

Urbanisme et santé publique.

Interview de Cyrille Harpet pour la revue Diagonal, juin 2016.

Cyrille Harpet, Enseignant-chercheur à l'EHESP de Rennes (école des hautes études en santé publique), membre et directeur adjoint du laboratoire ARENES, UMR 6051.

Paru dans la Revue DIAGONAL, entretien avec Virginie BATHELLIER- juin 2016.

Virginie Bathelier

Que recouvre le concept d'un urbanisme favorable à la santé, porté par l'OMS ?

Cyrille Harpet

L'urbanisme favorable à la santé permet de réfléchir au processus d'urbanisation à l'échelle globale, en énonçant les questions suivantes : comment concevoir et penser des aménagements urbains qui soient favorables à l'habitant, dans le sens de son développement personnel, dans l'accès à des services, dans l'accès aux soins et à un environnement urbain préservé des risques sanitaires ? Penser la ville et un urbanisme favorable à la santé, c'est concevoir l'environnement urbain en tant que promoteur de comportements de santé. La santé, au sens global de l'OMS, c'est aussi réfléchir à un mode de comportement qui pourrait placer l'offre de soins après les conditions de maintien en bonne santé. Ce qui suppose le développement d'attitudes de précaution et de prévention par rapport à la qualité de l'environnement, de la nourriture et des conditions de vie. Raisonner sous cette forme comme l'a fait l'OMS, c'est aussi s'interroger sur la place de l'habitant en ville. Et là-dessus, je pense que le travail de Barton et de Tsourou¹, deux experts auprès de l'OMS sur ces questions de l'aménagement urbain et de l'urbanisme, a été très important, en centrant l'urbanisme sur l'habitant.

Virginie Bathelier

Quels sont les moments et documents clés qui font évoluer l'appréhension que l'on a de la santé et de ses liens avec l'environnement ?

La Charte d'Ottawa², première Conférence internationale pour la promotion de la santé en 1986, montre que la santé n'est pas seulement l'absence de maladies. C'est aussi et surtout faire appel à des ressources sociales, personnelles et aux capacités que peuvent avoir les individus. Cela signifie que la santé est appréhendée comme une ressource. La Charte d'Ottawa a aussi permis de penser la santé comme un bien premier auquel chacun a droit, un droit fondamental. Et ce, dans l'objectif de réduire des inégalités sociales en matière de santé qui tendent à se creuser sur tous les continents. Dans cette perspective, l'environnement, au sens des milieux dans lesquels sont implantées les populations humaines, contribue à favoriser ou non l'accès à un état de bien-être (physique, mental et social) La charte souligne ce point à travers cette formule : « La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en

¹ *Urbanisme et santé, un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*, Hugh Barton et Catherine Tsourou, Association S2D/Association internationale pour la promotion de la Santé et du Développement Durable, Rennes, 2004, version française du rapport *Healthy Urban Planning*, World Health Organization 2000.

² http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

compte dans toute stratégie de promotion de la santé ». La *Charte européenne de l'environnement et de la santé*, en 1989, prolonge ces principes en énonçant : « Bonne santé et bien-être exigent un environnement propre et harmonieux dans lequel tous les facteurs physiques, psychologiques, sociaux et esthétiques reçoivent leur place. Un tel environnement devrait être traité comme une ressource en vue de l'amélioration des conditions de vie et de bien-être »³.

Virginie Bathelier

Finalement à travers ces définitions, se profilent les déterminants de santé dont parle l'OMS?

Cyrille Harpet

L'Organisation Mondiale de la Santé porte l'approche par les déterminants de santé pour signaler que la santé doit être comprise sous l'ensemble de ce que l'on appellera les causes des causes. C'est-à-dire que l'on doit aller au-delà des simples effets produits sur la santé et rechercher ce qui a été à l'origine des privations et des dégradations de l'état de santé. Et on se rend compte que ces déterminants sont multiples, une cause n'explique pas tout. On sort de la logique mécanique de cause à effet. Le terme « déterminant de santé » est à prendre avec précaution dans le sens où l'on ne se trouve pas dans un schéma déterministe, mais où une multitude de facteurs⁴ entrent en jeu. Ils peuvent conduire, par leur addition, leur cumul, à des états de santé dégradés. C'est pourquoi les déterminants de santé s'appréhendent à plusieurs échelles ou niveaux (du biologique au politique, du comportemental à l'environnement et le milieu de vie).

Virginie Bathelier

Quelles méthodes d'analyse pour saisir cette complexité ?

