

Intervention au colloque « Peut-on prétendre à des espaces de qualité et de bien-être ? » organisé à Angers, 23 et 24 septembre 2004.

De la difficulté de penser ensemble « risques pour la santé » et « bien-être »

Raymonde Séchet,
Professeure de géographie
UMR CNRS 6590 ESO, Université Rennes2
raymonde.sechet@uhb.fr

« L'épidémie mondiale de l'imprononçable sras n'a fait que quelques centaines de victimes, mais elle a occupé la une des journaux durant plusieurs mois de l'année passée, déroutant du sud-est asiatique touristes et hommes d'affaires tandis que chaque voyageur de retour de cette région du monde se voyait considéré tel un porteur de la peste au Moyen Âge. Si on comprend bien qu'une telle maladie jusqu'alors inconnue fasse l'objet d'une information et d'un suivi des autorités sanitaires, on comprend moins bien, d'un strict point de vue objectif, ce qui justifie un tel battage à propos d'une infection infiniment moins dramatique pour l'humanité que toutes celles, paludisme, tuberculose, bilharziose, pneumonie, sida, qui tuent chaque année des millions d'êtres humains sans que la presse s'en émeuve plus que cela, sinon la volonté de captiver le public avec ces monstres ancestraux qui ravageaient hier les peuples et qui les fascinent aujourd'hui en les faisant frémir. Et on commence à évoquer avec gourmandise la grippe aviaire apparue dans le sud-est asiatique, bien moins dévastatrice que le séisme de Bam en Iran, mais bien plus susceptible de faire trembler longtemps tous ceux qui ne sont pas assis sur une faille de la croûte terrestre ... ». (Source : Mathias Delfe, La peur irrationnelle, un marché prospère, 25 janvier 2004, <http://www.oulala.net>)

Les nombreuses crises sanitaires des années 1980 et 1990 – dioxine, vache folle, amiante, sang contaminé, épidémie de SIDA, sans parler des frayeurs provoquées par la crainte d'une épidémie mondiale de SRAS et de grippe aviaire pendant l'hiver 2002-2003 – ont favorisé la prise de conscience que la santé ne relève pas des seuls professionnels médicaux et de l'acte thérapeutique. Ce contexte a également contribué à diffuser l'idée que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie (*disease*), qu'elle peut aussi être pensée comme état de complet bien-être ou encore de bonne adaptation de l'individu à son environnement social, la maladie étant alors respectivement définie comme l'apparition de malaise et mal-être (*illness*) ou comme l'expression sous forme d'incapacités de la perte des rôles sociaux (*sickness*).

En systématisant une vision élargie des déterminants de santé, la problématique du risque a donné une légitimité sans précédent aux politiques de santé publique destinées à prévenir les risques évitables. Notre hypothèse est pourtant que, d'une part, le renouveau des préoccupations pour les relations entre santé et environnement constitue un retour à des

lectures déterministes qui mettent à mal les efforts des chercheurs pour développer des modèles de compréhension reposant sur la multiplicité des déterminants, et que, d'autre part, il a favorisé la relégation au second plan de la prise en compte des inégalités sociales face à la santé. En ce sens, il peut être affirmé que la problématique des crises sanitaires a été un obstacle au bien-être. Dans le même temps, les politiques publiques localisées, en quête de solutions face aux risques sociaux, ont affiché une volonté accrue de produire des espaces de bien-être. La relation entre bien-être et risques pour la santé ne manque cependant pas de paradoxe, et ces espaces de bien-être euphémisent mais ne réduisent pas les inégalités entre les êtres humains.

C'est ce que nous chercherons à montrer dans une communication fondée à la fois sur des expériences concrètes de recherche et sur des écrits géographiques et sociologiques plus ou moins récents¹. La première partie portera sur la relation entre évolution des activités productives et risques pour la santé : le croisement des dynamiques spatiales et des inégalités sociales, tout particulièrement en milieu urbain, aboutit à un partage inégal des progrès tel qu'il paraît difficile de parler d'espaces de bien-être. Alors que penser des espaces de bien-être suppose effectivement de n'exclure personne du progrès, la problématique de l'urgence inhérente à la gestion des crises sanitaires et aux dispositifs de la politique de la ville tend à un ciblage qui fait, même involontairement, oublier ces inégalités. Cette idée sera défendue en seconde partie à partir, notamment, d'une relecture de la canicule de l'été 2003 en France. La troisième partie qui portera sur les « risques sociaux » pourrait laisser penser que tout espoir n'est pas perdu. Les politiques dites de lutte contre l'exclusion ont en effet imposé le bien-être puisqu'elles ont fait de la santé une priorité. Il ne s'agit pourtant que d'un bien-être au rabais.

