



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

36 | 2013

Les humanitaires au défi des marges de nos villes

De la santé, de la ville et de ses faubourgs

Christian Laval



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/humanitaire/2779>

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 1 octobre 2013

Pagination : 30-35

ISBN : 978-2-918392-67-8

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Christian Laval, « De la santé, de la ville et de ses faubourgs », *Humanitaire* [En ligne], 36 | 2013, mis en ligne le 18 décembre 2013, consulté le 24 octobre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2779>

Tous droits réservés

De la santé, de la ville et de ses faubourgs

Par Christian Laval

La ville, comme problème public de santé, émerge dans le dernier quart du XIX^e siècle. Elle devient un laboratoire social et sanitaire, un lieu politique sensible où s'articulent de nouvelles formes de relations entre individus, communautés et sociétés en recherche de pratique démocratique. L'homme des villes en vis-à-vis de la mosaïque urbaine¹ est un individu à la fois libre d'attaches et de plus en plus dépendant d'un milieu construit par les hommes. Une nouvelle tension entre individu et collectif, entre privé et public, entre soins aux personnes et prévention des groupes, se constitue alors : tension au sein de laquelle se cherchent de nouvelles formes de socialisation plus solidaires, à la fois respectueuses des individus et soucieuses de la bonne santé des ensembles. De ce point de vue, la recherche de systèmes de solidarité et de protection sociale doit être indiscutablement associée à l'émergence de problèmes urbains dont la solution passe au moins partiellement par la case « santé publique ».

1. Yves Grafmeyer, Isaac Joseph, *L'école de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*, Aubier, 1990.

— Santé des villes et au-delà : une brève histoire

Les grandes villes européennes et d'Amérique du Nord, au tournant du XIX^e siècle, se sont trouvées confrontées à la problématique de la prévention. Il s'agissait de rendre les territoires urbains compatibles avec les nouvelles fonctions de la ville industrielle et commerçante, de réguler la densité urbaine responsable des miasmes et des épidémies. La ville est métaphorisée comme un organisme vivant. L'urbanisme jouxte ici la santé publique. Selon différents auteurs², la thématique de la santé de la ville/corps joue un rôle récurrent dans ces nouveaux territoires urbains qui sont également d'expérimentation sociale.

Dans la vieille Europe, les cas de la Grande-Bretagne et de la France sont exemplaires. Rappelons qu'au principe du « Public Health Movement » britannique se trouve la question des fléaux sanitaires issus de la première révolution industrielle au monde. À Liverpool, au début du XIX^e siècle, la durée de vie moyenne n'excède pas 26 ans contre 45 ans dans la campagne avoisinante. Près de la moitié des enfants n'atteignent pas leur sixième année. La France est aussi marquée par cette urbanisation sauvage dont témoignent les annales d'hygiène publique depuis 1829. La salubrité municipale cible ses actions autant sur l'alimentation des administrés en eau potable que sur l'évacuation des eaux usées. Il faut bien comprendre que dans le cas français, l'émergence de la prévention sanitaire est tout à la fois urbaine

2. Voir notamment Michel Joubert, « Souci de prévention et souci démocratique, la santé au cœur des changements urbains », *Prévenir*, n°31, 1996 (dossier thématique : « Ville et santé », vol. 1 : « Politiques urbaines et santé publique »), p. 37-63 ; Albert Lévy (dir.), *Ville urbanisme et santé : les trois révolutions*, Pascal, 2012.

et locale. La loi du 15 février 1902, qui instaure une inspection d'hygiène publique dans chaque département, ne peut se concrétiser tellement elle est frappée au niveau national par les coups de boutoir des sénateurs. Il faudra attendre l'épisode de la tuberculose (durant la Première Guerre mondiale, 110 000 soldats sont renvoyés dans leur foyer sans soins), et la loi sur les sanatoriums en 1919 pour que les mentalités peu à peu évoluent vers une prise de conscience du « problème ». Les personnes atteintes par la tuberculose posent une question de salut public.