Cyrille Harpet

Des modèles ont été développés – nous allons en citer trois : le modèle de Lalonde (1974), le modèle de Dahlgren et Whitehead⁵ (en arc en ciel) (1991) et le modèle de la santé et de ses déterminants élaboré par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2010). Tous trois sont représentés par des schémas (voir infra, page 6). Le modèle de Lalonde est le premier qui définit quatre grandes familles de déterminants : 1) la biologie humaine, c'est-à-dire la partie génétique qui nous constitue et va influencer malgré nous sur nos dispositions à être en bonne ou mauvaise santé, 2) les facteurs environnementaux, 3) les habitudes de vie et 4) l'organisation des soins de santé. Le second modèle, de Dahlgren et Whitehead, présente les différents niveaux d'influence de facteurs ayant des effets sur la santé et sur lesquels il est possible d'intervenir. Parmi ceux-ci, on notera l'importance des réseaux sociaux mais également la sphère des facteurs matériels et structurels influençant l'état de santé comme la qualité du logement ou les conditions de travail. Enfin, le troisième modèle, élaboré par le Ministère du Québec affine encore les contenus des déterminants de santé des populations en distinguant « santé globale », « santé physique », « santé mentale » et en les plaçant dans une vision de court, moyen et long terme.

³ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/114086/ICP_RUD_113_fre.pdf

⁴ Voir une explication plus complète sur le site de Santé Publique France : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>

⁵ Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health. *The Lancet*, 1991, n° 338 : p. 1059–1063.

Virginie Bathelier

Comment les techniciens qui interviennent dans le domaine de l'urbanisme, l'aménagement ou l'habitat, peuvent-ils changer leur regard et concevoir un cadre de vie, qui soit plus favorable aux habitants ?

Cyrille Harpet

Ramener la santé uniquement à l'offre de soin et aux compétences de la communauté médicale, est une première lecture, à mon sens insuffisante. L'approche par les déterminants de santé permet d'agir sur l'environnement et le milieu de vie qui influent directement ou indirectement sur les conditions de santé des publics. Ainsi, il est difficile d'imaginer des relations sociales épanouies – pourtant nécessaires au bien-être- ou une bonne scolarisation dans un logement insalubre qui nécessite une intervention pour asseoir de meilleures conditions de vie et souvent de santé.

Je vais prendre un autre cas qui est bien connu maintenant, mais dont on mesure indirectement les incidences sanitaires. On observe une augmentation du surpoids et de l'obésité dans les pays dits développés, pour partie liée aux comportements individuels d'alimentation, de vie sédentaire et au manque d'exercice. Or là, il y a un équilibre à repenser pour favoriser, notamment, les mobilités actives. J'en fais même la promotion en disant que l'on devrait avoir, dans l'aménagement urbain, entre l'espace habité, le logement et les autres services et lieux d'activités, des espaces, des aménagements au sol qui incitent et donnent envie de marcher, de faire du vélo, de prendre un skateboard, d'utiliser tous les modes actifs de déplacement. Pour prendre un exemple au CHU de Rennes, vous avez un endocrinologue qui travaille avec les patients atteints de diabète de type 2 (non insulino-dépendant). Il fait une observation simple, depuis quelques années, et la presse scientifique en fait mention : remettre en activité physique les personnes atteintes de diabète compense et va même réduire les cas de diabète de niveau 2. Cette observation se retrouve sur les maladies cardiovasculaires, sur l'ostéoporose, sur certains types de cancers. Si notre environnement de proximité est aménagé pour faciliter et favoriser ces pratiques d'activités physiques, en étant attractif et donc incitatif pour la marche, le vélo ou autres exercices, alors nous engageons une démarche de promotion de la santé, voire de prévention.

Intervieweuse

Quels sont les points de blocage pour avancer vers une approche commune aux différents professionnels ?

Cyrille Harpet

Lorsque vous êtes dans un mode d'approche généraliste ou transversale, votre travail est dévalorisé. C'est comme si la reconnaissance pleine et entière d'une compétence du généraliste par rapport au spécialiste était dénigrée. Ceci est un premier point important. Cela ne favorise pas la capacité à vouloir dire que l'on pourrait, demain, travailler de concert – et j'emploie le terme volontairement, c'est-à-dire travailler de façon à ce qu'il y ait un bon chef d'orchestre. L'urbaniste aurait pu en être un, mais on ne l'a pas formé à cela. Et c'est dommage, parce que peut-être que l'urbanisme aurait été, je le soutiens, le champ dans lequel on retrouverait la compétence la plus transversale qui devrait appréhender le milieu urbain ou l'aménagement urbain comme un ensemble complexe, systémique dans lequel chaque discipline doit apporter ses connaissances, ses compétences, ses lectures fragmentées.