DES PROGRÈS INÉGALEMENT PARTAGÉS

La progression de l'espérance de vie à la naissance, la transition épidémiologique et la réduction de la part des décès liés à des maladies infectieuses sont des indicateurs incontestables des progrès en matière de santé, et donc de bien-être. Ces progrès sont inégaux dans l'espace et selon les milieux sociaux. L'exemple de l'Afrique illustre douloureusement la possibilité de retours en arrière : l'espérance de vie prévue pour les années 2000-2005 dans les pays d'Afrique australe (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Swaziland) est passée de 66 ans en 1992 à 46 ans en 2000 (ONUSIDA, 2002). Si dans ce cas, un lien clair peut être établi avec une crise sanitaire majeure dans un continent en pleine régression économique et des pays confrontés à des transformations sociétales

¹ Ce texte a été inspiré par un cours réalisé dans le cadre de la préparation de la question « Les risques » inscrite au programme du concours 2004 de l'agrégation de géographie.

profondes, le fait que le progrès puisse ne pas être favorable à la vie humaine est, sur le temps court, surtout posé pour les questions environnementales.

Environnement et atteintes au bien-être physique

La contribution des géographes à la mise en évidence des risques environnementaux inhérents au développement économique ne date pas d'aujourd'hui. Valérie November rappelle que, pour Élisée Reclus, « le fait général est que toute modification, si importante qu'elle soit, s'accomplit par adjonction au progrès de régrès correspondants » (November, 2002.145). S'appuyant sur l'exemple de la construction du port de Santos dans l'état de Saõ Paulo pendant la vague caféière de la fin du 19^{ème} siècle, Vidal de la Blache a lui aussi montré comment les intérêts de l'économie marchande ont pu produire des non-sens géographiques au regard de la santé des hommes : « Le café, produit en grandes masses, manipulé sur place, transporté, pour diminuer les frais, vers le point le moins éloigné, règle l'existence toute entière des populations. Ce port de Santos, vers lequel il est acheminé, est une des plages les plus malsaines du monde, un coin hanté par la fièvre jaune. C'est cependant cet endroit, que les hommes devraient fuir comme un cimetière, qui, de préférence à d'autres ports moins insalubres qu'on trouverait un peu plus loin, est choisi, fréquenté : vrai paradoxe géographique qu'explique l'utilité commerciale » (Vidal de la Blache, 1902.12-13). De fait, l'exposition aux risques liés aux activités économiques a sa géographie. La pollution atmosphérique et la présence importante d'amiante dans les chantiers navals peuvent, par exemple, expliquer la surmortalité des centres miniers et sidérurgiques, et des villes portuaires, visible sur la carte de la mortalité par cancer pulmonaire en France à l'échelle des zones d'emploi (Salem, 2002.88).

Les épidémiologistes se sont quant à eux davantage penchés sur les relations entre environnement et risque microbien. La réduction du risque microbien a été particulièrement rapide dès lors que les germes pathogènes ont été identifiés et que des vaccins ont été mis au point dans les dernières décennies du 19^{ème} siècle. Cette invention d'une mortelle réalité jusqu'alors ignorée, et l'évolution des représentations en matière d'hygiène qui en a découlée, ont initié une lutte sans merci contre les malédictions de l'air et de l'eau, et une modification des pratiques et des politiques d'hygiène publique. La remise en cause de l'idée de bienfaits de l'épandage a permis la rupture du « cycle infernal des microbes » qui, à Paris, « reviennent avec les fraises et les salades » (Darmon, 2002). Les progrès de l'hygiénisme et de l'urbanisme ont donc incontestablement amélioré la salubrité des milieux de vie. Toutefois, les individus sont inégalement confrontés aux risques microbiens, et ces inégalités géographiques sont d'abord des inégalités sociales.

Les inégalités sociales face aux risques environnementaux

A l'échelle planétaire, l'exposition au risque microbien est fortement corrélée au développement économique mais aussi au climat tropical. Même si l'accès à une eau de qualité peut encore être un problème dans les pays riches, notamment en Bretagne où la

relation entre modèle agricole productiviste et bien-être n'est pas allée dans le seul sens du progrès, c'est bien sûr en Afrique intertropicale que le problème de l'eau reste majeur. Par exemple, les maladies vectorielles, c'est-à-dire celles qui se transmettent par un hôte vivant grâce à la présence de l'eau, obèrent fortement la santé des populations situées à proximité des grands barrages construits au Burkina Faso. Les nouvelles populations de riziculteurs de Bagré sont particulièrement exposées (Parent et al., 2002 ; Zoungrana, 2002). Facteur de contamination directe dans le cas de la schistosomiase urinaire, l'eau des rizières irriguées favorise également le pullulement des anophèles, et donc la multiplication des cas de paludisme dans des régions où cette maladie était peu présente et où les populations ignorent les modes de contamination. Les projets de barrages ont été pensés pour améliorer la couverture alimentaire et les niveaux de ressources mais la dimension sanitaire n'a pas été prise en compte dans les démarches d'aménagement qui n'ont donc comporté aucune mesure d'envergure en matière d'information des populations.

