent sous forme de ce qu'on appelle des *bodegas* ou des *casetas*.

La sur-occupation du centre est majeure et une réflexion est menée pour essayer de créer des activités festives en dehors de cet espace central qui devient trop exigu pour une telle affluence. Animations sur la partie nord-est, avec la création d'un village camarguais ; animations sur la partie ouest et aussi au sud de la ville.

LES RESTRICTIONS

- La **circulation automobile** est modifiée, seuls les piétons pénètrent en ville. Bien sûr une accessibilité est prévue pour les véhicules de secours (pompiers, police).

- **Restrictions de liberté** : arrêtés municipaux pour limiter les horaires d'ouverture à 4 heures du matin ou interdire la vente d'alcool dans les épiceries et dans les contenants en verre.

LES NUISANCES

- Les **déchets** : 360 tonnes de déchets sur la période de la feria, sur les voies de circulation, 54 tonnes et des containers à verre qui représentent 39 tonnes. Il faut les éliminer dans la période d'arrêt de l'activité, c'est-à-dire entre 4 heures du matin et 8 heures.
- Le **bruit permanent et fort** : concerts dans la ville, sonos des *bodegas* et des bars, bruit de la population. Cette nuisance particulièrement gênante est la source de conflits.

DES MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE AU SERVICE DU « VIVRE ENSEMBLE »

- La **vérification du montage**, de la conformité des installations provisoires par la Mairie.
- La **restauration alimentaire** : vérification des conditions de travail et de conservation des aliments. Dès la semaine précédant et durant les six jours de feria, contrôle des pratiques d'hygiène dans les lieux de restauration, grâce à un partenariat Ville (service Hygiène et Santé) et Direction de la protection des populations.
- L'**alcool** : contrôle de la vente d'alcool aux mineurs, contrôles d'alcoolémie, contrôles de stupéfiants, rôle important des forces de police, police municipale, police nationale, CRS, sociétés de gardiennage.
- Les **espaces de repos santé** : à l'entrée/ sortie de la ville, à proximité des parkings, où arrivent les navettes de car pour le centre ville. Les personnes peuvent s'y arrêter, boire de l'eau ou du café. Des conseils leur sont donnés sur leur vigilance et les risques routiers et elles sont invitées à souffler dans un éthylotest.
En centre ville, un **espace jeunesse** assure ces mêmes fonctions et effectue des actions de prévention en faveur des jeunes (conseil sida et distribution de préservatifs...). Les jeunes parlent aux jeunes.
- Le **bruit** : contrôles sonométriques dans les cafés et *bodegas*. Le bruit est un problème majeur de nuisances envers lequel il y a une réelle attente de la population.

- Les **secours à personne** : les postes de secours sont installés sur cinq points différents de la ville de façon à quadriller la ville. La Croix Rouge et le service d'incendie et de secours assurent les premiers secours et font appel aux renforts hospitaliers. Il existe un dispositif de secours spécifique pour les activités particulières, telles que les corridas, les concerts, les activités de rue (*abrivado bandido*). Les véhicules sont prépositionnés en plusieurs points de la Ville et le CHU active son plan blanc en raison de l'afflux de population.

UN TRAVAIL DE TOUS POUR UNE QUALITÉ DE VIE

La feria est une fête de toute la ville. Il y a une mobilisation très forte du personnel municipal. Il y a surtout une préparation très longue, entre les différents services et avec les partenaires.

Même si la feria revient chaque année, elle se prépare longtemps à l'avance. Les populations des quartiers sont associées. Elles participent à ce qu'on appelle la Pégoulade qui est le défilé de chars qui ouvre le premier jour de la feria. Chaque quartier participe à la fabrication d'un char qui défilera dans la ville. Les populations des quartiers et surtout les jeunes se sentent concernés : le char porte le nom du quartier et il y a une fierté à le voir défiler tout au long de la ville. Il y a là un investissement important de ces associations de quartier qui vont travailler pendant plusieurs mois.

Il faut noter le partenariat entre la ville et l'État : la Direction de la protection des populations, la Police nationale, la Préfecture. Le « vivre ensemble » est le point fort de la feria. Ce « vivre ensemble » qui permet de gommer les inégalités et qu'il faut, chaque année, ranimer et développer.

Feria n'est pas antagoniste de santé et de qualité de vie.

***Illustration* – Plan alcool et apéro géant. Stratégie d'intervention en matière de prévention et de réduction des risques sur l'espace public**

Fabienne Legendre

Direction Générale Santé et Solidarités, Nantes

Je voulais vous parler du plan alcool et de l'apéro géant que nous avons eu. Nous avons même eu la chance d'en avoir deux sur Nantes.

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Le contexte à la ville de Nantes, c'est qu'il y a une consommation d'alcool – pas qu'à la ville de Nantes – qui est importante chez les jeunes avec une évolution des comportements de consommation d'alcool qui tend vers une hyper alcoolisation avec une importance de banalisation des fêtes. C'est-à-dire qu'il y a de plus en plus souvent des fêtes et le plus souvent les fêtes sont associées à des consommations importantes d'alcool. On trouve également des produits nouveaux qui incitent à la consommation d'alcool particulièrement chez les jeunes filles dont le goût pour l'alcool n'est pas encore établi dans lesquels on rajoute une certaine quantité de sucre. Dans notre département, la problématique est plus importante que dans le reste de la France. Dès la fin 2007, la ville de Nantes engage un plan alcool sur une démarche de Santé publique, de prévention et de réduction des risques, mais qui est associée bien évidemment, en lien très fort, avec la tranquillité publique.

Les objectifs sont de réduire la consommation excessive d'alcool. On est bien sur une consommation excessive d'alcool : on n'est pas sur « pas du tout d'alcool ». L'idée, c'est de responsabiliser aussi les familles et les jeunes sur les effets d'une hyper consommation sur la santé : qu'est-ce que cela fait sur son corps ? Quels sont les risques associés ? Et de mobiliser l'ensemble de la communauté civile pour mettre en valeur toutes les actions de prévention sur cette thématique.

MÉTHODES ET MOYENS

La méthode, les moyens : on a fait un axe réglementaire avec notamment la loi HPST. Il y a deux arrêtés municipaux également qui sont sortis dès 2007 qui interdisent le phénomène des « *happy hour* » et « *open bar* ».

« *Happy hour* » et « *open bar* » : pour une certaine somme d'argent, on a le droit à boire autant de consommations qu'on veut ; ou alors sur des heures particulières, à partir de 18 heures, l'alcool est nettement moins cher. Donc, c'est incitatif à consommer, bien sûr. Ou alors au lieu de prendre un demi, on prend une pinte, parce que c'est le même prix. C'est très concret.

Après, on a souhaité créer une équipe mobile. Une équipe mobile : c'est-à-dire on s'est rendu compte que la nuit, les jeunes sortent beaucoup la nuit sur l'espace festif mais qu'il n'y a plus ou peu d'adultes. C'est vrai : c'est ce que vous disiez ; avant, il y avait les bals. C'était une tradition. Il y avait souvent les parents. Il y avait au moins les voisins, on connaissait. Maintenant, les jeunes sortent la nuit : il n'y a plus de présence d'adultes. Et on souhaitait mettre en place une équipe d'adultes bienveillante sur l'espace public festif nantais. On a demandé à l'association l'ANPAA qui est l'Association Nationale Prévention en Alcoologie et Addictologie, de porter cette équipe et d'aller au devant des jeunes, pas du tout pour leur demander : « Qu'est-ce que vous avez bu ? », mais se présenter, leur parler « en tant que jeune, qu'est-ce qu'eux, ils pensent ? Comment ils vivent leurs soirées ? Est-ce que c'est une fête ? Pas une fête ? Est-ce qu'ils ont pensé au moyen de retourner chez eux ? Est-ce qu'ils ont bu de l'alcool ? Pas d'alcool ? Est-ce qu'ils pensent en boire plus ? ». Ils essayent d'échanger entre eux, l'idée étant que la soirée se déroule le mieux possible.

On a travaillé avec les étudiants pour accompagner les soirées festives. Il y a beaucoup de soirées festives qui existent à Nantes. Il y en a plus de 80 par semaine. Cela s'appelle des « tonus », le jeudi soir, les soirées étudiantes à Nantes. Ce qu'on a proposé aux étudiants, c'est de travailler avec eux et d'identifier leurs besoins ? Et ils avaient besoin d'informations sur l'action de l'alcool sur la santé ? Donc, on a travaillé avec eux une plaquette qui répertorie tout cela. Et on leur propose ce qu'on appelle un pack formation, c'est-à-dire une formation aux gestes premiers secours, associée à trois heures de sensibilisation sur les effets de l'alcool sur la santé, sur : qu'est-ce que cela veut dire quand on est jeune de parler à un autre jeune, de faire de la prévention par les pairs ? Et c'est quoi les outils de prévention quand on est jeune ? Parce que l'idée, c'est que ce soit ces jeunes-là qui sont formés qui mettent en place des espaces de prévention dans leurs soirées.

On a proposé ce pack formation pour un prix de 16 euros. Rien que la formation aux gestes premiers secours coûte autour de 75 euros. C'est la ville qui prend en charge cette différence.

L'Université, comme la ville, se sont engagées dans ce dispositif-là et tous les ans, c'est à peu près 250 à 300 jeunes qui sont formés sur la ville. On est en train d'augmenter justement ce dispositif en le proposant aussi aux jeunes des quartiers prioritaires. Et on est en train aussi de voir avec le Conseil régional pour une action auprès des apprentis.

Un axe citoyen, comme Monsieur le disait : nous aussi, on a une charte de la vie nocturne sur Nantes qui a été conçue de façon participative, qui associe les bars, qui associe les parents d'élèves, qui associe les étudiants, qui associe les bureaux des élèves, qui associe les commerçants, qui associe le plus de monde... c'est très ouvert. On s'est rendu compte qu'on n'était pas trop pour prendre en compte cette situation d'hyper-alcoolisation et que l'idée, c'est qu'ensemble, on fait déjà plein de choses chacun, et l'idée c'est de les faire connaître et de se donner des idées et de générer ensemble une activité.

Elle a été signée en décembre 2008, au départ, par 50 structures. Elle en compte 67 aujourd'hui. C'est quelque chose qui vit.

Un axe communication : des plaquettes de prévention, des autocollants humoristiques, un label. Un label « trop d'alcool tue l'ivresse » qui est nouveau, qui a été demandé par tout le groupe de la charte de la vie nocturne pour identifier et rendre visible toutes les actions réalisées dans le cadre du plan alcool.

Enfin un jeu vidéo : www.secrethappynight.com

APÉROS GÉANTS

L'apéro géant : on en a eu deux sur Nantes. Le premier, on n'a rien vu venir en fait. On a regardé : « Qu'est-ce qui se passe ? ». Donc, c'est un rassemblement majoritairement de jeunes sur l'espace public, dans l'objectif de faire la fête. C'est cela l'objectif. Ce n'est pas de boire, c'est de faire la fête. Je précise bien parce que c'est important. Nous, on voit cela peut-être parfois avec un autre regard. Ces rassemblements... passent beaucoup par les réseaux sociaux, *via* Facebook, mais passent aussi beaucoup par les SMS : « Viens, c'est super ! » ou « Viens pas, c'est nul ! On s'en va, on n'a rien à faire là. »

L'historique, c'est Marseille qui a commencé puis Nantes, en novembre, puis Rennes, en mars, puis de nouveau Nantes en mai. Donc, il y a un côté défi entre les villes, surtout entre Nantes et Rennes. Merci au Réseau Français des Villes-Santé parce que quand Rennes a eu son apéro géant, ils nous ont appelés. Ils nous ont dit : « Comment ça s'est passé chez vous ? » Nous, quand il y a eu l'apéro à Rennes, on est venus, on a été invités par la Ville de Rennes pour voir comment ça se passait et on s'enrichit des expériences des uns et des autres.

La difficulté, c'est qu'il n'y a pas d'organisateur. Cela passe par Facebook, et on ne sait pas qui c'est. C'est vraiment la difficulté. Cela ressemble au début à des « raves ». Cela pose des problèmes de sécurité publique à toutes les villes. Nous, sur Nantes, on voyait qu'il y avait je ne sais plus combien de milliers d'inscrits sur Facebook. Et l'idée, c'était

un rassemblement sur une place. La place ne peut contenir que 5000 personnes et il y avait 20000 personnes inscrites ! Donc, c'était vraiment angoissant.

Le pilotage de l'évènement, de ce fait, se fait par l'État, via la Préfecture et nécessite une coordination entre les différents services de l'État : les pompiers et également les services de la ville. La Ville, de son côté, assure les pouvoirs de police du maire, l'électricité dans les points de rassemblement des victimes, les containers, évidemment : on est dans les mêmes soucis, et le nettoyage à l'issue de la manifestation.

CHARTRE DE LA VIE NOCTURNE ET PARTENAIRES

La charte de la vie nocturne peut être une réponse possible et l'a été lors du dernier apéro géant qu'il y a à Nantes parce qu'il y a eu une mobilisation. Il y a eu une installation d'un espace prévention-réduction des risques à proximité de la fête et à côté des secours. Cette tente était très éclairée et très visible. Donc, les jeunes sont venus d'eux-mêmes chercher de l'info et des matériels de prévention. À l'intérieur, on avait les professionnels de santé qui étaient tenus par les veilleurs de soirée mais aussi « Avenir-santé » et des associations partenaires.

À l'extérieur, ils donnaient – bien évidemment – des documents de prévention, des éthylo-tests, tout ce qu'on peut mettre à disposition des gens, mais aussi de l'eau, du café, des petits gâteaux : un peu à manger. Une évaluation sanitaire était réalisée et si besoin orientation directe vers les secours qui étaient à proximité. Et à l'extérieur, des professionnels de la Ville, mais aussi des partenaires de la charte de la vie nocturne pour sécuriser l'espace et l'accès à l'espace.

Comme on travaillait avec les bars, le collectif « Culture Bar-Bars » a envoyé un courrier à tous ses adhérents pour expliquer le dispositif. Il y a également l'Université et tous les bureaux des élèves qui ont envoyé des messages à leurs adhérents sur la teneur de l'évènement, ce qu'ils pouvaient mettre en place... ? C'est des conseils simples : « mais ce serait bien de manger avant de venir ». Et la mutuelle LMDE qui propose de l'information sur les arrêts de tram les plus importants.

La discussion, bien sûr, ce n'est pas pour vous dire « c'est super ce qu'on fait » : non ! Ce n'est pas du tout ça. C'est quel partage de responsabilités entre l'État, les collectivités territoriales et les organisateurs ? Au-delà d'une volonté politique d'une collectivité locale d'accompagner un évènement, comment concilier tous les enjeux qui existent autour de la sécurité de la jeunesse, de la santé publique et de la culture ? Et ne pas se cantonner juste à la gestion de l'évènement mais s'interroger plus globalement sur la place de l'alcool dans la famille et dans la société ? Sur les lobbies alcooliers ? Sur les processus éducatifs, aussi l'estime de soi, être en capacité de dire « non » ou de se démarquer des autres ?

Échanges-débats

La salle – Je suis de Lorient et je connais bien le Festival interceltique où on a une animation relativement importante. La Feria de Nîmes, il y a Bayonne... Il n'y a pas un paradoxe sur le fait que les villes organisent des festivals et des grandes animations pour les adultes et certains jeunes avec des consommations d'alcool très importantes et que l'on organise cela pour qu'il y ait une fête. Est-ce que les villes sont capables d'organiser des fêtes pour ces jeunes-là ? Organiser quelque chose qui corresponde à ce qu'ils veulent ? Il n'y a pas un souhait des jeunes d'organiser quelque chose qui soit différent de ce que l'on fait actuellement ?

Véronique Nahoum-Grappe – Moi, je ne peux pas répondre, évidemment. Je pense que ce sont les gens qui organisent, qui sont dans les circuits d'organisation qui peuvent vraiment vous répondre. Est-ce qu'on pourrait savoir exactement ce que les jeunes veulent ? Il y a ce qu'ils font. Les mêmes jeunes peuvent faire des choses différentes, les mêmes jeunes à des moments différents de l'année. Ce qu'ils font est tout à fait lié à ce qui se passe dans la société. Je dis toujours que la fête ressemble au monde à l'extérieur qui, lui, n'est pas en fête. Et quand les fêtes tournent mal, est-ce que c'est parce qu'on a manqué d'écoute des jeunes, etc. ? Ce n'est pas sûr. C'est aussi le fait que, peut-être, qu'une alcoolisation excessive vient marquer une espèce d'ennui réel, au fur et à mesure que la fête, finalement, a raté quelque chose, mais quoi ? Ce quoi, c'est peut-être la qualité du lien social... Je ne sais pas mais disons que la fête n'est pas un moment de communication verbale où on dit ce qu'on fait. On ne dit pas ce qu'on fait, on ne fait pas ce qu'on dit et la fête, c'est ce moment, justement, de communication non verbale, en réalité. Je n'ai pas répondu, cela dit...

Georges Braoudakis – Un petit complément par rapport à Grenoble. D'une part, on a constaté qu'un certain nombre d'organisations de fêtes avaient un but commercial. Je vais citer deux organisations qui se font à Grenoble : une « nuit du beaujolais » qui a dévasté le centre ville, il y a trois ans et qui, actuellement, nécessite la venue de brigades de CRS. Et là, il y a un intérêt commercial de ceux qui ont lancé et entretiennent cette fête.

Un deuxième exemple qu'on a stoppé net, c'est l'organisation d'un barathon. C'est-à-dire qu'il y a eu des bars avec quelqu'un qui s'est mis à proposer aux jeunes étudiants, avec un prix fixe, la possibilité de faire dix bars à la suite, en buvant dans chaque bar. C'est le CCAS qui est intervenu auprès de la mairie, de la préfecture et on a réussi à stopper. L'idée, c'est qu'un certain nombre de fêtes avec un but d'alcoolisation massive ont, à l'origine, un intérêt commercial ou d'argent. Et là, on

intervient. Par contre, au niveau du campus, on a contacté les organisateurs de fêtes, rien de vraiment répréhensible ne sort de cette situation et on considère que ce sont plutôt les effets indirects à travers les bureaux des étudiants. C'est l'influence des alcooliers qui peut laisser dériver les choses. Notre but, ce n'est pas du tout d'intervenir s'il y a des étudiants qui veulent utiliser aussi de l'alcool, pourquoi pas ? Mais c'est l'alcoolisation massive et nocive pour la santé dont il faut vraiment s'occuper.

Valérie Cichello (*médecin directeur SCHS Toulouse*) – Toulouse est confrontée comme beaucoup de villes à ces problèmes d'ivresse aiguë, nocturne. Je voulais poser une question à l'anthropologue et aux intervenantes. Dans vos deux exemples, c'est peut-être un petit peu différent. Au niveau de la feria à Nîmes, on voit bien que c'est une fête traditionnelle qui a toujours existé, on a toujours beaucoup bu. Mais c'est vrai qu'il y a tout un dispositif... Je dirais presque plus de secours et d'hygiène de la ville à mettre en place, alors que ce qui se passe dans les centres villes, toute l'année, de jeunes, effectivement – c'est pour cela que je suis tout à fait d'accord avec votre remarque sur l'absence d'adultes –, qui échappent aux regards, plus ou moins, parce qu'ils sont quand même sur l'espace public et on est un peu démuni. Je parle en tant que ville, on est un peu démuni par rapport aux réponses à apporter et je voudrais juste souligner les alliances à nouer avec les exploitants de bars qui sont, finalement, les seuls adultes en contact avec ces jeunes en état d'hyper-imprégnation.

Véronique Nahoum-Grappe – Les formes festives, la fête, c'est un mot pour désigner des choses très différentes. Il me semble qu'on peut différencier les fêtes plutôt cérémonielles des fêtes carnavalesques, un peu phénoménologiquement. Et, dans l'histoire des fêtes, on voit des fêtes extrêmement différentes les unes des autres. Le 14 juillet n'a rien à voir avec les fêtes du Nord de la France. Il y a des films, d'ailleurs, admirables, qui ont été faits pour Dunkerque, je crois : le Carnaval avec un K...

À mon avis, c'est intéressant de voir le statut de l'alcool dans tous ces moments différents. Du coup, ces fêtes ne sont pas tellement différentes les unes des autres. Il y a le moment diurne où il y a une cérémonie où l'alcool peut être présent de façon ritualisée : la bouteille de champagne qu'on fait exploser, etc. Et puis, la nuit arrive et là, pour le moment... je ne vois pas... on peut ralentir... Si j'avais à penser la prévention, ce qui n'est pas, en principe, mon objet, ma compétence – en tant que citoyenne – je prônerais le ralentissement. L'idée de manger avant, parce que la rapidité, à jeun, d'une ingestion d'alcool extrêmement fort, a des effets extrêmement différents que la même consommation, mais, étirée sur plusieurs heures, accompagnée de repas, de danses, de disputes, de blagues, etc., c'est-à-dire qu'il faut ralentir. Parce qu'on ne peut pas dire : « Non, trois verres seulement quand on fait la fête ». Cela, je ne l'ai pas encore vu, parce que c'est bien une culture. La culture de la fête, c'est bien

cette idée que l'excès devient la norme. Et on n'a pas seulement dans nos sociétés contemporaines, mais dans des sociétés très anciennes... C'est la définition même du moment carnavalesque, cela peut être étudié. Donc, je vois mal qu'on puisse réduire... Sauf à faire autre chose qu'une fête ! À faire, je ne sais pas... de la gymnastique ou autre chose...

Alain Rigaud (*Président de l'ANPAA 44*) – Tout ce qu'a dit Fabienne Legendre est exact, simplement, en tant que Président de l'ANPAA 44, je voudrais juste apporter un petit complément qui rejoint des questions abordées ce matin sur la question des moyens et derrière la question des moyens, celle plus vaste du politique. Il faut savoir que pour l'aspect des veilleurs de soirée, qui était confié à l'ANPAA sous la coordination de Fabienne, l'activité des veilleurs de soirée à Nantes est arrêtée depuis le 1^{er} janvier, faute de reconduction des financements de la préfecture. On espère pouvoir repartir mais pour l'instant, il n'y a plus de sorties de veilleurs de soirée : l'équipe salariée des veilleurs de soirée a dû être licenciée. On n'a pas renouvelé les CDD, les bénévoles, on les a remerciés et les volontaires d'Unicité, on les a placés sur d'autres activités. C'est aussi cette réalité pour laquelle on a à se mobiliser. Cela n'exclut pas le reste mais on le fait avec la Ville de Nantes.

TABLE-RONDE
La santé dans la ville de demain :
quels défis ?

- 1. Regards d'utilisateurs-concepteurs**
- 2. Regards de décideurs-bâisseurs**

1. Regards d'utilisateurs-concepteurs

Intervenants : **Marcos Weil, Patrice Sanglier, José Cambou, Jean-Martin Cohen Solal, Catherine Dumont**

Animatrices : **Catherine Cecchi, Valérie Jurin**

PRÉSENTATION DES INTERVENANTS

Valérie Jurin – Le premier intervenant est un partenaire du Réseau Français des Villes-Santé depuis un certain nombre d'années : Marcos Weil, urbaniste-paysagiste à Genève. C'est intéressant d'avoir ce regard, le réseau suisse est actif et présent ; un ami traditionnel du RFVS notamment à travers la personnalité de Jean Simos, pour les personnes qui le connaissent.