Mais comme chacun n'a jamais eu d'interaction ni de dialogue avec l'autre, chacun va apporter sa petite touche, sans savoir si elle aura une incidence sur l'autre. En bref, je vais planter 300 arbres. Mais sans interaction avec l'aménageur de la voirie et du sous-sol – alors que les arbres prennent racine ! – Or combien d'aménageurs se sont rendu compte que les arbres dont les racines sont très profondes ont déstructuré le sol au point de compromettre l'habitabilité ou l'installation dans son environnement ? Il s'agit là d'une incidence sur l'environnement urbain. Mais au-delà de cela, le choix des essences, leur implantation contribue à modifier le milieu urbain : apport d'ombrages (contre l'ensoleillement), stockage du carbone atmosphérique, mais aussi refuges de maladies des végétaux et de parasites. Nous pouvons compter autant de bienfaits pour les milieux que de nouveaux facteurs de désagréments pour les résidents urbains. Et là nous retrouvons les facteurs de risques sanitaires, sans parler des produits de traitement des végétaux qui font polémiques depuis longtemps, sur l'application de pesticides en milieu urbain⁶, lesquels seront interdits au 1^{er} janvier 2017..

Nous pourrions relever bien d'autres exemples de visions segmentées, sectorielles dans les organisations quant à la vision globale nécessaire pour penser l'aménagement du territoire. Des problématiques se posent quant aux phénomènes de pollution de l'air urbain, des îlots de chaleur urbain, de la gestion des eaux pluviales, des réseaux d'assainissement, de la qualité des sols (pollués ou rendus inertes), qui requièrent ces approches transversales, décloisonnées et intersectorielles.

Il n'y a pas de pensée systémique autour de cela. Ce n'est pas dans notre culture, ni dans l'ensemble de notre scolarité et formation. Rares sont les urbanistes ouverts pour intégrer les autres éléments de connaissance. « L'urbanisme favorable à la santé » apporte cet éclairage et peut favoriser une nouvelle dynamique. Il a été élaboré pour que l'ensemble des professionnels de l'aménagement urbain et de la planification puissent appréhender ces enjeux de santé publique et d'environnement dans une vision globale, intégrée et transversale, donc en décloisonnant les métiers et compétences de nos institutions.

Virginie Bathelier

Des pays sont-ils plus en avance que nous sur ces approches ?

Cyrille Harpet

Je pense que les Canadiens sont plus en avance que nous. Dans les enseignements au Canada – cela commence à venir en France petit à petit – quand vous suivez un enseignement, on ne vous demande pas d'être un spécialiste. Un étudiant spécialisé dans l'écologie des systèmes hydriques, par exemple, aura déjà été confronté à des disciplines et des savoirs qui ne relèvent pas de son champ. Il va être en interaction constante avec le sociologue, l'urbaniste, le géographe. Ceci est un premier point. Et je pense qu'on le retrouve également beaucoup plus facilement dans les instances de décisions du Canada. La connaissance des uns vient enrichir la connaissance des autres. A un moment donné l'expertise complète et globale que l'on tire d'une situation problématique, par exemple le mercure dans les réseaux hydrographiques du Canada, apporte un éclairage cohérent à l'ensemble des analyses qui sont faites. L'analyse du biochimiste sur le transport du mercure dans l'eau et dans les sols sera autant prise en compte que dans les chaînes vivrières alimentaires, dans les poissons et

⁶ Le 22 juillet 2015, l'Assemblée nationale adopte la loi de transition énergétique pour la croissance verte qui prévoit la mise en place de l'objectif zéro pesticide dans l'ensemble des espaces publics à compter du 1^{er} janvier 2017 : interdiction de l'usage des produits phytosanitaires par l'État, les collectivités locales et établissements publics pour l'entretien des espaces verts, promenades, forêts, et les voiries.

dans les mammifères, par exemple. Cet intérêt va jusqu'à l'homme, jusqu'à l'épidémiologiste et le sociologue qui vont analyser les comportements de vie des populations qui pêchent. Ainsi, à partir du mercure qui est un bon traceur, la chaîne complète du système dans lequel le traceur va circuler est reconstituée⁷.

Il est d'ailleurs intéressant de voir que les comportements sont aussi fonction des groupes d'appartenance culturelle, sans parler d'appartenance ethnique, religieuse et j'en passe. Cela fait partie des éléments culturels des connaissances et des compréhensions du fonctionnement d'un écosystème urbain. C'est là où je voulais en venir pour finir. C'est de dire qu'un écosystème urbain fonctionne autant avec des éléments physiques qu'avec des dynamiques humaines sociales.

