

AGIR EN MILIEU URBAIN : UN DEFI INTERSECTORIEL POUR PROMOUVOIR LA SANTE

Roderick J. Lawrence, Professeur, Centre universitaire d'écologie humaine et des sciences de l'environnement, Université de Genève, 1211 Genève 4.

Tel: +41-22-3798174; fax: +41-22-3798173. email: Roderick.Lawrence@cueh.unige.ch

La santé urbaine est un sujet vaste et complexe. Afin d'en appréhender les multiples dimensions avant d'agir pour promouvoir la santé, l'ensemble de facteurs, leurs composantes et les interdépendances doivent être analysés dans le temps et par rapport aux échelles géographiques diverses prenant en compte l'intérieur du bâtiment jusqu'à l'ensemble de l'agglomération.

Pourquoi la santé urbaine est-elle importante?

Il y a cent ans, quelque 80% de la population mondiale vivait en milieu rural. En 2001, environs 50% de la population mondiale et 80% de la population en Europe vivait en milieu urbain (CNUEH, 2001). Le 20^{ème} siècle a été marqué par la croissance de la taille des populations urbaines et de la superficie des villes à une échelle inconnue jusque là. Cette croissance devrait d'ailleurs se poursuivre. Le siècle dernier a connu une "révolution urbaine" qui a transformé les dimensions physique, psychologique et sociale de la vie quotidienne y compris le logement, le transport et d'autres composantes propres aux zones métropolitaines. C'est le cas notamment de l'amélioration de l'accès aux services médicaux en milieu urbain à la différence des zones rurales. La vie en milieu urbain comporte d'autres avantages importants en matière de santé dont un accès plus facile aux marchés de l'emploi, à l'éducation, aux activités culturelles et de loisir (McMichael, 1993).

Toutefois, aujourd'hui, la santé en milieu urbain est aussi caractérisée par l'occurrence relativement élevée de la tuberculose, de maladies respiratoires et cardiovasculaires, du cancer, de l'obésité chez les adultes, de la malnutrition, du tabagisme, de troubles psychologiques, d'alcoolisme, de consommation de drogue, de maladies sexuellement transmissibles (dont le SIDA), ainsi que de la peur de la criminalité, de crimes et de violences et de blessures et décès accidentels. Il convient de noter que dans les années 1990, les troubles psychologiques ont été intégrés à l'étiologie dans le domaine de la santé urbaine et que la promotion de la santé physique et psychique était considérée comme un objectif complémentaire de politique locale et nationale (Murray and Lopez, 1996).

Entre 1990 et 2000, la population mondiale a augmenté de 15 % passant de 5.27 à 6.06 milliards de personnes. Vers la moitié de l'année 2000, la population mondiale s'élevait à 6.06 milliards et continuait d'augmenter de 75 millions de personnes par an. Sur la même période, la population urbaine a augmenté de 25 %, tandis que la population rurale n'enregistrait qu'environ 8 % de hausse. En 1990, 43.5 % de la population mondiale vivait en zone urbaine; en 2000, elle s'élevait à 47 % (CNUEH,2001). Ces chiffres ne font pourtant pas état de différences régionales majeures. Ainsi, la croissance démographique en Afrique représente quasiment le double de la moyenne mondiale.

La définition de l'Organisation mondiale pour la santé indique que la santé n'est "pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais un état optimal de bien-être physique, mental et social "

(OMS, 1946). Cette définition bien qu'idéaliste, a le mérite de ne pas se limiter aux maladies qu'on a souvent considéré comme des obstacles temporaires ou permanents à la santé, ou comme des dysfonctionnements d'un ou plusieurs éléments du corps humain. Etant donné que la définition de l'OMS intégrant la notion de bien-être social, les interprétations du concept de santé en milieu urbain devraient être élargies.

Nombre des problèmes liés à la santé identifiés dans le cadre de l'urbanisation, des conditions de logement et de vie dans les années 1990 ont des effets qui dépassent les seules maladies. L'appauvrissement de la qualité de vie en milieu urbaine augmente le taux de décès prématurés et entraîne des dégradations de la santé suite à des blessures, ou à un mauvais état de santé ainsi que des troubles psychologiques et des problèmes sociaux tels l'agitation sociale, la criminalité et la violence (Murray et Lopez, 1996).

Les conditions de santé des populations en milieu urbain ne sont pas uniquement tributaires de facteurs matériels et non physiques mais aussi des interdépendances entre ceux-ci. Dès lors, plusieurs aspects conceptuels et méthodologiques doivent être examinés pour bien comprendre ces composantes et leurs interdépendances. Il ne convient pas d'isoler une composante de son contexte, mais plutôt d'adopter une interprétation écologique pour appréhender toutes les composantes et leurs interdépendances (Lawrence, 1999).

