

Erwan le Goff, Raymonde Séchet, Olivier David

ESO - RENNES

Dans le langage courant, la santé est souvent assimilée aux soins, les acteurs de la santé limités aux médecins et à l'État, les organismes à l'Assurance-maladie ou à la Sécurité sociale, les établissements de santé aux hôpitaux et aux cliniques. Pourtant, dans sa constitution de 1948, l'Organisation mondiale de la santé [OMS] définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité. L'émergence d'une « nouvelle santé publique », fondée non plus sur les seuls déterminants biologiques (approche hygiéniste) mais sur une vision holistique intégrant les déterminants économiques, sociaux ou environnementaux, a contribué à élargir les champs d'action et de recherche en matière de santé. De ce fait, l'action en faveur de la santé ne peut pas relever seulement des médecins. La charte d'Ottawa, rédigée en 1986, s'inscrit dans cette évolution en définissant la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci »¹. Avec une telle conception, la santé suppose que tout groupe ou individu puisse réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et, d'autre part, évoluer avec le milieu dans lequel il vit ou s'adapter à celui-ci. Ainsi, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle « dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être »².

Suite à cette charte d'Ottawa, le mouvement des Villes-Santé a été lancé en 1986 par le bureau européen de l'OMS afin de reconnaître la contribution de l'action des municipalités à l'épanouissement et à la « Santé pour Tous », cette expression étant le slogan des Villes-Santé. Les trois premières villes françaises ayant adhéré au réseau européen dès 1986 ont une longue tradition en matière de santé. Il s'agit de Montpellier (qui a vu naître la première faculté de médecine

au XIII^e siècle et possède un pôle de recherche important en médecine), Nancy (le Dr Parisot, créateur de l'école de santé publique de Nancy, a été l'un des fondateurs de l'OMS) et Rennes (cette ville accueille l'École nationale de santé publique et, en 1986, son maire, Edmond Hervé, est ministre de la Santé). Depuis, le mouvement Villes-Santé a essaimé sur le continent européen (en 2010, plus de 1300 villes européennes sont des Villes-Santé) ainsi que sur les autres continents. Décliné en réseaux nationaux, le mouvement s'est approprié le slogan « Penser globalement, agir localement », qui est également associé au développement durable : les villes sont considérées comme des acteurs fondamentaux de la santé et du bien-être des populations. Du point de vue de l'aménagement et la gouvernance des territoires, la recherche en cours³ s'inscrit dans la démarche d'analyse a posteriori de la construction locale de la santé publique (FASSIN, 1998), en caractérisant les formes locales de l'adhésion aux principes de la Charte d'Ottawa et de leur mise en œuvre. Du point de vue géographique, il est intéressant de chercher à savoir comment les villes adhérentes au réseau Villes-Santé cherchent à promouvoir des initiatives en faveur de la santé et du bien-être en tenant compte de la spécificité des lieux et des configurations spatiales.

Le travail de terrain permettant de répondre à une telle question n'en est actuellement qu'à ses débuts. Aussi, après avoir présenté le contexte institutionnel - le monde de la santé est l'objet de bouleversements depuis les années 2000, la mise en place des Agences régionales de santé [ARS] en 2010 en étant le point d'orgue, nous verrons que le mouvement des Villes-Santé réunit des villes s'appuyant sur une vision de la santé directement inspirée de la charte d'Ottawa avant de présenter le cadrage théorique de la recherche et ses premiers résultats.

1- Charte d'Ottawa. Disponible en ligne à l'adresse : http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lps/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf

2- *idem*.

3- Recherche doctorale financée par la Région Bretagne

1- UN CONTEXTE INSTITUTIONNEL EN MOUVEMENT DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ

1.1 Héritages et bouleversements institutionnels

Le contexte institutionnel de la santé a beaucoup évolué avec la loi de santé publique du 9 août 2004 et la loi « Hôpitaux, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009. Les services de l'État chargés de la santé ont été regroupés au sein des Agences régionales de santé, mises en place à partir du 1er avril 2010. Les personnels des Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales [DDASS, DRASS], des Caisses régionales d'Assurance-maladie (CRAM), des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), des Unions régionales des caisses d'Assurance-maladie (URCAM), du régime social des indépendants (RSI), de la Mutualité sociale agricole (MSA) et de la Direction régionale des services médicaux (DRSM), ainsi que les groupements régionaux de santé publique (GRSP), qui composent les ARS, ont vu leurs missions redéfinies. Les ARS ont pour missions l'organisation du système de soins, l'accompagnement médico-social et la prévention⁴. Elles sont présentes au niveau départemental à travers des « délégations territoriales ». Tous les acteurs de la santé (collectivités territoriales, associations, usagers) peuvent donner leur avis sur la politique régionale de santé dans le cadre des conférences régionales de santé et d'autonomie (CRSA), qui remplacent les conférences régionales de santé créées par la loi de santé publique du 9 août 2004. Bien qu'elles aient attendu la création des ARS, les collectivités territoriales s'inquiètent de la place relativement réduite qui leur est réservée dans les CRSA, ainsi que du pouvoir du directeur de l'ARS, perçu comme un « préfet de la santé ». En effet, la création des ARS relève davantage d'un regroupement régional des services déconcentrés de l'État que d'une véritable régionalisation (de type décentralisation) des politiques de santé.