Virginie Bathelier

Justement, au-delà des techniciens, on le sait, la volonté politique est essentielle pour lancer une dynamique de changement. Qu'en est-il au plan local ?

Cyrille Harpet

Tant que nos décideurs ne seront pas formés et préparés à ces questions-là, beaucoup de temps va s'écouler avant d'avoir un élu qui va se sentir concerné. Il faut arriver à montrer que ce n'est pas seulement en termes de compétences spécialisées que les élus doivent raisonner, mais en compétences transversales d'une part. D'autres part, c'est en termes d'enjeux pour la santé de leur population, de leur qualité de vie, dont ils ne verront peut-être pas les effets à moyen ou long terme. Et de leur faire entendre, en disant : « ce n'est pas parce que vous n'êtes pas médecin ou épidémiologiste que vous n'avez pas le droit de vous en préoccuper. ». Bien sûr, il est nécessaire de s'entourer de personnes compétentes pour appréhender les enjeux de santé publique dans tout projet d'aménagement urbain. Or il en existe. Le réseau français des Villes-Santé de l'OMS permet, par exemple, de constituer un véritable réseau d'expertises et de projets urbains prenant en compte la santé publique dans les documents et projets d'urbanisme⁸. Ensuite les ARS (agences régionales de santé) forment leurs ingénieurs à l'examen des conditions d'aménagement et d'urbanisme en lien avec la santé publique et l'environnement⁹. Notons aussi l'existence de l'association EPST « Élus, Santé Publique & Territoires » travaille à mieux associer les décideurs à cette culture de santé publique¹⁰. Enfin une formation à distance pour les élus a été conçue et diffusée en 2017, à l'initiative de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS) et du Centre Léon Bérard de Lyon, pour que l'EHESP de Rennes puisse sensibiliser les élus régionaux sur les problématiques en santé environnementale, dont les enjeux en urbanisme et santé¹¹.

⁷ Voir les travaux du COMERN (Collaborative Mercury Research Network), réseau de recherche interdisciplinaire pancanadien sur le mercure : http://www.uved.fr/fileadmin/user_upload/modules_introductifs/module3/risques/2.2.3/html/54.html

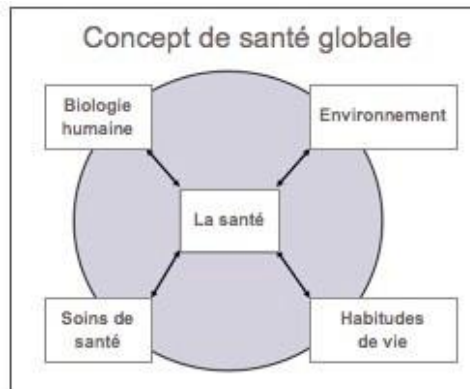
⁸ Réseau des villes Santé OMS : <http://www.villes-sante.com/>

⁹ Voir le « Guide pour un Urbanisme favorable à la santé », élaboré par la Direction Générale de la Santé (DGS) et l'EHESP : <http://www.ehesp.fr/2014/09/16/nouveau-guide-agir-pour-un-urbanisme-favorable-a-la-sante-concepts-outils/>

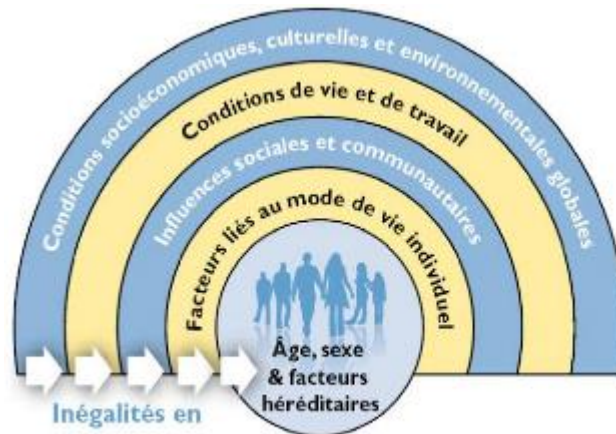
¹⁰ Association Elus, Santé Publique et Territoires : <http://www.espt.asso.fr/>

¹¹ Site de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique : <https://www.ehesp.fr/2017/11/17/sante-et-environnement-l-ehesp-s-engage-pour-la-formation-des-elus/>

Modèle 1 : déterminants de santé d'après Lalonde (1974).



Modèle 2 : Déterminants de santé d'après Dahlgren et Whitehead (1991).



Modèle des déterminants de la santé (Dahlgren and Whitehead, 1991).

Modèle 3, cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2010)