Le deuxième intervenant sera Patrice Sanglier. Il est président du Conseil de Développement Durable du Grand Nancy depuis 2009, une instance qui s'est transformée au fil des années et qui est extrêmement importante pour nous, élus.

Catherine Cecchi – M^{me} Cambou est originaire de Montauban. Elle a beaucoup travaillé dans le milieu associatif, pour « Que choisir » et est secrétaire nationale de la Fédération France Nature Environnement. Elle a eu de nombreux engagements, en particulier dans l'environnement et au niveau de Uminate (Union Midi-Pyrénées Nature Environnement, devenue FNE Midi-Pyrénées) qui s'est beaucoup investie dans l'Observatoire régional des déchets industriels en Midi-Pyrénées. Elle est, à l'heure actuelle, très investie au niveau de la Fédération Nationale de l'Environnement.

M. Cohen-Solal occupe le poste de Directeur général de la Mutualité Française. Il a, nul n'est parfait, une formation initiale de médecin généraliste, et s'est beaucoup investi en économie de la santé. Il a été Délégué général du Comité Français d'Éducation pour la Santé et a aussi travaillé comme expert auprès de l'OMS pour l'information du public et l'éducation pour la santé.

Catherine Dumont est, depuis le juillet 2010, à la tête de la Direction de l'Animation des Territoires et des Réseaux de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes), composée de trois départements. Elle arrive du Ministère de la Santé et, en particulier, de la Direction de la Sécurité sociale. Elle a eu en charge le secteur de l'accès aux remboursements des dispositifs médicaux et des médicaments. Elle a beaucoup travaillé à l'élaboration et à la mise en œuvre de 5 programmes nationaux et aussi travaillé à des articles de la Loi de santé publique 2004.

TABLE-RONDE

Valérie Jurin – On avait envie de vous interroger sur ce qu’était pour vous la santé. De manière très simple, même si c’est une question qui se révélera éminemment compliquée, éminemment difficile... Mais chacun, dans vos fonctions, dans vos responsabilités, qu’elles soient professionnelles, associatives ou autres, qu’est-ce pour vous cette notion de santé ? Et peut-être nous dire ce qui, pour vous, la détermine. Quels sont les déterminants les plus importants qui conditionnent cette santé ?

Catherine Dumont – Je vais remettre la santé en perspective avec la ville. Quand j’entends le mot « ville », je pense à « vie » et quand je pense à vie, je pense aussi à santé. Pour moi, la ville, c’est le lieu de vie dans toutes ses composantes : privées, intimes, professionnelles. Donc, il existe un lien naturel entre la santé dans son acception globale et l’environnement urbain.

En ce qui concerne les déterminants, on pense classiquement aux déterminants qui sont la nutrition, l’activité physique, mais aussi les conditions de travail, les conditions de logement, les conditions de vie, en général, qui concourent au bien-être des individus. Et aussi le genre, parce qu’on sait qu’il y a une différence au niveau de la santé entre les hommes et les femmes. Les hommes sont plus victimes d’une mortalité prématurée et les femmes, plus réceptives aux messages de prévention. Ce qui est mon métier. En termes d’actions, ce qui m’intéresse, c’est que justement, mon intervention permette d’agir et de contrecarrer l’impact des déterminants de santé quand il est négatif. Notamment, en ce qui concerne la petite enfance. Je donne un exemple en direction des actions qui nous intéressent particulièrement, les actions sur la petite enfance dont on sait qu’elles peuvent être particulièrement efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé.

Catherine Cecchi – Vous nous avez brossé un tableau en intégrant la petite enfance et depuis hier, parmi toutes les discussions qui ont émergé, c’est véritablement la première fois que le mot petite enfance est prononcé. C’est peut-être parce que vous êtes une femme.

Catherine Dumont – Oui, peut-être, mais pas seulement ! C’est surtout parce que, vraiment, quand on agit sur la petite enfance, on sait que c’est un déterminant très important, un levier d’action très important sur la suite.

Catherine Cecchi – Vous me permettez de faire la transition avec M. Cohen-Solal à qui nous allons reposer la même question mais qui s’est beaucoup intéressé, justement, à l’éducation. Peut-être que sa vision de la santé est aussi orientée sur l’éducation.

Jean-Martin Cohen-Solal – C'est une question fondamentale pour nous. J'ai envie de vous répondre de façon plurielle. La santé dépend de là où l'on se place. Pour vous raconter ma vie – parce que c'est plus intéressant et c'est facile – moi, le samedi matin, théoriquement, je fais le médecin. D'ailleurs, je vais vous quitter assez rapidement parce que je reste encore un peu médecin généraliste le samedi matin et pour moi, être médecin c'est soigner des malades. Donc, la santé, c'est aussi soigner des malades. À part cela, il y a aussi d'autres choses, toute la semaine, je dirige un organisme qui s'occupe de mutuelle et donc de santé. J'ai, dans le passé, dirigé l'ancêtre de l'INPES ; j'ai vu la santé sous tous ses aspects. Je suis ravi d'être là, aujourd'hui, parce que j'ai été, en plus, au cabinet du Ministre de la Santé dans les années 1980, c'était Edmond Hervé. Et on a lancé ensemble les Villes-Santé où je m'occupais, notamment, de relations internationales, des relations avec l'OMS. Et je suis très satisfait d'être là aujourd'hui parce que j'étais un peu au départ. On a choisi les trois premières villes, on ne les a pas choisies par hasard : Rennes, la ville du Ministre mais il faisait beaucoup de choses sur la santé avec Annette Sabouraud, notamment. Si je me souviens bien, il y avait aussi Nancy et Montpellier dans les trois premières. Et c'est un choix qu'on avait fait de façon stratégique. Et de voir aujourd'hui le développement que cela a pris, laissez-moi aussi vous montrer un peu ma satisfaction personnelle.

La santé, c'est quelque chose de tellement subjectif, totalement subjectif. La santé, c'est un souci permanent de chacun. D'ailleurs, la première chose qu'on dit, c'est : « comment ça va ? » Quand vous interrogez les gens en demandant leurs préoccupations, après l'emploi, vient toujours la santé. La santé, aussi, quand on essaie de l'étudier dans les groupes, on voit bien que chacun a sa vision, chacun a un avis. C'est un énorme problème, d'ailleurs, quand on parle de politique de santé, quand on réfléchit à la politique de santé et moi cela fait quand même de très longues années que j'y réfléchis. Chacun a une opinion et une opinion très vite, y compris chez les politiques. C'est une vision objective et, très vite, on dit : « Oh oui mais moi, ma mère... mon cousin... ». Donc, on a tout de suite la subjectivité.

Par rapport aux années 1980, il y a eu un progrès absolument formidable. Je me plais à souligner les progrès de la santé publique. Parce qu'on dit toujours qu'il n'y a pas de santé publique en France, qu'il n'y a pas d'épidémiologie... Ce n'est pas vrai. Il n'y en avait peut-être pas mais il y a eu des vrais développements. Le colloque d'aujourd'hui le prouve, d'ailleurs. La santé publique a beaucoup progressé et je crois que c'est mieux rentré dans la tête de beaucoup de responsables de santé que la santé, ce n'est pas seulement l'absence de maladie. Ce n'est pas simplement le soin ; que cela en fasse partie, il ne faut pas nier non plus. Le soin en fait partie. On a quand même un système de santé qui fonctionne globalement bien. Même s'il est soumis à beaucoup de soubresauts, globalement, les gens ont le sentiment d'être « bien

soignés ». Les gens ont bien intégré qu'aujourd'hui, la santé avait beaucoup de facteurs. Le facteur environnemental, le facteur sociétal, le facteur urbain. C'est clair que la façon dont on peut agir sur la santé des Français, c'est au niveau de leur quotidien parce que c'est là qu'est la rencontre. Je parle avec un de mes voisins, François Bourdillon, puisqu'on habite en face, on se rend bien compte que c'est important la façon dont tout est agencé. Les travaux qu'ont fait un certain nombre d'urbanistes comme Michel Cantal-Dupart, c'est quand même lié à cela : intégrer le parcours de vie des gens et intégrer l'organisation de la cité autour du parcours de vie des gens et non pas leur imposer. Et la santé en fait partie. C'est évident que quel que soit l'âge, de la petite enfance à l'âge plus avancé, il y a une interaction fondamentale. Par exemple, aujourd'hui, c'est toute la réflexion sur la dépendance. Je vois de façon très, très schématique la presse là-dessus. On nous dit : « Quelle est la position de la Mutualité sur le financement de la dépendance ? ». Je leur dis : « le financement de la dépendance, c'est en bout de chaîne ». D'abord, il y a la façon dont on organise la prise en charge de dépendance, la prise en charge de la vie pour aider à lutter contre la perte d'autonomie. Le financement devrait être en bout de chaîne, mais d'abord réfléchissons à l'organisation. Et on voit bien, quand on prend un cas comme celui-là – qui est un cas dont on va beaucoup parler dans les mois qui viennent et qui est un cas un peu caricatural –, on voit que l'organisation de notre société le permet.

Dernier point et je m'arrêterai après parce que je pourrais parler des heures... Il y a un facteur fondamental qui nous marque et qui mobilise les organismes comme la Mutualité Française et les mutuelles. On est dans un pays où il y a un problème de fond : dans tous les domaines, les inégalités se creusent ; dans tous les domaines et notamment dans le domaine de la santé. C'est quelque chose de peu acceptable de voir, de percevoir, de regarder ces inégalités se creuser et ne pas bouger. Et là encore, la dimension « ville » est une dimension où on peut aider, justement, à lutter contre ces inégalités en matière de santé. Ce n'est pas devant vous que je vais rappeler les inégalités, vous les connaissez comme moi. Mais ce qu'il y a de marquant, c'est quand même de les voir se creuser et cela ne nous est pas égal.

L'un des premiers objectifs pour la Mutualité, dans son projet de santé, c'est de lutter contre ces inégalités et permettre à tous d'accéder à une santé correcte, que ce soit de la prévention, du soin, de la réinsertion. Il y a toutes les dimensions de la chaîne de vie de chaque homme et de chaque femme. C'est vraiment la lutte contre les inégalités parce que c'est insupportable aujourd'hui.

Valérie Jurin – Pour moi qui ai en charge et avec mes collègues, le réseau des Villes-Santé, notre combat permanent c'est cette lutte contre les inégalités à la fois territoriales et sociales. Cela rebondit sur la cause des enfants, sur lesquels on reviendra, bien sûr. On en parlait hier soir mais trois millions d'enfants qui vivent sous

le seuil de la pauvreté, c'est insupportable et, effectivement, on a clairement des choses à faire sur ces sujets-là.

Peut-être, M^{me} Cambou, plus sur la dynamique de l'environnement, on était en train d'en parler un petit peu, votre regard ?

José Cambou – Pour moi, la santé, c'est le bien-être. Et je rappelle que mon champ d'action, c'est la santé environnement. Vous avez dit tout à l'heure : c'est génial, on cite les enfants jeunes ; j'aimerais qu'on n'oublie pas non plus les enfants tellement jeunes que sont les fœtus. En termes de santé environnement, c'est loin d'être négligeable. Moi, je ne parle pas forcément beaucoup d'inégalité, même si c'est un mot républicain, je parle d'inéquité. Je suis très sensible à ce thème de l'inéquité. Hier, nous avons eu un retour d'expérience sur Champlan qui a l'intérêt d'exister ; l'expérience de Champlan interpelle au moins sur trois axes. Premièrement, quand ils ont des avions, il y en a beaucoup, la chance qu'ils ont c'est qu'Orly ferme la nuit. Or, nous avons, en France, un certain nombre d'aérodromes où il n'y a pas de couvre-feu. Ce qui veut dire que les avions, les riverains les ont toute la nuit sur la tête. Je ne suis pas sûre que la population, quand on lui donne des informations – parce que c'était quand même bien des informations qu'on lui a données à Champlan, et pas de la concertation –, soit capable d'évaluer l'effet sanitaire du bruit, des bruits, auxquels elle est soumise. Et, dernier point par rapport à Champlan, les personnes semblaient avoir quand même des capacités à sortir de Champlan si elles le voulaient. Ce sont des maisons avec jardin, etc., on n'est pas dans du social, on n'est pas avec des gens qui sont véritablement dans la difficulté et qui sont obligés d'y rester. Les vrais points noirs que nous rencontrons en santé environnement, ce sont des populations qui subissent le bruit, les pollutions de l'air, les voisinages de sites industriels avec souvent, à la fois, de la pollution chronique et des risques majeurs, du logement social ou du logement hyper ancien. Ils en sont captifs et parfois même, ils n'accèdent pas facilement à l'information pour des problèmes de, j'allais dire, culture générale, parfois même, de langue. Et c'est pour cela que je parle bien d'inéquité.

Catherine Cecchi – Vous nous donnez la balle pour passer maintenant la parole à M. Weil qui va nous parler de l'urbanisme. Mais je voudrais rappeler ce que nous a dit hier Alain Barbillon quand il a parlé des tiers et de l'équilibre de l'habitat dans les villes : un tiers de location, un tiers d'accession à la propriété, un tiers de propriétaires, pour faire quelque chose d'équilibré. Je voudrais vous parler du dernier tiers, celui de Pagnol, c'est le tiers du bonheur dans la ville. Est-ce que vous pouvez nous en parler ?

Marcos Weil – Le regard que je peux vous apporter est celui d'un urbaniste praticien, donc, un peu « au ras des pâquerettes ». Le lien entre la santé et l'urbanisme est : historique, évident et ambivalent.

Historique, car ce sont les théories hygiénistes sur la circulation de l'air, de l'eau, de la lumière qui au tournant des XIX^e et XX^e siècles qui ont imposé les règles de police des constructions organisant les bâtiments, l'habitat et les voiries.

Le lien est évident, parce que la question de la santé va de pair avec celle du bien-être. Dans ma pratique professionnelle, l'enjeu de l'urbanisme est le « bien vivre » et même le « bien vivre ensemble ». Cette dimension sociale me paraît particulièrement importante dans les enjeux auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui. Bien entendu, il y a des pathologies liées au bruit, à la pollution, etc., mais ce sont des éléments relativement bien cadrés par des législations ou pour lesquels nous avons des solutions techniques ou technologiques. Par contre, comment faire pour qu'une collectivité fasse société ? Comment faire pour que les gens vivent bien ensemble ? Pour ces questions – heureusement – il n'y a pas de législation, pas de technologie. Pour y répondre il faut inventer, réinventer un peu tous les jours. C'est en ce qui me concerne, l'évidence de ma contribution en tant qu'urbaniste.

Le lien entre santé et urbanisme est néanmoins ambivalent : faire un quartier où les gens ont du plaisir à vivre, où ils pratiquent des activités physiques, où il y a de la nature, des réseaux de mobilité douce, où les enfants peuvent jouer au pied des immeubles, ce n'est rien d'autre que les règles de l'art de l'urbanisme. Je n'ai pas besoin d'invoquer la santé pour essayer de produire un tel quartier. Cela étant, il ne faut pas croire que ce sont les urbanistes qui font la ville. Ce que nous produisons, planifions, aménageons, réalisons, représente une toute petite part de la production urbaine. La majeure partie de celle-ci nous échappe complètement. L'urbain se développe selon des logiques sectorielle en grande partie le fruit naturel d'un système socio-économique et institutionnel qui fait qu'en grande partie, la ville qui est produite aujourd'hui n'est pas forcément la ville que nous souhaitons, celle où les gens ont du plaisir à vivre ou sont en bonne santé. Il y a cette relation un peu ambivalente et souvent ambiguë sur le fait de dire : « Vous urbanistes, faites-nous une ville où les gens seront en bonne santé », alors que les déterminants majeurs nous échappent. Je n'ai en effet aucun levier d'action sur la politique foncière, la localisation de certains grands équipements, la politique de l'emploi, la politique économique, qui sont des déterminants majeurs en termes de santé et de production territoriale.

Valérie Jurin – Ces propos-là rebondissent sur ma pratique. Je suis en charge, sur Nancy, d'un secteur qu'on appelle Rive de Meurthe, qui est véritablement un secteur qui se renouvelle. Un quartier anciennement industriel, sur lequel on est en train de construire un quartier de ville et on met, effectivement, des programmes immobiliers et autres. Et après, la mise en vie, finalement, le bien-être, la qualité de vie, c'est aux habitants de se l'approprier, avec nous, bien évidemment. Mais il y a un mouvement un petit peu conjoint, une alchimie qu'il nous faut construire, avec vous, bien sûr, mais il y a des recettes qui sont de l'ordre de l'impalpable et qui sont

parfois, même au-delà de ce qu'on pensait, de ce qu'on espérait. Il y a comme une magie de la ville.

Patrice Sanglier, peut-être quelques mots sur le Conseil de Développement ? Une phrase, parce que cela n'existe pas dans tous les territoires. Et puis, ensuite, votre propre vision de la santé.

Patrice Sanglier – En face de moi, j'ai le Président de l'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines. Saint-Quentin était précurseur dans la mise en place des conseils de développement puisque avec Saint-Quentin, Nancy, Lyon, et Lille, on a été à l'origine de la création d'une coordination nationale des Conseils de Développement qui, dans la plupart des agglomérations, se sont transformés en Conseils de Développement Durable. À Saint-Quentin, pas encore... mais c'est dans la tête, c'est induit.

Ce qui est intéressant dans la démarche des Conseils de Développement, c'est d'asseoir à côté des Conseils d'Agglomération ou des Conseils de Communautés Urbaines, un groupe relativement représentatif de la société civile et de la population. Dans les Conseils de Développement, vous retrouvez des représentants de l'entreprise, du monde syndical, du monde caritatif, de l'Université, de la jeunesse, voire même ce qu'on appelle des représentants territoriaux. On a pris le pari, à Nancy, de tirer au sort sur les listes électorales des communes qui composent le Grand Nancy, pour qu'un citoyen lambda puisse aussi s'exprimer. Une espèce de conglomérat qui tente de causer aux élus, de réfléchir et de donner sa vision de l'aménagement de la ville.

Je reviens sur la santé. Je voudrais qu'on soit d'accord entre nous, je pense que la santé, ce n'est pas une finalité de vie. La santé, c'est une ressource pour la vie. Déjà, il me paraît intéressant de faire la distinction. Dans toutes les définitions convenues de la santé, on retrouve, à chaque fois, le terme de bien-être, que ce soit bien-être physique, psychique et mental. On y ajoute le social. Moi, j'y ajoute toujours le culturel, parce que dans le social, on n'est pas clair par rapport au culturel. C'est comme les piliers de développement durable. On met toujours l'éco, l'environnemental et le social. Nous, à Nancy, on y met volontairement le culturel. On aimerait bien, d'ailleurs, que dans la charte d'Aalborg, on intègre bien l'idée du social ET du culturel. Pourquoi je dis cela ? Parce qu'il me semble que la trajectoire, l'objectif, le vecteur de la bonne santé, c'est avant tout, au-delà de pouvoir organiser son bien-être physique et psychique, c'est pouvoir organiser son bien-être, son épanouissement dans le territoire dans lequel on vit. J'ai envie de dire : dans les territoires dans lesquels on vit. Parce que le territoire du quartier résidentiel, d'hyper proximité, ce n'est pas tout à fait le même territoire que la ville, en général. C'est tout cela, me semble-t-il l'accès à la santé. C'est un bien-être global sur son territoire.

Les déterminants. J'ai des origines enseignantes et des responsabilités assez importantes dans le monde syndical. Je ne vais pas tous les reprendre, mais pour moi, il y a UN déterminant sur lequel j'insiste toujours, c'est la catégorie socioprofessionnelle. Certes, aujourd'hui les pauvres, en France, vous me direz, ils ne sont que 13 %. Mais c'est quand même 7,8 millions de personnes fin 2008. Et je pense qu'on doit approcher les 8 millions. Et l'on sait la corrélation forte entre pauvreté, dégradation de la santé, exclusion, isolement, rejet et non accès au travail. Il me semble que dans les villes qui sont des territoires qui concentrent toutes les problématiques – cela a été dit mais on y reviendra tout à l'heure –, le Conseil de Développement Durable insistera. Puisque Nancy a adhéré à la charte d'Aalborg, on est en train de redéfinir ce que pourrait être l'étape suivant à faire franchir au Grand Nancy, pour aller vers du « plus durable ». Nous insisterons sur le travail de discrimination forte pour jouer en faveur des publics les plus défavorisés pour qu'ils accèdent à l'emploi, pour qu'ils se sentent moins exclus et que, quelque part, leur santé soit moins précaire.

Catherine Cecchi – À travers ces différentes présentations de la santé, vous voyez la mosaïque d'images que nous avons tous de la santé. Et, en plus, cette mosaïque est fonction de ce que nous faisons dans la vie, de ce dans quoi nous nous impliquons et de ce que nous sommes. Arrive une autre question très facile à poser, maintenant : comment intégrer la santé dans les différentes politiques ? Les politiques environnementales, les politiques sanitaires, les politiques d'aménagement du territoire mais aussi les politiques scolaires.

Patrice Sanglier – On sera tous d'accord pour dire : il y a la politique sanitaire. L'offre, l'accès aux soins, c'est une chose mais est-ce que la santé, on PEUT la faire rentrer, on peut l'intégrer dans l'ensemble des politiques publiques qui font la ville ? Ma réponse est oui. Je pense que le facteur santé, le facteur bien-être, en général, doit être un indicateur fort, intégré à toute politique publique qui fait la ville. Que ce soit le transport, le logement, l'urbanisme, l'économie, l'offre culturelle... tout cela, à mon avis, doit intégrer le pan santé et bien-être. Et je reviens à la charte d'Aalborg qui dit bien que si on veut faire, aujourd'hui, un territoire durable, on doit avoir une approche systémique. Il faut rompre avec l'approche cloisonnée de l'organisation de la construction de la ville. Le Grand Nancy est peut-être un peu en avance. De temps en temps, dans certaines politiques publiques, nous ne sommes pas assez bons sur le croisement, la transversalité de la construction des politiques publiques ! Et nous n'avons pas encore assez mis en œuvre d'indicateurs puissants, partagés par tous, qui font la ville du bien-être où les citoyens, quelle que soit leur catégorie socio-professionnelle, auront le sentiment, en vivant dans la ville, de pouvoir s'épanouir au quotidien.

Marcos Weil – Je crois que si on veut qu'une politique de santé ne soit pas là uniquement comme un catalogue d'actions thérapeutiques et qui vienne réparer les dégâts faits par d'autres politiques sectorielles, il faut faire travailler ensemble les institutions de manière beaucoup plus forte. On a tous relevé la nécessité d'une vision transversale absolument indispensable. Cela implique de revoir le fonctionnement des institutions. Il ne s'agit pas de créer de nouvelles ou d'autres institutions mais de les faire mieux fonctionner ensemble.