Les communes n'ont quant à elles pas connu de réforme profonde de leurs attributions en matière de santé depuis la création des bureaux municipaux d'hygiène en 1902. Ces derniers ont été remplacés par les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) en 1984, tout en conservant les mêmes compétences. Toutes les communes de plus de 20 000

habitants devraient obligatoirement être dotées d'un SCHS. Or, en 2010, seulement 208 communes disposent d'un tel service (c'est le cas de Rennes, dotée depuis 1908 d'un bureau municipal d'hygiène) et des villes de plus de 20 000 habitants n'en sont pas dotées. C'est le cas de Quimper qui s'appuie sur son CCAS pour mener sa politique de santé. Les SCHS ont principalement des missions de maintien de l'hygiène et de la salubrité publique: contrôle du logement insalubre, lutte contre les nuisibles (rats, pigeons, étourneaux, etc. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 2009⁵ note que « les SCHS apparaissent aujourd'hui à la recherche d'une nouvelle identité. [...] Quand les SCHS ont été créés, les missions historiques des anciens bureaux municipaux d'hygiène n'ont pas été clarifiées. De la même manière, dans les années qui ont suivi, des occasions ont été manquées de préciser les missions des SCHS. Si le cœur de leur mission reste l'insalubrité, [...] ils ont développé au fil du temps de multiples activités qui n'ont parfois rien à voir avec leurs missions premières orientées sur la santé publique ». De fait, dans le cadre de la clause générale de compétence, les communes ont parfois attribué aux SCHS des compétences qui dépassent largement le cadre réglementaire. Certaines communes, et en particulier les Villes-Santé, ont développé la promotion de la santé: on peut citer le cas de Nancy, qui a mis en place un espace dédié à la promotion de la santé (Carrefour Santé) en partenariat avec l'Assurance-maladie, ou celui de Lorient, qui a créé un service de santé publique à la fin des années 1980. Signe que la santé devient petit à petit une préoccupation des maires, les maires-adjoints à la santé sont en nombre croissant depuis une vingtaine d'années: le Maire de Quimper a créé une délégation à la santé lors de son élection en 2008 alors qu'il n'en avait pas lors de son mandat antérieur (1995-2001), tout comme le maire précédent (2001-2008).

4- http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_ARS_01_04_2010.pdf

5- *Evaluation du fonctionnement des services communaux d'hygiène et de santé*, rapport de l'IGAS, avril 2009, 500 p. Disponible à l'adresse : <http://lesrapports.ladocumentation-francaise.fr/BRP/094000429/0000.pdf>

1.2 La promotion de la santé du point de vue de l'État

Les politiques nationales de santé sont peu favorables à la promotion de la santé. Alors que l'individu est pensé comme responsable de son état de santé, l'environnement économique, social (pauvreté, ou physique, qu'il soit naturel (qualité de l'air) ou bâti (urbanisme, logement), n'est pas pris en compte. Un rapport du centre d'analyse stratégique, *Nouvelles approches de la prévention en santé publique*: l'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences⁶, remis à la secrétaire d'État chargée de l'économie numérique en mars 2010, abonde en ce sens. De même, les campagnes d'incitation à manger cinq fruits et légumes par jour ne prennent pas en compte les conditions sociales ou économiques des individus, alors qu'elles sont des facteurs explicatifs de la qualité de leur régime alimentaire. Alors que le Canada impose, toutefois sans réel succès, une évaluation d'impact sur la santé de toute politique publique, l'État français conserve une vision de la santé centrée sur le soin et le système sanitaire. L'émergence du développement durable dans les années 2000 aurait pu offrir l'occasion d'intégrer la santé dans toutes les politiques. Cela n'a pas été le cas en raison de la prédominance de la vision environnementaliste tant au niveau de l'État qu'aux autres niveaux: le développement durable reste largement synonyme d'écologie et d'environnement naturel, ce qui diffère du sens originel défini par Gro Harlem Brundtland dans son rapport de 1987, *Notre avenir à tous*: « un développement qui répond aux besoins des générations du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs ».

La création, en 2002, de l'INPES (Institut national pour la promotion et l'éducation à la santé) en remplacement du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), montre le souci d'intégrer davantage la promotion de la santé dans les politiques de santé nationale. Un chargé de mission a été recruté en juin 2010 afin d'inciter le Parlement à intégrer la santé dans toutes les politiques. Cette mission correspond à celle du réseau Villes-Santé, qui encourage les municipalités à intégrer la santé dans toutes leurs politiques. Or les motivations

de ce recrutement, davantage fondées sur des considérations politiques que sur des compétences reconnues, illustrent la faible importance accordée à la promotion de la santé par le ministère de la Santé.

