

Sébastien Fleuret

ESO ANGERS

ESPACES ET SOCIÉTÉS - UMR 6590 CNRS - UNIVERSITÉ D'ANGERS

Jamais au cours des dernières décennies, la médecine n'a connu une évolution aussi rapide. Les progrès technologiques sont fulgurants. Pour autant ils ne sont pas uniformément partagés et ne peuvent en aucun cas être appréhendés hors de tout contexte social et spatial. C'est donc tout un corpus pluridisciplinaire d'évolution des savoirs qu'il faut examiner pour aborder les liens entre la médecine, la santé, les populations et les territoires que celles-ci façonnent.

Ce texte propose un survol des rapports qui peuvent être établis entre l'aménagement des territoires, l'urbanisme et la construction des savoirs en santé (issus des sciences médicales et des sciences sociales). Sont successivement abordées les relations entre santé et territoire, santé et déterminants sociaux, santé et environnement, santé, ville et politiques de la ville, pour finalement poser la question, aujourd'hui, de la place de la médecine dans nos sociétés.

SANTÉ ET LIEUX, UNE RELATION ANCIENNE

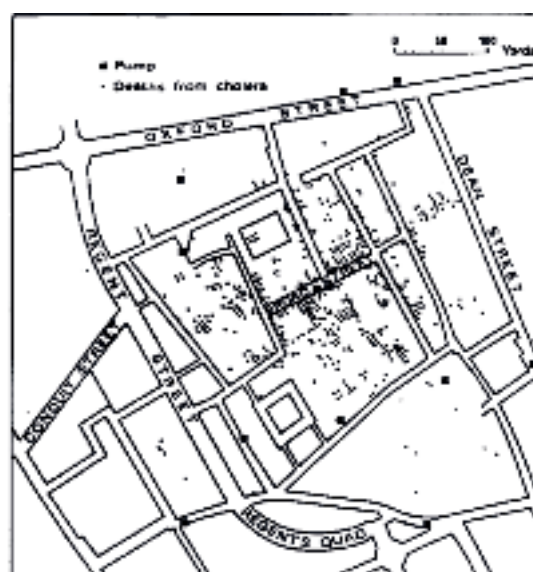
Les relations ville-santé sont anciennes. Au quatrième siècle avant notre ère, dans un traité intitulé « Des airs, des eaux et des lieux », Hippocrate recommandait déjà aux médecins, alors itinérants de ville en ville, de s'informer des contours de l'environnement pathogène du lieu où ils arrivaient.

Au Moyen-Âge, les épidémies de peste ont donné lieu à des initiatives que l'on pourrait apparenter aujourd'hui à des mesures de santé publique urbaine. En 1347 par exemple, en Italie, on instaura une surveillance des provenances de marchandises sur les marchés (on interdit la revente de vêtements ayant appartenu à des pestiférés) et des contrôles aux portes des villes, dans les ports assortis de mesures de quarantaine et d'isolement. Ce type de mesures, si elles ne permettaient pas de soigner ni même de comprendre la maladie, permettaient de la contenir.

Au XIXe siècle, l'épidémiologie s'est fondée sur une démarche d'observation scientifique de l'environnement. On a coutume de citer l'histoire de John Snow qui, en

1854, identifia la cause de l'épidémie de choléra du quartier londonien de Soho en cartographiant les cas recensés pour ainsi se rendre compte que le choléra n'avait dévasté qu'une zone bien délimitée. Au centre de cette zone se trouvait Broad Street et sa vieille pompe qui fournissait l'eau potable à toute la communauté. La carte de Snow montra qu'on ne recensait pas de cas de choléra là où il devenait plus pratique d'aller à une autre pompe que celle de Broad Street (cf. fig. 1). La fermeture de la pompe stoppa l'épidémie.

Cette naissance de l'épidémiologie est concomitante avec des progrès médicaux majeurs (travaux de Pasteur ou de Koch par exemple). La médecine et l'épidémiologie vont être à l'origine de l'hygiénisme (on parle aussi de néo-hippocratisme) dont la portée dépasse le seul champ de la santé pour se définir comme la recherche de réponses aux maladies endémiques et épidémiques dans les conditions d'environnement, susciter des prescriptions visant à assainir les milieux (Bourdelaï, 2001). Ainsi « au XIXe siècle, rien ne séparait l'hygiène de la médecine » (Dab, 2007).



Vigante Figure 1-1. Snow's map of cholera. The afflicted well is clearly identified by the concentration of cases in its vicinity. Reprinted from Howe, G. M. (1972). *Man, environment, and disease in Britain*. New York: Barnes and Noble Books, p. 178. Copyright 1972. Reproduced by Permission. Original source: Snow, J. (1855). *On the mode of communication of cholera*. London, 1855.

Figure 1 : Carte de John Snow, 1854

L'hygiénisme du XIXe siècle a laissé des traces dans l'espace, particulièrement dans l'espace urbain et ces traces sont à la fois visibles (architecture, urbanisme) et invisibles. Ainsi des normes et règles s'établissent : « ne pas prendre soin de sa santé c'est encourir un risque personnel mais c'est aussi se comporter en citoyen irresponsable. C'est donc à partir du savoir médical que vont se définir les lois, se donner les normes permettant de supprimer la maladie et de reculer toujours un peu plus la mort. La déviance, le péché, ce seront la désobéissance à ces lois, la transgression d'interdits médicaux » (Imbault-Huart, 1984). C'est cet ensemble de discours, de normes et d'interdits que M. Foucault a critiqué en tant que « biopouvoir » (1976), un pouvoir de gestion de la vie qui conduit à imposer un certain nombre de contraintes aux citoyens et à considérer comme « déviant » tout ce qui sort de la norme hygiéniste. C'est ainsi, par exemple, que les établissements de santé mentale vont se trouver marginalisés, en tant que « services non souhaités par les habitants du lieu d'implantation » (Dory, 1991) et que les politiques publiques vont satelliser dans des zones de relégation.

SPÉCIALISATION DE LA MÉDECINE ET TECHNOCRATIE DE LA SANTÉ

Cette critique envers une sanitarisée abusivement normative coïncide avec une spécialisation grandissante de la médecine dans le courant du XXe siècle qui va peu à peu « enfermer la médecine dans les laboratoires et les cabinets médicaux » et les deux vont provoquer la « rupture de l'union sacrée entre santé et urbanisme » (Ruegg, 2010). Pour M.-J. Imbault-Huart (1984), « L'explosion du savoir médical n'a pu être maîtrisée qu'au prix d'une hyperspécialisation, qui conduit le médecin d'une part à chercher toujours plus de certitudes dans la seule technologie, d'autre part à se désintéresser de l'évolution de la société dans laquelle il vit ». D'autres acteurs de la sphère publique vont se saisir des questions de santé. Au tout début du XXe siècle se met en place en France, une politique de santé publique dans un mouvement que l'on qualifie parfois de deuxième hygiénisme (Nourisson, 2002). Il s'agit des prémices d'une solidarité sociale et de santé avec la loi du 1er avril 1898 qui institue les sociétés de secours mutuel afin d'assurer à leurs membres des secours en cas de maladies, blessures ou infirmités, puis, en 1902 la première loi générale

sur la santé publique. Enfin, faisant suite à la pandémie grippale de 1918 le premier ministère de la santé est créé en France. Au sortir de la seconde guerre mondiale, ce sera la création de la sécurité sociale et de sa branche maladie qui fait tant parler d'elle aujourd'hui. Dans le même temps, la médecine scientifique continue de progresser à grands pas et durant une grande partie du XXe siècle, celle-ci éclipsera assez largement l'idée de prévention collective contenue dans l'hygiénisme. Le modèle biomédical centré sur le soin du corps s'impose et, petit à petit, se construit « un paradoxe entre le rôle réel de l'environnement comme facteur de santé et l'importance relative qui lui est accordée aujourd'hui dans le champ sanitaire » (Dab, 2007).