Une deuxième piste qui me semble également importante pour intégrer la dimension santé dans les politiques publiques est celle du décloisonnement professionnel. Cela a aussi déjà été évoqué dans certains exposés. Il me paraît indispensable qu'urbanistes, architectes, ingénieurs, paysagistes, etc. travaillent avec des sociologues, des médecins, des chercheurs et que nous tous, sortions de nos schémas de pensée parfois un peu étroits.

La troisième piste, c'est celle de la participation citoyenne permettant d'intégrer les habitants dans la production urbaine, le plus en amont possible. Un des grands enjeux aujourd'hui n'est pas de faire la ville pour les habitants, mais avec les habitants.

Valérie Jurin – On reviendra sur cette notion de participation. M^{me} Cambou ?

José Cambou – Pour nous, toujours avec notre clef d'entrée santé environnement, c'est obligatoirement transversal. On ne le conçoit pas autrement. Déjà, dans notre propre organisation interne de fédération, la santé environnement, c'est transversal par rapport à des questions comme l'aménagement du territoire, les transports, l'agriculture et d'autres activités. Donc, c'est évident que c'est pour nous, aussi transversal par rapport aux activités économiques, etc. Ce qui veut dire qu'on attend, en face des acteurs, une organisation en interne de la ville qui permet cette transversalité. Il me semble qu'aujourd'hui, il y a un certain nombre d'outils de planification qui devrait être l'occasion de cela. Je pense au plan régional santé environnement, je pense aux agendas 21. Il me semble que là, on est bien dans du croisement de problématiques à la fois sanitaires et sous les autres thèmes que je citais. Je sais qu'on va revenir à la concertation. Mon voisin a dit un mot qui me plaît beaucoup parce que ce n'est pas simplement « concerter » qui me paraît important au niveau d'une ville, c'est co-produire des solutions avec les habitants. Mais par rapport à l'implication transversale dans la structure urbaine des décideurs, il faut des informations préalables pour partager un certain nombre de données. Cela veut dire qu'il faut de la transparence mais la transparence ne suffit pas non plus. Je voudrais que vous notiez la différence qu'il y a entre l'information, la transparence et la sincérité dans l'information. Parce que vous ne pouvez pas savoir tout ce que l'on oublie de dire. Et c'est généralement cela qui est important !

Jean-Martin Cohen-Solal – Je suis tout à fait d'accord avec mes prédécesseurs. Je crois que s'il y a vraiment de la transversalité, du travail en équipe, travail en commun, du décloisonnement, de la formation, et aussi de la participation, je crois beaucoup à l'intelligence collective. Je crois que la participation est un mot-clé parce qu'il ne faut pas oublier que toutes ces politiques sont des politiques urbaines. Les politiques de santé sont quand même faites pour quelqu'un, pour des personnes, pour des patients ou des citoyens qui vivent dans la cité. Il faut penser à réfléchir tous les systèmes par rapport à eux et bien souvent, les systèmes se construisent par leur propre logique. Ils oublient simplement qu'il y a quelqu'un qui est au milieu. Et c'est ainsi que cela doit être centré. Je pense que la participation est fondamentale et qu'il faut vraiment faire confiance à l'intelligence collective, à la démocratie. C'est quand même une clef importante et qui se développe. Mais pour cela qu'il faut avoir des gens formés et informés.

Catherine Dumont – Il y a aussi une approche possible qui est un peu celle qu'on développe à l'INPES : on pourrait dire que la santé est à la rencontre des autres champs. On peut montrer à des professionnels de champs qui ne sont pas *a priori* concernés au premier chef par la santé, qu'intégrer cette dimension peut les amener à mieux atteindre leur objectif. C'est d'ailleurs pour cela que nous développons une approche par milieu. Par exemple, dans le milieu scolaire, si les élèves et les professeurs vont bien, les résultats seront meilleurs ; cela peut être une ouverture.

Valérie Jurin – Je fais partie des gens qui pensent que l'avenir de la santé publique, c'est véritablement que les professionnels, les personnes qui s'intéressent à la santé publique, aillent percuter les autres. C'est comme si la santé était un domaine tellement... je vais employer le mot « sacré », mais quelque part, il y a un peu de cela, que, finalement, elle devrait s'imposer à tous et devrait être une idée lumineuse que nous portions tous, une valeur absolument universelle.

Personne n'ose s'emparer véritablement de la santé parce que cela appartient à certains et pas à d'autres. Je l'ai déjà dit, je souhaiterais des professionnels de santé qui prennent la parole dans la presse quand il y a des grandes réformes. La réforme de la retraite, je n'ai pas entendu les professionnels, véritablement, en parler. Le rythme scolaire des enfants, est-ce qu'il y en a un, deux, dix, vingt qui, tout d'un coup, posent un avis et disent : « Mais nous, on a une légitimité à aller percuter cela et aller donner notre avis ». J'ai envie de dire : on est tous d'accord, on a fait un hymne à la transversalité, on a fait un hymne au décloisonnement, on a fait un hymne à la participation, à la formation. On dit qu'il y a des documents transversaux, des outils qui sont là à notre disposition et, finalement, quand on est dans le domaine de la santé publique, on ne se les approprie pas. Donc, comment est-ce qu'on fait pour aller plus loin ?

Patrice Sanglier – On est dans une institution sacrée, le Sénat. Le lobbying et le pourcentage, parmi les parlementaires, des professions médicales, sont énormes ! C'est comme les enseignants. C'est enseignants et professions médicales. Je pense que déjà, ils pourraient avoir la possibilité d'intervenir et d'agir fortement dès lors qu'ils pensent qu'il y a quelque part, danger : « allumons les clignotants ».

Mais cela ne suffit pas. Je vais donner un exemple : quels sont les médecins libéraux et généralistes qui savent, par exemple, qu'il y a une corrélation forte entre le fait, pour un enfant, de disposer d'une chambre pour faire ses devoirs et la réussite scolaire. Il n'y a pas que les professionnels de santé qui sont à même de réagir et d'allumer des clignotants pour dire : « Attention, sur telle ou telle politique publique, ou tel ou tel constat qui est fait, si on ne corrige pas, il peut y avoir une influence très forte sur la santé de nos populations, qu'elles soient jeunes ou qu'elles soient moins jeunes ». J'ai envie de dire que c'est autant les professionnels de santé qu'un certain nombre de « sachants » qui peuvent participer à l'effort de correction de la dégradation de la santé. Je reviens à ce que je disais tout à l'heure : je pense qu'une bonne politique de développement durable, dans un territoire, urbain en l'occurrence, puisque l'on parle de cela, aujourd'hui, c'est de mettre en réseau et en discussion l'ensemble des experts. Ces experts-là, travaillant avec la population, c'est l'organisation de réseaux, de dialogues, de discussions et d'influences qui fera que ! Je crois à la culture du réseau, donc de la mise en réseau des intelligences pour pouvoir corriger le tir et amener la ville dans le positif, dans le bien plus que dans le mal.

Catherine Cecchi – Effectivement, quand il y a plusieurs cerveaux, on est toujours plus intelligent.

José Cambou – Très concrètement, par rapport à la question initiale que vous nous posiez sur le problème de la participation et la concertation, la première chose qui me paraît importante, c'est que les responsables politiques et administratifs, globalement, changent de lunettes et de discours. Il y en a des très bons, mais on va parler du problème général.

Dès que je sors d'un réseau de quelques centaines de personnes par rapport au thème de la santé environnement, et dans ce réseau de quelques centaines de personnes, il y a des élus, il y a des administratifs, il y a des politiques, etc. La santé, c'est parler de la maladie, du système de santé, d'associations d'usagers du système de santé, d'associations de malades. Et si on aborde le mot prévention, on me répond : alcool, drogue et suicide. Ce n'est pas schématique, c'est encore, toujours comme cela, pour une très grande majorité. C'est déjà un premier problème.

Le deuxième, c'est que, pour qu'on débouche sur une vraie participation, et je voudrais aller au-delà, je voudrais qu'on co-produise des solutions, il faut un élu qui propose quelque chose de concret pour démarrer, soumis à concertation, et dès le

début, en disant : « Ce qui va être produit comme fruit de ces échanges, je m'engage à le prendre en compte dans la solution qu'on va retenir ». Parce que, très souvent, la population pense qu'on va « l'amuser » et que cela ne va pas du tout être intégré. Donc, c'est un problème majeur du départ. Et, il faut qu'il mouille vraiment sa chemise. Cela ne veut pas dire inaugurer une première réunion et disparaître. En même temps, cela veut dire que l'équipe qui va l'accompagner, va se positionner – je suis désolée de vous contredire – non pas en « sachants », parce que dès que vous avez des « sachants », les autres, ce sont des « profanes » et vous ne faites plus de la concertation, vous ne faites plus de la co-production. Vous faites quelqu'un qui fait un discours et les autres qui n'ont qu'à applaudir ou coller quelques bémols. Cela ne va pas. Il faut savoir que des « sachants », il y en a plein. Il y a des savoirs profanes, il y a des savoirs citoyens et le reste, ce ne sont que des problèmes de méthode. Ce qui est fondamental, c'est cela. Et je vous assure que c'est véritablement co-produire.

Quand j'ai participé à l'évaluation du premier plan national de santé environnement, on s'est rendu compte qu'il y avait un ensemble d'actions qui étaient plantées ou semi-plantées. Mais j'ai dit : « C'est logique ! ». Parce que ces actions-là, il fallait obligatoirement, déjà, au minimum que les élus soient partants. Or, vous l'État, vous les avez définies sans les associer. Donc, cela veut dire qu'elles étaient prévues et plantées quasiment d'avance. Et, effectivement, le deuxième plan, on l'a imaginé complètement autrement en termes de conception et de suivi. On est, effectivement, dans des groupes où il y a des représentants des différentes parties prenantes. Cela ne peut pas être autrement. Même à des niveaux de ce type, c'est la même chose, ce sont les mêmes mécanismes. Il faut que les gens soient autour de la table avec des sensations « d'égalité » puisque vous aimez bien ce terme-là.

Catherine Cecchi – D'ailleurs, c'est ce que nous avons fait pendant ces deux jours. Nous avons mélangé des « sachants » dans des domaines et des « non sachants ». Cela a été vraiment l'objectif, et merci de nous dire que c'est la meilleure façon d'être participatifs.

M^{me} Dumont, sur la participation, par rapport à la participation des usagers, utilisateurs, consommateurs ?

Catherine Dumont – Pour qu'une politique publique puisse être bien conçue et aboutir à des résultats satisfaisants pour tous, il faut que tout le monde soit associé, au départ. Je pense aussi qu'il faut prendre en compte, au maximum, le contexte, y compris les gens qui vont intervenir à la mettre en œuvre parce que c'est très, très important. Mais je serais moins sévère, parce que je trouve que, il y a eu des progrès assez considérables faits dans l'association et dans la collaboration avec les usagers qui sont devenus des acteurs incontournables... J'ai une certaine expérience, maintenant. En vingt ans, vingt-cinq ans, j'ai vu la différence entre mon début de

carrière et maintenant et je trouve qu'on associe beaucoup plus. En tous cas, c'est une problématique qui est prise en compte de manière très importante dans la gestion des politiques publiques. Nous, on associe, effectivement, au maximum... Donc, au Conseil d'administration, il y a des associations qui sont représentées et puis, effectivement, quand on met un projet en route, on prend en compte la parole des experts, des « sachants » comme vous dites, mais aussi des utilisateurs, des associations et aussi des acteurs qui vont mettre en œuvre cette politique au niveau local pour qu'elle soit efficace.

Catherine Cecchi – M. Cohen-Solal, vous qui avez travaillé dans cette perspective de l'éducation et de la participation, comment voyez-vous les « sachants » par rapport aux autres ?

Jean-Martin Cohen-Solal – Je vais rebondir sur ce que vient de dire Catherine Dumont, c'est-à-dire que ce qui me semble le plus important, c'est l'efficacité. Et je pense que pour être efficace, il faut utiliser la diversité. C'est-à-dire qu'il y a des gens qui ont plus de connaissances que d'autres parce qu'ils sont plus spécialistes que d'autres et il faut qu'ils fassent de la formation. Il ne faut pas faire une lutte entre les « sachants » et les « profanes », on est tous « sachants » dans un domaine et « profanes » dans un autre. J'ai toujours pensé que l'objectif de l'éducation pour la santé, notamment, de la prévention, c'était élever le niveau de culture des Français et de chacun en matière de santé. C'est cela l'éducation pour la santé. C'est rendre chacun plus autonome par rapport à la santé, mieux comprendre la santé, mieux comprendre dans quel environnement il se trouve, pour être plus responsable de la santé de son entourage. Et quand je dis santé, c'est bien au sens OMS du terme, ce n'est pas « l'absence de maladie ». Et notre rôle, à nous, c'est aider les gens à en savoir plus, élever le niveau de culture en matière de santé. C'est ce que j'ai essayé de faire quand j'étais en situation de le faire. Mais ce n'est pas très important de savoir qui est « sachant », qui ne l'est pas, on l'est tous de quelque chose. C'est l'échange qui est important.

Je vais revenir sur les mutuelles. Les mutuelles sont des organismes à but non lucratif, qui rassemblent des adhérents. Il y a des assemblées générales de mutuelles ; il y a une vraie vie démocratique contrairement à ce qu'on peut imaginer dans les mutuelles. Les mutuelles font aussi beaucoup de réunions sur la santé dans toute la France. Je pense à la mutuelle de l'Éducation nationale qui l'a beaucoup fait, mais d'autres mutuelles et le mouvement mutualiste en général le fait. On fait des milliers de réunions qui s'appellent des rencontres santé où on réunit des gens sur des thèmes de santé. Ce qui me fascine, à chaque fois, c'est que dès qu'on parle de santé, je parle bien de SANTÉ, des fois, cela peut être l'absence de maladie... vous avez toujours des centaines de personnes qui viennent. Je discutais encore hier avec un « expert » qui m'a dit : « Je suis surpris, j'ai fait des bouquins sur la santé, quand je vais en province,

je ne suis pas connu, il y a toujours beaucoup de monde qui vient ». On voit que cela passionne les gens. Et, en plus, les mutuelles le font aussi... Les États Généraux de la Santé qu'avait lancé Bernard Kouchner, il y a quelques années, qui avaient été animés par le Président actuel de la Mutualité, Étienne Canniard. On voit que, dès qu'on fait parler les gens, on en ressort beaucoup plus intelligent. Il y a une vraie intelligence collective par rapport à la santé et il faut que les « sachants » apportent leurs notions et après, écoutent comment cela revient en écho et se nourrissent du quotidien des gens. Le seul problème des « sachants », c'est qu'on est un petit peu enfermé dans des tunnels. Il faut s'ouvrir. La meilleure façon de s'ouvrir, c'est de dialoguer. Donc, il faut cette rencontre permanente pour les gens qui ont des responsabilités dans la gestion de la santé, que ce soit des urbanistes, des médecins, des sociologues, ceux qui font de la prévention ou des gens qui financent la santé comme les mutuelles, il faut « écouter ».

Catherine Cecchi – Comme on est tous « sachants » dans un domaine de compétence, dans celui de l'urbanisme, comment, vous, Marcos Weil, vous positionnez-vous par rapport à cette participation dont on vient de parler ?

Marcos Weil – Dans ma pratique professionnelle, on accompagne de plus en plus souvent les projets avec des démarches qui relèvent de trois niveaux d'implication des citoyens : de l'information, de la consultation et de la concertation. Il est important de faire la distinction entre ces trois niveaux pour éviter les malentendus et les frustrations.

L'information est un processus à sens unique. C'est celui qui informe qui décide qui il informe, à quel moment, quel contenu il donne. Malgré toute la bonne volonté ou la transparence, on peut toujours être accusé de ne pas avoir donné assez ou trop d'informations ou pas au bon moment.

Avec la consultation, on pose la question aux gens, mais sans garantie que la réponse soit prise en compte dans le projet.

La concertation, quant à elle, relève de la co-construction. C'est ce niveau qui est le plus intéressant puisque là, il y a une réelle démarche de dialogue, d'échange et d'apprentissage collectif. Ainsi, dans ma pratique professionnelle, je joue de moins en moins le rôle d'un expert mais de plus en plus celui d'un médiateur entre habitants et autorités permettant de trouver un terrain d'entente. J'interviens pour créer un espace de dialogue où les gens puissent discuter. Cela ne remplace ni n'empêche une démarche de projet. Au contraire, cela peut enrichir le projet. J'ai une grande confiance dans l'expertise des usagers pour améliorer un projet. La concertation peut vraiment être une très bonne chose, pour autant que les règles soient claires : qui décide sur quoi. Il faut bien entendu qu'il y ait une réelle marge de manœuvre dans le projet, sinon c'est de la concertation alibi. Le projet doit pouvoir évoluer. Il faut

aussi que cela puisse aboutir à des résultats concrets, au risque de grande frustration de la part des gens qui investissent de leur temps. Et il faut savoir aussi que rien n'est acquis définitivement. Avec la concertation, il faut toujours recommencer parce qu'il y a toujours un brassage des populations. C'est un processus continu qu'il faut intégrer dans les projets à tous les stades : très en amont et tout au long du développement du projet et même après réalisation, pour évaluation du projet, de sa satisfaction, de la réponse aux besoins qui ont été exprimés.

Catherine Cecchi – Il y a information, consultation, concertation et retour d'information ! C'est important de savoir aussi restituer à tous ces gens qui ont été mobilisés, ce que l'on a fait de ce qu'ils ont dit, de ce qu'ils ont pensé, de ce qu'ils ont imaginé. Et, c'est souvent une étape qui est un petit peu délaissée, oubliée.

Patrice Sanglier – Il faut qu'on se mette d'accord sur les mots. Moi, je revendique la notion d'expertise. L'expertise est multiforme. Dans notre Conseil de Développement, dans les Conseils de Développement, j'insiste toujours pour dire aux membres du Conseil de Développement : « Vous êtes quoi ? Vous êtes experts professionnels parce que vous avez des professions. Vous êtes experts d'usage, vous êtes experts citoyens et parfois, vous êtes aussi experts scientifiques ! ». Nous sommes tous experts de quelque chose ! Même celui qui habite dans sa tour, au 52^e étage !

José Cambou – Il a l'expertise de la vie !

Patrice Sanglier – C'est cela ! L'expertise citoyenne, l'expertise d'usage. C'est le croisement de ces expertises à côté de l'expertise administrative de ceux qui, dans les services, font le travail quotidien pour les élus, et l'expertise des élus. C'est à un moment donné, le croisement de ces regards et la mise en conflit de ces regards là ! Parce qu'il n'y a pas toujours convergence, loin de là. Et c'est comme cela, à mon avis qu'on construit la ville. Et je pense que le territoire durable, c'est avant tout – et j'utilise le mot de rupture – gouverner autrement la ville ! Ce qui suppose d'organiser, comme c'était très bien dit par les différents intervenants, le triptyque : information, concertation, et la co-construction. Personne n'a parlé de co-décision, d'ailleurs. La ville durable, à un moment donné, elle se co-décide ! Sachant que la démocratie participative ne remet pas en cause la démocratie représentative, est-ce qu'on peut imaginer que certaines politiques territoriales puissent être affichées comme des politiques peut-être co-construites, mais aussi co-décidées ? C'est une vraie question à laquelle on a besoin, à mon avis, de travailler ensemble.

José Cambou – D'un point de vue juridique, il ne peut y avoir co-décision.

Patrice Sanglier – Si, même juridique !

José Cambou – Je ne suis quand même pas sûr. Par contre, une co-élaboration doit déboucher, logiquement, sur quelque chose où chacun va se retrouver. En tous cas, pour une grande partie. À partir de là, l'acte administratif qui arrête est bien un acte où il faut un signataire qui assume une responsabilité à la fois administrative, civile et j'en passe. C'est pour cela que moi, je ne parle jamais de co-décision parce que je n'ai pas envie, quelque part, d'induire en erreur, de manière forte, les personnes qui participent.

Mais je pense vraiment qu'une co-élaboration au sens fort du terme, si elle est véritablement bien menée et les parties prenantes respectées, est très proche de cette co-décision. Mais à un moment donné, il faut l'acte avec le signataire.

Catherine Cecchi – Comme la discussion est animée autour de la table, il nous semble important de savoir si vous avez des questions à poser concernant ces sujets avant de passer à la dernière question que nous avons préparée pour les intervenants. Parce que être participatif, c'est aussi être participatif avec la salle.

DÉBAT AVEC LA SALLE

Yves Buisson, *Mairie de Montreuil et Institut Renaudot* – Hier, je crois que c'est M. Visier qui a évoqué Ivan Illich, assez judicieusement je trouve parce qu'Illich a quand même travaillé sur la question de la santé mais sur plein d'autres questions... Le point fondamental qui est l'expropriation de nos vies par un système dont on est fondateurs, cette société, évidemment, elle institue. Seulement, on se rend compte qu'en instituant, elle nous prive aussi d'une certaine capacité créatrice. Co-créatrice, créatrice ensemble. Donc, on est sur une contradiction. C'est pour cela que cela va être conflictuel. Moi, le mot participation commence à me fatiguer un petit peu parce que ce n'est pas cela. Il n'est pas question de participation, c'est un monde de bisounours, la participation telle qu'on la définit. Le terme lui-même, il faut en changer. Il faut aller un petit peu plus loin parce que si on veut rentrer dans de la co-construction. Ici nous ne sommes que des institutionnels, il ne faut pas se leurrer, il n'y a pas un seul habitant ! Et il se sentirait certainement... Il y a quelqu'un qui lève le doigt... Il y a un habitant ? Oui, d'accord, moi aussi, je suis habitant dans mon quartier... C'est justement de cela que je parle. Je me sens quand même assez souvent, que ce soit dans mon boulot ou dans ma vie citoyenne, et c'est très lié, un petit peu exproprié de mes propres capacités créatrices, de ce que je propose, de ce que je fais. Je me fais souffler dans les bronches, je me fais remettre à ma place. On est dans une société où il y a de la conflictualité symbolique. On se montre les uns les autres, qu'on a plus de pouvoir ou d'importance et c'est quand même un vrai problème qui nous concerne tous.

François Bourdillon – Je vais être très court parce que je voulais juste faire la différence entre le nécessaire processus de concertation et le processus de décision. Il ne faut pas croire que parce qu'on fait de la concertation, tout le monde est d'accord et qu'on va pouvoir prendre en compte l'ensemble des desiderata de tout le monde. Dans la vraie vie, c'est toujours faux. Il faut toujours qu'à un moment, quelqu'un décide et, parfois, c'est douloureux pour certains. Derrière, c'est le choix de l'élu, qui est quand même le représentant citoyen de la collectivité, qui est particulièrement important. Donc, autant je suis pour un débat démocratique lorsqu'on veut construire quelque chose et qu'on concerte largement, autant je pense qu'il faut respecter les processus de décisions. Et les meilleurs processus de décisions s'appuient sur les élections citoyennes, à mon sens.