Dans le domaine de la promotion de la santé, celle-ci n'est pas considérée comme une condition abstraite mais comme la capacité d'un individu d'atteindre son potentiel et de répondre positivement aux défis de la vie quotidienne. Cette interprétation souligne le fait que les conditions environnementales, économiques et sociales dans certaines zones urbaines peuvent influencer sur les relations humaines, induire une situation de stress et avoir des conséquences positives ou négatives sur l'état de santé des groupes sociaux, des ménages et des individus qui y résident (Lawrence, 1999).

Cette interprétation est pertinente pour la santé urbaine car les conditions environnementales, économiques et sociales du milieu urbain peuvent jouer un rôle important sur les relations humaines, provoquer du stress et influencer positivement ou négativement les conditions de santé des groupes sociaux, des familles et des individus. Elle signifie aussi que la capacité du secteur de la santé de garantir la santé et le bien-être des populations est limitée et qu'une collaboration étroite avec d'autres secteurs serait bénéfique, voir indispensable.

ACTION PROFESSIONNELLE INTERSECTORIELLE

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, l'action intersectorielle est essentielle pour aborder les enjeux complexes des domaines de la santé et de l'environnement urbain. L'action intersectorielle peut être définie comme étant "une relation reconnue entre une ou plusieurs parties du secteur de la santé avec une ou plusieurs parties d'un autre secteur, formée pour agir sur une question particulière afin d'obtenir des résultats en matière de santé (ou des objectifs intermédiaires) de manière plus concrète, plus efficace ou plus viable que si le secteur de la santé avait agi seul" (OMS, 1997, p. 3).

En principe, les éléments biologiques, environnementaux, économiques et sociaux de la santé sont suffisamment documentés. Ces dernières années, ils ont été progressivement intégrés à la santé publique (Organisation Mondiale de la Santé, 1998). Pendant les années 1990, décennie marquée par des changements rapides aux niveaux économique, technologique et politique, on a pris conscience que d'autres facteurs y compris le taux de globalisation et d'urbanisation

exercent aussi une influence de taille sur la santé. Les tendances récentes constituent de nouvelles opportunités et de nouveaux défis quant à l'amélioration de la santé au XXI^e siècle à travers une coordination et une collaboration qui transgressent les frontières professionnelles traditionnelles:

"L'action intersectorielle est requise pour faire face aux forces (tel le développement économique) qui influencent la santé et les conditions environnementales (au moyen des politiques et de leur mise en oeuvre), aux pressions exercées sur l'environnement (notamment par des logements adéquats et l'accès aux services de base, des méthodes de production plus propres et une réduction des émissions), à l'état (qualité) de l'environnement (par des mécanismes de contrôle de pollution notamment), aux risques qui pèsent sur l'être humain (par le biais de la législation, de changements de comportement, de protection individuelle) et aux effets sur la santé (par des soins médicaux aux malades)."

(Organisation Mondiale de la Santé, 1997, traduit de l'anglais)

L'action intersectorielle devrait s'établir à tous les niveaux administratifs, aussi bien local et national que transnational, régional et international. Par voie de conséquence, des stratégies et des plans coordonnés doivent être mis en place à chaque niveau afin d'appliquer des approches systémiques pour aborder des problèmes complexes et multidimensionnels. Une perspective d'écologique peut être appliquée pour la mise en oeuvre d'une telle démarche pour promouvoir la santé en milieu urbain.

PERSPECTIVE ÉCOLOGIQUE

Le terme "écologie" à son origine dans le grec ancien "*oikos*" et "*logos*" et signifie "science de l'habitat". On prétend généralement que sa première utilisation date de 1866 et est attribuée à Ernst Haeckel (1834-1919), zoologue allemand (Lawrence, 2001). Le mot écologie désigne la science qui traite des corrélations entre les organismes et leur environnement. Depuis la fin du XIX^e siècle, le terme "écologie" a donné lieu à de nombreuses interprétations. Par exemple, en sciences naturelles, les botanistes et zoologues utilisent le terme "écologie générale" pour désigner les corrélations entre les animaux, les plantes et leur environnement immédiat. L'écologie humaine traite explicitement des relations individu/environnement (voir la figure 1). Le terme constitue un cadre conceptuel pour les scientifiques et praticiens des domaines des sciences naturelles (ex. biologie, chimie et géologie) et des sciences humaines (ex. anthropologie, épidémiologie, sociologie et psychologie) qui leur permet d'accepter des méthodes et concepts divergents et d'élaborer une approche intégrée.