Dans le sillage d'une médecine toujours plus spécialisée, pointue et performante, le XXe siècle et particulièrement la période des trente glorieuses a vu l'avènement d'une technocratie de la santé. En France, au début des années 1970, on sépare le curatif médical (réservé à l'hôpital) de la dimension sociale des soins (en créant le secteur médico-social)¹. Petit à petit, on assiste à une spécialisation pyramidale de la médecine hospitalière qui se trouve renforcée par la mise en œuvre progressive de schémas de planification régionale.

Le modèle qui préside à cette hiérarchie des degrés de spécialisation du soin correspond à une théorie bien connue des géographes et des économistes : la théorie des lieux centraux développée dans les années 1930 par Christaller. Cette théorie postule une organisation du territoire commandée par des lieux centraux qui concentrent les services les plus spécialisés ; pour le domaine de la santé ce sont les Centres Hospitaliers Universitaires. Ces lieux centraux sont entourés de places secondaires, selon un modèle alvéolaire, et plus on descend dans la hiérarchie des lieux, plus les services présents se limitent à des services de consommation courante pour lesquels le consommateur n'est pas disposé à couvrir la distance qui le sépare du lieu de rang supérieur.

TERRITORIALISATION ET RATIONALISATION

Les années 1970-1980 sont marquées par une territorialisation de la santé, renforcée en France par les lois de décentralisation. On cherche alors à optimiser la dis-

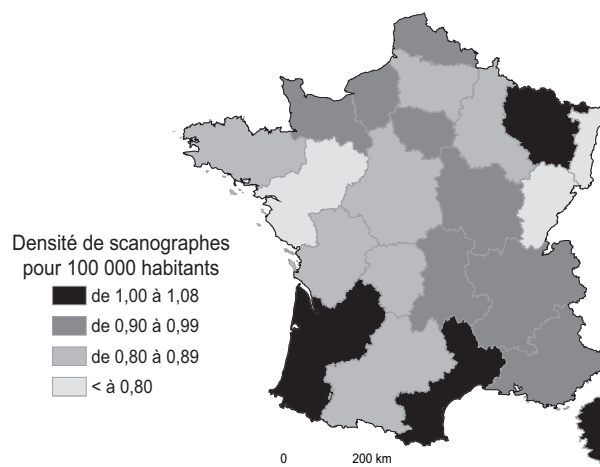
1- Séparation sur laquelle la récente loi *Hôpital patient santé territoire* semble revenir quelque peu.

tribution spatiale des soins renforçant la hiérarchie des spécialités médicales. Des cartes sanitaires sont élaborées sur la base de ratios lits/usagers et équipements/usagers. Ce mouvement accompagne l'implantation d'équipements de plus en plus sophistiqués dans les hôpitaux. Les instruments d'imagerie médicale en sont peut-être la meilleure illustration: la figure 2 montre que les régions les mieux dotées sont celles qui sont commandées par une métropole importante, soit celles qui disposent des CHU de premier rang (Paris, Lille, Lyon, Marseille et Bordeaux).

Plus tard, dans les années 1990 et particulièrement en 1996 avec les « ordonnances Juppé », le critère économique s'est imposé comme le plus important dans la planification en santé face à la croissance rapide des dépenses de l'assurance-maladie, en partie liée au coût des soins hospitaliers de plus en plus spécialisés. La recherche d'économies d'échelle a conduit à des restructurations importantes de l'offre de soins sans réel lien avec les enjeux médicaux et pourtant les inégalités territoriales sont importantes en France. Ces restructurations hospitalières se sont traduites par des fusions d'établissements, des regroupements d'activités et dans certains cas par la fermeture de certains services. Ces restructurations ont été possibles du fait des progrès médicaux et chirurgicaux qui ont permis de réduire les durées d'hospitalisation et de développer considérablement le secteur ambulatoire. Du point de vue de la comptabilité hospitalière, c'est une économie. Du point de vue du coût pour l'ensemble de la société, l'économie peut se transformer en surcoût. En effet l'ensemble des services post-curatifs qui étaient donnés à la personne à l'hôpital sont désormais dispersés sur le territoire et donc plus coûteux et mal coordonnés ce qui, dans un nombre non négligeable de cas, entraîne des complications voire une réhospitalisation, notamment pour les personnes très âgées (Cartier, 2003)

Bien entendu il serait réducteur d'imputer le déficit des comptes de la santé aux évolutions de la médecine. Cela participe d'un tout qui nécessite de considérer l'ensemble des déterminants de la santé afin de démêler les différents niveaux du soin et les différents secteurs de la prise en charge des personnes (santé individuelle) et des populations (santé publique). La charte d'Ottawa (OMS, 1986) a en effet édicté le principe de services de santé ciblant l'ensemble des besoins de l'individu qui doit être appréhendé globalement.

Figure 2 : Densité des scanographe installés (ACRIM) par région en 2002



Source : IRDES : <http://www.ecosante.fr>

UNE LECTURE GLOBALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Pour l'OMS² (2006) un quart du fardeau des maladies dans le monde (*burden of disease*) est dû à des facteurs environnementaux modifiables. Schématiquement, on doit aujourd'hui considérer que la santé dépend d'un ensemble de déterminants (fig. 3) répartis en plusieurs catégories. La première relève de la biologie et de la médecine, il s'agit de la constitution de chaque individu, de son sexe et de son âge. La deuxième catégorie est celle des modes de vie qui s'inscrivent encore dans la sphère individuelle même s'ils peuvent être influencés par l'environnement social et donc comporter une dimension collective (habitudes alimentaires locales ou régionales par exemple). La troisième catégorie est celle des réseaux sociaux et communautaires. Plusieurs travaux ont montré l'importance du capital social en santé (Kawachi & al., 2008) ou l'impact négatif de la pauvreté (Lebas & Chauvin, 1998) et des inégalités sociales sur la santé (Graham, 2000; Berkman & Kawachi, 2000). Enfin une dernière catégorie de déterminants de la santé se situe à une échelle plus large et regroupe l'ensemble des conditions socio-économiques, culturelles et environnementales qui façonnent les territoires individuels et sociaux. Parmi ces conditions, certaines relèvent de politiques sociales ou éducatives, d'autres de politiques environnementales,

2- Statistiques en ligne www.who.int

d'autres encore de politiques de santé au sens curatif du terme. Les politiques de la ville sont par de nombreux aspects, transversales à ces conditions générales.