A l'intérieur des sociétés elles-mêmes, les populations défavorisées sont plus fréquemment exposées à des contraintes environnementales défavorables à leur santé. Cet effet de classe est manifeste dans la question de l'accès à des eaux de boisson potables. Dans des villes comme N'Djamena (N'Diekhhor & Kaspar, 2002), l'accès à un réseau de distribution d'eau est fonction du type de construction et de la localisation. Les habitations en dur disposent plus largement de cette commodité. Les problèmes se posent surtout dans les quartiers populaires situés en périphérie des villes et où l'approvisionnement se fait par prélèvement dans des puits et des mares, ou dans le fleuve. Ils s'accroissent lorsque, en l'absence de réseaux de collecte des eaux usées, les excréments sont rejetés dans les cours d'eaux et que les extensions urbaines se font à proximité immédiate, voire sur des zones d'épandage fluviales, comme c'est le cas à Mopti (Dorrier-Apprill, 2002).

Les recherches sur les inégalités écologiques ou sur la justice environnementale dans les pays riches montrent tout aussi clairement que les inégalités sociales d'exposition aux facteurs environnementaux sont également très marquées dans nos sociétés. Ce sont par exemple les dynamiques d'implantation des activités, des logements, des populations en milieu urbain qui font que les niveaux de mortalité sont plus élevés dans les villes de Wallonie que dans les autres types d'espaces, et plus particulièrement les couronnes périurbaines : entre 30 et 74 ans, le risque de mourir pour un habitant de Charleroi est de 40% supérieur à celui d'un habitant du Brabant Wallon périurbain (Oris et al., 2001) (figure 1). Ces différences de mortalité peuvent être attribuées à un cumul de causalités, mais il est incontestable que « la surmortalité est aussi la trace d'une révolution industrielle plus brutale et souvent destructrice, aussi bien sur le plan de l'environnement que sur celui des pathologies induites par les conditions de vie dans les 'pays noirs' (Oris et al., 2001.47) ». Les ménages pauvres, les personnes âgées isolées et les familles monoparentales, qui sont

surreprésentées dans ces villes industrielles, y sont davantage confrontés à des conditions environnementales plus défavorables (émissions de pluies acides, de particules en suspension, de composés organiques volatils) (Oris et al., 2001.80).

L'étude de démographie sociale réalisée sous la responsabilité de Michel Oris confirme l'intérêt d'approches qui ne se limitent pas à des indicateurs économiques (les revenus des ménages) et sont fondées sur le concept de pauvreté relative (*relative deprivation*). Celui-ci permet de prendre en compte les conditions de statut de la personne (style de vie, race, âge, type d'activité, réseaux sociaux, participation à la vie politique, etc.), et donc d'analyser de manière critique les stratégies d'implantation des unités dangereuses par les entreprises : leur choix irait à des sites où elles espèrent une faible résistance des populations, notamment parce que, pour ces populations plus démunies et disposant d'une moindre connaissance des systèmes politiques, l'apport d'emplois potentiels prime sur la qualité environnementale (Denq & al., 2000).

Le croisement des dynamiques spatiales et des inégalités sociales, tout particulièrement en milieu urbain, aboutit donc à un partage inégal des progrès tel qu'il n'est pas possible de parler d'espace de bien-être pour tous. De tels constats concernent de nombreux acteurs de la ville puisqu'ils croisent les logiques ségrégatives et les stratégies d'implantation des activités avec les politiques de santé publique et d'aménagement urbain.

Parce qu'il ne peut y avoir de développement durable de la société tant que subsistent, et a fortiori s'accroissent, les inégalités, la deuxième partie de l'exposé a pour objectif de montrer comment les problématiques de l'urgence qui dominent actuellement dans les politiques publiques en France pour répondre aux risques quels qu'ils soient, mais surtout aux risques sociaux, sont elles aussi peu compatibles avec l'idée de bien-être pour tous.

LES RISQUES DE L'URGENCE

Penser des espaces de bien-être suppose effectivement de n'exclure personne du progrès. L'hypothèse développée ici est que la problématique de l'urgence inhérente à la gestion des crises sanitaires et au traitement des questions sociales, et qui s'est imposée comme catégorie de l'action publique au cours des années 1990 en France, tend à des ciblage qui font, même involontairement, oublier les inégalités. L'environnement n'apparaît alors que comme un déterminant direct, qu'il s'agisse des formes urbaines (on parle d'espaces criminogènes) ou des aléas climatiques. Le propos sera développé à partir de l'analyse du dispositif de gestion urbaine de proximité mis en place dans le cadre de la politique de la ville en France et de ce qui a été dit sur les causes de la surmortalité consécutive à la canicule de l'été 2003.

Agir toujours plus près et plus vite

Le Fonds d'urgence sociale (FUS) adopté en janvier 1998 après une forte mobilisation des chômeurs a été ouvert à tous ceux qui pensaient pouvoir en bénéficier. Il a supposé une démarche de sollicitation et de justification de la demande qui l'inscrit dans la longue tradition de la supplique (Fassin, 2000). Or, cette supplique a eu sa géographie. L'analyse de la chronologie des demandes dans le Bas-Rhin effectuée par Catherine Sélیمانovski (2002) révèle des décalages qui sont l'expression d'une inégale diffusion de l'information, et d'une inégale maîtrise des possibilités offertes. Les demandes ont été formulées beaucoup plus rapidement dans les communes périurbaines de Strasbourg que dans les quartiers de forte concentration de pauvreté, tels que la Meinau. Comment, devant les insuffisances et les difficultés de l'encadrement par les services sociaux dans les espaces de pauvreté qui sont ainsi mises en évidence, parler de bien-être pour tous ?