Vincent Leroux, Médecin de Santé Publique – Chacun, dans vos organisations, du cabinet libéral d'urbaniste, de la ville, ou de l'organisation de la ville, de l'association, de la mutuelle, voire de la direction d'agence, est-ce que ces propos, ces envies, ont modifié quelque chose dans vos managements et dans vos organigrammes ?

Michel Cantal-Dupart – La concertation, c'est une véritable tarte à la crème, parce que comme l'a très bien dit mon confrère : entre l'information et la décision partagée, j'aime mieux vous dire qu'il y a un pas immense ! Mais, il en va de la responsabilité de chacun, comme l'a très bien dit Jean-Martin. Il y va de la responsabilité de chacun qu'il soit « sachant » ou habitant. Je peux vous témoigner que dans tous les projets que je fais dans diverses villes. Je ne suis pas affecté à un territoire, qui est une autre responsabilité, parce que là, il y a un suivi. Moi, je peux être viré, je suis biodégradable. On dit « On a en marre, il nous agace, au revoir ! ».

Ce qui est important, et j'en témoigne, c'est que je ne connais pas de projets – mes projets – qui ont été encombrés par une concertation ou une consultation quelle qu'elle soit. Je peux le montrer partout, l'amélioration s'est faite, simplement en écoutant les gens. Effectivement, cela nécessite un certain dialogue. Ce que je voulais dire, qui est important, c'est que quand on décide de concerter, cela part toujours d'une très grande générosité. Je ne comprends pas du tout les élus, quand il s'agit de se faire élire, ils vont dans les marchés, discutent avec tout le monde, serrent toutes les mains qu'ils peuvent. Ils vérifient quand même si les gens ont une capacité à voter ou non ! Quoique, quelquefois, cela fait bien dans le tableau de serrer largement les mains. Mais, au-delà de cela, le jour où il y a une décision à prendre, importante, et qui va toucher tous les habitants, là, on le fait dans une commission et on fait quelques réunions avec les affiches qu'il faut. Mais, qui vient là ? Il vient des personnes qui, quand on parle de santé publique, ressemblent à notre petite assemblée, c'est-à-dire des sachants ou des gens qui ont la capacité à s'exprimer, et on ne rencontre pas les gens.

J'ai eu, un jour, un prix citoyen que mes confrères m'ont attribué parce que j'avais instauré ce que j'appelle : la politique du rouleau de calque. Je vais dans les quartiers difficiles avec un rouleau de calque. Et là, les gens m'agressent... enfin... ils sont gentils mais ils disent : « Qu'est-ce que tu fais là ? T'es flic ? T'es quoi ? ». Je dis : « Je suis architecte ». Généralement, on ne tape pas sur les architectes. Et aussitôt, c'est : « Pourquoi, qu'est-ce qu'il y a ? Qu'est-ce qui va se transformer ? ». Et j'en témoigne, dans les quartiers, les mecs m'appellent « Cantal ». Que ce soit à Bègles ou à Perpignan, dans les quartiers, les gens me connaissent comme « Cantal ». À Montauban, j'ai fait autre chose. Ce n'est pas moi qui m'occupe des quartiers de Montauban, je m'occupe du Tarn, alors cela va. J'ai tout fait pour que les gens des quartiers puissent aller sur les bords du Tarn que j'ai rendu très jolis, mais en concertation avec les habitants qui se battaient pour qu'il n'y ait plus de crues et que leurs sous-sols ne soient pas pleins d'eau. C'est en discutant avec eux qu'on a amélioré le projet technique qui, normalement, réglait à peu près les problèmes. Mais c'est cela, c'est le rouleau de calque, c'est aller à la rencontre des gens. Ce n'est pas scientifique. Je me suis fait insulter dans des colloques où les sociologues disaient : « Ah non, non, ce n'est pas comme cela qu'il faut faire ! ». Bien sûr, je sais bien que ce n'est pas comme cela qu'il faut faire mais c'est une autre façon de faire qui est à compléter. Et on me corrige ! Les élus me corrigent en disant : « Non, écoute, tu nous embêtes là, avec tes trucs, surtout ceux-là, on les connaît, tu t'es fait manipuler ». D'accord, d'accord, mais il faut aller à la rencontre des gens, mais cela demande du temps et des oreilles !

La salle – J'ai l'impression d'être un peu en déphasage parce qu'il n'y a pas eu que les problèmes de concertation qui ont été abordés tout à l'heure. C'est vrai que lorsqu'on parle de la concertation, on sait, y compris dans les Conseils de développement – nous, on a mis en place un Conseil Consultatif d'experts citoyens – que, malheureusement, même quand on tire les gens au sort, les gens qui sont le plus en difficulté d'accession à cette culture qu'on voudrait partager, ne viennent pas. Si on leur propose de nous dire pourquoi ils ne viennent pas, ils ne répondent pas.

Ce que je voulais dire aussi, c'est que dans la construction de la ville telle qu'on l'a envisagée ce matin et, globalement, beaucoup d'interventions d'hier, sauf peut-être Monsieur Cantal qui en a parlé, on oublie tout de même le monde du travail. On a l'impression que la ville existe complètement à côté de l'entreprise, du monde du travail. Il y a le travail et il y a le chômage aussi. À la limite, on prend en considération le chômage parce que ce sont des gens qui ne travaillent pas et qu'on a dans les problèmes de santé. Mais on parle partout de la souffrance au travail – il se trouve que je suis médecin de prévention et que je m'occupe aussi de cela –, c'est complètement déconnecté de la ville. C'est quand même étonnant. On va essayer de travailler sur la ville, les médecins du travail essaient de faire ce qu'ils peuvent sur la

souffrance au travail, sachant qu'ils ne peuvent pas toujours beaucoup de choses, parce que, face aux compressions de personnel, à la RGPP dans la fonction publique, etc., on est complètement démuné, mais c'est un facteur de souffrance qui est terrible. Et ce dont on parle sur ville santé, nous fait oublier qu'il y a aussi ce côté-là, ce monde du travail.

Une dernière parenthèse : c'est que lorsqu'on parle de ville durable, on essaie de rapprocher le travail de l'habitat, ou l'habitat du travail. Tout d'abord, ce n'est pas si facile que cela, en particulier pour les entreprises qui peuvent être polluantes, etc. Et si on veut aller au fond, il va bien falloir qu'on trouve ces connexions entre, par exemple, ce qui est la souffrance au travail et le bien-être dans la ville.

Emmanuelle Fossart, Ville de Grenoble – Il se trouve que dans une expérience passée, j'ai beaucoup travaillé sur les modes de concertation, participation des habitants, etc. Aujourd'hui, je suis sur la santé, santé scolaire, en l'occurrence. Sur les modes de concertation et de construction de la ville, je pense que les choses ont évolué. Peut-être que c'est l'expérience grenobloise mais en tous cas, il y a quand même eu des avancées certaines en la matière, avec bien sûr encore, des rigidités, des tensions entre décideurs et les demandes des usagers, des participants ou des citoyens habitants, selon les cas. Mais, néanmoins, je pense que les choses ont beaucoup évolué vers la co-construction avec, aussi de la part des décideurs, une reconnaissance, effectivement, de cette expertise de l'utilisateur, de l'habitant, qui est simplement habitant. Il n'a pas besoin d'être expert, il est simplement habitant et cela suffit pour l'entendre.

Après, dans certaines instances de concertation telles que les Conseils de Développement, les Conseils consultatifs de secteurs, nous avons des citoyens très éclairés qui s'inscrivent. Effectivement, les gens des quartiers, vous ne les trouverez jamais là parce que ce ne sont pas des espaces de parole dans lesquels ils se retrouvent. Ce ne sont pas forcément des gens de l'oral, non plus. Par contre, si on va à leur rencontre sur le terrain, ils auront quelque chose à dire sur leur environnement de vie, parfois de manière assez véhémente, c'est vrai mais c'est aussi cela qui est intéressant dans ce dialogue et dans cette écoute. C'est un peu l'expérience que j'ai.

Par rapport au monde du travail, pour rebondir sur ce qui vient d'être dit, cela me renvoie quand même à ce que nous a dit Jean Viard, hier, sur cette rigidité du monde du travail où là, quelle est la place pour le dialogue ? Cela, cela pose quand même plein de questions, surtout dans une période de tension économique.

Ce qui m'interroge, c'est dans le champ de la santé où, finalement, on a des « sachants » très sachants, très, très experts et des usagers très, très profanes, je caricature un peu mais... on est à la fois sur le champ collectif mais aussi sur le rapport individuel de la personne à sa propre santé... Pour moi, il y a une interrogation fondamentale sur la façon de mieux associer les personnes à leur évolution de regard sur la santé. Pour

moi, ce n'est pas du tout un champ aussi « simple » que le champ de la ville où il y a beaucoup de choses sur lesquelles on a avancé. Si vous avez des réponses là-dessus, merci.

Valérie Jurin – Je voulais simplement témoigner, par rapport à votre intervention. Je pense qu'être en bonne santé, c'est aussi être en capacité de participer. C'est-à-dire que l'élu qui a en charge la santé de ses habitants – et tous les élus l'ont en charge, finalement – doit faire en sorte – c'est une responsabilité morale – de les mettre en selle pour qu'ils puissent, chacun dans leur savoir, dans leur compétence, dans leur expertise, véritablement participer.

Donc, être en bonne santé, c'est avoir cette fameuse capacité de faire porter sa voix de quelque manière que ce soit, selon des méthodes choisies, avec des outils nouveaux, etc. Et cela repose, j'aimais bien ce mot qui a été employé par M^{me} Cambou, sur la confiance. On n'exprime pas assez les règles, quand on pose des actes d'information ou de concertation... Je rebondis sur ma pratique personnelle : les règles n'étant pas posées dès le départ, parfois, on ne peut causer que des frustrations. Gérer la complexité, c'est difficile, déjà, mais si, en plus, on n'a pas posé les règles des choses, forcément, il ne peut y avoir que des insatisfactions ou des choses à moitié faites et des incompréhensions.

Catherine Cecchi – Nous allons enchaîner sur une dernière question : quelle est pour vous la ville idéale ?

José Cambou – Je ne vais pas pouvoir vous décrire une ville idéale. Ce qui me semble important, c'est de revenir sur des choses qu'on a très fortement oubliées, c'est véritablement une ville avec de la mixité. On a cloisonné énormément les gens par critères plus ou moins sociaux. Là ils habitent, là, ils rencontrent un service administratif et, là, leur travail, etc. Il me semble que la mixité dans la ville, c'est à la fois mélanger des gens qui ne sont pas des mêmes couches sociales, pour reprendre une vieille terminologie. C'est mettre des activités, sauf bien évidemment, si ce sont des risques majeurs... C'est mettre des services ; c'est créer vraiment des choses où vous n'êtes pas tout le temps en train de traverser la ville dans tous les sens pour avoir ce type de choses.

En termes d'urbanisme commercial, c'est abandonner ce qu'on a fait depuis trente ans. C'est-à-dire l'urbanisme commercial où vous collez des verrues énormes et externes à la ville, avec, des embranchements sur autoroutes ou rocade, des parkings à perte de vue, etc. Là, vous créez de la pollution, vous créez des problèmes d'accès, vous créez des problèmes de sollicitations multiples à acheter tout ce dont vous n'avez pas besoin, j'en passe et des meilleures. Alors que le commerce de proximité, c'est fondamental pour des tas de gens : pour la femme qui vit toute seule et qui doit faire ses courses en catastrophe, le soir ; pour des personnes âgées, etc. Et puis, c'est aussi ce que vous dites : de la solidarité, de la convivialité de quartier.

C'est, pour moi, beaucoup plus de présence de la nature en ville. Je suis extrêmement frappée du rêve qu'ont les gens de sortir régulièrement de la ville. Tous ceux que j'entends aspirer à sortir de la ville, c'est généralement parce qu'ils décrivent la ville comme minérale et qu'ils ont envie de voir du vert, des arbres, trois fois rien de végétal. Hier, on a eu une présentation d'une ville où il y avait vraiment une trame verte dans la ville, etc. et je pense que les gens qui habitent cette ville, ils doivent, véritablement, s'y sentir beaucoup mieux parce qu'on se rend bien compte qu'il y a une volonté d'intégration, à la fois de l'habitat et du reste.

Et, pour faire court, des transports qui intègrent les horaires de travail. Pour moi, les transports collectifs, devraient, en priorité, pour des problèmes d'équité, répondre aux besoins des gens qui ne sont pas forcément des cadres, que cela soit des hommes ou des femmes, d'ailleurs. Je veux dire par là que les horaires de travail ne sont pas des horaires de bureau, du coup on s'intéresse, effectivement, aux gens qui vont bosser à l'hôpital à 5 heures et demie, 6 heures du matin, au personnel de nettoyage de tous nos bureaux, nos grandes surfaces, et j'en passe. C'est vrai qu'hier, les réflexions trop courtes, de mon point de vue, sur les aspects de temporalité, qui ne sont pas mon champ de connaissances, mais dont je sens l'importance, me paraissent, véritablement, à intégrer dans une réflexion sur la ville où on essaie de mettre des réponses au service de tous.

Jean-Martin Cohen-Solal – En écoutant ce matin, je dirai que la ville idéale, pour la santé, c'est une ville organisée autour de la vie quotidienne du citoyen, quels que soient son âge, sa situation physique ou financière ou sociale. Et une ville qui soit capable de s'adapter et qui s'adapte à l'évolution de la vie sociale. On reste sur des schémas un petit peu anciens, il faut être capable de bouger. Et une vie aussi qui organise la proximité. Je dis bien « organise » la proximité. Cela ne veut pas dire que tout soit proximité mais, par les transports ou autre chose, on fait qu'on se sent bien et coordonné. Mais ce qui était bien il y a vingt ans, ne le sera pas dans vingt ans.

Catherine Dumont – Pour moi, ce serait une ville qui sortirait la santé de son champ strict pour la mettre dans tous les autres champs. Et qui prendrait en compte, aussi, des aspects de culture commune et d'éducation pour la santé.

Je crois, pour répondre à Madame, que l'éducation pour la santé peut faire ce lien entre les « sachants » de la santé et le citoyen ; pour qu'il devienne vraiment un acteur de sa santé.

Marcos Weil – La difficulté, avec votre question, c'est que quand on parle de la ville, je crois qu'on ne sait pas toujours de quoi on parle. Et quand j'entends ma voisine parler de la ville, la description qu'elle en fait avec des éléments de commerce, de nature, de parcours de courtes distances, etc., c'est encore une vision de la ville du XIX^e siècle. C'est le centre ville, parce qu'on a cette compacité, cette densité, cette

intensité urbaine, la proximité des commerces, des services... Mais aujourd'hui, la ville qui se fait, se construit en périphérie. Le territoire de vie des gens, c'est une « ville-territoire » qui prend des formes diverses.

José Cambou – Mais vous n'êtes pas pour re-densifier la ville ?

Marcos Weil – Mais si !

José Cambou – Ah bon ! Donc, je ne suis pas forcément dans le passé !

Marcos Weil – Mais la ville qui se produit aujourd'hui, la ville qui se construit, qui se développe, c'est en périphérie. Et dans ce territoire diffus, un des grands enjeux réside dans les réseaux de mobilité, je dirai même les réseaux d'accessibilité. Pour moi, l'accessibilité constitue un réel défi : accessibilité aux services, aux soins, aux emplois, etc. La notion d'accessibilité me paraît plus importante que la notion de mixité. Vous m'avez interrogé au début sur cette notion de « un tiers, un tiers, un tiers ». Je crois qu'on se leurre en pensant qu'en réduisant la distance spatiale entre différentes populations, on va diminuer les écarts socio-économiques entre celles-ci.

Ce qui me paraît plus important, c'est cette notion d'accessibilité ; c'est d'offrir à tous les citoyens des possibilités d'accès au même niveau de service, au même standard de qualité des services, que ce soit en termes d'éducation, de sport, de loisirs, de santé.

Patrice Sanglier – On a posé la question : la ville, c'est quoi ? Les frontières de la ville sont complexes. Je mettrai en préalable : dans la ville qui est multiforme, qui est souvent une espèce de conglomérat dont on ne connaît pas l'identité, il faudrait peut-être réunifier, réorganiser les cohérences entre toutes les entités pour que le citoyen, quel que soit le quartier, l'endroit, l'espace territorial sur lequel il vit dans la ville, ne se sente pas exclu. Donc, appartenir à la même entité. On n'a pas parlé de richesse. Je pense que la ville durable, c'est une ville capable de produire assez de richesses, et des richesses durables, pour :

1. donner de l'emploi quand on est actif, à tout le monde. C'est un enjeu extraordinaire parce que la ville concentre la pauvreté. On a 13 % de pauvres en France, mais on sait qu'on est au-delà de 13 % dans les villes. Donc des richesses pour donner de l'activité.
2. donner des services. Mais donner des services organisés de telle façon qu'il y ait équité, égalité territoriale et que chacun des citoyens, des individus sur le territoire se sente servi à égalité avec son voisin.

Je terminerai par deux choses : la ville idéale, à mon avis, c'est une ville qui est en mouvement permanent. On a parlé de problèmes d'adaptabilité, de mouvement permanent. La ville qui se construit en permanence pour, chaque fois, être au niveau d'une réponse la plus positive pour que les citoyens et le territoire soient en développement et en attractivité. Et que tout le monde y trouve son compte.

On a parlé de participation. C'est une ville qui s'ouvre à tout le monde et qui fait causer les gens. Au-delà de les faire causer, d'ailleurs, parce que cela ne suffit pas, il faut organiser le conflit de parole et le conflit d'idées. Je reviens à l'idée de la co-construction. La co-construction et la réussite de ville durable, c'est que les gens aient l'impression d'avoir été informés et qu'ils aient pu aussi, à un moment donné, avoir l'impression qu'ils ont participé à un acte fondateur de la ville.

Patrice Sanglier – Oui, tout est relatif et subjectif. Je suis Président du Conseil de Développement Durable, j'ai encore l'impression que je ne suis que consulté. Je participe pourtant, je suis tout le temps aux premières loges, mais quelquefois, j'ai des doutes. J'aimerais avoir l'impression d'être en permanence associé à l'acte de construction de la ville. Je reviens sur l'acte de co-décision. Ce n'est pas l'acte juridique qui m'intéresse. Moi, quand un élu dira demain : « Je signe, je prends la décision d'aller vers tel ou tel projet parce que j'ai mis en marche un mouvement et j'ai l'impression que le sens que je donne à la construction de la ville est globalement partagé même si certains m'ont dit qu'ils avaient... », c'est qu'il valide sa décision en s'appuyant sur ce qu'ont dit les gens et que le dialogue constructif a permis que la décision soit prise par les élus. Ils peuvent dire : « Voilà ce qu'il y a comme réticences, j'en prends acte, mais je prends quand même la décision. Voici ce qui est partagé par mes citoyens ». Cela me semble important.

Georges Braoudakis – En tant qu'usager de la ville, je dirais participant dans son évolution actuellement à Grenoble, je ferai un plaidoyer pour la recherche et l'expertise universitaire indépendante, qui pourrait être au service des citoyens qui souhaitent se forger une opinion dans le cadre d'une co-construction. On souhaite, effectivement, que toute la richesse qui existe aujourd'hui dans les universités françaises soit appuyée pour des études indépendantes de recherche-action, en particulier, qui nous sont très, très utiles au moment où on se forge une opinion, pour pouvoir dialoguer avec nos élus.

Marie Rose Gras, Adjointe au maire de Saint Paul (La Réunion), Ville-Santé de l'OMS – Je voudrais intervenir sur tout le débat parce qu'effectivement, il y a plusieurs choses aujourd'hui qui m'interpellent. D'abord, en position d'élue, je voudrais rappeler que nous allons à la rencontre des habitants des quartiers et qu'on ne fait pas uniquement les marchés quand on est en campagne électorale mais que, pour ce qui concerne l'implication des habitants de quartiers dans la santé, en tant qu'élue en charge de la santé et des associations – on a 600 associations sur le territoire, c'est une ville de 100 000 habitants – cela se fait au quotidien. On a mis en place une action qu'on a appelée « caravane santé » pour aller dans les quartiers, trois fois par semaine, avec les coordonnateurs ateliers santé ville et une équipe spécifique. On essaie d'approcher au mieux les besoins des habitants des quartiers. Et on a eu,

effectivement, pas mal de surprises. Donc, on prend en compte cela au quotidien en tant qu'élus pour essayer de co-construire une réponse qui soit la plus proche possible des habitants.

La deuxième chose, puisque le thème c'était « Des villes rêvées à la ville des possibles », c'est donc passer du rêve à l'action. Comment passe-t-on du rêve à l'action ? J'ai envie de dire que depuis hier, en fin de compte, il y a quelque chose dont on n'a jamais parlé et qui, nous, nous interpelle parce que c'est une demande des jeunes – il faut savoir qu'à La Réunion, il y a 50 % de la population qui est âgée de moins de 20 ans –, c'est la ville numérique. C'est-à-dire comment est-ce qu'aujourd'hui, on prend en compte ce besoin-là en termes d'accès... Accessibilité aux soins, certes, mais puisqu'on sort du soin proprement dit, c'est l'accessibilité à la culture, l'accessibilité au savoir, l'accessibilité également aux services, aux différents services, que ce soit de la ville ou de la région. Et la ville numérique, en fait, ne se construit pas du tout selon le modèle que l'on avait pensé il y a encore vingt ans, si je puis dire. En tous les cas, nous, à La Réunion, c'est vrai qu'on est un peu isolés, mais malgré tout, on a quand même accès à Internet et aux autres médias. Et plus encore, ce qui est étonnant, c'est que dans la commune où je suis, il y a 50 % de chômage, des gens qui vivent avec des minima sociaux, mais les plateformes numériques sont demandées et beaucoup de personnes, beaucoup de jeunes ont des portables modernes... C'est important pour nous de savoir comment demain, on va pouvoir intégrer ce mode de communication et que ce mode de communication puisse être également utilisé pour la santé, pour les messages en santé et pour la participation. Ce n'est pas seulement les messages, c'est aussi comment on participe. On a mis en place deux enquêtes : une enquête population pour approcher au mieux ces besoins-là et une enquête auprès des professionnels de santé. Et ce dont on s'aperçoit, c'est que, plus on est isolé, parce qu'on est une île, plus on a besoin de pouvoir se connecter, pas seulement sur la région mais au-delà et bien au-delà, parce qu'on travaille aussi avec les pays de l'Océan Indien, c'est-à-dire l'Inde, la Chine, etc. Si quelqu'un peut parler de la ville numérique, ce serait intéressant ; peut-être pourrait-on avoir des idées à reproduire sur notre commune et notre île.

Faouzia Perrin, Médecin directeur, Direction Santé publique et environnementale de la Ville de Grenoble, représentante de Méditoriales au Conseil d'Administration de la Société française de santé publique – Je voulais juste dire un mot à propos des capacités parce que cela me semble tout à fait important. Cela a été évoqué tout à l'heure suite à l'intervention d'Emmanuelle Frossart sur la question de la participation. Et, effectivement, M^{me} Jurin a rappelé le fait qu'il y avait une responsabilité. Est-ce que les personnes sont en capacité de participer ?