Les Ateliers santé ville [ASV], qui constituent le volet « santé » des Contrats urbains de cohésion sociale signés dans le cadre de la politique de la ville, sont un des rares dispositifs de promotion de la santé établis par l'État. Ce dispositif est généralement bien accueilli par les Villes, d'autant plus qu'il est accompagné de fonds importants, ce qui n'est pas le cas de l'adhésion au réseau Villes-Santé: on compte plus de 240 ASV en 2009. Ceux-ci vont être remplacés par des Contrats locaux de santé, signés par la commune et l'ARS et dont les contenus restent à définir. Pensé à l'échelle nationale, ce dispositif est mis à disposition des collectivités, posant ainsi la question de la territorialisation des politiques publiques: l'effet de contexte est déterminant dans la mise en place des ASV. Ainsi, ces dispositifs ont été rapidement développés en Seine-Saint-Denis, où une culture de promotion de la santé existait déjà dans certaines villes comme Saint-Denis. Les Ateliers offrent aussi l'occasion d'entamer une politique locale de santé, comme cela a été le cas à Quimper: la ville a mis en place un ASV en 2006 puis un poste de maire-adjoint à la santé en 2008, avant de rédiger un programme local de santé et d'adhérer au réseau Villes-Santé en 2009.

À l'époque de son lancement en France (le colloque fondateur des Villes-Santé francophones s'est tenu à Rennes en 1987), le mouvement des Villes-Santé rassemblait des pionniers, convaincus que les villes avaient un rôle à jouer dans la santé. Plus récemment, en particulier dans le cadre de la politique de la Ville, la santé a été prise en compte dans différentes politiques sectorielles. Peu à peu, la politique nationale de santé mise en œuvre à l'échelle régionale et locale s'articule avec la philosophie du réseau des Villes-Santé.

2- LES VILLES-SANTÉ : UN RÉSEAU DE VILLES, UNE PHILOSOPHIE

2.1 *Healthy cities* et bien-être: des expressions aux contours mouvants

À l'image de la traduction française du « sustainable development » qui a suscité des débats dans la communauté scientifique francophone, la traduction française de *healthy cities* pose quelques problèmes. Les

6- Centre d'analyse stratégique, *Nouvelles approches de la prévention en santé publique*, La documentation française, Rapports et documents, 2010, 191 p.
http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_25_Prevention_Web.pdf

premiers documents officiels francophones, élaborés par le centre collaborateur des Villes-Santé francophones à partir des textes originaux en anglais, traduisent l'expression « healthy cities » par « villes saines ». Cette première traduction a été assez rapidement abandonnée car elle faisait davantage référence à l'hygiénisme qu'à la promotion de la santé, et donc évoquait un retour au XIXe siècle, lorsque les villes étaient préoccupées par la salubrité publique (qui, nous l'avons vu, reste encore actuellement la seule compétence réglementaire des communes en matière de santé). La traduction actuelle a remplacé la première traduction proposée par l'OMS (« cités-santé »); elle juxtapose les termes de ville et de santé mais occulte l'approche holistique de la santé. En effet, la définition commune de la santé, en France, est d'une part l'absence de maladie et de l'autre le système de soins, alors que l'approche retenue par les acteurs en promotion de la santé est celle des déterminants de santé (cf. le schéma emblématique élaboré par Whitehead et Dahlgren). Les premiers entretiens que nous avons menés auprès d'élus et de services municipaux montrent que cela concerne aussi des élus de Villes-Santé. Les Canadiens ont, quant à eux, dénommé leur réseau « Villes et villages en santé », c'est-à-dire en bonne santé. Si les deux traductions (saines, salubres d'un côté, en bonne santé de l'autre) sont toutes deux correctes d'un point de vue linguistique, le choix de l'une ou l'autre implique une vision différente de la santé. Cette traduction est source de confusion y compris au sein des Villes-Santé, ce qui conduit parfois à des incompréhensions entre élus et entre services municipaux.

Les différents réseaux Villes-Santé s'appuient sur la constitution de l'OMS et la charte d'Ottawa qui définissent la santé comme un bien-être physique, mental et social. Or, la difficulté de définir les contours du bien-être complique la tâche de tout chercheur qui s'y intéresse, géographes compris (FLEURET, in FLEURET, THOUÉZ, 2007). Antoine Bailly (1981, p. 11) définit le bien-être comme « le résultat d'une relation entre une personne et/ou un groupe et un état ou un bien; c'est une interprétation, bien évidemment subjective du monde, une qualité que nous attribuons à un type de relation ». Il évoque la difficulté de s'emparer du bien-être: « La géographie du bien-être n'en est qu'à ses débuts. Elle ne peut prétendre à la rigueur conceptuelle de certaines sciences sociales. L'étape empirique descriptive

n'est pas encore dépassée, ni atteinte celle de la formalisation » (BAILLY, in FLEURET, 2005, p. 26). L'approche géographique du bien-être n'en est encore qu'à ses débuts: « A la géographie de continuer à expliquer comment la relation de l'homme à l'espace contribue au bien-être, quels sont les processus en cause et les interventions possibles. La recherche sur le bien-être constitue ainsi une sorte d'exploration en territoire inconnu » (BAILLY, in FLEURET, 2005, p. 26).