Dispositif unique en son genre, le FUS prend place dans une dynamique de réduction des échelles de l'intervention sociale : celles-ci n'ont cessé de se rétracter pour s'inscrire toujours plus près des populations en difficultés, avec pour objectif affiché de répondre plus vite à leurs besoins et d'améliorer la qualité de leur espace de vie. Pour raccourcir les délais d'accès aux droits sociaux, la loi du 29 juillet 1998 dite de lutte contre l'exclusion a prévu dans chaque département la mise en œuvre d'une Commission de l'action sociale d'urgence (CASU). L'impératif de quotidienneté s'est, quant à lui, exprimé en matière d'aménagement urbain dans l'idée de gestion urbaine de proximité (GUP). Celle-ci a été proposée en 1998 afin d'améliorer la qualité de vie des habitants, tant au quotidien que sur le long terme, et de renforcer l'attractivité du quartier, en améliorant le fonctionnement des services dans des domaines variés : logement et son environnement, stationnement, gestion des déchets, desserte et accessibilité, sécurité, équipements sociaux, services publics et privés, etc. Fondée sur la proximité sociale entendue comme meilleure écoute des habitants, la GUP s'appuie sur le discours de la fracture sociale pour cibler les interventions sur des quartiers bien circonscrits, ceux de la géographie prioritaire de la politique de la ville, en laissant à d'autres politiques sectorielles le soin de considérer les facteurs qui sont à l'origine des situations individuelles et collectives d'exclusion, ainsi que de l'émergence des quartiers concernés en tant qu'espaces de pauvreté et de relégation.

La GUP est un ensemble d'actions sur l'environnement qui ne s'attaque pas aux processus producteurs de relégation, d'exclusion, de mal-être dans la ville, et donc d'isolement social. Les conséquences de la canicule de l'été 2003 en France ont quant à elles offert une visibilité paroxystique aux situations individuelles de misère relationnelle.

Retour sur la canicule de l'été 2003 en France

Plus de 15 000 décès ont été directement imputés à la canicule d'août 2003 qui a été inhabituelle par son intensité et sa durée. La surmortalité a été très inégale selon les régions (figure 2). Elle est restée limitée dans le nord du pays et en bordure du littoral de la Manche, c'est-à-dire là où la canicule a été moins longue, moins continue, et où elle a octroyé des répits nocturnes. Il en a été de même pour les régions méridionales où la montée des températures a été progressive et où l'écart aux moyennes a été plus limité. Dans ces régions, une culture implicite de la chaleur a permis de rester fidèle à des formes architecturales qui limitent l'ensoleillement, et de tirer la leçon de vagues antérieures de surmortalité liées à la chaleur (comme à Marseille en 1983). La surmortalité a par contre été particulièrement forte dans une zone allant des Charente à l'Île-de-France et la Bourgogne. Bien que les journées consécutives avec des températures supérieures à 40° y aient été nombreuses, le facteur météorologique n'explique pas tout.

Dans la présentation médiatique de la canicule, plusieurs facteurs de responsabilité ont été mis en avant de manière successive, comme si le plus urgent avait été de gérer l'opinion publique : la saturation des urgences hospitalières, puis l'inadaptation des maisons de retraite, la défaillance de la veille sanitaire, la distension des liens familiaux, et enfin l'irresponsabilité de médecins généralistes partis en vacances. La forte augmentation des prescriptions de solutés de réhydratation par rapport aux années précédentes dans toutes les régions témoigne pourtant de la participation active de ces médecins généralistes à la gestion des conséquences humaines de la vague de chaleur (Cuenat et al., 2003.15). Il n'en demeure pas moins que leur activité au cours de l'été 2003 est à replacer dans une tendance à la baisse de l'offre de soins qui s'explique par une diminution du nombre de médecins généralistes effectivement disponibles (-2,8% entre 2000 et 2003), et par une modification des pratiques professionnelles : désaffection vis-à-vis des visites à domicile qui est peu compatible avec la politique de maintien à domicile des personnes âgées ; modification du temps et du rythme hebdomadaires de travail ; faiblesse structurelle durant les mois d'été. Les comportements des médecins généralistes en matière de départs en vacances ne sont pas très différents de ceux du reste de la population. Ceux qui exercent en milieu urbain s'absentent plus que ceux des zones plus rurales : 49% des praticiens étaient présents dans les Hauts-de-Seine en août 2003 par rapport à mars 2003 contre 79% en Côte-d'Or (Cuenat et al., 2003. 9). Pourquoi alors s'étonner de l'irresponsabilité d'hommes et de femmes partis en vacances, d'autant que l'été est habituellement pour eux une période de moindre activité ?