Les leviers permettant d'agir sur la santé sont donc nombreux et relèvent de tout un ensemble de politiques qui n'appartiennent pas exclusivement au champ de la santé. Ainsi bon nombre de politiques de la ville peuvent (ou pourraient) comporter un volet « santé ». Si aujourd'hui la majorité des dépenses publiques consacrée à la santé sont englouties par le volet curatif, le volet préventif n'en demeure pas moins primordial et, finalement, la santé (ré) investit la ville par le biais des politiques sociales et environnementales et « s'est en bonne part affranchie des limites traditionnelles de la médecine et parfois même de la tutelle des médecins. Ingénieurs sanitaires, assistants sociales, éducateurs de rue, animateurs de quartier, urbanistes, enseignants, policiers, juges, administratifs, élus et, bien sûr, habitants des villes en sont les acteurs, à côté des spécialistes de la santé » (Fassin, 1998)

ENVIRONNEMENT, VILLE DURABLE ET SANTÉ

En France, les services communaux d'hygiène et de santé liés à l'histoire de l'hygiénisme, ont lentement évolué au cours du XXe siècle et petit à petit les questions environnementales sont devenues des enjeux à elles seules. On a d'ailleurs rétrospectivement reproché à l'hygiénisme d'avoir eu un impact parfois négativement sur la nature ayant par exemple, par sa recherche d'ouverture et d'espace, favorisé l'étalement urbain (Theys, Emelianoff, 2001) ce qui pose aujourd'hui d'autres problèmes environnementaux liés aux transports.

L'environnement a donc peu à peu été intégré aux services techniques des municipalités – espaces verts, gestion de l'eau, des déchets, (Roussel, Rozec, 2003) et aujourd'hui les enjeux de santé se retrouvent parfois derrière ceux de l'éco-développement -ou développement durable-. La médecine n'a finalement que peu à voir avec ces évolutions et dans ce contexte, ce sont finalement « la biologie, la biophysique et la bio-chimie, d'abord sciences accessoires (qui) sont devenues des sciences fondamentales et se sont introduites dans la sémiologie et la clinique. » (Imbault-Huart, op. cit.)

Le caractère potentiellement pathogène de la ville est en effet aujourd'hui fortement lié à la question écologique et s'exprime d'une part en termes de risques, d'autre part au travers d'une aspiration à la qualité de vie

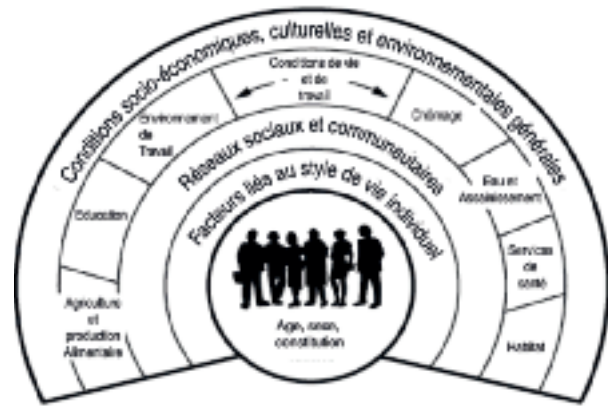


Figure 3 : Les déterminants de la santé (Dahlgren, 1995)

et au bien-être. Ces deux aspects se retrouvent dans l'idée de développement durable et dans celle de ville durable qui en découle.

« Le discours sur les nouveaux rapports de l'architecture et de la ville à la nature et à l'environnement s'étend et monte chaque jour un peu plus en puissance. Réchauffement climatique dû aux gaz à effet de serre (GES), raréfaction et épuisement des ressources naturelles, biodiversité en péril, fonte des glaciers et de la banquise, montée des eaux, explosion démographique et urbaine, artificialisation des terres agricoles, crise alimentaire..., la litanie des menaces et des catastrophes qui pèsent sur la planète a donné naissance à une réflexion pour un autre développement, le développement durable, qui a exigé et induit une approche autre de l'architecture et une vision inédite de la ville et de son futur : la ville durable » (Lévy, 2009).

Il y eut les crises alimentaires, la crise de la vache folle étant sans doute la plus aiguë, qui ont eu pour conséquence un mouvement de remise en cause de la « malbouffe ». Aujourd'hui, des mouvements militants prônent le retour à une alimentation plus saine, basée en amont sur des systèmes de production et des circuits de distribution plus respectueux de la nature et de l'environnement. On a ainsi vu fleurir dans les métropoles des modes de distribution de type AMAP (associations pour le maintien d'une agriculture paysanne) organisés en circuits courts à l'opposé des modèles de grande distribution. En Italie, le mouvement *slow food* est devenu emblématique d'une autre façon de se nourrir, antagoniste du modèle productiviste agro-alimentaire fustigé pour son impact désastreux sur l'environnement (épuisement des milieux, pollutions par les intrants, doutes sur l'innocuité des OGM).

Il y eut également d'autres crises affectant d'autres secteurs: l'amiante dans le bâtiment, la canicule frappant les personnes âgées isolées en 2003, et plusieurs crises médico-sanitaires: certaines dramatiques (affaire du sang contaminé) et d'autres dont la propagation aura finalement été plus médiatique qu'épidémique (SRAS, grippe aviaire). Dans le sillage de ces crises, c'est une véritable « société du risque » qui s'est mise en place dans laquelle les dangers « se déplacent avec le vent et l'eau, sont présents en tout et en chacun et pénètrent avec ce qu'il y a de plus vital – l'air que l'on respire, la nourriture, les vêtements, l'aménagement de nos lieux d'habitation-, toutes les zones protégées du monde moderne, si bien contrôlées d'ordinaire. » (Beck, 2001)

Apparue en 1992, la terminologie de sécurité sanitaire a déjà profondément marqué et transformé les politiques de santé (Tabuteau, 2007). Au-delà de l'énoncé d'un « principe de précaution », l'avènement d'une société du risque a plusieurs conséquences.

La santé qui avait été un temps restreinte au colloque singulier et privé patient-médecin, ressurgit dans la sphère publique, elle est replacée dans un cadre collectif en ce sens qu'au-delà de la responsabilité de tout un chacun sur sa propre santé, une forme de responsabilité de la puissance publique est engagée. Celle de l'État, en matière de santé publique, a d'ailleurs été inscrite dans le code de la santé publique par la loi du 4 mars 2002 et confirmée par celle du 9 août 2004. À l'échelle de la ville cela se traduit par des études d'impact environnemental et sanitaire, et par tout un ensemble de préconisations (ex. limitation de l'étalement urbain), et de normes urbanistiques et architecturales (ex. normes HQE). Cela se traduit également par un développement de politiques sécuritaires qui correspondent à une « lecture critique et catastrophique de la ville contemporaine et son évolution dangereuse » (Lévy, op. cit.). Il est donc nécessaire de préciser ce que l'on entend par « principe de précaution » et pour ce faire, de se doter d'outils d'évaluation, de prévention et de gestion des risques. C'est ainsi que l'institut national de veille sanitaire (INVS) ou l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) ont vu le jour, c'est ainsi également que le principe de précaution a été inscrit dans la constitution française en février 2005.