Plus ordinairement, c'est au niveau local que les mentalités évoluent. Les expériences de Nancy et de Suresnes tissent une fine analogie entre circulation des hommes et des biens dans la ville et circulation des maux. Comme le résume Lion Murard :

« Conseils de salubrité à l'orée du xix^e siècle, casiers sanitaires des maisons et bureaux municipaux d'hygiène sur la fin du siècle, dispensaires au début du xx^e siècle, chaque fois les vrais acteurs auront été les villes qui toujours eurent l'initiative de l'invention et obligèrent à la longue la puissance publique à thésauriser le résultat de leurs efforts. France girondine ? De bas en haut et non de haut en bas, tel nous paraît le sens du mouvement. De même en Angleterre, avec cette différence, qu'en France, l'impulsion venue de la périphérie ne s'est pas transmise au centre, ce qui peut-être explique la lenteur de la diffusion des institutions sanitaires au pays de Pasteur³. »

Les vrais acteurs de ces politiques ont été les villes, et l'origine de l'hygiène est locale, ainsi que nous le rappellent encore Guyot et Laudoyer⁴.

Cette connexion entre santé publique et ville est une donnée récurrente. Que ce soit dans la lutte contre les fléaux sociaux, la rénovation des faubourgs ou de la thématique de l'assainissement, il est pertinent de faire une généalogie urbaine de la notion de santé publique dont le noyau dur est thématiqué par le concept de prévention associé le plus souvent à l'idée de promotion d'une ville saine, c'est-à-dire d'un corps urbain et donc social, sain. Cette généalogie urbaine à forte coloration morale, qui associe d'emblée santé publique, promotion et prévention, vise des groupes et non des individus et porte, dès son origine, des enjeux politiques, démocratiques et citoyens. En effet, la mise en place d'une ville commune à tous suppose une conquête collective en matière d'hygiène de vie. Cette exigence nécessite une politique publique nouvelle nommée hygiène publique ou encore hygiénisme selon une perspective plus critique.

3. Lion Murard, « Ville et santé : l'initiative de l'invention », *Rhizome*, n° 24, octobre 2006.

4. Jean-Claude Guyot, Patrick Laudoyer, « La santé des exclus au risque d'une politique de la ville », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, juillet-septembre 1998, p. 141-153.

Les villes parient sur les vertus civilisatrices de l'hygiène. Cette orientation perdurera au-delà de leur entrée dans la modernité. On peut se demander si la tendance récente de décentralisation - et d'ancrage territorial des programmes de prévention et de santé publique présente dans différents pays - n'est pas à comprendre comme une résurgence du rôle joué dans l'histoire plus lointaine par les municipalités dans le domaine de l'hygiène sociale. Cette rencontre de la santé et de la ville (et de ses banlieues) pose concrètement la question politique des choix et des réponses à promouvoir en vis-à-vis des fléaux et des problèmes sanitaires authentifiés. Une première option, posant la santé comme un enjeu central des politiques urbaines, insiste sur l'accès le plus large possible aux prestations et aux programmes de prévention et de soins. Une seconde option, s'inscrivant plus dans une tradition intégrative, pose la question de la participation des habitants les plus éloignés de l'offre sanitaire ou les plus vulnérables comme un facteur intégratif de bien-être collectif. Cette tension entre deux stratégies porte en elle une possibilité de glisser d'une politique de santé pour tous à une autre pour ceux qui sont définis comme exclus de systèmes de santé, mais aussi des environnements favorables au maintien du bien-être individuel et collectif. À la limite, la santé peut être érigée en moyen de rapprochement d'avec les exclus. C'est la double thématique de la pauvreté et de l'exclusion qui est alors ouverte.

— Ville et santé mentale : un enjeu de cohésion sociale ?

En ce point, la problématique de santé mentale fait partie de celle plus vaste de la lutte contre les exclusions et d'une réflexion actuelle sur les différents indicateurs alternatifs du bien-être auxquels se sont par exemple attelés les travaux de la commission Stiglitz⁵ :

« Évidemment, le développement économique équitable des sociétés dans lesquelles les individus ont accès aux ressources fondamentales pour leur développement est sans contredit un des facteurs de protection les plus puissants. Nous ne parlons pas ici de produit national brut, de produit intérieur brut qui ne sont que des indicateurs de la richesse globale du pays. Si cette richesse collective est concentrée dans les mains d'un groupe restreint d'individus et qu'une part importante des citoyens n'y ont pas accès, la société si riche soit-elle, ne favorise pas des

5. Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social, 2008, http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/Issues_paper_VF.pdf

facteurs de protection pour la santé mentale. La promotion de la santé mentale est assurée par un système social qui redistribue la richesse collective et qui rend disponible aux citoyens l'accès aux ressources fondamentales tels des logements salubres, une alimentation suffisante et équilibrée, un travail valorisant, le transport accessible et qui met en place des systèmes permettant une répartition de la richesse, de façon à ce que les plus démunis puissent accéder à l'éducation, à du soutien aux familles et aux services de santé ».