Je voulais reprendre cette notion de capacité parce que je pense que c'est important de faire remarquer que cette question de capacité interroge le modèle de

développement qu'on a. Et dans un modèle de développement économique basé sur la croissance économique, qui est le modèle de développement occidental, cette question de capacité n'est pas vraiment présente. Il y a un modèle de développement qui a été imaginé et promu par Amartya Sen qui est prix Nobel d'économie et qui dit justement : « Le développement, c'est la croissance des capacités, la capabilité ». Et je pense que c'est important de l'avoir à l'esprit parce qu'on voit des démarches de développement durable qui sont souvent très environnementalistes, et qui oublient que le développement durable doit être humain et durable. Du coup, il me semble que notre responsabilité, en termes de santé, aujourd'hui, c'est de permettre que le développement durable soit humain et durable et que ce soit la promotion de la santé, précisément. Ces questions de capacités sont au cœur de ces questions de développement.

Catherine Cecchi – C'est une belle conclusion que tu viens de faire. Merci à tous nos intervenants.

2. Regards de décideurs-bâisseurs

Intervenants : **Michel Cantal-Dupart, Jean Chappellet, Laurent Chambaud, Simon Renucci, Robert Cadalbert**

Animatrices : **Catherine Cecchi, Valérie Jurin**

PRÉSENTATION DES INTERVENANTS

Catherine Cecchi – Nous allons continuer directement avec la deuxième table ronde, d’abord en présentant les intervenants, ensuite, en leur posant des questions et leur demandant de porter plutôt un regard de décideurs et de bâisseurs.

M. Cantal-Dupart était architecte, mais aussi urbaniste et travaillant sur l’environnement, puisqu’il a cette chaire au CNAM. Il a fait en 1992 un rapport sur l’état de l’urbanisme en France, sur la formation des acteurs de la politique de la Ville, qui a quand même dû pas mal soutenir les travaux que vous avez menés par la suite, et, en particulier, la mission banlieue 89 qui a été lancée dans le cadre de la politique de la Ville. En septembre 2011, vous avez organisé la longue marche de Pontoise à Paris Métropole. Cette longue marche qui permettait de broser une fresque vivante de l’histoire urbanistique de la région urbaine de Paris a permis de travailler sur sa mise en œuvre qui s’inscrit progressivement dans le cadre d’une planification politique. Un projet gouvernemental en constitue la dernière expression. Et il a participé avec Jean Nouvel au concours du Grand Paris.

M. Chappellet nous vient du Sud. Il a été inspecteur hors classe de l’action sanitaire et sociale. Il était précédemment Directeur de la DRASS de PACA, il est resté dans la région PACA où il occupe, maintenant, le poste de Directeur à la Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale. Il a dit une phrase magnifique : « Pour agir, il faut connaître ». J’ai pensé que c’était bien de la rappeler parce que, effectivement, pour agir, il faut connaître. Pour agir et connaître, il a monté le DROS, un Dispositif Régional d’Observation Sociale. Peut-être aurons-nous aussi l’occasion de parler de ce dispositif pour montrer comment il est important d’observer avant d’agir.

Laurent Chambaud est médecin de santé publique. Il a été Président de la Société Française de Santé Publique jusqu’en 2005. Ancien directeur de DRASS dans la région Franche-Comté, il a travaillé à l’IGAS, est responsable de la mise en place des conférences régionales de santé et de l’environnement. Actuellement, il est Directeur de la Santé Publique à l’ARS Île-de-France.

Valérie Jurin – M. Simon Renucci est député-maire d’Ajaccio. La ville d’Ajaccio fait partie depuis de nombreuses années du Réseau Villes-Santé. Il est surtout pédiatre, avec une grande expérience, de trente ans. Il exerce maintenant à l’échelle de la ville d’Ajaccio et de la communauté de communes en prenant soin de ses 68 000 habitants.

M. Robert Cadalbert est Président de la communauté d’agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines. Ville connue parce qu’elle faisait partie de ce que l’on a appelé les villes nouvelles. Il est très impliqué dans le domaine de la santé aussi. Saint-Quentin-en-Yvelines a été la première communauté d’agglomération à entrer dans le réseau. C’est important parce qu’on a vu que, justement, quand on parle de mettre la santé dans l’ensemble des politiques, il était important d’avoir l’échelle intercommunale qui arrivait dans notre réseau. Et avant d’être élu, je crois savoir qu’il était ingénieur du Commissariat à l’Énergie Atomique. Parcours atypique mais intéressant !

TABLE RONDE

Valérie Jurin – Je vais poser la même question qu’au début de la table-ronde précédente parce qu’elle est essentielle. Donnez-nous votre définition de la santé, la façon dont vous l’entendez dans vos responsabilités diverses. Quelle est votre manière de la lier, bien sûr, aux territoires urbains et, quels sont pour vous les déterminants fondamentaux, ce sur quoi il faut agir prioritairement ?

Robert Cadalbert – C’est un petit défi que vous nous faites un samedi matin au Sénat. Ce que j’ai compris, c’est qu’effectivement, il faut parler de la ville, donc de la vie, donc du « vivre » et comment on décide de la vie des gens. Je rajouterai pour répondre tout de suite à votre question, la petite phrase un peu provocatrice : « Vivre nuit gravement à la santé ! ». Quand on a dit cela, cela veut dire que quand on est sur cette notion – le bien vivre, la qualité de vivre – on détermine pas mal la santé.

Alors, c’est quoi la santé ? C’est vivre le plus longtemps possible en bonne santé, et si possible mourir en bonne santé. Donc, on voit bien que, en tant que bâtisseur-aménageur-décideur-responsable, on a une lourde responsabilité. Si on veut le faire cela aussi dans la concertation, pleinement, ce n’est pas une petite chose. En fin de compte, j’appelle cela la politique. Le sens vrai de la politique, c’est agir sur ces affaires. On a parlé de santé, de bien vivre, de bien-être, de bien vivre ensemble. On n’a pas osé aller jusqu’au bonheur mais on voit bien qu’on tourne autour... C’est une petite notion qui est quand même déterminante pour notre société.

Si je rapporte cela à : « c’est quoi être décideur ? », on arrive tout de suite aux méthodes. On en parlera peut-être après, sur le développement durable. J’ai même envie d’inverser le titre du colloque. Ce n’est pas la ville pour les bienfaits de la santé,

c'est : la santé, quel élément fédérateur. En fin de compte, moi, je ne parle même plus de développement durable, je dis que le paramètre développement durable, c'est le bien vivre ensemble sur un territoire, pour les gens, leurs enfants, leurs petits-enfants. À partir du moment où on considère ce paramètre, qu'on essaie de le quantifier – il y a plusieurs façons de le quantifier – je pense que c'est une meilleure approche – en tous les cas plus positive pour les gens, plus compréhensible pour les gens –. C'est, effectivement, le bien vivre ensemble sur un territoire pour soi-même, pour ses enfants, pour ses petits-enfants. Voilà ce que j'appelle, l'action sur la santé et après, je développerai pourquoi on en arrive à cette conclusion.

Simon Renucci – Je me réjouis de ce colloque et, en même temps, je voudrais souligner les efforts considérables qui sont faits par tous les acteurs de santé. On aura peut-être l'occasion d'y revenir, parce que ce sont vraiment des pionniers. Bien sûr, on fait comme M. Jourdain, de la prose sans le savoir, mais Dieu sait si c'est important, et je tenais à vous remercier.

Pour répondre à votre question sur la définition de la santé... C'est un petit peu difficile, surtout quand on appartient à une ville de l'OMS. En tous cas, pour moi, c'est avant tout l'épanouissement. Être en bonne santé, c'est être épanoui. Et c'est en même temps, avoir tous les critères, les déterminants qui font que dans la construction d'une ville, d'une cité, d'un quartier, on tient compte de tous les paramètres qui, à la fois, magnifient l'être humain, mais, en même temps, lui apportent un certain nombre de solutions. Pour la santé publique, il y a un certain nombre de déterminants qui sont majeurs : l'éducation, le social. Et tout à l'heure, on parlait de la culture. La culture, c'est l'apprentissage de la démocratie. On ne peut pas faire de démocratie si les gens ne sont pas cultivés. Et moi, ce qui m'intéresse le plus dans la santé, c'est la capacité qu'ont les gens d'être avec d'autres. C'est cela, la santé. C'est s'accomplir avec les autres. Et c'est une définition, ce matin, au Sénat, on peut en trouver d'autres. Je crois que c'est le but essentiel de la vie, on n'existe qu'au travers du regard des autres. Et le regard, c'est de dire : « Comment cela va ? Tu vas bien ? Tu as minci... Tu as la grippe ? ». La santé, c'est aussi se préoccuper de l'autre. Je crois que le politique, et je ne vais pas reprendre tout ce qui a été dit tout à l'heure, a un rôle majeur qui est au-delà de ce qu'on lui prête. Je dirai simplement deux mots. Je pense que la santé fait appel à deux données fondamentales de la relation qu'on peut avoir et de l'être en lui-même, c'est l'HUMILITÉ, parce que la santé, on l'a ou on ne l'a pas. Mais c'est aussi une façon d'appréhender les autres et c'est aussi la DIGNITÉ. Parce que chacun a une forme de dignité et cette dignité exige pour nous – je reprends les mots qui ont été dits tout à l'heure – l'accessibilité, l'égalité d'accès aux soins, c'est un peu ce qui a été traduit par le Conseil National de la Résistance, égalité d'accès et même liberté de choix. La deuxième chose qui me semble importante, c'est l'adaptabilité, la capacité

qu'à l'être de s'adapter. L'intelligence, c'est la façon de s'adapter. Donc, l'adaptation collective et l'intelligence collective tiennent compte des deux.

Et je crois que c'est fondamental. Quand on parle de la santé, on ne parle que de soi. En réalité, je vous ai donné une définition où on parle de l'autre.

Laurent Chambaud – C'est difficile de dire quelle est ma définition de la santé. Je pense que sur ce sujet-là, si je fais un gradient, cela peut aller de la définition du docteur Knock à Alma Ata. Ici, dans cette assemblée, on va tous se retrouver plutôt du côté d'Alma Ata. Ce qui m'interroge, c'est que dans la pratique que j'ai depuis quelques mois, je vois que le curseur n'est pas exactement là et que la difficulté va être justement, de le faire bouger. On aurait fait un colloque sur l'avenir de l'hôpital en France, la salle d'ici n'aurait pas suffi et je pense qu'il y aurait eu beaucoup de monde à l'extérieur. C'est vrai dans ce que je vois quotidiennement, c'est-à-dire à la Direction de la Santé Publique. Je vois ce qui se « passe » de l'autre côté, chez nous, c'est-à-dire à la Direction de l'Offre de Soins. Je pense qu'il y a encore énormément de chemin à faire. Même si intellectuellement, on peut se retrouver sur cette vision globale et je crois que les gens qui sont ici en sont persuadés, quand on regarde en pratique ce qui se passe, l'élément majeur sur lequel il y a une mobilisation, y compris une mobilisation des populations, c'est quand il y a un évènement quelconque sur un établissement de santé ; c'est quand il y a des éléments sur l'offre de soins. Moi, je n'ai jamais vu de grande mobilisation sur l'offre de prévention et pourtant, je serais très content qu'il puisse y avoir quelque chose.

Après, il y a aussi tout l'aspect, extrêmement important pour moi, qui est, quand vous dites : « Où sont les déterminants ? ». Je sais très bien et les études l'ont montré, je pense que Monsieur Lang le dira à la fin, que les déterminants sont très peu dans les mains des acteurs de la santé au sens du soin, qu'il soit curatif ou préventif. Les déterminants sont ailleurs, on le sait très bien. Donc, comment fait-on pour travailler sur ces sujets-là ? Simplement pour dire que, pour moi, la santé, est une définition qui va devoir être fortement partagée. Et sur laquelle, on doit pouvoir voir comment on travaille sur les déterminants pour les mettre ailleurs que dans l'offre de soins.

Catherine Cecchi – Tout à l'heure, on a essayé de parler de bonheur, de santé et de ville, là tu nous parles un peu de dépression !

Laurent Chambaud – Non, je ne pense pas vraiment, je crois que la seule chose que j'aimerais dire c'est qu'il y a un chemin, qu'il est complexe... Enfin, j'espère que mon discours n'est pas dépressif, mais il ne faut pas non plus se leurrer. On est tous d'accord pour avoir une vision large de la santé, bien sûr ! Personne ne dira qu'il faut du malheur dans une cité. Mais je pense que derrière, il faut se confronter aussi à la réalité... Il y a à penser comment réorienter les choses, comment faire bouger les

courseurs sur la façon dont on voit et dont on peut s'emparer de la santé. À mon avis, c'est un travail motivant mais compliqué et surtout très long !

Valérie Jurin – Il était aussi normal que sur une dizaine d'intervenants, on ait un intervenant qui prenne, effectivement, la définition classique portée par une certaine tradition de la santé sanitaire. Je vous rassure sur la salle d'hier, elle était comble.

La capacité de se mobiliser des habitants sur les problématiques de santé, je ne vois que cela. Sur mes territoires, les gens viennent me voir parce qu'il y a une activité industrielle à côté de chez eux et je vous prie de croire qu'ils se mobilisent. Ils sont là et savent très bien parler de santé ! Par exemple, sur la piétonisation, les gens sont capables, aussi, de se mobiliser et ils vous parlent de pollution de l'air et autre. Quand ils font des plans de circulation, je vous prie de croire que la mobilisation citoyenne autour de ces grandes questions, est positionnée au niveau de la santé. Donc, je pense, je suis toujours dans cette optique-là que, véritablement, il va falloir que la profession médicale ouvre les yeux et considère que la santé, ce n'est pas uniquement le soin. Il va falloir un va-et-vient, un regard, une écoute ; il faut vraiment faire tomber les murs, là ! C'est là où il faut être, peut-être imaginatif... Moi, les citoyens sont sans cesse sur ces questions ! Sans cesse ! Et pas uniquement sur l'hôpital, et pas uniquement sur l'accès aux soins.

Jean Chappellet – Vous voulez que je sorte de la dépression ? Vous jugerez quand j'aurai terminé. Je vais prendre deux définitions de la santé. Il y en a une à usage interne, si j'ose dire. Lorsque j'ai à parler de la santé dans mon service, je reprends une phrase de Rabelais – je vous rassure, je ne suis pas un lecteur de Rabelais, je ne l'ai pas retenu parce qu'il est médecin mais tout simplement parce qu'il figure dans le premier rapport du Haut Comité de la Santé Publique. La santé, c'est la vie et Rabelais ajoute : « Sans la santé, la vie n'est plus une vie ».

Elle est très pratique, cette définition, parce qu'elle me permet d'expliquer à mes collègues qui s'occupent du sport qu'ils contribuent à la santé. Ils y contribuent tellement bien que, parfois, ils ne s'en aperçoivent pas. Mais, il y a quand même, dans cette définition, quelque chose de très important, c'est que la santé est partout, y compris là où ne l'attend pas. Comme je suis Directeur Régional de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, je dis que la santé, c'est déjà l'une des conditions de l'autonomie et de l'exercice de la citoyenneté. Et c'est un fondement du lien social et de la cohésion sociale au même titre que disposer d'un revenu minimum d'existence. C'est aussi fondamental que le RSA. C'est une des conditions de l'autonomie mais c'est aussi un droit. Et quand on dit que c'est un droit, il faut être en état, à la fois, d'exercer ce droit – et on retrouve les questions d'éducation – il faut également bien penser que dès qu'il y a droit, il y a risque de discrimination. Et cela nous ouvre un large champ d'investigations. La santé, j'ajouterai que c'est aussi un domaine majeur

d'inégalités, vous le savez. Ce qui m'amène à la deuxième partie de votre question sur les déterminants de santé.

Je ne vais pas insister longuement, vous les connaissez mieux que moi. Vous êtes un public, sans doute, beaucoup plus averti que je ne peux l'être. Il y a quatre grandes familles de déterminants de santé mais j'insisterai d'abord sur la précarité. « La première cause de mauvais état de santé, c'est la précarité », dit l'OMS. Si on va un peu plus loin, trois éléments sont particulièrement importants : d'abord le logement. Dans son acception large, le logement est à la fois l'unité d'habitation, l'appartement, la maison, mais aussi son environnement : les logements insalubres sont dans certains quartiers et pas dans d'autres. Et les quartiers de la politique de la Ville sont dans un environnement plus peuplé d'autoroutes que de parcs.

Autre déterminant essentiel : l'accès à l'éducation. Si on n'a pas l'éducation, on ne se retrouve pas dans les différentes offres de santé, il faut être vraiment éduqué pour naviguer sur l'offre de prévention et la décrypter.

Un troisième élément extrêmement important, de mon point de vue : le statut social. Le statut social, on pense tout de suite au statut social lié aux conditions d'existence ; les catégories socioprofessionnelles. Mais il y en a un autre, à mon avis, qu'on oublie souvent, c'est l'aspect populationnel. On a parlé ce matin de la petite enfance. La petite enfance est bien identifiée, donne lieu à nombreuses propositions d'action, mais qu'en est-il des jeunes ? Il y a un statut social des jeunes, actuellement, qu'il faut mettre en évidence parce que c'est une population à risques.

Je n'oublie pas, M^{me} Cambou, les déterminants environnementaux. Ils sont liés aux déterminants sociaux et ils s'appuient les uns les autres, pour précipiter un peu plus les personnes en situation précaire dans le mauvais état de santé.

Je n'ai pas parlé de la ville. Je suis très surpris de voir que maintenant, on parle davantage de la campagne et des territoires ruraux. C'est vrai qu'il y a des problèmes d'accès aux soins dans les territoires ruraux. Mais n'oublie-t-on pas un peu vite que la ville, c'est d'abord un milieu qui est favorable à la santé ? C'est un milieu favorable à la santé parce qu'on y trouve une offre de soins. Un milieu, aussi, qui est relativement préservé, quoi qu'on en pense. Il y a un grand nombre de services publics : il comporte un grand nombre d'acteurs de santé publique et une population nombreuse. Certes, il faut s'occuper des territoires ruraux mais il ne faut pas oublier qu'en ville, il y a aussi des demandes en santé. Et c'est d'autant plus important que sur un même territoire administratif, vont s'exacerber les inégalités, les extrêmes de santé. C'est dans la ville qu'on va trouver un SDF en risque de mourir avant 50 ans et le cadre supérieur qui aura une espérance de vie supérieure à la moyenne. C'est tout cela qu'il faut intégrer lorsqu'on veut avoir une politique de santé publique.

Catherine Cecchi – Ce sont les professionnels de santé qui ont pris la parole jusqu'à présent. Maintenant, ce sont les décideurs-bâisseurs qui vont donner leur définition de la santé.

Michel Cantard-Dupart – Je voudrais d'abord rappeler que dans mon métier, bâtir des immeubles et construire des villes, le secteur des travaux publics reste un endroit où il y a un grand nombre d'accidents du travail.

Deuxièmement, dans les villes qu'on fabrique, on sait qu'il y a des maladies environnementales, on sait assez bien repérer les maladies environnementales liées au travail. C'est ciblé : l'amiante... On connaît tout, même le stress ! On cible beaucoup moins bien et là, je poursuis ce que vous venez de dire, on cible beaucoup moins bien les maladies liées au cadre de vie. Elles sont énormes ! La ville malade, ce sont des gens malades. Cela marche en même temps. Là où il y a de l'insalubrité, il y a de la maladie. Là où on a fait des quartiers sociaux, il y a des maladies sociales, mais des grosses maladies ! Avec des perturbations mentales fortes ! Je le rappelle, c'est le regard du bâtisseur. Et là, on a un vrai travail à faire, de responsabilité directe de décideur.

Je vous ai dit, hier, que je parlais – et là, c'est entre la connaissance et l'ignorance. J'étais avec des gens et il y avait deux dames qui s'occupent des prisons, de la culture en prison. Je les écoutais avec intérêt. Il y en avait une qui disait : « Il faut absolument secréter le désir ! ». Et tout d'un coup, j'ai été très impoli, je suis rentré dans leur conversation. J'ai dit : « Avez-vous été en prison ? ». Elles m'ont regardé toutes les deux comme si je croyais voir des gourgandines qui avaient échappé à la Pitié-Salpêtrière avant le Docteur Pinel ! Elles m'ont regardé et j'ai dit : « Vous voyez, si vous aviez été en prison, vous ne parleriez pas du désir comme vous en parlez ». Parce que comme urbaniste, j'ai eu la chance, cela m'a beaucoup servi dans ma vie, d'avoir été en prison et dans des conditions assez bizarres... Mais il faut savoir, la connaissance et l'ignorance.

Donc, quand on décide, quand on est bâtisseur de ville, il faut aller sur le terrain. Cela va vous paraître stupide, il faut aller voir sur le terrain, avant, pendant, et après, et essayer, à chaque fois de connaître, même quand on a tout décidé, d'aller voir s'il n'y a pas encore quelque chose qu'on aurait oublié. Parce que, bien évidemment, nous sommes des hommes. Des hommes avec les limites intellectuelles et de capacité à la décision. Et, bien évidemment, vous avez raison, je l'ai dit tout à l'heure, c'est dans l'échange qu'on peut progresser et Jean-Martin Cohen-Solal l'a dit aussi, c'est l'addition des cerveaux qui améliore les choses. Mais, on a quand même une vision, les architectes ont souvent une vision démiurge. Je le sais et je m'en méfie. Et je connais ce défaut. C'est-à-dire que : qu'est-ce que c'est le bien-être ? En fait, c'est le mien ! C'est mon bien-être à moi, que je souhaite, que tout le monde partage ! C'est parce

que j'ai une vie formidable ! On a envie de cela et c'est déjà très généreux. Cela part d'un bon sentiment. Parce que, l'urbaniste dépressif, ce n'est pas terrible !