Cependant des doutes s'expriment quant au caractère illusoire de la recherche du risque zéro.

Ces doutes sont étroitement liés à la question

sociale. Après une période de prospérité partagée, au sortir de la seconde guerre mondiale, les trente dernières années ont été marquées par la résurgence d'une grande pauvreté dans les sociétés occidentales et par le creusement des inégalités. Or il existe des liens avérés entre la pauvreté et une moins bonne, voire très mauvaise santé (Lebas & Chauvin, 1998) et les inégalités de santé qui en découlent sont spatialement différenciées dans la ville au détriment des quartiers les plus défavorisés. Une fois ce constat dressé, c'est l'ensemble de la question sociale urbaine qu'il faut regarder pour comprendre le rôle des déterminants sociaux et contextuels. « L'étude des liens sociaux et de leurs ruptures permet de comprendre les difficultés rencontrées et ressenties, en quoi elles sont liées entre elles et corrélées à des problèmes de santé. Pour n'en citer que quelques-unes, des caractéristiques telles que le réseau social, le soutien émotionnel ou matériel des proches ou des professionnels, le sentiment d'appartenance à un territoire, le sentiment d'utilité, l'appréciation de son logement et du cadre de vie, le parcours scolaire et les revenus, l'endettement, mais aussi les attitudes et représentations de la santé et de la maladie, ou encore l'estime de soi ou les parcours migratoires, apparaissent fortement corrélés à la santé et à l'utilisation du système de soins. » (Chauvin, Parizot 2007).

LE PROJET VILLE-SANTÉ : QUELLE PLACE POUR LA SANTÉ DANS L'ESPACE PUBLIC LOCAL ?

N'étant plus prérogative médicale, la santé dans la ville n'est plus cantonnée à un champ qui s'intitulerait « politiques urbaines de santé », mais c'est un enjeu transversal à toutes les politiques de la ville. Cet état de fait, que l'on peut considérer comme un héritage historique, est renforcé, en France, par un fort cloisonnement des secteurs d'intervention des politiques publiques sectorielles: le versant curatif de la santé est une prérogative de l'État décentralisée au niveau régional (dans les agences régionales de santé). Ainsi tout projet local incluant un volet médical devra intégrer un (ou plusieurs) changement d'échelle. La transversalité est donc problématique et pourtant, elle est essentielle.

C'est l'idée qui sous-tend le label Ville-Santé de l'Organisation mondiale de la santé. Ce label qui a peu à peu fédéré un large réseau de villes à travers le monde, repose sur un principe simple: dans chaque action

municipale, quelle qu'elle soit, il faut se poser la question de son impact sur la santé et la modifier le cas échéant pour que cet impact soit positif (cf. encart ci-dessous).

Ce programme Villes-Santé s'accompagne d'une large réflexion sur la « santé pour tous » (OMS, charte d'Ottawa) et d'une invitation aux populations à prendre en main leur santé. Il s'agit de faire la promotion d'une démocratie locale en santé. Dans de nombreux pays, des progrès sont à noter. En France cela se traduit par l'instauration de conférences de santé, ou encore par la loi du 4 mars 2002 qui précise la place de l'usager dans le système de soins et plus récemment par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST, 2009) qui réaffirme l'importance des conférences régionales et locales de santé (dites conférences de territoires) mais sans pour autant en faire de vrais outils de démocratie participative. Malgré ces avancées, la démocratisation de la santé reste embryonnaire et les processus de mise en œuvre de réelles mesures de santé publique sont complexes. Cette complexité se traduit par des questions de pouvoir (biopouvoir, biopolitique) qui accompagnent le passage de la santé de la sphère privée (individuelle) à la sphère publique (collective). Ces questionnements sont aujourd'hui mis à jour grâce à tout un corpus d'avancées en sciences sociales (Fassin, 1998 et 2001). Que signifie la place croissante aujourd'hui des questions de santé dans l'espace public et particulièrement au plan local? Quelles sont les légitimités que nous sommes prêts à accorder aux pouvoirs publics dans la prise en charge du corps? Quelles sont les limites de cette reconnaissance sociale de la santé? Selon Fassin, pour qu'une

question devienne un problème public et relève de la santé publique, encore faut-il qu'il y ait un travail des acteurs sociaux pour le faire exister comme tel. Par exemple le suicide a longtemps été une question morale et religieuse avant d'entrer dans le champ du social, puis du médical. Affaire privée, il est devenu depuis peu un enjeu public traité comme tel par les Observatoires régionaux de la santé (ORS). La maltraitance n'est, elle aussi, qu'une réalité récente de la santé publique. Pendant des siècles, les violences parentales et domestiques ont relevé du monde privé de la famille ou de l'autorité instituée des pédagogues. C'est à la fin du XIXe siècle qu'elles sont entrées dans le domaine de la justice et de l'action sociale. C'est dans les années soixante que les radiologues, puis les neurologues et les pédiatres les ont introduites dans l'espace de la médecine. Et c'est enfin dans les années quatre-vingt qu'elles sont passées du registre de la clinique médicale à celui de la santé publique et que l'on a commencé à les traquer dans la ville jusqu'à développer des outils très pointus. Le projet CRABE³ à Montréal, par exemple, est un système d'information géographique qui, à partir d'indicateurs sociaux, propose une cartographie sur les risques, les abus et les besoins des enfants, utilisée par les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux pour repérer les lieux à risque sur leur territoire. Un tel projet n'aurait certainement jamais vu le jour si préalablement la question des violences parentales et domestiques n'avait pas quitté la sphère privée.

Ainsi pour qu'un fait devienne un problème de santé publique, il doit subir une double opération de médicalisation, par lequel le suicide devient un problème pour les psychiatres ou la maltraitance pour les pédiatres, et de politisation, consistant à le faire passer dans l'espace public, voire à le faire prendre en charge par les pouvoirs publics. À chaque fois, il est nécessaire que des acteurs se mobilisent, que des plaidoyers soient développés, que des oppositions soient déjouées ou des indifférences combattues, que des espaces d'intervention soient définis. Ce processus n'est pas sans comporter quelques écueils. Par exemple dans le cadre des opérations de renouvellement urbain qui consistent principalement en la destruction des HLM. Jadis présentés comme progrès social matérialisant le bond en avant de

Le projet Villes-Santé de l'O.M.S. est un projet à long terme, de portée internationale, qui incite les décideurs locaux à mettre la santé à « l'ordre du jour » et à créer avec leurs partenaires une nouvelle dynamique de santé publique.