Peut-être pour ne pas reconnaître l'échec de la société à se donner les moyens de permettre aux personnes âgées, qui ont été les plus frappées par la canicule, de garder toute leur place dans la société. La réponse proposée par le gouvernement français passe

essentiellement par la veille sanitaire, la mise en place d'un dispositif d'alerte par Météo France, l'aménagement d'une pièce « rafraîchie » dans tous les établissements d'accueil pour personnes âgées. Ces mesures font de la canicule un déterminant en lui-même et négligent le fait que « la 'nature' emporte d'abord ceux que la société lui a déjà abandonnés » (Halimi). Elles sont conformes à l'esprit de la gestion des situations d'urgence. Or, les leçons tirées d'autres drames liés à des vagues de chaleur, comme celui de Chicago en 1996 (Klinenberg, 2002), ainsi que la délicate gestion des corps des personnes décédées à Paris, suggèrent que le problème est d'abord celui de l'isolement et de la pauvreté relationnelle d'un nombre croissant de personnes âgées.

Ainsi, l'urgence est présente dans la gestion urbaine de proximité et dans les plans pour prévenir de nouvelles catastrophes humaines en cas de canicule. Dans un cas, il s'agit d'urgence comme condition de la survie, dans l'autre d'intervention prioritaire sur des situations collectives qui s'imposent par leur prégnance, quand à partir d'un certain seuil « il devient urgent d'agir » (Séchet, 2001). Qu'ils soient liés aux formes urbaines ou aux aléas climatiques, les risques environnementaux apparaissent comme des déterminants directs. Qu'il s'agisse d'action sur la forme urbaine pour améliorer la vie des habitants, ou d'alerte climatique, les dispositifs de régulation et de gestion de crise privilégient donc l'intervention sur ce déterminant. L'exemple de la canicule de l'été 2003 en France montre bien que la primauté donnée aux analyses épidémiologiques repose sur une lecture déterministe qui éclaire sur la froideur d'une société qui ne pense pas en termes de bien-être pour tous.

UN BIEN-ÊTRE AU RABAIS

La problématique de l'urgence inhérente à la gestion des crises sanitaires et aux dispositifs de la politique de la ville tend à un ciblage qui, même involontairement, oublie les inégalités, ou ne traite les exclusions qu'à minima comme on soigne les symptômes d'une pathologie sans réussir à la prévenir ou sans se donner les moyens de le faire. Que le ministre de la ville, Jean-Louis Borloo s'exprime dans *La Lettre de la DIV* (septembre 2002) en faveur d'un plan d'urgence reposant sur le traitement de 200 000 copropriétés dégradées, la réhabilitation de 200 000 logements sociaux, la destruction de 200 000 autres et la construction de 200 000 logements neufs (devant être, selon le propos du ministre, de « véritables nids pour les mamans » !), suppose que le confort de l'habitat suffit à faire la qualité de l'habiter. Le repérage et le traitement en urgence estivale de situations d'isolement que l'on ignore le reste de l'année relève de la même logique que le sauvetage en urgence hivernale des sans-abri auxquels on ne s'intéresse en été que si leur présence dans les centres commerciaux et les lieux historiques perturbe l'ordre urbain (Séchet, 2003). Les politiques dites de lutte contre l'exclusion pourraient suggérer qu'en faisant de la santé une

priorité, elles ont imposé le bien-être. Toutefois, les objectifs d'ordre urbain semblent primer sur le développement social.

La santé comme priorité dans la lutte contre l'exclusion

A l'inverse des crises sanitaires qui ont pu constituer un obstacle à la prise en compte des inégalités de santé, les dispositifs imaginés pour gérer les risques sociaux dans le cadre de la lutte contre exclusion et du volet social de la politique de la ville ont souvent affiché la santé comme une priorité.

L'article premier de la loi du 1^{er} décembre 1988 qui instaure le RMI fait de celui-ci « l'un des éléments d'un dispositif global de lutte contre la pauvreté visant à supprimer toute forme d'exclusion, notamment dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, de la formation, de la santé et du logement » (article 1^{er} de la loi n° 88-1088). La (mauvaise) santé est posée comme l'un des facteurs potentiels de pauvreté. Les premières évaluations effectuées en 1990 sur l'état de santé des bénéficiaires du RMI ont montré que les taux de mortalité des hommes sont, à structure par âge identique, deux à trois fois plus élevés que ceux de la population dans son ensemble (Favras & Goudet, 1993). Ces bénéficiaires souffrent moins de maladies spécifiques que d'un cumul de pathologies dues aux conditions de vie et au retard dans l'accès aux soins. Il s'agit de problèmes dentaires, digestifs, cutanés, mais aussi de santé mentale (angoisse, dépression, alcoolisme). D'ailleurs, le HCSP (1998) a considéré la souffrance psychique comme un marqueur de la pauvreté.