(insérer la figure 1 ici)

La perspective écologique présentée ici considère quatre séries de facteurs de corrélations: *l'individu*, disposant d'un code génétique spécifique qui détermine sa fragilité ou son immunité par rapport aux maladies et les caractéristiques de son style de vie; *l'agent ou vecteur* de maladie qui comprend, au-delà des composantes bio-géo-physiques de l'environnement, les dimensions sociale et psychologique de l'être humain; *l'environnement physique et social* de l'individu qui affecte la réceptivité de l'hôte, la virulence des agents biophysiques et l'exposition, la quantité et la nature du contact entre l'hôte et le vecteur; *les ressources disponibles* utilisées par les individus et les ménages, y compris le logement, l'alimentation, l'argent, l'information et l'accès aux services médicaux et de santé auxquels l'ensemble des groupes de population devrait avoir

accès.

La distinction entre les modèles biomédicaux et les interprétations écologiques de la santé est fondamentale (Catalano, 1979). La théorie des germes, par exemple, propose une explication incomplète des maladies humaines car elle ignore l'influence sur la santé des nombreuses dimensions physiques et sociales de l'environnement. Les interprétations écologiques considèrent que la présence d'un germe est une condition nécessaire mais pas suffisante pour qu'un individu tombe malade. Elles acceptent que certains individus soient plus sensibles à certaines maladies du fait de leur exposition différentielle à de nombreux facteurs environnementaux, économiques et sociaux dont l'influence sur la santé et le bien-être peut être positive ou négative. Cette interprétation n'ignore pas l'influence des gènes, du comportement individuel ou des soins de santé de base. Néanmoins, elle estime que ces éléments à eux seuls, n'envisagent pas les liens potentiels entre les problèmes sociaux et la maladie (ex. inégalités) ou à l'inverse l'aspect des dimensions sociales positives et la promotion de la santé (ex. éducation). La distinction entre état de santé potentiel et effectif peut constituer la base d'une nouvelle interprétation de la santé qui inclurait les facteurs écologiques, sociaux et psychologiques (Hartig and Lawrence, 2003).

L'adoption d'une perspective large quant aux relations qui existent entre les conditions des établissements humains et la santé nécessite une analyse conceptuelle et méthodologique approfondie. Ce type de perspective requiert une analyse des corrélations entre de multiples facteurs. Les interprétations multidimensionnelles de la santé et des maladies humaines ont une histoire longue et mouvementée. Celle-ci remonte au moins jusqu'au traité d'Hippocrate "*Des airs, des eaux et des lieux*" publié il y a quelque 2600 ans. Hippocrate pratiquait une approche intégrée très éloignée de l'approche contemporaine adoptée dans de nombreux travaux de recherche et dans la pratique professionnelle qui tend plutôt à isoler les variables les unes des autres et de leur contexte.

Habitat – Santé : une interprétation intersectorielle

Les facteurs environnementaux sont parmi des déterminants fondamentaux de la santé et du bien être. L'environnement peut être considéré à plusieurs échelles géographiques du globale au locale, y compris le micro-échelle des bâtiments. Chaque individu passe la majeure partie de sa vie à l'intérieur de locaux (logements, écoles, lieux de travail, de loisirs par exemple). L'environnement résidentiel que constitue l'habitat, comprennent le logement, l'immeuble résidentiel et le quartier, joue un rôle décisif dans l'état de santé des personnes.

Aujourd'hui, les politiques de l'habitat et de la santé publique font rarement partie des manifestes des gouvernements et des partis politiques. Il n'est donc pas étonnant de voir, à la fin du 20^{ème} siècle, apparaître certains éléments négatifs, notamment une dégradation des qualités de l'habitat dans de nombreux pays et de nouvelles maladies infectieuses. Un changement fondamental est impératif. Ce changement sera favorisé par la mise en œuvre de recherches interdisciplinaires, par le partage du vécu de l'habitant et de l'expérience entre les secteurs privés et publics, ainsi que par une meilleure diffusion de l'information.

Les interrelations entre l'habitat et la santé sont multiples et complexes (Hartig et Lawrence, 2003). L'environnement construit sert de cadre pour des pratiques, des valeurs et des styles de vie des ménages et des individus, qui font partie intégrante des aspects qualitatifs de l'habitat et de la vie quotidienne. Dans ce sens, il est nécessaire d'élargir le champ de référence utilisé

couramment. La qualité de l'habitat ne se réduit pas à la seule addition de l'appréciation de caractéristiques architecturales, urbanistiques et techniques du logement, de l'immeuble résidentiel et du quartier. Soulignons encore qu'il est nécessaire de prendre en compte les caractéristiques spécifiques de la population (notamment l'âge, le sexe, la structure de ménage, et la durée du bail du loyer).