Alors, dans tout métier, on a un mètre étalon, une référence. Le géomètre a le mètre, la couturière a un mannequin. Quand elle voit que la cliente épaisse ou maigrit... elle a l'œil. Moi, mon mètre étalon, je vais vous dire exactement celui qu'il est. Il est important, je vous le prête et vous en faites ce que vous voulez. C'est : comment un enfant de huit ans peut se mouvoir dans le quartier que je fabrique. Déjà, si vous prenez un enfant de huit ans, vous dites : « Je veux bien qu'il aille à l'école tout seul, mais pas là ! ». Pourquoi ? Parce que la ville est la ville de tous les dangers. C'est cela qu'on a inventé. Dans la discussion, tout à l'heure que vous avez eue, Monsieur Weil avec Madame Cambou, vous lui disiez, en gros : « Oui, je connais votre ville, c'est la ville haussmannienne ». Je dis haussmannienne parce qu'un jour, dans un concours, un architecte a dit : « Doit-on respecter le plan haussmannien de l'urbaniste en chef ? ». Alors, le maire, aussitôt : « Ah non ! Haussmannien, non ! ». J'ai été voir l'architecte, après, et je lui ai dit : « Toi, tu es en train de dire qu'il faut déstructurer ». Bon, bref ! Le plan qui a été fait est un plan déstructuré. C'est très laid. C'est très moche et les habitants se plaignent. Et je rigole parce que je me dis qu'il suffisait des choses simples. Là, un enfant de huit ans, aujourd'hui, que vous voyez dans la rue, seul, vous avez peur qu'il soit agressé, et si c'est le vôtre, il n'est même pas question qu'il sorte de la maison. Donc, cela participe de l'obésité. On le dit, entre autres. C'est l'immobilisme, la protection. On fabrique des gens ultra protégés. À quel moment vient la décision de l'indépendance dans le territoire ? Généralement, le jour d'une fugue. Cela commence par une fugue alors que cela devrait être un élément de bien-être familial. Quand je me mets ce mètre étalon, tout le temps, tous les jours quand je travaille, à Perpignan, à Montauban ou demain, sur le plateau de Saclay, je me dis : « Comment un enfant de huit ans peut-il rentrer à l'École Polytechnique ? ». C'est très dangereux, bien que ce soit entièrement entouré de barbelés. Parce que ce n'est pas humain ! C'est une école inhumaine. Il y fait très froid... Enfin, bon...

Pour reprendre et conclure là-dessus, je pense qu'on peut faire une ville agréable. Je ne pense pas à la forme moderne des villes déstructurées, j'y suis très opposé. Il y a des urbanistes de grand talent, qui sont de très, très grands architectes. Ils ont fait des choses formidables. Je pense à Rem Koolhaas, il a une théorie du chaos sur la ville qui est insupportable ! Je ne comprends même pas qu'un maire prenne la responsabilité de le faire travailler sur son territoire. Je me suis battu avec lui en débat. Je lui ai dit : « Non, je ne veux pas que tu rentres ! Tu es en Hollande ! Vas-y en Hollande, tout est construit. Il n'y a plus rien à casser ! Mais ici, il y a encore des trucs, tu vas casser ! C'est pas bien, je ne suis pas d'accord que tu travailles à Lille ! ». Et il a travaillé à Lille... Je fais une attaque... Mais c'est vrai parce que la ville du chaos, c'est déjà l'introduire, au niveau de la pensée urbaine. C'est terrible parce que c'est la porte

ouverte à tous les abus. Et notre travail, c'est de resserrer les choses et de parler de comment on mange bien...

Dernière anecdote... Je rêve de rentrer à l'Académie Alphonse Allais et j'ai préparé mon discours d'investiture qui porte sur les mille façons de mettre la campagne à la ville. On n'en a pas parlé mais après les émeutes de novembre de 2005, le Ministère de l'Intérieur a interrogé la DATAR qui s'appelait à l'époque la DIACT, pour qu'ils disent ce qui va se passer dans la ville. Et aussitôt, ils disent : « On n'a rien, on n'a pas de rapport ». Le Ministre leur a dit : « Mais comment, vous êtes la DATAR et vous ne savez pas ce que va devenir la ville ? Débrouillez-vous, dites-nous ce que sera la ville dans trente ans ». Ils ont cherché et m'ont demandé de travailler sur la ville dans trente ans. J'ai parlé, bien sûr, de la biodiversité, de la protection des zones agricoles et donc, de la création de fronts de terre, d'arrêter d'étendre les villes, entre autres... Et j'ai parlé de la nature dans la ville. J'ai parlé de biodiversité et, traitant de tout cela, j'ai dit : « Il y a quand même une question qui se pose : qu'est-ce qu'on fait des gros animaux ? ». Le délégué de l'époque, M. Mirabeau, quand il voit cela, me dit : « On va publier votre rapport mais on voudrait que vous enleviez la question sur les gros animaux... ». J'ai dit : « Non, c'est très important, je suis convaincu du rapport... On doit savoir ce qu'on fait. Est-ce qu'on les chasse ? Est-ce qu'on les tue ? Est-ce qu'on fait des pièges ? Comment on les chasse ? Comment on fait ? Ou, on les accepte ! Et si on les accepte... ». Vous savez qu'il y a des renards dans Paris ? Les gros animaux qui sont sauvages, apportent des maladies, dit-on. Les renards peuvent apporter la rage ! Je dis : « Vous voulez des renards dans Paris ? » On me dit : « Oh sûrement pas... Oh non, il n'y a pas de renards ». On sait qu'il y a des renards dans Paris puisque dans le Jardin des Plantes, pendant très longtemps, ils voyaient des crottes de renards. Mais les crottes de renards, cela peut être un pervers qui met des crottes un peu partout pour tromper les scientifiques ! Mais comme il y a eu l'année dernière ou il y a deux ans, plusieurs jours de neige, les chercheurs ont vu des traces de renards. Ils savent donc qu'il y a des renards. Mais ce qu'ils ne savent pas, c'est où ils nichent. Et on est dans un colloque, on parle d'environnement. Et moi, je dis : mais où ils nichent, mais c'est évident ! Comme les SDF, en face ! Dans la gare d'Austerlitz ! Il y a des rames tout près de la Pitié-Salpêtrière, il y a des rames abandonnées avec des wagons. Les renards sont là-dedans, c'est évident ! Ils sont heureux comme des papes ! Et ils vont bouffer les quelques ramiers qu'on appelle dans le Sud-Ouest, palombes qui sont « sub-claquantes » dans le Jardin des Plantes. C'est formidable, c'est le bonheur ! Et je lui ai dit : « Si cela ne vous plaît pas, vous l'enlevez, c'est vous l'éditeur, vous le découpez. Mais moi, je ne l'enlèverai pas ». Il m'a dit : « Votre rapport ne sera pas publié ». Vous pouvez le réclamer, d'ailleurs, il l'envoie, il est sur internet. Mais ce qui est très intéressant, c'est que quelques semaines après, un article du *Parisien Libéré* dit : « Par an, 1 000 accidents en Seine-et-

Marne, à cause des sangliers ». J'ai dit, « Tiens, voilà, la ville dans 20 ans, en Seine-et-Marne, c'est une ville où on va se faire charger. » C'est-à-dire, au feu rouge, vous allez vous faire charger par des sangliers. Qu'est-ce qu'on fait des sangliers ? Vous voyez, en Seine-et-Marne, vous allez dire aux chasseurs : « Vous avez droit de chasse sur les sangliers avec des balles... ». Et qui c'est qui va mourir ? Les Mickeys qui vont sortir d'EuroDisney. Je vous dis cela exprès pour susciter l'imagination. C'est-à-dire qu'il faut réfléchir plus loin que le bout de notre nez. Quand on raconte des tas de choses, la volonté de biodiversité, sur laquelle je me bagarre, veut dire qu'il va falloir prévoir une certaine cohabitation, qu'on a fait disparaître, qu'on a chassée. On a tous été d'accord pour éradiquer les grandes épidémies. Cela a été des grandes campagnes ! Quand j'étais petit, je vendais des timbres contre la tuberculose. Je devais avoir huit ans, d'ailleurs, et j'allais chez les gens vendre mes timbres et je ramenaient l'argent. J'étais donc un épidémiologiste réel, tout petit ! Heureusement, on ne leur fait plus faire cela aux enfants... Et encore, on devrait, peut-être ! On est tous d'accord pour cela.

Aujourd'hui, on peut parler de santé publique autrement. On dit, il faut peut-être permettre à certains virus de subsister, sinon on va faire des gens trop protégés. Sur la ville, c'est la même chose. On a fabriqué des villes fonctionnelles, qui ont oublié tout mécanisme culturel. Tout ce que j'ai entendu tout à l'heure dans les discussions, cela parlait d'une ville où on aimerait bien se rencontrer. Tout le monde a dit : « La ville idéale, c'est la ville où on se rencontre ». Bon, d'accord, mais il y a des fois où on a envie d'être seul, aussi ! Moi, j'aime bien l'esprit rugby parce qu'on peut s'engueuler, on peut faire plein de choses, on peut s'attaquer pendant deux mi-temps et on invente la troisième mi-temps qui est le moment de la convivialité où, justement, on fait le bilan de tout ce qui s'est passé. La santé d'une ville, c'est une ville où on se sent bien. Et moi, j'ai écrit dans un bouquin : « Les villes que j'aime, c'est celles où j'ai des copains ».

Catherine Cecchi – Vous me permettez la transition avec la deuxième question : comment peut-on intégrer les différentes stratégies, en particulier, de santé, dans l'organisation de la ville et dans son aménagement ?

Robert Cadalbert – Je peux vous répondre comment on fait une ville en prenant l'exemple des villes nouvelles, parce que cela a tellement été critiqué. Effectivement : santé-villes nouvelles, pourquoi je suis arrivé à la santé, en partant des villes nouvelles ?

Parce que déjà, sans le savoir, De Gaulle et Delouvrier ont fait un peu de développement durable parce qu'ils ont dit : « Il y en a marre que les gens habitent à un endroit et travaillent à l'autre bout de Paris », ou de grandes capitales. C'était quand même le début du développement durable. Il valait mieux que les gens habitent et travaillent au même endroit. Nous, en tant qu'élus des villes nouvelles, on s'est dit que les gens, ce n'est pas que « boulot et dodo », s'ils pouvaient se former, se

cultiver, faire du sport, en fin de compte : vivre, ce serait mieux. C'est ce qu'on a essayé de faire. Et la diversité, M^{me} Cambou en parlait, on a essayé de faire des villes mixtes : activités, logements. Des villes où le logement est mixé pour que tout le monde puisse vivre. Des villes à vivre pour tous. La seule chose qu'on a ratée... on n'a pas pu avoir d'hôpital. Tous les ans, on mettait la première pierre d'hôpital, voilà... C'est vrai que là, on aurait mobilisé les foules pour notre hôpital. Et au bout d'un certain temps, on en a eu marre de poser la première pierre. On s'est dit : maintenant, l'hôpital de Versailles a été reconstruit au Chesnay, donc, on n'aura pas d'hôpital à Saint-Quentin-en-Yvelines. En plus, on avait un hôpital à Rambouillet avec quelqu'un qui a du poids dans le domaine de la fonction hospitalière, donc, on a arrêté de dire, on va remettre tous les ans une première pierre de l'hôpital et on s'est dit : « Qu'est-ce qu'on peut faire ? ». Et là, on a fait des études : savoir quelle était l'offre de santé, les problématiques. Rapidement, on s'est aperçu qu'il y avait des problématiques dans la santé précarité, dans la santé des jeunes, le vieillissement, le handicap et surtout, la santé mentale. À partir de là, on se dit : « Qu'est-ce qu'on fait ? On a ce rapport... ». On a créé, en fin de compte, un institut de promotion de la santé. On a dit : « Effectivement, la santé, il faut faire de la prévention, de la promotion, c'est peut-être plus à notre niveau financier que de faire un hôpital ». Donc, on s'est dit que cela, on pouvait le faire. On a embauché un médecin de santé publique, on a mis des locaux. Et, en fin de compte, on a fédéré tous ceux qui agissaient dans le domaine de la santé : des professions libérales de santé jusqu'à l'hôpital – même s'ils n'étaient pas sur notre territoire. Et là, on a commencé à bâtir. On a fêté les dix ans de cet institut de promotion de la santé, dans une vraie politique de santé publique, de prévention, de promotion. C'est vrai que quand on parlait de prévention, de promotion, on a fait un certain nombre de dépistages gratuits. On a mis un centre d'addictologie, enfin tout ce qui est classique dans ce domaine-là. On a fédéré toutes les associations. On a fédéré, même, les professions libérales. C'est difficile de les fédérer parce qu'ils sont tellement pris dans le boulot jusqu'à 20 heures, ils sont encore dans leur cabinet, donc, ce n'est pas la peine de leur dire : à 18 heures, venez, on va discuter des problèmes. On a mis des maisons de santé, on a mis tout un tas de choses. Et on a bâti... C'est pour cela qu'on a adhéré très rapidement à l'association Villes-Santé parce que pour nous, c'était fondamental... En fin de compte, tout ce qu'on faisait dans les transports, dans la ville, comme disait M. Cantal-Dupart, dans la ville, pour le gamin de huit ans, qu'est-ce qu'on fait ? Effectivement, il faut que dans le quartier, il y ait une école. L'école maternelle, école primaire. Il faut qu'il puisse y aller à pieds, il faut qu'il y ait les commerces de proximité. Et quand on détricote tout ce qu'on a fait, on s'est aperçu que, oui, on faisait du développement durable et, élément essentiel, on arrivait toujours au problème de santé. Problème de prévention de la santé, c'est le stress. Le stress de la mère de famille qui dit : « Ma crèche ! Mon gamin sort à quelle heure de l'école ? Qu'est-ce qu'on fait ? ». Le stress dans la ville, c'est essentiel, donc, on

s'aperçoit qu'en décortiquant tout cela : les transports, les écoles, les services publics, l'environnement, tout cela fait partie de la prévention, de la promotion de la santé et du bien vivre des gens sur le territoire. C'est pour cela que votre colloque, me passionne parce que je pense que pour les politiques, on nous demande de décider de la vie des gens, de leur bien vivre, et donc de leur santé. Si on n'a pas cet élément de bien vivre ensemble, au cœur de notre politique, on ne fait pas... Après, il faut savoir comment on décide dans tout cela. Je vous donne un exemple des villes nouvelles, on peut les appeler les Nouvelles villes. J'ai des étudiants qui disent : « Si au lieu de villes nouvelles, vous appeliez cela des parcs naturels urbains, c'est bien », parce qu'effectivement, on était parti comme M. Cantal-Dupart disait : « on va faire les villes à la campagne ». À l'époque, c'est ce qu'on a essayé de faire. Maintenant, on réagit là-dessus parce que toutes les fonctionnalités qu'on a abordées ce matin font que le sujet central c'est : le bien vivre, la santé des gens et comment on aide les gens, leurs enfants, à pouvoir bien vivre sur ce territoire.

Et sur les deux points qui étaient abordés dans l'aménagement du territoire, tout à l'heure : l'entreprise. L'entreprise, effectivement, est au cœur parce que s'il n'y a pas de développement économique, activité par le travail, c'est difficile d'avoir le minimum pour vivre. Et sur les réseaux internet et fibre optique... quand on parle de transport, on commence, nous, par parler des transports numériques. Les meilleurs transports, c'est ceux qu'on évite. Et donc, Internet, c'est un élément pour que, quand on a à se déplacer, ce soit uniquement pour aller voir ses copains, M. Cantal-Dupart ! La ville où on a besoin de se déplacer uniquement pour voir ses copains, effectivement, c'est une belle ville.

Catherine Cecchi – M. Chappellet, est-ce que vous pouvez rebondir en parlant du handicap ? On a parlé de la ville, on a parlé de la santé, et on n'a jamais parlé du handicap.

Jean Chappellet – Ce n'est pas trop ma partie mais je peux vous parler du handicap. Il y a plusieurs façons de prendre la question du handicap. L'intégration des personnes handicapées est multiforme. On pense, évidemment, aux questions d'accessibilité. Effectivement, les villes sont encore peu accessibles. Peu accessibles sur des bâtiments publics, à tel point que si vous faites le tour de France des préfectures, vous trouverez beaucoup de ces beaux bâtiments napoléoniens où on fait faire aux malheureuses personnes handicapées qui veulent accéder aux salons d'honneur, là où la République est solennisée, un véritable parcours du combattant.

Il y a également tous les autres domaines de la vie qui vont permettre l'intégration des personnes handicapées par la compensation de leurs handicaps. Un certain nombre de lois récentes ont fixé le cadre de l'insertion. Mais il est certain qu'on a encore dans ce domaine beaucoup à faire. L'intégration des personnes handicapées,

c'est un peu comme la santé publique, il faut la mettre dans toutes les politiques sectorielles, faute de quoi, elle reste une pétition de principe et on s'aperçoit, après, qu'il y avait une loi mais qu'elle n'est pas appliquée. Et on en refait une autre. La prise en charge des personnes handicapées est, selon les politiques sectorielles, extrêmement diverse avec des réussites méconnues, dans le domaine du sport par exemple. Pour le commun des mortels, on peut se dire qu'il est plus facile de faire des aménagements matériels que de faire modifier des comportements. Et je suis frappé de voir comme on fait faire une variété de sports aux personnes handicapées. Il y a des secteurs plutôt en avance et d'autres sur lesquels, on est un peu plus en retard. Sans doute parce que c'est plus difficile mais aussi parce que cette nécessité de mettre l'intégration des personnes handicapées dans les politiques sectorielles est diversement admise et diversement vécue.

Catherine Cecchi – M. Renucci, en tant que pédiatre et maire, vous avez eu probablement à résoudre le problème des enfants mais aussi celui des handicapés et l'intégration dans la ville de tous ces paramètres.

Simon Renucci – D'abord, merci. Je pense que le handicap, c'est comme la dépendance, il y a une vraie prévention et il faut commencer très tôt. Et je reprends les deux mots que j'ai dit tout à l'heure. C'est à la fois égalité d'accès et adaptabilité puisqu'il y a, dans le cadre de l'ANAH, une vraie politique de changement au niveau de l'habitat concernant le handicap. J'ai assisté à une commission des Affaires sociales, la semaine dernière et on a abordé ce sujet et c'est très important. Au niveau du handicap, il y a des lois qui ont été appliquées et il y a un schéma d'accessibilité, que nous avons signé. Au prochain conseil municipal, nous allons signer une convention de l'accessibilité avec l'ensemble des partenaires et, surtout, les personnes concernées.

Je ne vais pas reprendre ce qui était essentiel, c'est-à-dire le passage au niveau des feux rouges. L'accessibilité et la traversée à ce niveau-là, puisque nous avons fait des travaux. Il y a à peu près une centaine de passages que nous avons créés. Ce n'est pas suffisant, mais ils existent. J'ai coutume de dire que la difficulté que nous avons avec le handicap, c'est qu'il faut inverser la tendance. On dit toujours : « Nous allons intégrer les handicapés dans notre monde ». La réalité est tout autre. On a vu, pour le dépistage de la surdité, c'est systématique : qu'est-ce que cela va poser comme questions ? La vraie question, c'est : « Comment, eux, nous intègrent dans leur monde ? ». Et cela change tout. Parce que si on va dans leur monde, on y est de façon quotidienne. Et c'est une souffrance qu'ils ont. Et il ne faudrait pas qu'il y ait le sentiment – qui existe, d'ailleurs – qu'ils sont exclus et qu'ils ne peuvent pas, comme les autres, accéder à l'ensemble. Et c'est une préoccupation majeure. Il faut former à l'accueil en crèche comme on forme à l'accueil dans les écoles, puisque nous accueillons des autistes. Et ce n'est pas simple, il y a peut-être deux ans qu'on les

accueil. Et il y a aussi le problème de handicap, en général, qui n'est pas seulement un handicap moteur. Et c'est toute la politique des personnes en difficulté. Cela peut se voir aussi, j'en parlerai, dans la dépendance, parce que c'est graduel dans le temps mais, en même temps, c'est un souci majeur. Et je crois que ce souci majeur – je ne parle pas de nous qui sommes des pionniers de la santé publique mais c'est un problème majeur et c'est, une fois de plus, la place du citoyen dans la cité. Et je crois que tout à l'heure, on parlait de concertation, de rencontres, je pense que les élus vont quand même à la rencontre des gens. Je fais partie de ceux qui y vont mais je suis toujours surpris de voir que j'apprends tous les jours quelque chose de nouveau. Et simplement, je suis de plus en plus, aussi pour le handicap, – cela commence par « h » comme handicap – assez humble... et si on ne l'est pas, on le devient, pour tout ce qui reste à faire. Il y a la loi, l'application de la loi et il y a aussi le fait qu'il n'y a pas forcément un message rémanent, permanent, qui est traduit et qui existe. Nous avons élu une personne qui est handicapée, qui est en fauteuil, qui était une magnifique personne qui a eu un accident médical, suite à une faute médicale, et qui est adjointe à l'administration. Le souci, c'était quand cette personne venait à discuter de leurs soucis, d'avoir, en face, une élue qui connaisse autre chose que ce qu'ils demandent.

Catherine Cecchi – Je m'adresse maintenant à Laurent Chambaud, comment une ARS et un Directeur de Santé Publique peuvent se mobiliser et s'emparer de ces questions pour les intégrer ensuite dans une politique ? Et quel peut être l'applicatif ?

Laurent Chambaud – Tout d'abord, nous, notre gros travail, c'est surtout de faire en sorte qu'on soit capables de travailler avec les autres parce que, très clairement, le champ de compétences de l'agence est relativement étendu puisqu'il est sur le champ de la prévention, des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des services médico-sociaux. Mais on sait très bien que sur ces champs-là, tout seul, on ne fait rien. L'organisation des soins, on va la mettre de côté, pour l'instant. Je ne parlerai pas non plus de la santé des sangliers parce qu'on n'est pas compétents non plus sur la santé des sangliers... Mais sur globalement, l'ensemble des champs de promotion de la santé, la prévention, sur l'articulation avec les soins, sur le médico-social, d'abord, de fait, il y a des compétences qui sont partagées. Mais aussi, derrière, l'important, c'est de trouver les modalités de partenariat. Tout notre travail, c'est cela, de savoir comment on arrive à dégager des axes, des orientations, dans lesquels, nous, Agence, on se retrouve mais dans lesquels aussi, les autres partenaires se retrouvent. Que ce soit des partenaires institutionnels, je pense, notamment, aux autres services de l'État. Je pense aux collectivités locales, conseils généraux, conseil régional et communautés de communes. Mais que ce soit aussi les partenaires associatifs parce qu'on sait très bien que dans un certain nombre de champs, je pense à l'environnement mais aussi tous les secteurs de la prévention et de la promotion de la santé, il y a énormément de

travail qui se fait. Et on ne peut arriver à développer les choses que s'il y a du travail avec ces associations.

À titre d'illustration, il y a deux endroits où ces choses sont relativement difficiles à élaborer, c'est dans le domaine de la santé scolaire. C'est un enjeu important la santé scolaire. Je dirai plutôt la santé des jeunes, de façon générale. C'est vrai que depuis très longtemps, les modalités d'articulation avec le grand partenaire qu'est l'Éducation Nationale, à mon avis, mérite d'être amélioré. On a des difficultés. Il y a des choses très intéressantes qui se font dans des secteurs particuliers parce qu'un directeur d'établissement le souhaite, parce qu'il y a des enseignants qui se mobilisent. Mais, globalement, en articulation avec ces institutions-là, à mon avis, on n'est pas au top.

Et il y a un autre secteur que vous avez cité plusieurs fois dans la matinée et qui est, effectivement, un secteur important : c'est le secteur de la santé au travail. Puisque nous n'avons pas compétence sur la santé au travail au sens propre, au sens strict du terme, que ce sont des enjeux très forts de liens entre les partenaires sociaux et que sur ce sujet, on a du mal à faire admettre que la santé des gens inclut la santé quand ils sont dans leur milieu de travail et inversement. Et c'est vrai qu'on a, en France, des dispositifs très cloisonnés sur le sujet. Là, ce sont aussi des sujets sur lesquels il faut qu'on travaille.