L'objectif du projet est d'améliorer le bien-être physique, mental, social et environnemental de ceux qui vivent et vivront dans les villes, en s'appuyant sur les orientations de la Stratégie de la Santé pour tous de l'O.M.S., des principes de la promotion de la santé définis par la Charte d'Ottawa et de ceux de l'Agenda 21 pour le développement durable.

7e colloque francophone des Villes-Santé de l'O.M.S. et des Villes et Villages en Santé, Bruxelles, 2004

3- www.crabe.info

la qualité de vie, ces formes urbaines sont aujourd'hui vouées aux gémonies. Leur destruction s'accompagne d'un discours sur la mixité sociale qui, à lire entre les lignes, conduit à une ville épurée, à un hygiénisme social dans lequel les miasmes dont il faut libérer la ville sont les populations marginales et/ou précaires. Le discours politique n'est pas étranger à cela. Le discours sanitaire sort du champ de la santé et le vocabulaire du soin est utilisé par exemple en urbanisme. Il s'agit de soigner la ville, de panser les plaies ouvertes par la déliquescence de certaines zones urbaines, : il s'agit de les nettoyer (au kärcher), de les débarrasser des éléments déviants. Ce rapprochement entre la défavorisation sociale et un discours empruntant au vocabulaire sanitaire et aseptisant n'est pas innocent. La production territorialisée de la santé publique s'observe aujourd'hui majoritairement dans les espaces identifiés comme étant en difficulté et ce, notamment, suite à la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions qui aura fait de l'accès à la prévention et aux soins un objectif prioritaire et généré à sa suite différentes actions entreprises dans le cadre de la politique de la Ville.

LES ATELIERS SANTÉ-VILLE

Un outil majeur a été développé en France au travers de la mise en œuvre des ateliers "santé-ville" (ASV) dans le cadre des contrats passés entre l'État et les municipalités. Les ateliers « santé ville » s'appliquent à des territoires infra-communaux (les quartiers), communaux ou intercommunaux suivant l'échelle pertinente définie par un diagnostic territorial préalable à leur mise en œuvre. Ces ateliers bénéficient d'un soutien financier dans le cadre des contrats de ville et sont donc, à ce titre, ils sont financés conjointement par la Ville et l'État sur la base de programmes adaptés au niveau local. Les ateliers « santé ville » poursuivent trois objectifs : (1) établir un diagnostic local (identifier les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants santé liés à leurs conditions de vie); (2) coordonner localement les acteurs touchant à la santé pour faciliter l'accès aux soins (par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux et la diversification des moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site); (3) développer la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et éva-

luation) en concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés.

À la lecture de ces objectifs on se rend compte d'une première nécessité: un diagnostic local de santé. Et c'est en effet une des premières conséquences de l'inscription en ASV: les villes doivent se doter d'outils pour connaître les besoins réels. Or le système statistique d'information en santé en France est très mal conçu pour travailler à l'échelle infra-urbaine. De plus on se heurte à la loi des petits nombres qui pose des problèmes de représentativité. Le travail de diagnostic porte donc très souvent sur la perception des acteurs.

Tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux doivent être impliqués (tableau), particulièrement les médecins de ville, les établissements de santé publics et privés, les structures de santé mentale, les CHRS, les centres de santé, les centres sociaux, les services de santé scolaire, les services sociaux d'accueil aux étrangers, les missions locales. Or c'est loin d'être le cas. Une étude menée⁴ sur une ville 150000 habitants a montré que seul trois médecins généralistes étaient impliqués dans l'ASV!

L'enjeu est de parvenir à évoluer vers la constitution de réseaux de santé de proximité et de passer, selon les dires du ministère de la santé en 2001, de réseaux de soins à des réseaux de santé, intégrant enfin la globalité des déterminants et donc la pluralité des acteurs. Cet objectif n'a pas été atteint, en partie à cause du cloisonnement des financements.

Un des obstacles à la mise en œuvre de réels programmes transversaux en santé est la difficulté à combiner des financements de diverses origines, santé vs social, public vs privé. Pour remédier à cela un fonds avait été créé la DNDR, dotation nationale pour le développement de ces réseaux. Il était destiné à financer les réseaux de santé dans leur globalité et non plus secteur par secteur. L'intégration en 2007 de la DNDR et du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) est une forme de machine arrière, un retour à une vision biomédicale et un recentrage des financements sur les seuls acteurs du soin au détriment

4- Etude menée par S. Fleuret en 2010, à *paraître*

Tableau 1 : Exemples d'actions mises en place dans des ASV et acteurs mobilisés

Types d'actions	Acteurs mobilisés
Dispositif de soutien orthophonique et psychologique	Les enseignants ; les professionnels relais (animateurs de l'aide aux devoirs, acteurs du pôle de services...) ; la coordinatrice de l'Atelier Santé Ville.
Création d'un Centre de Planification et d'Education Familiale	Un Médecin gynécologue ; les Service de la Protection Maternelle et Infantile ; une Polyclinique ; l'Hôpital ; le Centre de Planification et d'Education Familiale; les services du Conseil Général ; le service de la promotion de la santé en faveur des élèves.
Mise en place d'activités prénatales	Service de la Protection Maternelle et Infantile ; Conseil Général; Communauté de communes; professionnels de santé libéraux.
Formation ethnoclinique pour les travailleurs sociaux intervenant dans un foyer SONACOTRA	SONACOTRA ; Centre Communal d'Action Sociale ; Centre Local d'Information et de Coordination ; Conseil Général ; Comité Départemental d'Education Sanitaire et Sociale ; Centre Hospitalier; 115 ; Atelier Santé Ville ; Centre de soins – Toxicomanie ; Centre d'Information et de Coordination de l'Action Sociale ; Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse ; Caisse Régionale d'Assurance Maladie ; Associations
Organisation d'un Forum Santé	Services de la ville concernés (Santé, Jeunesse, Culture, Politique de la Ville, Communication...), associations de la ville et associations de proximité, institutions socio-sanitaires, Mission Locale, Caisse Régionale d'Assurance Maladie
Mise en place d'espaces conviviaux d'échanges sur la santé et le bien-être	Centre Municipal de Santé (médecin, chargé de mission, infirmières) ; Centre Médico Psycho Pédagogique ; Troupe théâtrale; Club de Prévention Espoir ; Associations Locales.
Club santé pour les adolescents	Professionnels des pôles de services ; Infirmière du service communal d'hygiène et de santé; professionnels des centres municipaux de santé ; Centre Départemental de Dépistage et de Prévention Sanitaires ; Professionnels du champ éducatif (centre social, service jeunesse, Education Nationale...) ; Service d'éducation pour la santé de la CPAM ; Association Phare Enfants Parents.
Action pour la santé des femmes sur un quartier pour elles-mêmes et en tant que vecteur de santé pour leur entourage	PMI ; Education nationale ; Mutualité ; Centres sociaux ; Planning familial ; Comité Départemental d'Education Sanitaire et Sociale ; Association du dépistage du cancer du sein ; Prévention spécialisée.

de l'approche intersectorielle et interdisciplinaire. Il faut espérer cependant que la mise en œuvre des contrats locaux de santé prévus par la loi « hôpital patient santé territoire » permette à nouveau de penser de façon transversale et interdisciplinaire.