2.2 Les principes et la constitution du réseau français des Villes-Santé

Le programme Villes-Santé est une référence sur laquelle les Villes peuvent s'appuyer pour intervenir stratégiquement, de manière globale, intersectorielle, partenariale et participative en faveur de la santé des populations. Pionnière en Bretagne, Rennes a été rejointe par Lorient, Saint-Brieuc, Brest et Quimper dans le Réseau français des Villes-Santé, qui compte soixante-douze membres en 2010. Le réseau français, créé en 1990 sous le statut d'association Loi 1901, comptait quatorze membres à cette date. Après une croissance faible au cours des années 1990 (deux adhésions par an en moyenne), le réseau s'est agrandi dans les années 2000, grâce à la préoccupation croissante des élus pour la santé, à l'émergence du développement durable qui incite à penser de façon transversale les politiques, et au rôle de la nouvelle présidente du réseau, élue en 2003. D'ailleurs, les objectifs des Villes-Santé ont été renforcés, ou dépassés et concurrencés, par les objectifs du développement durable. Dans le prolongement des ASV, le réseau « Élus, Santé publique et territoires », relativement similaire au réseau des Villes-Santé, a été créé en octobre 2005 sous l'impulsion de Laurent El Ghazi, alors élu à la santé de la Ville de Nanterre. Ce réseau, qui compte en 2009 quarante-huit villes, dont plusieurs Villes-Santé, est « désireux d'œuvrer avec les pouvoirs publics pour que la santé devienne l'un des champs des politiques municipales »⁷. Les objectifs du réseau sont davantage politiques que ceux des Villes-Santé: « Élus, Santé Publique et Territoires » a pour ambition de se constituer en acteur collectif important afin d'avoir plus de pouvoir face à l'État (par exemple, ESPT a lancé en septembre 2010 un débat national sur les « salles de shoot », incitant l'État à prendre position).

7- www.espt.asso.fr

2.3 L'environnement urbain, un déterminant de la santé ?

L'environnement urbain peut être considéré comme l'un des déterminants de la santé (VLAHOV et al., 2007). De fait, les modèles épidémiologiques intègrent depuis plus de trente ans l'environnement parmi les déterminants de la santé. G.E. Alan Dever, en 1975, partage les déterminants de la santé en quatre catégories, que l'on retrouve plus tard dans les schémas élaborés par Whitehead et Dahlgren, qui sont utilisés par l'OMS et sous-tendent la philosophie du mouvement des Villes-Santé : les facteurs biologiques et génétiques, le style de vie, le système de soins et l'environnement. L'organisation du système de soins est le déterminant de santé qui explique le moins l'état de santé (environ 10 %) avant les facteurs biologiques (environ 20 % de l'état de santé des populations). Ainsi, le mode de vie et l'environnement (physique, naturel, social) contribueraient à hauteur de 70 % dans l'état de santé des populations. Les politiques locales et les aménagements urbains peuvent intervenir à la fois sur l'environnement et sur les modes de vie des individus. Les épidémiologistes ont largement montré les relations entre l'espace urbain et l'état de santé des individus (HANDY et al., 2002; FOX, 2003; FRUMKIN, 2003, DUHL, 2005). Les impacts de la création d'une piste cyclable sur l'activité physique ou ceux de l'étalement urbain sur l'obésité ont par exemple fait l'objet d'études épidémiologiques. (SAVITCH, 2003; COHEN et al., 2008; GARDEN et al., 2009) mais aussi, dans une moindre mesure, géographiques (JACKSON, 2003).

Les géographes de la santé ont principalement étudié les relations entre l'espace et la santé en analysant la répartition spatiale des maladies (atlas de la santé, ou des équipements sanitaires, à travers l'accessibilité à ces derniers. Ces deux types d'études ont constitué et constituent encore une part importante de la géographie de la santé. Les politiques urbaines et les aménagements effectués dans l'espace urbain ne sont pas souvent évalués sous l'angle de la santé (CHAUDET, 2009). Parallèlement, la santé n'est pas un centre d'intérêt majeur de la géographie urbaine française. Gérard Salem (1998, p. 61) souligne ainsi le fait que « les géographes de la santé travaillant en zone urbaine souffrent du manque de traditions scientifiques des géographes urbains dans le domaine de la santé [...] ». L'intérêt de la recherche en cours est de faire converger des approches en géographie de la santé et en géographie urbaine.

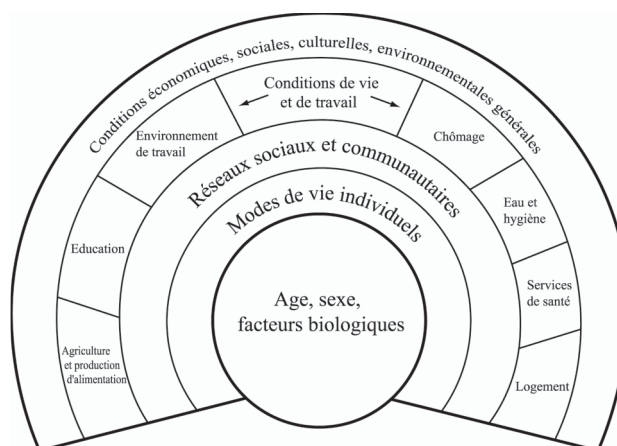


Figure 1 : Les déterminants de la santé
d'après Dahlgren et Whitehead (1991)

3- CADRAGE THÉORIQUE ET PREMIERS RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

La question de recherche est double. Comment l'adhésion au réseau Villes-Santé influe-t-elle sur les actions mises en œuvre localement en faveur de la santé ? L'adhésion au réseau n'est-elle qu'un label de plus parmi d'autres - l'inscription dans un réseau de villes autour de la santé - ou signifie-t-elle l'adhésion à des principes tels que la promotion de la santé et l'intégration de la santé dans toutes les politiques municipales ? Nos premiers résultats montrent que ces formes d'adhésion ne sont pas exclusives les unes des autres et que la diversité des situations évoque un gradient d'implication des villes, des moins investies aux plus investies en matière de santé. Cette implication peut également varier dans le temps. Dans le prolongement de cette question, on s'interrogera sur l'évaluation de l'impact sur la santé de choix d'aménagement urbain.