Si j'essaie de voir sur ce que vous appelez les « applicatifs », dans ce qui a été mis en place à travers la loi HPST et la mise en place des Agences Régionales de Santé, il y a au moins deux endroits où on peut véritablement faire des avancées. Il y en a une première que sont les commissions de coordination des politiques publiques. Il y en a deux : une dans le champ de la prévention et une dans le champ du médico-social. Ce sont des lieux où on retrouve toutes les autres structures institutionnelles ou les financeurs avec lesquels on doit bâtir dans le domaine de la prévention et dans le domaine du médico-social. Dans le domaine du médico-social, ce sont très fortement les conseils généraux qui ont des compétences bien établies sur le sujet. Dans le domaine de la prévention, c'est beaucoup plus large. Et dans le domaine de la prévention, on va retrouver à la fois les acteurs institutionnels de l'environnement, mais on va aussi retrouver l'Éducation Nationale, les autres services de l'État, notamment, la Direction de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion Sociale. On va retrouver également les collectivités locales aux différents niveaux. Et c'est vrai que c'est un endroit où on peut, en tous cas, discuter des politiques que mènent les uns et les autres, et essayer de les coordonner. On n'a pas, nous, pouvoir de les coordonner. Et je pense que c'est plutôt bien ainsi parce que, de toutes façons, les compétences sont bien établies. Mais c'est au moins un lieu où on peut discuter des différentes politiques que l'on a. C'est un lieu dont il faut s'emparer pour que les gens qui sont en situation de responsabilité puissent discuter entre eux des grands axes qu'ils souhaitent donner. C'est le côté institutionnel du niveau régional.

On le retrouve aussi, un peu au niveau de ce qu'on appelle les territoires de santé, notamment par les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, au niveau régional, et les conférences de territoires, au niveau départemental.

Il y a un autre point sur lequel, à mon avis, on a une opportunité de par la loi, c'est ce qu'on appelle les contrats locaux de santé. Les contrats locaux de santé, c'est une ligne dans la loi : « L'Agence Régionale de Santé peut faire des contrats locaux de santé ». Si elle peut le faire, ce serait intéressant de voir comment elle peut le faire. À mon avis, c'est là où, sur le plan local, sur le plan de proximité, on peut arriver à avoir une mobilisation réelle, forte, à la fois de nous, Agences avec ce que l'on peut apporter, mais en négociation et en lien étroit avec une collectivité locale. Cela peut être une commune, une communauté de communes ; cela peut être dans le cadre de la politique de la ville, avec les transformations ou la mise en place, à côté des ateliers santé ville. L'avantage que j'y vois c'est qu'on peut, à la fois, pour nous, mobiliser tout notre secteur de compétences. Cela peut être sur la prévention, promotion de la santé, mais aussi l'accessibilité aux soins, le médico-social et notamment la place des personnes âgées ou des personnes handicapées dans un certain nombre de secteurs. Et puis cela peut être aussi, puisque là, on rentre en lien avec la collectivité locale qui a une compétence bien plus globale, sur des aspects d'urbanisme, des aspects d'environnement, des aspects d'actions sociales, des aspects liés aux modalités de transport. Tous ces éléments peuvent figurer dans un contrat local, chacun y apportant sa partie. Pour terminer, je pense que c'est probablement un des points qui me semblent le plus prometteur, c'est de travailler sous une forme contractuelle. C'est-à-dire d'être capable d'apporter notre vision qui est probablement une vision très technocratiquement de la façon de voir les aspects de santé. On essaie de le faire le moins « technocratique » possible mais probablement qu'on est un peu baigné dans ce bain-là. Mais c'est aussi rentrer en discussion qui peut, à mon avis, être très productif, avec, à la fois les élus qui portent une vision globale et, derrière, avec des mécanismes d'intégration des préoccupations de la population, à quelque niveau donné ce matin parce qu'il y a vraiment un débat là-dessus. Je crois que c'est plutôt dans ces optiques de travail sur le terrain, dans des endroits particuliers qu'on peut le faire.

Dernier petit point, parce que c'est un sujet pour nous, c'est : où on va faire des contrats locaux de santé ? Est-ce qu'il faut en faire partout ? Ou est-ce qu'il faut en faire dans des endroits particuliers ? Pour l'instant, notre idée, c'est de dire qu'on a un élément majeur que l'on voit sur l'état de santé – je parle en Île-de-France mais c'est valable dans beaucoup d'autres endroits – ce n'est pas tellement le niveau de santé des gens, c'est les différences qu'il y a entre les états de santé des gens dans un territoire donné, notamment dans un territoire régional. Nous, ce qu'on souhaite, c'est travailler sur les inégalités de santé ou les inéquités. Mais c'est vraiment sur ce sujet, c'est-à-dire comment on fait en sorte que... Il y a des gens qui sont dans des situations

favorisées, il y a des gens qui sont dans des situations éloignées, sur les aspects de santé. Thierry Lang parlera sûrement beaucoup de ces aspects de gradients que l'on peut voir. Ce que l'on se demande, c'est : comment l'action que l'on peut porter peut permettre de réduire ces inégalités et, si possible, les réduire par le haut. C'est-à-dire de faire en sorte que les gens qui sont le plus loin de la santé puissent y arriver. On a deux endroits majeurs là-dessus, c'est l'accès aux services de santé, parce que, malgré tout, on voit dans certains endroits qu'il y a un problème d'accès aux services de santé avec des gens qui arrivent très tard, je pense notamment, vous l'avez cité, aux personnes sans domicile fixe ou aux personnes en situation irrégulière. Quand elles arrivent dans le système de santé, elles arrivent très tard dans le système de santé avec une dégradation forte de leur état de santé. Et l'autre point, ce sont les inégalités dans la prévention puisque l'on sait aussi, et cela, je pense que M^{me} Dumont de l'INPES, le dirait bien mieux que moi, on sait très bien que dans les politiques de prévention, quand elles sont mises en place de façon générale, ceux qui ont le moins accès aux politiques de prévention, sont ceux qui sont le plus éloignés. Donc, c'est comment faire en sorte que dans ces contrats locaux de santé, on ne perde pas ce sujet-là, c'est-à-dire de pouvoir, malgré tout, travailler sur ces aspects d'inégalités et surtout, ne pas les renforcer.

Catherine Cecchi – Michel Cantal-Dupart, pouvez-vous nous dire comment un architecte-bâtitseur peut être le chef d'orchestre de ces besoins identifiés et comment il peut les mettre en musique ?

Michel Cantal-Dupart – J'ai beaucoup de chance... Un jour, je travaillais sur le handicap, il y a très longtemps, puisque j'avais face à moi un représentant de l'association des maires qui était Hubert Dubedoux qui était maire de Grenoble. Et il me regarde, c'était un monsieur pas drôle du tout, et il me dit : « N'oubliez jamais les distraits ! ». Pour moi, cela a été un éclairage formidable ! Parce que le handicap quotidien, c'est la distraction. Comme tout le monde, je suis un peu distrait. Et, effectivement, l'organisation de la ville, pour un distrait, c'est une épreuve permanente. On ne peut pas réfléchir ou alors, on a une durée de vie très courte ! Et je me suis toujours rappelé de cela. Deuxièmement, mes confrères se plaignent en disant : « Ah les normes, encore des normes ! ». Hier soir, encore, on était à la Ville de Paris, les gens disaient : « Il faut dé-normer ! À quoi cela sert de mettre tous les appartements aux normes handicapés ? ». J'ai dit : « Attendez, on peut aussi se mettre à faire des portes de 40 cm dans certains appartements pour maigres ! ». Tout est un peu normé, on passe à des portes d'un mètre... En Allemagne, cela se fait quotidiennement, ce n'est pas un problème ; les gens ne le vivent pas comme une obligation. Je pense que la ville accessible, un immeuble accessible, participe de l'architecture. Au lieu d'arriver avec un perron pour une photo d'accueil pour un anniversaire, une belle rampe pour

tout le monde, peut participer de l'architecture d'un immeuble. Je dis cela parce que c'est important.

Cela a été soulevé et très bien dit par M. Chambaud, il y a l'inégalité des territoires. C'est une véritable question. Et quand on est architecte, quand on est urbaniste, on doit voir les territoires dans leur globalité. Il faut se méfier du regard que l'on a sur le quartier fracturé, le quartier malade. Je vais vous reparler du rugby. Dans tous les sports, il y a une conquête. Dans tous les sports collectifs, il y a un ballon ou une balle. Et le ballon, on peut en faire ce qu'on veut. Il y a des choses interdites, il y a des limites mais on peut en faire ce qu'on veut. Et c'est le ballon qui progresse. Et on court derrière le ballon. Le rugby a cela de particulier, c'est un peu le même jeu, mais tout doit se faire avec l'arrière. « L'avant », qui sort de mêlée, qui croit qui peut aller tout seul mettre une mêlée, s'il oublie qu'il a des arrières, lui aussi, il ne va pas avoir une durée de vie très longue. Il va être très vite plaqué et cela va se terminer là. Et il sait très bien que dans le rugby, on doit faire une passe vers l'arrière pour progresser. Et j'adore cette image ! Parce qu'en aménagement du territoire, il faut toujours regarder ce qui fonctionne dans un territoire. Ce sont les atouts et il faut s'appuyer dessus. Il n'y a pas d'hôpital ? Ce n'est pas très grave, on peut faire autrement, il n'y a qu'à décider par décret que personne ne sera malade puisqu'il n'y a pas d'hôpital ! C'est un challenge de dire, on va se débrouiller autrement... Donc, faire de l'excellence, regarder tout ce qui fonctionne et regarder ce qui ne fonctionne pas en voyant comment la ligne arrière peut rejoindre, voire, même, marquer l'essai. Et c'est cela qui est FONDAMENTAL, vraiment fondamental.

Je vais donner une image. C'est à Perpignan. Il y avait une réunion avec toutes les associations, je réaménageais un quartier dit « difficile » qui s'appelle le quartier Clodion. Tous les immeubles portent des noms de sculpteurs – pas de chance pour les sculpteurs –. Et on décide de faire une place publique. Je voyais que les gens s'asseyaient mal et j'ai dit, on va faire une place, ainsi, les gens commenceront à se parler. Et je vous invite d'ailleurs à aller à Perpignan voir ce quartier Clodion, maintenant. Il y a toute cette réunion et, la première, c'est toujours très difficile pour un urbaniste, parce que les associations : « Oui, vous n'avez pas pensé... ! ». Oui, c'est vrai... Mais si je sais que cela va bonifier mon projet, bon, d'accord... C'est quand même difficile... Il y avait quarante associations et, coup de chance, la première qui démarre, c'est la responsable de la recette postale qui était sur cette future place qui dit : « Mais, Monsieur, expliquez-nous pourquoi vous avez décidé de mettre des pavés ? ». Je me suis dit, cela y est, c'est 68 qui revient, elle va me dire qu'elle va se faire défoncer la vitrine et tout... Je commence et puis je me rends compte qu'elle ne comprenait pas pourquoi, dans ce quartier, on allait mettre des matériaux chers, qui coûtent cher. Des pavés, c'est onéreux. Quand j'ai compris, je suis monté comme un bon avant de rugby, je suis parti, elle a été plaquée, elle n'a rien compris. Je lui dis :

« Madame, quand on travaille dans des quartiers médiocres et qu'on a une réponse médiocre, les gens se comportent comme des gens médiocres et ils s'habillent de façon médiocre. Et cela ne va pas et c'est cela qu'il faut changer ! Et ma participation au changement, c'est de paver. Et j'ai fait très attention de choisir les mêmes pavés qui étaient ceux qui avaient servi à aménager le parvis de la cathédrale ». Et tout le monde le savait. Et c'est cela qui était le vrai signe. J'ai eu une réunion formidable parce que les 39 autres associations ont dit : « Formidable ! C'est tout à fait comme cela ! On va commencer à travailler ».

Catherine Cecchi – Il semble que vous ayez mis du lien en mettant des pavés !

Michel Cantal-Dupart – Je vous dis d'y aller ! Mon témoignage n'a aucune valeur, il faut aller voir ; vous avez à l'heure actuelle, les vieux, les jeunes, on a mis des bancs, ils sont là, ils sont contents de paraître. Et c'est un quartier très gai.

Catherine Cecchi – M. Renucci ou M. Chappellet, vous vouliez rajouter quelque chose ?

Simon Renucci – Ce n'était pas un pavé dans la mare mais tout à l'heure, suite à votre intervention, il y avait trois choses qui me tenaient à cœur et comme je vous quitte à 12h30, je tenais à le dire sincèrement et fermement.

Premièrement, quand on parle de contrats locaux de santé, j'ai l'impression que c'est l'Arlésienne, parce qu'on ne connaît pas la gouvernance. Il y a déjà des gens qui font de la santé publique et ils se demandent à quelle sauce ils seront mangés. Et ceux qui le font, il n'y a pas de programme pour le faire. Je ne nie pas l'intelligence de la méthode, sinon je ne serais pas là. Les contrats locaux de santé, vous avez dit deux choses essentielles. Il y en a une qui m'effraie mais l'autre qui peut amener une proposition. La première, c'est ce que m'a dit mon ARS – comme on dit « ma famille », on dit « mon ARS », maintenant, j'ai intégré la loi ! –, elle me dit : « Mais vous savez, on va se préoccuper de l'égalité de l'accès aux soins ». Mais c'est une catastrophe si ce sont les contrats locaux seulement, parce que cela va encore faire sur les collectivités un transfert, mais seulement de compétences... sans les moyens ! Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas le faire, parce que le monde a changé, il faudra le faire. Mais aujourd'hui, on ne sait pas ce qu'on doit faire et on ne sait pas comment on sera payé pour le faire.

Deuxièmement, mais c'est un peu différent, c'est l'inégalité de la prévention. Là, je suis effrayé du manque de respect qu'on a pour la Fonction Publique Territoriale. Je suis délégué national pour la santé publique, je sais – et je salue M^{me} Perrin – que les médecins territoriaux et pas seulement les médecins territoriaux, parce qu'ils sont 70 000 acteurs ! Il n'y a pas que des médecins, ils sont 70 000 ! Ceux-là font de la santé publique ! Ils en font même très bien ! Personne ne le sait. Ce sont les moins chers,

si on s'adresse à eux. Et ils font un vrai programme. C'est là que le contrat local peut jouer. Mais ce contrat local, il a lieu comment ? Qui décide ? On nous dit : réponses aux préoccupations, non : réponses aux besoins... Qui les évalue ces besoins ? Qui les met en marche ? Et je m'arrête là parce que je n'ai pas encore abattu tous les murs... Je réponds à M^{me} Valérie Jurin. Simplement : quel est notre rôle ? Quelle est la volonté politique ? Quel est le résultat ? Et je dis toujours, et cela me fait de la peine de le dire qu'il y a un véritable enjeu de gens qui, que ce soit les médecins de PMI, que ce soit les médecins du travail, – la médecine du travail, c'est important. Et j'aime bien que les élus se tournent bien vers ceux dont ils ont la responsabilité. Tout en étant laïque, je peux dire : Dieu s'est d'abord tourné vers les siens ! Les conditions de travail, c'est important, cela ! Je ne parle pas de la pénibilité, de la retraite. Je parle d'autre chose, je parle des choses simples.

Troisièmement et je m'arrête là, à chaque étape, le rôle important des médecins territoriaux pour la gériatrie, pour les conseils. Si on leur donnait un véritable statut de médecins de Santé Publique ? Vous pouvez me dire « Vous êtes député, vous n'avez qu'à écrire ! ». Je le fais, ne vous inquiétez pas, je le fais. Mais simplement, je crois que c'est important, et c'est pour cela que j'ai demandé la parole. Merci de m'avoir permis de dire, pas seulement le cri du cœur mais aussi le cri du bon sens.

Jean Chappellet – Je suis très heureux de l'intervention de Laurent. D'ailleurs, je n'en attendais pas moins. Il aurait pu citer aussi les maisons pluridisciplinaires de santé ou le nouveau rôle du médecin généraliste. Mais je crois qu'il faut passer aux actes. Tout le monde est d'accord sur le constat qu'il faut lutter contre les inégalités de santé. Je serai même plus modeste, je dirai qu'il faut lutter contre la progression des inégalités de santé, déjà, dans un premier temps. Ce serait beaucoup.

Passer aux actes et rapidement. En région PACA, un protocole a été passé entre la DRJSCS et l'ARS, qui porte sur plusieurs sujets mais notamment sur la politique de la Ville. Je crois que c'est fondamental. Peut-être que toutes les régions ne sont pas dans le même cas mais quand on voit que 20 % de la population de PACA est dans un quartier de Politique de la Ville, quand on voit que l'ARS n'est pas signataire des CUCS, quand on voit que, finalement, les crédits de promotion de la santé, relèvent plus du financement de l'ACSé que de l'ARS – il se trouve que je connais les deux –, on se dit qu'il y a des progrès à faire. C'est vraiment fondamental de commencer par là, parce que la ville, c'est un territoire qui, en santé, est très inégalitaire. Et il faut commencer là où les inégalités sont les plus criantes.

Les zones urbaines sensibles sont dans ce domaine-là, des lieux où la situation de santé est très dégradée, et donc de bons laboratoires pour la promotion de la santé. Élargissons un peu le champ des ateliers santé de la ville. Ne les laissons pas sur la seule promotion de la santé. Les habitants des quartiers dits sensibles sont tout à fait

en état d'entendre qu'on ne mettra pas un scanner à leur porte, mais donnons-leur aussi le rôle de contribuer à définir l'offre de soins. Je crois qu'on aura progressé si on donne cet espace supplémentaire aux ateliers santé ville.

Catherine Cecchi – Hier, quand on a parlé de temporalité, une chanson m'est venue en tête : « Le temps, le temps, le temps n'est rien d'autre que celui qu'on veut nôtre ». Peut-être cela peut-il s'appliquer à la ville et aux inégalités de santé que va traiter Thierry Lang. Est-ce que la ville ne pourrait-elle pas être rien d'autre que celle qu'on veut nôtre ?

Clôture du colloque

Regards croisés au travers des inégalités de santé

Thierry Lang, *Professeur de Santé Publique, Université de Toulouse III et Inserm*

Merci de me donner la parole. J'avais peur, à la lecture du programme, d'être seul à la table ronde pour un « Regards croisés »... Je suis rassuré, c'est un véritable « regard croisé ».

Comme toujours, on remercie d'avoir été invité mais là, je suis particulièrement heureux parce que, de mon point de vue d'épidémiologiste social – je suis chercheur –, et c'est ce point de vue-là que je vais défendre, c'est un point de vue croisé entre plusieurs mondes. Je suis absolument ravi d'avoir ce premier contact, et de pouvoir participer à ce qui, de mon point de vue, est un grand pas. C'est-à-dire de décloisonner un peu le modèle médical.

Je partage le point de vue de Laurent Chambaud : dans cette salle, c'est facile... On est un peu comme les premiers Chrétiens dans les catacombes, on est convaincus qu'il y a un lien entre l'environnement et la santé, sinon, on ne serait pas là. Ici, c'est facile ! Après la réunion, on va sortir et là, dans le monde extérieur, c'est beaucoup plus difficile.

Du point de vue de la santé, on l'a rappelé hier, le XIX^e siècle était absolument extraordinaire, avec les principes hippocratiques sur le lien entre la santé et la situation des villes, les travaux de Villermé, et des autres... Avec Claude Bernard, notamment, il y a eu un déplacement du milieu environnemental, global, vers le milieu intérieur et, je crois qu'il faut le reconnaître, nous n'en sommes pas sortis. Je suis chercheur, je regarde ce qui se passe à l'Inserm, il y a une petite commission Sciences Humaines et Sociales-Épidémiologie, dans laquelle nous sommes quasiment sur un strapontin. Le modèle est encore celui du milieu intérieur de Claude Bernard. Et on le retrouve dès qu'on sort d'ici.

Du côté des urbanistes, j'ai entendu des choses très intéressantes. Lors d'une réunion préparatoire, téléphonique, un urbaniste a dit qu'il se sentait un peu tenu à l'écart, parce que dès qu'il prononçait le mot « santé », c'était réservé aux médecins et lui et ses collègues ne pouvaient pas y toucher. M. Cantal, encore hier, nous a rapporté qu'il y a une dizaine d'années, un de mes collègues lui a dit : « Mais de quoi se mêlent les urbanistes en matière d'obésité ? » Moi, je dirais, aujourd'hui : « Qu'est-ce qu'on peut

faire contre l'obésité si les urbanistes ne s'en mêlent pas ? ». Mais, enfin, dehors, nous sommes dans un milieu qui n'a pas complètement changé et il y a du chemin à faire.

Je ne vais pas conclure, je vais simplement me contenter de quelques remarques. Certainement pas un exposé sur les inégalités sociales de santé truffé de chiffres. Quelques remarques mais surtout des questions. Sur le concept de santé, j'avais prévu d'en parler, mais vous en avez parlé toute la matinée et, finalement, je ne m'étais pas tellement trompé dans les questions qui peuvent se poser. Enfin, je conclurai sur les déterminants.

Sur les inégalités sociales de santé, il y a des livres publiés, heureusement, ces derniers temps. En France, vous le savez, le problème est persistant. Quand on dit qu'il y a sept ans de différence d'espérance de vie entre les cadres et les ouvriers, on l'a entendu tant de fois que l'on est immunisé. Cela ne fait plus rien... Mais quand même, sept ans, c'est beaucoup dans une vie. Et puis, il y a deux ans, les travaux de l'INED ont montré qu'il y avait une double peine. Non seulement les ouvriers vivent moins longtemps mais encore, même si on avait gardé la retraite à 60 ans, un ouvrier n'avait aucune chance d'atteindre 60 ans en bonne santé, sans incapacité, alors qu'un cadre pouvait vivre neuf ans sans incapacité après ce fameux seuil des 60 ans, c'est un résultat assez brutal. Les inégalités sociales de santé persistent, la France est parmi les pays d'Europe où elles sont les plus fortes, et elles ne disparaissent absolument pas.

Deuxième point important, quand on parle d'inégalités de santé, on ne parle pas de précarité. Vous êtes un public averti mais je rappelle que la question du gradient, signifie que, dans les populations bien insérées, qui disposent d'un logement, d'une famille, d'un travail, on observe un gradient progressif le long des catégories sociales, qui ne concerne pas la seule précarité. On n'a pas d'un côté des gens qui sont en mauvaise santé et de l'autre, des gens qui vont très bien. C'est un gradient continu dans toute la population. Les conséquences sont importantes, de mon point de vue. La précarité est visible. Il suffit de se promener dans une ville, on la voit, on la palpe. Donc, des politiques ont été mises en œuvre. Sur le gradient social, il y a une caractéristique importante, c'est que s'il n'y a pas de chiffres, il ne se voit pas. Et j'y reviendrai tout à l'heure, on n'a pas de chiffres ou très peu ou pas assez !