Il n'en reste pas moins que le territoire est devenu le dénominateur commun à un large panel d'acteurs qui ont pris l'habitude de travailler ensemble. Cela incite bon nombre de municipalités à se lancer dans une politique volontariste d'autant que la démarche d'ASV a été renforcée par la loi sur le renouvellement urbain (SRU) en 2003 qui identifie clairement des priorités en lien avec la santé. Dans de nombreuses villes se sont ouverts des chantiers sur⁵:

- l'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé (en partenariat avec la CPAM, la

CAF et le département par exemple);

- l'analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins, (en partenariat avec les établissements de soin, les libéraux);
- les questions concernant les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d'insertion, (idem);
- la qualité et l'organisation de l'offre de soins (idem)
- les besoins en formation des professionnels accueillant les publics en situation de précarité (action sur l'offre de formation, partenariat avec les écoles, les universités).

À ce jour, il n'existe pas de bilan exhaustif des ateliers santé-ville, mais plusieurs recueils d'expériences (cf. DIV, 2007) montrent un réel impact sur le terrain en terme d'interconnaissance des professionnels. Quant à la participation des habitants et l'amélioration de leur santé, le bilan est nettement plus mitigé, bon nombre d'initiatives demeurant le fait de professionnels qui associent assez

5- Source : délégation interministérielle à la Ville (DIV)

peu les habitants à l'ensemble du projet (ceux-ci sont le plus souvent uniquement appelés à valider les programmes quand ils ne sont pas simplement cantonnés au rôle d'usagers).

REPLACER LA MÉDECINE DANS LA SOCIÉTÉ

L'inscription de la santé dans les politiques urbaines et l'élargissement de la conception de la santé à l'ensemble des acteurs influant sur ses déterminants invitent à repenser la place de la médecine dans nos sociétés. Or cette place est ambivalente. D'une part elle est vouée à rassurer, d'autre part elle inspire des craintes.

Dans une société du risque telle que nous la vivons actuellement, la médecine joue un rôle important en matière de diagnostic épidémiologique, toxicologique et biologique. Les sciences médicales ont depuis plusieurs décennies développé un large corpus d'études visant à l'évaluation des risques pour la santé, risques liés à l'exposition à des facteurs pathogènes de l'environnement. Désormais les recherches visent à identifier les combinaisons de facteurs qui influent sur la santé en associant dans une même analyse des données, celle de l'individu et celle de la population. Cela se traduit en langage épidémiologique par la distinction entre effets de contexte et effets de composition. En d'autres termes cela revient à se demander si des variations de santé observées sur un territoire sont dues au fait qu'on compare des populations qui sont composées d'individus dont les caractéristiques sont différentes, d'un milieu à l'autre (effet de composition) ou si les variations sont causées par des caractéristiques de l'environnement dans lequel vivent ces individus et qui affectent leur santé (effet de contexte). Par exemple, l'observation de variations de la capacité cardio-pulmonaire moyenne des individus pourrait être attribuable au fait que la proportion de fumeurs (composition) varie d'un lieu à un autre mais elle pourrait aussi être le fait d'une variation locale de la pollution atmosphérique (contexte) qui affecte les individus.

C'est là un des grands axes de recherche en santé en lien avec les territoires : l'interdépendance entre les individus et leur contexte de vie et cet axe d'investigation conduira nécessairement à une prise en compte accrue des questions de santé dans un champ d'action de plus en plus vaste. La recherche médicale s'inscrit dans cette perspective et la mesure biomédicale devient ainsi un

paramètre essentiel dans la prise de décision en matière de politiques publiques, et constitue une composante souvent déterminante du fameux « principe de précaution ». On limite par exemple la vitesse automobile dans les grandes agglomérations lorsque les données environnementales croisées avec les données médicales font apparaître un risque pour la santé respiratoire des populations.

Mais si la santé rassure au travers de la précaution, elle inspire également des craintes qui sont indéniablement liées à sa technicité croissante qui la rend complexe et difficile à appréhender pour la population. De récentes avancées comme le décryptage du génome humain ont ouvert la voie à de potentielles applications génétiques qui véhiculent des peurs. Le clonage en est un exemple. Il y a là à la fois un enjeu d'éthique et de vulgarisation. La médecine est en effet parfois perçue comme un savoir inaccessible et les médecins comme barricadés derrière des savoirs qu'ils rechignent à partager malgré de récentes lois sur la place de l'utilisateur et son accès aux données médicales qui le concernent. Cela peut expliquer en partie le succès des médecines dites « alternatives » qui offrent des approches bien différentes. Cela renvoie à la vision de la maladie qui elle-même dépend à la fois du contexte social et culturel et du contexte épidémiologique. Résumons. Dans la médecine contemporaine allopathique, la maladie est due à un agent pathogène extérieur qui perturbe la santé et qu'il faut anéantir par un traitement. Cela correspond à une vision occidentale, et s'inscrit dans la continuité d'un régime épidémiologique de type infectieux. Or les sociétés occidentales vieillissent à un rythme rapide et ce phénomène a des implications quantitatives pour le système de santé (plus d'hospitalisations, plus de recours aux médecins). Mais, le changement le plus important est lié à un processus, plus fondamental encore, qui est le changement de la répartition des maladies au sein de la population (Colvez et al. 2002). Cette « transition épidémiologique » a des conséquences qualitatives sur les pratiques de soins majoritairement orientées vers la prise en charge curative des maladies aiguës. Soigner une personne âgée au long cours requiert des soins multiples, répétés et attentionnés. Et il s'agit d'une préoccupation universelle car si l'on peut espérer échapper à telle ou telle infection, le vieillissement, sauf accident, concerne tout le monde.

Les prises en charges « alternatives » généralement basées sur des approches globales dans lesquelles la maladie n'est plus un intrus dans un corps sain, mais une modification à interpréter (Laplantine, 1984). Et cette interprétation suppose de tenir compte de l'ensemble des déterminants de la santé du patient. Donc de connaître ses conditions de vie, ses relations sociales, son environnement, etc. Les praticiens qui adoptent de telles approches adoptent donc fréquemment d'autres modes de consultation dans lesquels le patient se sent écouté et rassuré, loin d'une « médecine business » dans laquelle les consultations sont trop expéditives, peu propices à l'échange patient-médecin⁶.

Pour M-J Imbault-Huard (op. cit.) le médecin doit réintroduire dans son diagnostic des connaissances sur les mentalités, les comportements, le fonctionnement de la société.