3.1 La géographie du bien-être, cadre théorique de la recherche

La thèse s'inscrit dans un contexte d'évolution de la géographie de la santé résumé par S. Fleuret et R. Séchet en 2006 : « la géographie sociale qui pose l'espace en tant que support, cadre, enjeu de la production et de la reproduction des sociétés contribue au renouvellement de l'étude de la dimension sociale des questions relatives à la santé ». Il s'agit d'une « géographie de la santé post-médicale » (KEARNS, 1993), qui marque le tournant culturel et social de la géographie de la santé. Les recherches sur les « paysages

thérapeutiques », et plus largement la géographie du bien-être, amorcée dans les années 1990 par Wilbert Gesler, Robin Kearns (1993), Allison Williams, Kelvyn Jones ou Graham Moon (1993) ont eu peu d'influence sur la géographie de la santé en France. Déjà, l'ouvrage d'Antoine Bailly, *La géographie du bien-être*, paru en 1981 n'avait pas fait l'objet d'une attention particulière lors de sa parution !

Nous nous inscrivons dans les pas de cette « nouvelle » géographie de la santé, « différente des deux modèles traditionnels de la géographie des maladies et de la géographie des soins de santé » (KEARNS, in FLEURET et THOUÉZ, 2007). Sébastien Fleuret (FLEURET in FLEURET et THOUÉZ, 2007, p. 86) propose de « faire prendre en compte la dimension du bien-être dans le plus grand nombre d'études de cas (exemples : accessibilité, aménagements urbains, d'une part et plus spécifiquement en santé. [...] Il s'agit de donner une réalité à l'idée d'espaces de bien-être ». L'enjeu de la thèse est de voir en quoi les actions sur l'espace urbain peuvent ou non contribuer au bien-être des habitants. L'originalité du sujet est la convergence de l'étude des espaces et politiques urbaines avec celles des politiques de santé sous l'angle de la géographie sociale. Les études en géographie de la santé urbaine, effectuées en particulier par le laboratoire « Espace, Santé, Territoire » de l'université Paris Ouest Nanterre La Défense, sont principalement des diagnostics territoriaux de santé, qui considèrent l'espace comme un support des inégalités sociales de santé, et rarement comme un facteur potentiel de celles-ci. Les villes des pays du Sud ont été davantage étudiées (SALEM, 1998; VALLEE, 2008) mais, du fait du contexte (pauvreté, maladies infectieuses), les dimensions sociales des inégalités de santé sont davantage étudiées que les dimensions spatiales.

3.2 Premiers résultats

Les premiers résultats sont issus d'un questionnaire transmis à l'ensemble des Villes-Santé françaises grâce au soutien du Centre collaborateur de l'OMS et du réseau Villes-Santé. Trente-trois réponses ont été obtenues⁸, sur les soixante villes qui composaient alors le réseau : celles qui ont répondu sont représentatives du réseau, tant par leur taille que par leur ancienneté dans le réseau ou leur répartition dans l'espace français (villes franciliennes, villes de l'Ouest, du Sud, ...). Le questionnaire est complété par des entretiens, actuellement en cours, avec des élus et des responsables de services municipaux de santé.

Le réseau Villes-Santé est avant tout perçu et utilisé comme un espace d'échanges de bonnes pratiques et de conseils en matière de santé. Le réseau, animé par une chargée de mission, fonctionne relativement bien, selon les différentes personnes interrogées. Les relations avec des élus ou techniciens sont un autre élément qui a pu motiver l'adhésion. Outre le souhait de nouer des relations avec d'autres équipes municipales, que l'on peut relier à la volonté d'intégrer un réseau, des élus ont pu en encourager d'autres à adhérer. Ainsi, Edmond Hervé, alors ministre de la Santé et maire de Rennes, a encouragé certains maires à adhérer au réseau dès ses débuts : « Il est évident que sur [les] quatorze villes [fondatrices], je connaissais un certain nombre de maires et que je les avais sollicités »⁹. De même, l'adhésion de la ville de Quimper au réseau Villes-Santé résulte de la rencontre entre l'élue à la santé de Quimper et Annette Sabouraud, ancienne élue à la santé de Rennes et présidente du centre collaborateur OMS des Villes-Santé. Ainsi, le fait que l'adhésion soit parfois liée à des relations personnelles entre élus peut amener à s'interroger sur la pérennité de l'adhésion au réseau une fois que l'élue n'est plus en place, notamment si le service en charge de la santé ne s'est pas approprié les principes Villes-Santé. L'adhésion au réseau Villes-Santé apparaît également dans un certain nombre de cas avoir pour objectif d'allouer un label aux actions déjà menées par la ville, même si cette motivation n'est pas la principale. Environ une ville sur trois a indiqué que l'adhésion à ce réseau pouvait s'expliquer par la volonté de donner un label à des actions déjà menées, afin d'obtenir une reconnaissance et une légitimation à ces actions. Les formes locales de l'adhésion au réseau des Villes-Santé et aux principes qui le sous-tendent sont fortement liées aux motivations de l'adhésion et aux personnes qui portent le projet (élus, services municipaux). L'appartenance à une multiplicité de réseaux (comme celui des villes du Plan national nutrition santé promu par le ministère de la Santé) ou à des dispositifs nationaux (ateliers santé-ville), la mise en place d'autres dispositifs locaux (agendas 21, conditionnent en grande partie l'importance donnée à la promotion de la santé dans l'action de la ville. L'antériorité dans le réseau Ville-Santé n'est donc pas proportionnelle au dynamisme local. Si Rennes est très investie depuis près de