Avec la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, on passe de la simple causalité entre santé et pauvreté à une analyse en termes d'injustice. L'accès à la prévention et aux soins devient l'un des objectifs prioritaires pour la politique de santé. La mise en œuvre d'un PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins) dans chaque région, prévue par l'article 71 de cette loi, est placée au cœur des politiques de santé publique. La circulaire d'application demande que des champs d'intervention spécifiques tels que la lutte contre le saturnisme ou la prévention et la prise en charge de la maladie alcoolique soient abordés dans une dimension territoriale, et donc soient intégrés dans les contrats de ville et les contrats d'agglomération. Les PRAPS doivent permettre de coordonner les actions et de mettre en cohérence les différents dispositifs socio-sanitaires pour organiser une véritable promotion de la santé au plus près des besoins. Le niveau régional, qui est pensé comme le plus pertinent pour apporter l'appui méthodologique nécessaire, est à articuler avec le niveau local qui est celui des disparités d'accès aux soins et à la prévention, ainsi que celui des expérimentations. Pour les patients, la proximité qui s'inscrit dans la diversité des espaces de vie est celle de leurs réseaux sociaux.

La politique de la ville telle qu'elle a existée en France à partir de 1989 a quant à elle contribué à multiplier les dispositifs territorialisés supposés dépasser les clivages sectoriels

et construire de la transversalité. La santé est l'un des nombreux thèmes déclinés dans la mise en œuvre locale de cette politique. Est-ce pour autant une priorité au bien-être ?

En 1993, la Délégation interministérielle à la Ville (DIV) s'adresse aux villes engagées dans la préparation d'un contrat de ville en indiquant que « le contrat de ville est plus une dynamique qu'une procédure qui permet de dégager des programmes destinés au développement d'actions susceptibles d'améliorer la vie quotidienne des habitants. L'adaptation des services aux habitants constitue un enjeu transversal à cette dynamique et appelle une attention particulière portée à certains thèmes : la santé, la culture, l'école, etc. » (Billaud, 1999.13). La prise en compte de la santé des populations par les municipalités est évidemment bien antérieure à 1993. Cependant, l'élargissement de la conception de la santé autorise une articulation avec les enjeux de développement social. Les municipalités qui ont le plus largement mis en action la santé dans leur contrat de ville adhèrent à la conception holiste de la santé et sont membres du Réseau des Villes-Santé. Malgré tout, les moyens sont restés limités et les décalages entre priorités affichées et réalisations ont été importants. Ni le patient, ni la promotion de la santé n'ont été placés au cœur des actions : « la conception médico-centrée de la santé entraîne [donc] un mode d'intervention en contradiction avec les objectifs de la politique de la ville qui sont d'adapter les dispositifs aux besoins des habitants » (Billaud, 1999.26).

La préparation de la seconde génération de contrats de ville a permis de réfléchir à des dispositifs devant déboucher sur une réelle mise en harmonie de la santé publique et des territoires. C'est dans ce contexte qu'ont été prévus les ateliers santé-ville (Comité Interministériel des villes du 14 décembre 1999), en adéquation avec la démarche stratégique utilisée dans les PRAPS. Il s'agit d'améliorer la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville. L'objectif est de généraliser la constitution de réseaux de santé de proximité pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention. Une réelle cohérence favorable au bien-être semble donc exister entre les actions de santé publique conduites localement et les programmes régionaux. Il ne peut toutefois s'agir que d'un bien-être au rabais dans la mesure où il ne concerne que le bien-être physique.

La sanitarisation des questions sociales

L'une des priorités des PRAPS comme des ateliers santé-ville est la lutte contre le saturnisme. Celle-ci a permis de porter sur la scène publique une question politiquement délicate. En effet, « là où l'autorité municipale se serait mise en difficulté en proposant un programme de réhabilitation ou de relogement pour les familles immigrées, elle se sent non seulement autorisée, mais obligée à le faire dès lors que l'argument de l'insalubrité dangereuse peut être invoqué » (Fassin, 1998.14). Cet exemple du saturnisme ressortit de la

« sanitisation du social » (Fassin, 1998.42) qui consiste à gérer la question sociale en la traduisant en termes sanitaires, ce dont rend compte le recours au vocabulaire de la santé pour parler de manière consensuelle de ce qui fait socialement problème. De même, si des municipalités ont inscrit les actions en direction de la toxicomanie dans le champ de la santé plutôt que dans celui de la délinquance, c'est qu'elles accordent plus d'importance à la prévention qu'à la répression.

Les problèmes sociaux ont été de plus en plus exprimés selon le registre de la pathologie et du handicap, pour les hommes comme pour les espaces. Le discours de la fracture sociale qui a dominé la campagne pour l'élection présidentielle de 1995 a débouché sur le Pacte de relance pour la ville adopté en 1996. Celui-ci procède à un étalonnage de l'exclusion absolue (Estèbe, 2001) et repose sur l'invention de l'indice synthétique d'exclusion, qui doit donner une impression de rigueur, et sur un classement selon une échelle et une hiérarchie des mesures dérogatoires au droit commun entre zones urbaines sensibles, zones de redynamisation urbaine, zones franches. Cette géographie prioritaire définit les périmètres d'une intervention publique qui est voulue plus efficiente par un ciblage sur les espaces qui en ont le plus besoin, non dans une perspective de compensation mais bien selon l'historique traitement assistanciel du handicap.