DÉCLOISONNEMENT ET DÉ-SPÉCIALISATION

En France, la santé reste essentiellement curative et les cloisonnements entre la santé, le social et le médico-social qui persistent sont probablement une des explications au fait que le corps médical reste peu impliqué dans le fonctionnement des territoires. En termes de gestion et de planification territoriales, le champ de la santé médicale continue à se focaliser sur la carte hospitalière en négligeant totalement le reste et notamment l'enjeu principal de l'accès aux soins pour tous, la loi HPST (2009) si elle marque quelques progrès (rapprochement du sanitaire et du médicosocial), ne semble pas en mesure de solutionner ce problème pour le moment car la réforme est menée au pas de charge. Il en résulte que les acteurs de terrain n'ont pas le temps nécessaire pour réfléchir à leurs pratiques et les modifier et qu'ils se réfugient dans leurs habitudes anciennes pour être en mesure de répondre aux injonctions immédiates de la nouvelle tutelle qu'est l'agence régionale de santé.

Et malgré des avancées notables dans des domaines tels que les soins bucco-dentaires par exemple une part importante de la population connaît des difficultés d'accès aux soins. Une enquête réalisée

dans des Zones urbaines sensibles franciliennes et des quartiers de la Politique de la Ville à Paris (Parizot et al., 2004), montre qu'un quart des habitants n'ont, par exemple, pas de médecin régulier (contre moins de 10 % de la population générale en France) et cette proportion atteint près de 40 % chez les chômeurs.

Cependant des évolutions récentes pourraient, à terme, changer la donne.

En premier lieu le désengagement de l'État qui s'accompagne d'un démantèlement progressif de l'hôpital public conduit à un éparpillement de l'offre de soins sur le territoire. La réduction des temps d'hospitalisation par le développement du secteur ambulatoire, mais aussi la tarification à l'activité (qui génère une sélection des actes pratiqués à l'hôpital) déplacent de nombreux soins de l'établissement vers le domicile. Cela génère de nouveaux besoins (services à domicile par exemple). De telles évolutions rendent indispensable une approche territorialisée. On ne peut plus penser la santé à l'échelle d'une structure de soins. Il faut changer d'échelle et raisonner à celle des bassins de vie, aires géographiques dessinées par les pratiques de vie des populations.

Une autre évolution, démographique, invite à la territorialisation, à la transversalité et aux approches multiscalaires de la santé. Le vieillissement rapide de la population fait émerger de nouvelles problématiques au premier rang desquelles se trouve l'accessibilité. Jusqu'alors préoccupation « réservée » à la population des personnes handicapées, l'accessibilité est devenue un enjeu pour tous car tout un chacun est ou sera un jour concerné par le vieillissement.

L'évolution de l'équipement de soins et l'évolution démographique se rejoignent avec pour effet pervers la fin de l'équipement tel que nous l'avons connu. Les conséquences sont nombreuses et pas seulement pour la gérontologie mais aussi pour d'autres secteurs. Cela s'applique par exemple à l'hôpital psychiatrique où le changement de vocable de psychiatrie à santé mentale s'accompagne d'une « dé-spécialisation » qui restreint les moyens de prise en charge adaptée. Ainsi certaines problématiques autrefois orientées vers le secteur psychiatrique sont aujourd'hui confiées au médecin généraliste, voire aux services sociaux qui s'en trouvent désemparés. Cette évolution, en psychiatrie, se place dans la continuité d'un mouvement de désinstitutionalisation né de la volonté de rompre avec l'enfermement et la stigmatisation du malade mental (cf. M. Foucault notam-

6- Les critiques envers ces médecines sont nombreuses et nous n'entrerons pas ici dans le débat de leur efficacité, nous contentant de relever une des raisons de leur succès

ment). Dans d'autres champs de la santé, le développement de l'ambulance a été justifié par l'argument médical d'un meilleur bien-être à domicile (espace familial et rassurant) qu'à l'hôpital (espace froid et inquiétant). Partant de fondements des plus légitimes, on aboutit en réalité à un système régi par les enjeux économiques et gestionnaires dans lesquels les raisons médicales sont reléguées à l'arrière-plan.

Sortie de l'établissement, pointée du doigt pour grever la dépense publique, la santé demeure une ressource du quotidien (OMS), un bien essentiel et donc un argumentaire fort du discours public. Hors de question d'admettre que les coupes franches dans les comptes de la santé se font au détriment de la qualité des soins. Hors de question également de reconnaître l'indigence des actions de prévention et de promotion de la santé. Au contraire, les discours sont basés sur la santé et, par extension, le bien-être (en reprenant la définition de l'OMS⁷) et la qualité de vie.

Il s'agit en fait d'une oscillation permanente entre une approche bio-médicale de la santé qui ramène invariablement à la question des déficits de l'assurance-maladie et une approche plus générale qui dilue la médecine dans un ensemble plus vaste dans lequel la santé n'est qu'un élément parmi d'autres pour former un tout : les conditions de vie.

CONCLUSION

La place de la médecine est essentielle dans la construction des savoirs en santé mais ne se conçoit pas indépendamment d'autres disciplines qui relèvent des sciences sociales (sociologie, anthropologie, géographie, histoire, psychologie, des sciences expérimentales (biologie, chimie, De la prise en compte de l'air, des eaux et des lieux à celle des effets de composition et de contexte, l'histoire des rapports entre ville et santé est longue et parsemée d'évolutions, parfois cycliques. Et si l'on prend l'image d'un balancier, le XIXe siècle a vu l'avènement d'une vision collective de la santé (hygiénisme) puis le balancier s'est déplacé vers une approche individuelle (colloque singulier médecin patient) et aujourd'hui le mouvement tend à s'inverser

7- L'OMS définit la santé comme étant plus que l'absence de maladie, un état de bien-être complet physique, moral et social.

de nouveau pour réinsérer la santé et de facto la médecine dans un ensemble plus vaste.

On a un temps pensé les infections largement contenues dans les pays occidentaux. De ce fait la prévention et la gestion du risque et les mesures administratives qui l'accompagnent ont pris de nouvelles directions : management du risque économique dans les systèmes assuranciers, contrôle du risque social pour les orientations les plus négatives, développement de mesures de santé publique, prévention des risques chroniques pour les aspects plus positifs. Ainsi la santé s'est peu à peu déplacée d'approche naturaliste, celle du corps de l'individu, vers l'ensemble du corps social dans un contexte de changements rapides et de creusement des inégalités économiques, sociales, spatiales et démographiques.

La prise de conscience, liée à la mondialisation, des risques environnementaux globaux a également recentré les préoccupations sur l'écologie et la gestion des catastrophes naturelles ou d'origine humaines (changement climatique, pollutions, A l'échelle des territoires et tout particulièrement de la ville, l'enjeu sanitaire et l'enjeu environnemental semblent se rejoindre : l'urbanisme affiche des ambitions de promotion de la qualité de vie dans des éco-quartiers bâtis d'éco-constructions par un éco-urbanisme plein de bons sentiments. Mais cela suffit-il à fabriquer de l'éco-santé ? Probablement pas tant les déterminants de la santé sont multiples.