8- Lors de ses enquêtes, le réseau obtient un taux de réponse similaire

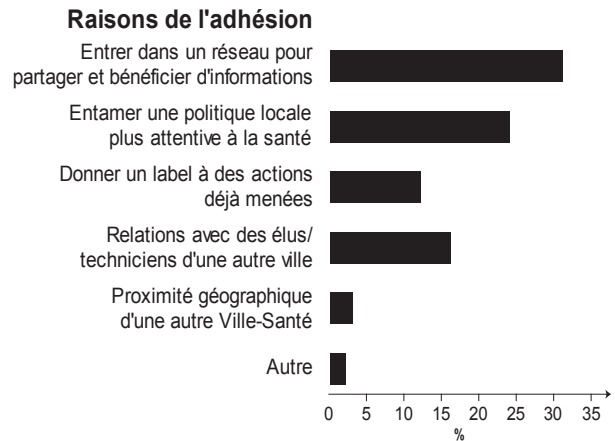
9- Entretien avec Edmond Hervé, 9 juin 2010

trente ans sur cette question, on peut citer en contre-exemple le cas de Toulouse, qui fait partie, tout comme Rennes, des premières Villes-Santé françaises. Les changements de municipalité n'ont pas conduit Toulouse à se retirer du réseau mais la santé est peu présente dans l'ensemble des politiques locales de la ville. La responsable du service de santé s'interroge sur l'adhésion de la ville : selon elle, ce n'est pas la ville de Toulouse qui est membre du réseau mais seulement son service hygiène et santé. Un changement de municipalité peut, à l'inverse, dynamiser une ville : Amiens, ville-santé depuis 1990, dispose d'un élu à la santé depuis les dernières élections municipales, qui ont donné une nouvelle majorité à la ville.

Une des principales difficultés pour les villes est d'intégrer la santé dans l'ensemble de leurs politiques locales. Les réponses au questionnaire indiquent le degré de sa prise en compte dans les principales politiques menées par les villes (action sociale, environnement, transports, urbanisme, logement, enfance, éducation, sports, culture). L'action sociale, compétence traditionnelle de la commune, prend bien en compte les problématiques de santé. L'intégration de la santé par les services de l'enfance et de l'éducation relève de l'intervention classique de la commune (hygiène, nutrition), d'autant plus que les enfants sont un public « captif » pour les communes, à travers les crèches et les écoles. Santé et sports font également bon ménage : on est toujours ici dans une approche plutôt individuelle de la santé, et non dans la recherche d'amélioration du cadre de vie de la population. Les politiques qui sont en charge d'améliorer le cadre de vie des habitants semblent moins préoccupées par la santé. Les politiques du logement, de l'urbanisme ou des transports y accordent peu de place. Ainsi, la mise en place des vélos en libre-service est plus souvent pensée en termes de mobilités « douces » (non polluantes) et non en termes de mobilités « actives » (encourageant l'activité physique). Par exemple, le service santé de la ville de Rennes n'a pas été sollicité lors de la mise en place des vélos en libre-service (Vélostar). Le slogan du Vélostar (« Roulons oxygénés ») renvoie au moins autant à l'idée d'un moyen de transport non polluant qu'à l'opportunité de prendre l'air et d'effectuer une activité physique.

Les Villes-Santé bretonnes constituent un terrain pertinent pour analyser et comparer les formes locales de l'adhésion à ce réseau. Rennes est une des villes les plus