S'intéresser à la santé mentale de tel ou tel type d'habitant du centre-ville ou de la périphérie pose la nécessité d'une autre mesure de la richesse. De nombreux travaux se sont attachés à montrer que le PIB donne une image réduite et faussée de ce qui constitue la richesse et le bonheur d'une société. Plusieurs indicateurs ont été proposés. S'ils sont le fruit de stratégies différentes, ils posent tous la mesure de la subjectivité et du développement humain comme un élément indispensable à ce type de démarche. Ainsi l'indicateur de développement humain est fondé sur l'idée que ce dernier n'est soutenable que si les populations ont accès aux ressources telles que l'éducation et la santé évaluée par l'espérance de vie à la naissance.

D'autres indicateurs insistent sur la dimension sociale. De ce fait, la santé mentale pourrait avantageusement être pensée comme un élément de la santé sociale. L'indicateur de santé sociale repose sur une conception affichée de ce que devrait être une bonne société. La démarche est donc normative, mais assumée comme telle car elle postule des conditions concrètes à réaliser telles qu'un accès équitable aux biens de consommation ou encore un accès à la ville et à ses services matériels et immatériels.

La promotion en santé mentale peut être aussi comprise dans cette perspective comme une des dimensions de la qualité de vie au même titre que le travail, les loisirs, le logement, la « bonne » gouvernance ou encore le besoin de sécurité. De fait, les études scientifiques disponibles montrent que ce sont les variables sociales qui constituent les facteurs de protection les mieux identifiés pour la santé mentale. Dans la plupart des études sur la qualité de vie et du bien-être, le soutien social s'est avéré la variable la plus puissante chez diverses populations⁶.

Le réseau social (et le soutien social qu'il favorise) va bien au-delà des services professionnalisés. Il s'actualise en « situation » lors des interactions entre acteurs, lors de la participation des professionnels et des non-professionnels à des groupes sociaux. Cet enjeu de réseau social soutenant est sociétal et particulièrement fort dans les quartiers dits « sensibles » où la

6. Jean Caron, Stéphane Guay, « Soutien social et santé mentale : concept, mesure, recherches récentes et implications pour l'intervention », *Santé mentale au Québec*, vol. 30, n° 2, 2005, p. 15-38.

cohésion sociale des communautés joue également un rôle important dans le maintien de l'état de santé de la population. Alors que le soutien social réfère à celui provenant du réseau qui entoure la personne, le concept de cohésion sociale englobe le degré de solidarité entre les groupes sociaux. Une société « cohésive » est marquée par une absence « relative » de conflits latents résultant d'inégalités socio-économiques, de tensions raciales, de disparités dans la participation politique et présente un niveau élevé de liens sociaux qui s'expriment par la confiance mutuelle de ses membres et des normes de réciprocité. Cette dernière caractéristique réfère au capital social d'une population donnée habitant un même territoire et s'appréhende par la richesse de ces associations qui permettent l'intégration des groupes sociaux et la présence d'institutions favorisant la résolution des conflits. D'autres études montrent également que les caractéristiques physiques des quartiers favorisent ou défavorisent l'état de santé mentale des populations qui les habitent.

Dans le contexte de mondialisation des biens et des personnes entraînant des flux massifs (voulus ou subis) de populations, le rapport historique ville/santé s'étend à une préoccupation de bien-être des « habitants » dont la composante santé mentale participe d'une stratégie politique plus large d'intégration de groupes ou de communautés qui peuplent aujourd'hui les quartiers périphériques de nos villes. Il s'agit certainement, avant toute velléité d'« intervention », d'être vigilant sur l'usage social qui est fait de cette thématique politiquement porteuse

L'auteur

Christian Laval est sociologue, chercheur associé au centre Max Weber Lyon 2.