Le handicap est ici spatial. La mise en exergue de cette catégorie nouvelle de handicap traduit la relégation au second plan du souci de justice sociale. La pathologisation des espaces et le travestissement des problèmes sociaux en handicaps de quartiers délimités sur la base du trop ou du pas assez évitent en effet de s'attaquer aux facteurs de la dégradation des conditions de vie des habitants. Comme si l'important n'était pas de réduire les écarts et les distances séparant les espaces de la relégation du reste de la ville et de la société urbaine, mais plutôt de réduire les incivilités, la délinquance juvénile, et d'éviter les explosions de violence, qui font figure de risque social majeur (Dubois-Maury & Chaline, 2004.151-160). Avec l'échec des régulations économiques et sociales, s'impose une gestion territoriale à finalité sécuritaire. L'analogie sémantique entre pathologie des espaces et mal-être des populations illustre la conjonction entre opérations de rénovation urbaine et question d'ordre public. La présence trop visible des alcooliques à Vancouver dans les années 1960, des seringues dans cette même ville, comme à Tours ou ailleurs dans les années 1990, sont à la base de la construction locale de politiques de santé publique qui permettent de qualifier un désordre social en trouble de santé publique (Raoulx, 2002 ; Lussault, 1998). C'est alors ce trouble, ce désordre, et le risque social qui va avec, qu'il faut soigner d'urgence, sans qu'il soit question d'un traitement de fond qui s'attaquerait aux sources du mal.

CONCLUSION

La forte présence politico-médiatique des risques en général, des crises sanitaires en particulier, invitait à interroger les relations entre risques et bien-être. Sauf à les considérer dans un sens restreint de catastrophe naturelle et d'épidémie à éviter, il apparaît que ces deux expressions ne vont pas bien ensemble.

Les indicateurs démographiques habituels sont des révélateurs des progrès qui ont permis une incontestable amélioration de l'état physique moyen des populations. Toutefois, le bilan est plus réservé si la santé est posée comme bien-être complet d'individus adaptés à leur environnement social. Par ailleurs, les progrès sont inégalement partagés à l'échelle planétaire et entre individus d'une même société.

La pauvreté n'est pas seulement économique et les plus vulnérables économiquement sont aussi fréquemment les plus exposés aux risques environnementaux. L'attention portée à la qualité environnementale et à sa préservation durable a au moins permis que les inégalités écologiques soient une des formes d'inégalités les plus étudiées aujourd'hui par les chercheurs. Leurs problématiques sont souvent en décalage avec les analyses dominantes dont la rhétorique tend à redonner une place importante aux déterminismes de nature, comme dans le cas de la canicule et des décès de personnes âgées seules. De la même manière, la problématique des risques sociaux a pu être déclinée comme un problème de formes urbaines. Les risques ont justifié des politiques qui agissent sur ces seuls déterminants : aménagement de pièces fraîches pour les personnes âgées, démolition d'immeubles.

Les peurs suscitées par des maladies jusqu'alors inconnues et susceptibles de se diffuser sans pouvoir être maîtrisées, ou par des désordres urbains, sont telles que l'urgence s'est imposée comme catégorie d'action. Il faut agir vite et au plus près pour que soit maintenu l'ordre. Dans le même temps, les politiques de lutte contre l'exclusion qui ne parvenaient plus à redonner l'espoir d'une insertion économique et sociale réelle se sont orientées vers la prévention et la promotion de la santé. L'objectif est de permettre l'accès aux soins pour tous, il n'est pas de réduire les inégalités face à la santé.

Pour être réelle, l'amélioration du bien-être n'en est pas moins limitée. Vouloir le bien-être impose de sortir de l'urgence, du risque, des peurs, de la seule gestion des conséquences des aléas climatiques et des handicaps spatiaux. Cela supposerait que l'épidémiologie et le vocabulaire médical laissent plus de place aux sciences des inégalités sociales et au cumul des vulnérabilités.