Figure 2 : Les raisons de l'adhésion au réseau Villes-Santé

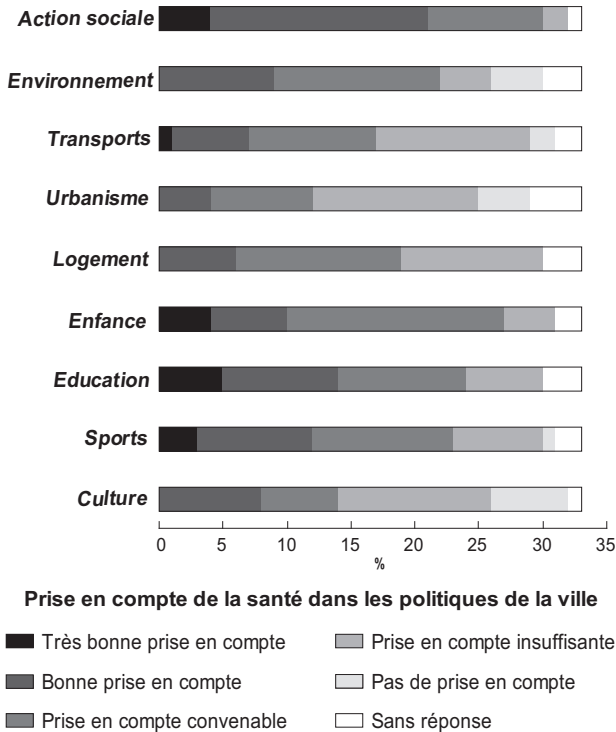


D'après le questionnaire - ©Erwan Le Goff

actives du réseau : elle est la première à avoir effectué une étude d'impact santé (sur la crèche Colette, située dans le quartier de Beauregard). D'autres villes lui emboîtent le pas, mais elles n'en sont encore qu'au stade du projet. La présence du centre collaborateur de l'OMS à Rennes est un facteur déterminant de l'implication de la Ville, des élus (Edmond Hervé, ses élus à la santé Annette Sabouraud puis Clotilde Tascon-Mennetrier) et des services municipaux en matière de santé depuis plus de vingt ans. Lorient et Brest, qui ont adhéré au réseau dans les années 1990, sont également des villes actives. Elles sont toutes deux membres du bureau du réseau. Malgré des changements de maires et d'élus à la santé, ces villes continuent à s'investir dans la promotion de la santé. Brest a, par exemple, mis en place un observatoire local de la santé ; Lorient a fédéré les associations et les organismes de santé dans un réseau local d'acteurs intitulé « la santé dans la ville ». L'implication de ces trois villes, adhérentes du réseau depuis au moins quinze ans, ne s'est pas essouffée, ce qui n'est pas le cas pour Saint-Brieuc, qui participe assez peu au réseau, tout en renouvelant son adhésion tous les ans. Quimper a rejoint en 2009 les quatre autres Villes-Santé bretonnes. L'adhésion au réseau nécessite des démarches et une réflexion préalables (les villes candidates adressent au réseau un dossier de motivation), qui peuvent s'inscrire dans le cadre d'actions déjà menées, en particulier les ateliers santé ville, comme c'est le cas pour la ville de Quimper.

La sensibilité de certains élus aux questions de santé publique, qu'ils soient issus ou non du monde de la santé, les relations entre élus (par exemple, Edmond Hervé a

Figure 3 : La place de la santé dans les politiques locales des Villes-Santé



D'après le questionnaire - ©Erwan Le Goff

encouragé certaines villes à participer au réseau, comme Lorient ou Saint-Brieuc) sont déterminantes dans l'adhésion au réseau Villes-Santé. Les premiers résultats, à partir du questionnaire et d'entretiens, nous ont montré que l'adhésion au réseau n'est qu'une étape dans un processus de prise en charge de la santé dans les politiques municipales. Cette démarche peut avoir lieu à trois moments du processus, avec trois objectifs différents : entamer une politique locale de santé publique (Lorient en 1989), accentuer la politique de santé existante et reposant sur un dispositif national tel qu'un ASV (Quimper) ou continuer une politique locale de santé volontariste, qui dépasse les dispositifs nationaux (Rennes). Ce qui est vrai au moment de l'adhésion ne l'est plus forcément ensuite : la participation au réseau, et plus largement la place du service de santé dans la ville, est fortement dépendante d'une continuité entre les élus successifs, et entre techniciens du service de santé.

Les services municipaux de santé, lorsqu'ils sont constitués, prennent le relais du politique. Cependant, les services municipaux de santé se tournent davantage vers des partenaires extérieurs que vers les autres services municipaux. Ces partenaires sont ceux de la santé et de l'action sociale : ARS, associations, Les services de santé ne

disposant que de peu de personnels (sept personnes à Brest), le travail s'effectue en réseau à l'échelle locale, à l'image du réseau « la santé dans la ville » créé par le service de santé publique de la ville de Lorient et qui regroupe 200 personnes (organismes de santé, associations, professionnels de la santé, représentants de l'État, Les Villes-Santé sont reconnues depuis longtemps par leurs partenaires comme des actrices importantes de la santé, alors que l'État ne commence à s'intéresser au rôle des communes que depuis le milieu des années 2000, sous l'influence du *lobbying* du réseau et de l'association « Élus, santé publique et territoires ».

L'intégration de la santé dans l'ensemble des politiques municipales, objectif principal du mouvement des Villes-Santé, n'est pas facile à réaliser, y compris dans certaines Villes-Santé historiques (Lorient, Brest). Ceci est à relier à l'organisation en « tuyaux d'orgue » des services municipaux et à l'absence de sensibilisation à la santé des autres services, alors qu'il existe une sensibilité à l'environnement depuis la mise en place des agendas 21 au début des années 2000 (LE GOFF, SECHET, 2011).