Les inégalités sociales de santé sont invisibles et il n'y a pas de politique pour lutter contre ce gradient. Si on considère le gradient social des ouvriers aux cadres, cela va nous obliger à repenser les déterminants de santé. C'est là-dessus que je voudrais insister. Finalement, quand on dit : « Il y a des inclus, des exclus, une pauvreté » on met en place une politique ; évidemment, c'est difficile, mais on peut imaginer des politiques efficaces. Lorsqu'on s'adresse au gradient, on va voir qu'il y a une myriade de déterminants et qu'il n'y aura pas une solution simple, parce qu'il n'y a pas un facteur qui domine. Il va falloir qu'on s'y mette tous ensemble pour des politiques qui

vont être nécessairement complexes, multiples. On a parlé de partenariat, je terminerai là-dessus en soulignant les difficultés.

Je dirige un institut interdisciplinaire et j'adore travailler avec des gens de disciplines et de milieux différents. Je sais aussi que c'est dangereux, qu'il y a des pièges. Il y a des pièges parce que quand le ton monte ou qu'on fait semblant de se comprendre, en fait, on ne se comprend pas et on ne met pas la même chose derrière les mots. Le mot « santé », c'est le premier qui vient à l'esprit. Vous avez eu parfaitement raison de poser cette question. Je vais me livrer à un numéro d'équilibrisme à ce sujet. Il y a une sorte de consensus mou sur la définition de la santé l'OMS de 1946. C'est le « complet état de bien être mental, physique et social ». Tout le monde est d'accord. Il me semble, pourtant, que cette définition est peut-être un peu dangereuse, finalement... Parce que, quand on a dit cela, on dit, la santé, ce n'est pas seulement ne pas mourir, ce n'est pas seulement ne pas être malade, c'est d'abord ce complet état de bien-être. Tout le monde adhère, c'est une utopie et c'est formidable. Mais finalement, est-ce que ce n'est pas dangereux de laisser penser que puisqu'on a décidé que la santé, c'était autre chose que ne pas avoir de maladie, ne pas mourir, finalement, ces problèmes étaient réglés. Quand j'entends les discours de nos collègues urbanistes, je me dis que peut-être, il y a quelque chose qui se passe à ce niveau-là. C'est-à-dire que quand on parle de politique de la Ville, on va parler de qualité de vie, de bien être... C'est un numéro d'équilibriste, parce que, bien sûr, je pense que ce complet état de bien être fait partie de la santé, mais il ne devrait pas nous conduire à oublier que les autres problèmes (mortalité, morbidités) ne sont pas réglés.

Si vous prenez le métro à Londres, de Westminster à Kensington, il y a sept stations de métro. À chaque station de métro, la population perd un an d'espérance de vie. Donc, l'urbanisme et l'espérance de vie, c'est quand même quelque chose. L'urbanisme, comme vous le savez, n'est pas le même suivant les continents. Si vous allez à Washington, on prend la ligne orange, vous montez à « Metrocenter », au milieu de la ville et vous arrivez après neuf stations de métro à « East Falls Church ». Au milieu de la ville, à Metrocenter, l'espérance de vie est de 72 ans et à East Falls Church, elle est de 80 ans. Il y a dix kilomètres, neuf stations de métro. C'est un phénomène général. L'espérance de vie, ce n'est pas réglé ; c'est là qu'est mon inquiétude.

Évidemment, l'autre ambiguïté sur la santé, on l'a dit, c'est que dans le modèle français, lorsqu'on parle d'inégalités, très majoritairement – je le sais, je fais des conférences assez régulièrement, intitulées « inégalités sociales de santé » –, les auditeurs comprennent « accès aux soins dans les populations précaires ». Là encore, il y a du travail.

Ce qui m'incite à penser qu'en France, on n'a pas pris complètement au sérieux le lien urbanisme/territoire/santé, c'est qu'on ne s'est pas donné les moyens de le mesurer.

Moi aussi, je suis un régional, je viens d'une ville rose et mon ARS nous a demandé de définir ce qui se passait dans les quartiers. Vous avez parlé du Mirail, hier. On n'est pas capable, on ne peut pas ! On ne sait pas ce qui se passe au Mirail. C'est-à-dire qu'on dispose de la mortalité au niveau communal. Une commune, c'est grand, y compris Toulouse... On n'a pas d'indicateurs qui nous permettent de caractériser le niveau de pauvreté, (on dit « défavorisation, déprivation ») ; en gros, comment un quartier est plus ou moins pauvre. Cela, on ne sait pas le faire, aujourd'hui. Il y a des équipes de recherche qui s'y mettent, mais on ne sait pas aujourd'hui très bien caractériser le territoire. On ne sait pas non plus produire des données, tout simplement de mortalité. Si on avait la mortalité par zone géographique fine, on serait quand même un peu guidés dans nos analyses et nos actions. On ne sait pas le faire. Donc, quand on est invités devant l'ARS, à donner des indications épidémiologiques sur la façon d'avancer pour réduire les inégalités sociales de santé, on est un peu gênés, faute de données. On n'a pas « les piolets pour franchir la montagne ».

Sur les déterminants, je vous propose une catégorisation ; il me semble qu'on peut se mettre d'accord sur le fait qu'il y a trois grandes catégories de déterminants : l'accès aux soins, la prévention que j'appelle biomédicale parce qu'elle fait partie du modèle médical, quand on dépiste un cancer, etc. Je n'en parlerai pratiquement pas. Deuxième catégorie, ce sont les comportements qu'on appelle, habituellement, individuels. Ils ne sont pas individuels mais c'est ainsi qu'on les appelle souvent : le tabac, l'alcool, l'obésité, la nutrition.

Et puis, il y a une troisième famille de déterminants beaucoup moins connus dans notre pays, en dehors de cette salle, qui sont les déterminants socio-économiques. Il y a eu un rapport sur les déterminants sociaux de la santé, piloté par Michael Marmot, qui a eu un insuccès notoire en France, et qui n'est pas un grand succès de librairie. Il me semble que dans ces déterminants socio-économiques de la santé, il y a encore deux sous-familles. Les déterminants matériels, dont on a entendu parler hier, regroupent tout ce qui est palpable : physique, chimique, et qui correspond, finalement, à quelque chose qui est admis depuis le XIX^e siècle. On a défini la ville, hier, comme l'eau, l'air, le sol. Et, effectivement, il y a toute la question des gestions des déchets, l'eau potable, le tout-à-l'égout, et plus récemment, les phénomènes chimiques dont se préoccupe le Laboratoire d'hygiène de la ville de Paris, par exemple. Ces aspects sont bien acceptés.

En épidémiologie sociale, on a aussi appris toute la puissance de ce qu'on appelle les déterminants psychosociaux ou immatériels, dont est absent tout agent physicochimique, mais où se jouent les relations sociales. La prise en compte de cet aspect dans l'urbanisme est beaucoup moins structurée. Ces phénomènes sont pris en compte, on entend parler de relations sociales, d'isolement, de cohésion sociale, mais souvent sans lien avec la santé, sans la rigoureuse attention que porte, par exemple, le Laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris aux risques chimiques.

Je vais passer en revue ces déterminants qui sont à l'interface de l'urbanisme et de la Politique de la Ville. Je ne parlerai pas de l'accès aux soins, car c'est une préoccupation majeure, qui vient spontanément à l'esprit.

Je voudrais insister sur les comportements. Il ne serait pas difficile de trouver des textes contemporains, y compris de santé publique, dans lesquels on qualifie le tabac, la nutrition, l'alcool de phénomènes individuels. On nous a rappelé, hier, que ces comportements n'ont rien d'individuels. Ils sont sociaux, ils sont intégrés dans un espace social, dans un territoire. On renvoie parfois à une hypothèse culturelle, ce qui est un peu dangereux, de mon point de vue, car c'est aussi une façon de renvoyer vers les populations, de renvoyer le blâme vers les victimes, d'une certaine façon. Qu'est-ce qu'on peut faire en termes de Politique de la Ville ? Ces comportements individuels ne sont certainement pas dans une apesanteur géographique et sociale. Ils sont imprimés dans le milieu et nous sommes capables en épidémiologie sociale, de distinguer ce qui revient à l'individu de ce qui revient au quartier. Vous savez que l'obésité est d'autant plus fréquente que les revenus sont faibles, au niveau individuel. Un certain nombre de travaux montrent que même si l'on tient compte du revenu individuel, de la position hiérarchique de la personne, l'effet du quartier, en lui-même, joue un rôle. Autrement dit, même si vous êtes riche dans un quartier dans lequel le revenu moyen est faible, votre probabilité d'être obèse est multipliée par deux, avec le même facteur multiplicatif que le revenu individuel. Il y a donc un effet géographique. Nous sommes au cœur de la politique de la ville, et de l'urbanisme.

Je ne suis ni architecte, ni urbaniste. Je sors de mon domaine mais il y a eu un certain nombre de travaux aux États-Unis qui ont montré qu'effectivement, si on veut que les gens mangent des fruits et légumes, il est préférable qu'il y ait un marché à proximité de chez eux avec des légumes à des prix accessibles. Il est préférable aussi qu'il y ait des commerces pas trop loin de chez eux pour faire du sport, des pistes cyclables, que ce soit éclairé la nuit pour aller au stade ou à la salle de sports. Vous avez dit quelque chose que je partage, c'est le choix entre l'ascenseur et l'escalier. Je pense aussi que si on prenait l'escalier au lieu de prendre l'ascenseur, cela ferait de l'exercice physique quotidien. Je ne suis peut-être pas doué, mais, dans un immeuble moderne ou un hôtel, j'ai toujours une difficulté extraordinaire à trouver l'escalier ! Ils sont très, très bien cachés et, en plus, ils sont laids et vous vous demandez si vous ne descendez pas pour aller au local des poubelles.

Je poursuis avec les déterminants matériels. Quand je dis qu'on peut travailler ensemble, j'ai presque envie d'appeler les urbanistes au secours. Je voudrais vous parler des accidents de la circulation. Le nombre de morts diminue mais il y a encore énormément de blessés et beaucoup de personnes handicapées. Donc, le problème est un problème de santé publique. Vous savez tous que ce n'est pas bon de conduire en ayant bu, c'est assez connu ; que la vitesse est un facteur de risque. On a diminué la

consommation d'alcool, on a diminué la vitesse. Ce sont des comportements individuels : « Conduisez moins vite, ne buvez pas, etc. ». Mais on pourrait peut-être voir les choses autrement. Peut-être qu'on pourrait voir qu'on ne prend pas uniquement sa voiture pour s'amuser. C'était peut-être vrai il y a quelques années, mais maintenant, c'est beaucoup plus rare. Si on conduit, ce n'est pas par plaisir, c'est pour aller travailler, c'est pour aller faire ses courses. Quand on construit des lotissements, des nouvelles villes, si les transports ne sont pas là, qu'est-ce qu'on fait ? On prend sa voiture. Et la probabilité d'avoir un accident de voiture augmente avec le nombre de kilomètres parcourus, qu'on ait bu ou pas.

On passe donc d'une question purement individuelle : « Ayez une voiture en bon état, ne conduisez pas trop vite, et à jeun, ou presque... » à une politique d'urbanisme. Si on réduit les temps de transport contraints, alors, oui, on va peut-être aller plus loin. Vous voyez qu'on peut transformer – et là, on a du travail à faire avec les urbanistes – une problématique individuelle en une problématique de santé publique.

J'en arrive aux facteurs immatériels. J'ai l'impression que les facteurs immatériels sont liés à la qualité de la vie, au mieux, et je l'ai encore entendu ce matin, aux problèmes de santé mentale. Autrement dit, quand on vit isolé, dans un quartier peut-être difficile, cela va avoir une action sur la santé subjective. La situation est proche pour le travail et les conditions de travail stressantes. aboutiraient à dégrader la santé mentale et, par conséquent, provoquer des suicides. Je voudrais être très clair. On sait, en épidémiologie sociale, depuis vingt ans, que l'isolement, par exemple, dans les populations insérées – je ne parle pas des populations exclues – multiplie par deux la mortalité à dix ans. On n'a pas résolu ces problèmes ; quand on parle de convivialité, de cohésion sociale, d'isolement, de support social dans les quartiers, on ne parle pas – j'allais dire « seulement », vous voyez, c'est le numéro d'équilibriste qui recommence – on ne parle pas seulement de bien être, on parle de mortalité. On est dans quelque chose qui va nous aider à expliquer les sept ans de différence d'espérance de vie entre cadres et ouvriers. L'isolement social multiplie par deux la mortalité à dix ans, cela fait vingt ans que l'on sait cela.

Il y a d'autres pays, on cite toujours la Suède, mais je ne résiste pas, l'Institut de Santé Publique a listé les priorités de santé publique. J'annonce tout de suite la couleur : les soins sont en dernier :

1. Participation et influence dans la société. On rejoint l'isolement social, l'estime de soi.
2. Sécurité économique et sociale.
3. Conditions sûres et favorables dans l'enfance et l'adolescence.
4. Santé travail.
5. L'environnement, les produits sûrs et sains.

6. Les soins de santé, à condition qu'ils assurent une promotion plus active de la santé.

Vous voyez qu'on peut raisonner autrement. Peut-être qu'ici tout le monde serait d'accord mais, dehors, pas encore, peut-être...

Ce qui est plus dur, ce qu'on a appris en épidémiologie sociale, ces dernières années, c'est qu'il fallait qu'on sorte de l'identification des facteurs de risques pour chaque maladie. Ce péché mignon continue. Par conséquent, on se retrouve avec des centaines de facteurs de risque d'un côté et des maladies de l'autre et puis, on ne sait pas par quel bout les prendre... Or, ces facteurs, on commence maintenant à comprendre qu'ils s'enchaînent les uns les autres. S'ils s'enchaînent les uns les autres, cela signifie que certains sont proches de la maladie, de la fin de l'individu d'autres sont plus fondamentaux, plus proches de l'origine causale. Jusqu'à présent, on a plutôt tendance à se focaliser sur ce qui est proche de l'individu sans aller voir ce qui, derrière, cause les comportements, j'y reviendrai tout à l'heure. Évidemment, si on pense ainsi, l'état de santé d'un adulte, c'est celui qui a été façonné depuis l'enfance, et même avant, puisque l'état de santé de ses parents joue un rôle. Finalement, on s'aperçoit que mettre en œuvre une politique à l'âge adulte va être beaucoup plus difficile que de la mettre en œuvre dans l'enfance. Le niveau d'études – c'est ce qu'on retrouve dans tous nos travaux – apparaît comme le facteur le plus explicatif de l'état de santé. Je voudrais dire clairement ici, que quand on dit « éducation à l'école », on ne dit pas « éducation à la santé » ; c'est un dérapage habituel. On dit : « Oui, l'école, c'est important, il faut faire de l'éducation sur la santé ». Non ! Il faut tout simplement que les jeunes, les enfants soient éduqués pour maîtriser les informations dont ils vont disposer. On est complètement en dehors du système de la santé. Ce qui conduit à poser des questions difficiles. Si on accepte ces modèles, les conséquences en sont décisives. Si on veut améliorer l'état de santé, on peut faire des structures sanitaires, mais on peut avoir d'autres choix. Le choix peut se poser entre une nouvelle institution sanitaire, un hôpital, ou un investissement qui va tout autant améliorer la santé. Si on dit : les déterminants de la santé sont en dehors du système de soins, il va y avoir des arbitrages, à discuter dans la population.

Deuxième remarque. Vous avez peut-être lu dans *Le Monde*, comme moi, qu'aux États-Unis, on a observé un recul de l'espérance de vie de 1,2 mois entre 2007 et 2008. Les progrès en santé ne sont donc pas inexorables et il faut rester mobilisé, en particulier du fait de la crise. Ce qui est intéressant et que je veux souligner – je suis allé voir le papier princeps –, on dit que les causes de ce recul sont le tabac et l'obésité. Une fois de plus, on retrouve le discours sur les comportements individuels : « Les gens n'ont qu'à moins manger, moins fumer ». On peut raisonner autrement. Si vous lisez les articles ou les rapports de l'OMS, vous découvrez la liste des maladies

« fardeaux » de l'OMS. C'est très connu. On y trouve le tabac, l'hypertension artérielle, l'alcool, le cholestérol, le surpoids, la consommation insuffisante de fruits et légumes... Margaret Whitehead, pour le Bureau Europe de l'OMS en 2006, s'est demandé si on pouvait regarder autrement et chercher quelles sont les causes fondamentales ces fardeaux. Je vous ai dit que les facteurs s'enchaînaient. Avec ce regard, le paysage change un peu puisque les causes fondamentales qu'elle retrouve, ce sont, par ordre : les inégalités de revenus, la pauvreté, les risques liés au travail et le manque de cohésion sociale. La façon de regarder les choses influe donc beaucoup sur les politiques à conduire parce que dans un cas, l'intervention porte sur l'individuel et dans l'autre sur le collectif. Le rapport du HCSP, que j'ai eu la chance de coordonner, appelait à mettre la santé au cœur du développement durable des territoires. Je l'ai entendu ce matin et je m'en réjouis. Simplement, lors de nos auditions, sur le thème de la santé au cœur des territoires, la préoccupation portait le plus souvent sur l'accès aux structures sanitaires. Il y a encore beaucoup de travail pour changer de modèle.

Je terminerai là-dessus : dans ma ville du Sud, on est parfaitement d'accord sur le fait qu'il faut apprendre à travailler ensemble, mais non sans problèmes. On sait que les mots sont piégés. On voit bien quand on commence à ne pas se comprendre, il faut mettre à plat les divergences : « Qu'est-ce que la santé ? », par exemple... Les partenaires dans notre groupe de travail, sont des chercheurs, des collectivités territoriales, la mairie, la communauté d'agglomération, des structures sanitaires, le CHU, un très grand nombre d'acteurs de prévention. L'objectif est d'analyser et de co-construire les interventions. C'est-à-dire, en fait, de les remodeler parce qu'elles existent déjà et de se mettre d'accord sur l'évaluation de ces actions. Autour de la table, les temporalités et les objectifs ne sont pas les mêmes. Pour un chercheur, il faut publier, pour un politique, au terme de son mandat, il faut des résultats, alors que les politiques de santé seront efficaces dans quarante ans... Réduire les disparités d'obésité dans l'enfance... Vous savez tous ici qu'en France, on a réussi quelque chose de formidable, en moyenne, on a réussi à limiter l'obésité des enfants, mais les inégalités se sont accrues. Il y a là un enjeu dont les résultats se verront dans quarante ans, au mieux. Pour un politique, à mi-mandat, quarante ans est une éternité... Il faut arriver à se mettre d'accord sur l'évaluation aussi, pas seulement sur les interventions. Co-construire l'intervention et l'évaluation avec les partenaires pose des problèmes parce que l'expérimentation se situe dans le cadre d'un appel d'offre de recherche. La réponse à un appel d'offre de recherche doit être précise et détaillée quand vous demandez le financement. S'il est trop arrêté et complet, il y a tricherie vis-à-vis des partenaires. Si les chercheurs ne trichent pas, la réponse à l'appel d'offre est du genre : « voilà ce que nous allons essayer de faire ensemble pour réduire les inégalités sociales de santé ». Ce n'est pas dans les habitudes de la recherche. Espérons que nous pourrions venir vous en parler dans quelques temps.

Post-face

Ville, santé et qualité de vie : quelles pistes pour la SFSP demain ?

Pierre Lombrail

Président de la SFSP et Directeur des éditions de la Collection Santé & Société

L'ouverture de ce colloque s'est faite en vers, bousculant un univers professionnel plus habitué à la sécheresse des chiffres qu'à la poésie. C'est déjà tout un symbole qui montre la puissance de l'expression artistique pour exprimer le sens profond de l'existence. Mais si Baudelaire dit vrai, et que « la forme d'une ville change plus vite (...) que le cœur des humains », la SFSP lui donne raison dans sa difficulté à comprendre et admettre que l'enjeu de la santé publique n'était plus seulement de sauver des vies, mais de se préoccuper de la qualité des vies ; à admettre que la qualité de vie dépendait bien sûr d'une bonne « santé », mais que cette bonne santé n'était finalement pas une fin en soi mais plutôt un moyen pour vivre une vie bonne au sens que chacun peut donner à ce mot. Encore faut-il avoir échappé bien sûr aux multiples causes de mortalité et morbidité évitables, toutes choses très inégalement distribuées dans notre société en fonction de l'appartenance sociale notamment, mais également selon le genre, la couleur de la peau ou le territoire où l'on vit...

Ce colloque montre, pour notre Société, l'importance de prendre en compte les déterminants de la santé autres que ceux que le système de santé considère habituellement relever de sa responsabilité, de travailler de manière pluridisciplinaire à leur compréhension, pour être en capacité de concevoir et tester des hypothèses d'interventions susceptibles de les faire évoluer dans un sens favorable à la santé et au bien-être des individus et des groupes.

Parmi ces déterminants, les conditions matérielles ont une place essentielle, qu'il s'agisse de revenus ou de logement par exemple, la commission des déterminants sociaux de l'OMS l'a bien montré, tout comme le HCSP, mais également de tous les déterminants relevant de notre environnement physique, à commencer par la qualité de l'eau et de l'air ou même des sols. Mais les contributeurs de ce colloque ont aussi souligné l'importance des déterminants non matériels, de ce que l'initiatrice du colloque, notre vice-présidente, Catherine Cecchi, nomme les « environnements de vie ». Il en va alors non plus seulement d'éducation mais d'accès à la culture, aux plaisirs qu'elle procure comme à l'indispensable distanciation qu'elle offre permettant à chacun de prendre du recul sur son vécu quotidien et de construire ainsi le sens qu'il

(elle) donne à sa vie. Il en va « plus simplement » de notre façon d'habiter l'espace et le temps, de permettre à tous de pouvoir se déplacer au mieux de ses contraintes (professionnelles, familiales) et de ses attentes (gagner du temps pour les loisirs, voir amis et famille) ou encore de partager notre environnement, physique ou numérique, pour parvenir à faire société par-delà les générations ou les catégories sociales.

Les contributions à ce colloque ont finalement montré l'importance de s'intéresser à notre environnement de vie pour améliorer (préserver ?) le bien-être, et l'attention aiguë que lui portaient élus et acteurs territoriaux. Une autre façon de témoigner de la nécessité de penser globalement mais d'agir localement, en proximité, au plus près des habitants de territoires profondément contrastés du point de vue de leur histoire, de leur composition sociale et de leurs moyens (inégaux, disons-le). De décider et d'agir pour, et si possible avec, des habitants concernés au premier chef, mais qui n'ont pas toujours l'information pour se mobiliser ou l'opportunité de participer. C'est nommer un autre enjeu pour la SFSP, celui de contribuer à la mise à disposition du savoir sur ces déterminants, d'organiser le débat qui permet son appropriation et d'être un des « passeurs » des actions « probantes » ou « prometteuses », redonnant à tous, élus comme citoyens, les marges d'initiative qui leur manquent. Bref, de se mobiliser, avec ses partenaires, sur l'ensemble des champs que nomme la charte d'Ottawa, dont l'actualité est toujours aussi surprenante.

Conception graphique, mise en page et impression
bialec, nancy (France)
Dépôt légal n° 76772 - décembre 2011