Références

- Billaud Véronique (1999), *La santé dans les politiques de la ville. Étude bibliographique pour le groupe de travail « Santé et pratiques sociales » du Conseil National des Villes*. Paris : MDSL-Intervention Santé (Mouvement pour le Développement Social Local), oct. 1999, 133 p.
- CNAMTS (octobre 2003), L'activité quotidienne des médecins généralistes libéraux durant la canicule d'août 2003, *Point de conjoncture n° 18*, pp. 13-22.
- Cuenat Jean-Claude, Daniel Christine, Olivier Roland, Roquel Thérèse (décembre 2003), *Continuité et permanence des soins libéraux pendant l'été 2003*, Inspection générale des affaires sociales, rapport n° 2003154, 56 p.
- Darmon Pierre, Analyse historique de la perspective du risque microbien (1880-1910), in Giroult Eric & Seux René (éd.), *Eau, environnement, santé. Un enjeu majeur pour le 21^{ème} siècle*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2002, pp. 15-23.
- Denq Furjen, Constance Douglas H., Joung Su-Shiow, The role of Class, Status, and Power in the Distribution of Toxic Superfund Sites in Texas and Louisiana, *Journal of Poverty*, Haworth Press, Vol. 4(4) 2000, pp. 81-100.
- Dorrier-Apprill Elisabeth, Enjeux environnementaux et risques sanitaires dans la ville. Berges, bas-fonds et îles de Mopti : des zones à risque, des espaces convoités, in Giroult Eric & Seux René (éd.), *Eau, environnement, santé. Un enjeu majeur pour le 21^{ème} siècle*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2002, pp. 221-235.
- Dubois-Maury Jocelyne & Chaline Claude, *Les risques urbains*, Armand Colin, collection U, 2004.
- Estèbe Philippe, Instruments et fondements de la géographie prioritaire de la politique de la ville (1982-1996), *Revue française des affaires sociales*, 2001.3, pp. 25-38.
- Fassin Didier, Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique, in Fassin Didier (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Editions La Découverte, collection Recherches, 1998, pp. 7-46.
- Fassin Didier, La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence, *Annales Histoire, sciences sociales*, vol. 55, n° 5, pp. 955-981.
- Fleuret Sébastien & Séchet Raymonde (dir.), *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Presses Universitaires de Rennes, 2002.
- Halimi Serge (2003), Canicule : le précédent de Chicago, *Le Monde Diplomatique*, 18 août 2003.
- HCSP (1998), *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes : ENSP (École nationale de la santé publique), 349 p. Collection Avis et rapports du HCSP.

- Hémon Denis & Jouglia Eric, *Surmortalité liée à la canicule d'août 2003 – Rapport d'étape « Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques »*, INSERM, Rapport remis au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées le 25 septembre 2003.
- Klinenberg Eric (2002), *Heat Wave : A Social Autopsy of Disaster in Chicago*, University of Chicago Press (pour une présentation courte, voir du même auteur « Canicule meurtrière : le précédent de Chicago », *Le Monde diplomatique*, septembre 2003).
- Lussault Michel, L'instrument sanitaire. Rôle et valeurs de la santé publique dans les politiques territoriales à Tours, in Fassin Didier (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Editions La Découverte, collection Recherches, 1998, pp. 174-202.
- N'Diekhor Yémadi & Kaspar Wyss, Problèmes de santé liés à l'eau et efforts pour une meilleure distribution de l'eau potable dans un environnement urbain défavorisé, in Giroult Eric & Seux René (éd.), *Eau, environnement, santé. Un enjeu majeur pour le 21^{ème} siècle*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2002, pp. 211-220.
- November Valérie, *Les territoires du risque. Le risque comme objet de réflexion géographique*, Peter Lang, 2002.
- ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002*, Genève, 2002.
- Oris Michel (coord.), Eggerickx Thierry, Capron Catherine, Hermia Jean-Pierre, Poulain Michel, Van der Straten Etienne, *Démographie, aménagement du territoire et développement durable de la société belge*, contrat de recherche n° HL/DD/018, programme « Leviers d'une politique de développement durable », 2001, rapport final, 119 p.
http://www.belspo.be/belspo/ostc/geninfo/publ/pub_ostc/HL18_fr.pdf
- Parent Gérard, Poda Jean-Noël, Guiguemde Robert, Kambire Roger, Principales maladies d'origine hydrique dans le contexte africain : cas des hydro- aménagements du Burkina Faso, in Giroult Eric & Seux René (éd.), *Eau, environnement, santé. Un enjeu majeur pour le 21^{ème} siècle*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2002, pp. 82-91.
- Raoulx Benoît, De l'alcoolisme à la polytoxicomanie : santé publique, espace urbain, ordre public à Vancouver, in Fleuret Sébastien & Séchet Raymonde (dir.), *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Presses Universitaires de Rennes, 2002, pp. 123-146.
- Salem Gérard, Peuplement, population et santé : une inégale répartition, in Jean-Paul Charvet & Michel Sivignon (dir.), *Géographie humaine. Questions et enjeux du monde contemporain*, Armand Colin, 2002, pp. 67-95.
- Séchet Raymonde (2001), La proximité dans l'urgence, *Les Annales de la Recherche Urbaine*, n° 90, pp. 35-42.

- Séchet Raymonde (2003), Derrière le risque et l'urgence, la vulnérabilité et les inégalités, *ESO – Travaux et Documents de l'UMR 6590*, octobre 2003, n°20, pp. 17-24
- Sélimanosvski Catherine, *L'inscription spatiale de la pauvreté. Le cas de Strasbourg et du Bas-Rhin*, thèse de géographie soutenue à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg, novembre 2002, direction Louis Piermay.
- Vidal de la Blache Paul, Les conditions géographiques des faits sociaux, *Annales de géographie*, 1902, pp. 13-23.
- Zoungrana Tanga, L'impact d'un aménagement hydro-agricole sur la santé des populations au Burkina, *Cahiers de Géographie du Québec*, 46.128, septembre 2002, pp. 191-212.