Le risque infectieux d'ailleurs n'a pas disparu, finalement ! Mais son traitement a changé. Le récent épisode de la grippe aviaire et son importance, tout compte fait plus politique que sanitaire illustrent à la fois ce changement de sphère (de la sphère individuelle – corps humain – à la sphère collective – corps social) dans laquelle s'inscrit la santé, mais aussi un changement d'échelle dans le rapport ville-santé. Les questions de santé, d'environnement et les questions sociales sont aujourd'hui, plus que jamais, totalement imbriquées. La tuberculose, maladie de la pauvreté, de l'extrême précarité des conditions de vie et d'hébergement est l'exemple même des maladies qui ont pu être contrôlées pas des programmes à la fois sociaux et sanitaires. Dans un contexte global de désengagement de l'État, le démantèlement de ces programmes s'est traduit, dans plusieurs pays industrialisés, par la résurgence de la maladie. « Les réponses à cette résurgence ont combiné des programmes de santé publique (...) et des

approches médicales prenant en compte l'environnement social et les conditions de vie du patient, conjuguées à une volonté politique traduite en stratégies de santé publique clairement définies et financées sur le long terme, sont seules susceptibles de permettre de contrôler durablement, si ce n'est d'éradiquer, la maladie dans nos pays » (Chauvin, in DIV, op. cit).

La place de la médecine dans nos sociétés, nos villes et nos territoires ne peut donc aujourd'hui se comprendre que dans un système d'interrelations complexes. Ainsi se définit certainement la posture à adopter dans une approche de géographie sociale de la santé.

RÉFÉRENCES

- Allonier C., Debrand T., Lucas-Gabrielli V., Pierre A., 2009, Contexte géographique et état de santé de la population: de l'effet ZUS aux effets de voisinage, IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 139, 6 pages
- Berkman L., Kawachi I., 2000, *Social epidemiology*, Oxford University Press, 399 pages
- Besancenot J-P., 2007, « Environnement et santé » in Fleuret S., Thouez J-P., *Géographie de la santé. Un panorama*, Anthropos-Economica, pp. 59-71
- Billaud V., 1999, *La santé dans les politiques des villes*. Etude bibliographique pour le conseil national des Villes, MDSL-Intervention santé, 133 pages
- Bourdelais P., 2001, « Les logiques du développement de l'hygiène publique », in Bourdelais P. (dir.), *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques*, Belin, pp. 5-26
- Cartier C., 2003, From home to hospital and back again: economic restructuring, end of life, and the gendered problems of place-switching health services, *Social Science & Medicine* 56, pp. 2289 – 2301
- Chadwick E., 1842, *Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain*, publié par M.W. Flinn, Edimbourg university press, 1965
- Chauvin P., Parizot I., 2007, *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens. Résultats d'enquêtes statistiques conduites dans des quartiers de la politique de la ville*, Éditions de la DIV, 129 pages
- Colvez A, Gay M, Blanchard N, Fages D., 2002, La Coordination Gérontologique. Pour qui, pourquoi, comment? *Gérontologie et Société*, n° 100, 25-33
- Christaller W., 1933, *Die zentralen Orte in Süddeutschland*, Fischer, Iena
- Dab W., 2007, *Santé et environnement*, Que sais-je, Presses Universitaires de France, 3e édition
- Dahlgren, G., 1995, *European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. Vol. 11 – Intersectoral Action for Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Dever.A., 1976, épidemiological Model for Health Policy, *Social indicator research* 2, p. 453-466
- D.I.V. (collectif), 2007, *Ateliers Santé Ville une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, éditions de la DIV, Repères, 287 pages
- Dory D., 1991, *Eléments de géopsychiatrie*, L'Harmattan, géotextes, 284 pages
- Fassin D. (dir), 1998, *Les figures urbaines de la santé*

publique, La découverte, 238 pages

- Fassin D., 2001, La santé, une priorité publique en émergence, *Les Cahiers Thématiques*, n° 1, janvier, Institut régional de la ville Région Nord – Pas-de-Calais
- Foucault M., 1976, *La volonté de savoir*, Gallimard, 224 pages
- GRAHAM H. (dir.), 2000, *Understanding health inequalities*, Open University Press, 227 p.
- IMBAULT-HUART M.-J., 1984, « Histoire de la médecine. Luxe ou nécessité à la fin du XXe siècle », in *Histoire, économie et sociétés*, 3e année, n° 4, santé, médecine et politiques de santé, pp. 629-640
- Kawachi I., Subramanian S.V., Kim D., (dir.) 2008, *Social Capital and Health*, springer, 291 p.
- Labasse J., 1980, *L'hôpital et la ville*, Hermann, 280 pages
- Laplantine F., 1984, Jalons pour une anthropologie des systèmes de représentations de la maladie et de la guérison dans les sociétés occidentales contemporaines. In: *Histoire, économie et société*. 3e année, n° 4. Santé, médecine et politiques de santé. pp. 641-650
- Lebas J., Chauvin P., (dir), 1998, *Précarité et santé*, Flammarion collection médecine-sciences, 299 pages
- Litva A., Eyles J, 1995, Coming out : exposing social theory in medical geography, *Health and Place*, n° 1, pp. 5-14
- Matthey L., Walther O., 2005, Un « Nouvel hygiénisme »? Le bruit, l'odeur et l'émergence d'une *new middle class*, *Articulo - revue de sciences humaines* [En ligne], <http://articulo.revues.org/index931.html>
- Nourrisson D. (dir.), 2002, *Éducation à la santé XIXe-XXe siècle*, Éditions de l'École nationale de la santé publique, 158 p.
- OMS, 2006, *Les études d'impact sur la santé dans les villes santé*, 8 pages.
- Parizot I, Bazin F, Renahy E, Chauvin P., 2004, *Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers défavorisés d'Ile de France*. Rapport pour la Délégation Interministérielle à la Ville. Paris: Inserm U444, 110 p.
- Roussel I. Rozec V., 2003, « De l'hygiénisme à la qualité de vie: l'enjeu de la gestion des plaintes environnementales urbaines », *Géocarrefour*, vol. 78/3, publié en ligne <http://geocarrefour.revues.org/index2091.html>
- Reynaud L., Séchet R., 2007, « Santé et risque(s): du singulier au pluriel » in Fleuret S., Thouez J-P., *Géographie de la santé. Un panorama*, Anthropos-Economica, pp. 213-231
- Ruegg J., 2010, « Les relations entre urbanisme et santé vues au travers de la médiation de la scientification », in Richoz, Boulianne et RUEGG (dir), *Santé et développement territorial*, pp. 5-18
- Sorre M., 1933, « Complexes pathogènes et géographie médicale », *Annales de Géographie*, vol. 42, n° 235, pp.1-18.
- Theys J., Emellianoff C, 2001, Les contradictions de la ville durable, *Le débat*, n° 113, p. 122-135.
- Thouez J-P., 2005, *Santé, maladies et environnement*, Anthropos-Economica, 137 pages
- Tabuteau D., 2007, La sécurité sanitaire, réforme institutionnelle ou résurgence des politiques de santé publique? *Sève 07/3*, N° 16, p. 87-103.
- Villermé L-R., 1840, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers des manufactures de coton, laine et soie*, J. Renouard, 2 volumes.