CONCLUSION

La diversité bretonne des Villes-Santé, dont l'exemplarité de Rennes, semble être un cadre pertinent pour une montée en généralité des résultats. La pertinence du terrain régional est confirmée par le renforcement de l'échelon régional des services déconcentrés de l'État (les priorités sont pensées en fonction des enjeux régionaux, comme le plan régional santé environnement) : le contexte institutionnel est semblable aux cinq Villes-Santé étudiées. Les entretiens en cours seront élargis en 2011 à des services qui ne sont pas en charge de la santé (environnement, urbanisme, enfance, et aux partenaires des villes (ARS en particulier). Les résultats seront ensuite mis en perspective avec d'autres réseaux nationaux en Europe, dont certains ont déjà fait l'objet d'études au début des années 2000.

La prise en compte de la santé dans les politiques publiques peut avoir des impacts concrets sur le territoire, comme l'a montré Didier Fassin : « La production de la santé publique résulte d'une double opération de traduction du social dans le langage sanitaire [médicalisation] et de l'inscription de cette nouvelle réalité dans l'espace public [politisation] » (FASSIN, 1998, p. 15). Après l'étape d'analyse de la place de la santé dans les politiques publiques

des Villes-Santé, la recherche va être poursuivie par l'étude des actions en faveur de la santé dans le cadre des politiques de transformation des environnements matériels.

BIBLIOGRAPHIE

- BAILLY, Antoine. *Géographie du bien-être*. Paris: Presses Universitaires de France, 1981, 239 p.
- CHAUDET, Béatrice. *Handicap, Vieillesse et accessibilité. Quelques exemples en France et au Québec*. Thèse de géographie, Université d'Angers, 9 novembre 2009, 470 p.
- COHEN, Deborah, SEHGAL, Amber, WILLIAMSON, Stephanie, et al. Impact of a new bicycle path on physical activity. *Preventive medicine*. 2008, vol. 46, n° 1, p. 80-81.
- DAHLGREN, Göran & WHITEHEAD, Margaret. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Background document to WHO - Strategy paper for Europe, 1991.
- DEVER, G.E. Alan. An epidemiological model for health policy analysis. *Social indicators research*. 1975, vol. 2, n° 4, p. 453-466.
- DUHL, Leonard. Healthy cities and the built environment. *Built Environment*. 2005, vol. 31, n° 4, p. 356-361
- FASSIN, Didier. *Les figures urbaines de la santé publique: enquête sur des expériences locales*. Paris: La Découverte, collection recherche, 1998, 238 p.
- FLEURET, Sébastien (dir.), *Espaces, bien-être et qualité de vie*. Angers: Presses de l'Université d'Angers, 2005.
- FLEURET, Sébastien et THOUÉZ, Jean-Pierre (dir.), *Géographie de la santé. Un panorama*. Paris: Economica Anthropos, 2007. Géographie.
- FLEURET, Sébastien, Territoires et santé: l'utilité de la géographie de la santé, p. 25-48 in RICHOSZ, Simon, BOUILANNE, Louis-M. et RUEGG, Jean. *Santé et développement territorial: enjeux et opportunités*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes, 2010, 180 p.
- FOX, D. M., JACKSON, R. J. et BARONDESS, J. A. Health and the built environment. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2003, vol. 80, n° 4, p. 534-535.
- FRUMKIN, Howard. Healthy places: exploring the evidence. *American Journal of Public Health*. 2003, vol. 93, n°9, p. 1451-1456
- GARDEN, F. L. et JALALUDIN, B. B. Impact of urban sprawl on overweight, obesity, and physical activity in Sydney, Australia. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2009, vol. 86, n°1, p. 19-30.
- HANDY, Susan L., BOARNET, Marlon G., EWING, Reid, et al. How the built environment affects physical activity: Views from urban planning. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002, vol. 23, n° 2, Supplement 1, p. 64-73.
- JACKSON, Richard J. The Impact of the Built Environment on Health: An Emerging Field. *American Journal of Public Health*. 2003, vol. 93, n°9, p. 1382-1384
- JONES, Kelvyn et MOON, Graham. Medical geography: taking space seriously. *Progress in Human Geography*. 1993, vol. 17, n° 4, p. 515-524
- KEARNS, Robin. Place and Health: Towards a Reformed Medical Geography. *The Professional Geographer*. 1993, vol. 45, n° 2, p. 139-147.
- LE GOFF, Erwan et SECHET, Raymonde. Les Villes-Santé et le développement durable: convergence, concurrence ou écran? *L'Information Géographique*. 2011, à paraître.
- SALEM, Gérard. *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense: Pikine (Sénégal)*. 1998, Paris: Karthala, 360p.
- SAVITCH, H. V. How suburban sprawl shapes human well-being. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2003, vol. 80, n° 4, p. 590-607.
- VALLEE, Julie. *Urbanisation et santé à Vientiane (Laos): les disparités spatiales de santé dans la ville*. Thèse de doctorat soutenue le 21 novembre 2008, Paris Ouest Nanterre La Défense, 360 p. Consultable à l'adresse: <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00377209/fr>
- VLAHOV, D., FREUDENBERG, N., PROIETTI, F., et al. Urban as a determinant of health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2007, vol. 84, n°3 Suppl, p. 16-26.