Une perspective écologique confirme qu'on ne peut pas ignorer les appréciations de l'environnement résidentiel des habitants, ni de leur style de vie, qui interviennent pour différencier, organiser et transformer les bâtiments habités au cours du temps. En outre, il est nécessaire de souligner qu'aujourd'hui la formation des ménages et la valorisation de l'épanouissement personnel débouchent sur une pluralité de comportements individuels et de pratiques domestiques plutôt que sur une standardisation des modes de vie courants dans les classes sociales couramment identifiables.

La qualité du milieu de vie (le logement, l'immeuble résidentiel et ses alentours, ainsi que le quartier) joue un rôle fondamental dans l'appréciation des conditions de vie quotidienne favorables ou défavorables à la santé. En principe, la qualité du milieu de vie est un facteur important, mais mal connu qui influence la santé et le bien-être de la population genevoise. De ce fait, ***il est nécessaire d'intégrer des questions de qualités de l'habitat et de l'environnement local dans les politiques de santé publique.***

Le marché du logement et le système de santé peuvent être caractérisés de plusieurs façons y compris par ses inégalités par rapport au genre, aux classes d'âges et au lieu de domicile de la population surtout les groupes les plus vulnérables. L'objectif de la politique de la santé ne doit pas être de se ranger autour d'une moyenne, mais plutôt d'identifier, de comprendre et d'agir sur les différences entre les conditions de vie et de santé d'une population au niveau local. Par les recherches interdisciplinaires et en appliquant une perspective écologique, un certain nombre de facteurs favorables ou défavorables peuvent être discernés au niveau local pour leurs influences importantes sur les besoins de logement et de santé. Soulignons ici que le logement, l'immeuble résidentiel et le quartier sont les unités d'analyse à part entière. Chaque échelle d'analyse est pertinente car elle permet de connaître les disparités à l'intérieur d'un immeuble collectif, ou d'un quartier ou d'une ville.

Les interrelations entre la santé des groupes ou des ménages, des individus et de leur environnement bio-chimique, matériel et social doit plus que jamais être prise en compte dans l'aménagement du territoire et la planification de l'habitat. Toutefois, l'existence de logements de qualité insuffisante ne constitue pas un problème uniquement d'ordre sanitaire ou technique. Elle est également l'expression des disparités et des difficultés économiques et politiques liées à l'utilisation inéquitable des ressources aussi bien que le respect de l'environnement et d'autrui à long terme (McMichael, 2000).

SYNTHESE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (1992) la définition et la promotion de la santé sont à envisager dans leur sens le plus large. La santé dépend de notre capacité de comprendre et à gérer les interactions entre les activités de l'homme et son environnement biophysique et social. Il s'agit d'un problème transversal lié à la qualité du milieu de vie et le niveau et au style de vie.

Aujourd'hui, les interrelations entre les tendances et conditions urbaines nationales et locales nécessitent des études plus systématiques. Cela présuppose un nouveau calendrier de

recherche que les autorités municipales, régionales et nationales devraient coordonner au-delà des secteurs traditionnels. En attendant, les indicateurs et les données sur la santé environnementale dont l'objectif est de mesurer les éléments biologiques et abiotiques des environnements urbains - à l'instar de la pollution de l'air, les polluants de l'eau et les déchets toxiques - continueront de dépendre des perspectives sectorielles.

Parallèlement, cet ensemble d'informations continuera d'occulter les relations entre les individus, notamment les inégalités quant aux conditions de logement et de travail ainsi que l'accès à toutes sortes de ressources et services communautaires. Par conséquent, les aspects fondamentaux de la relation santé - environnement seront limités à "comment les facteurs environnementaux affectent-ils la santé" et "comment les tendances environnementales actuelles changent-elles les schémas des risques sanitaires" (Organisation Mondiale de la Santé, 1997). Ces formulations vagues doivent être redéfinies et combinées à d'autres approches. Cette redéfinition devrait inclure un examen approfondi des différentes formes de données quantitatives et qualitatives qui indiquent l'état de santé et de bien-être de la population au moyen d'une approche plus intégrée qui faciliterai la réalisation d'une démarche intersectorielle.

CONCLUSION

Depuis le Sommet de la Terre à Rio de Janeiro en 1992, une série de conférences internationales a servi de forum international pour débattre et démontrer de quelle manière la santé, la maladie et l'urbanisation sont interdépendants. De nombreuses autorités nationales et des gouvernements locaux ont formé des alliances avec des organisations non gouvernementales, des organisations communautaires et le secteur privé pour promouvoir la qualité de la vie au quotidien. Le projet OMS Villes-Santé a contribué à cette démarche aux niveaux local, régional et international. Ces alliances ne peuvent atteindre cet objectif que si elles sont soutenues par des moyens humains et financiers. Leurs actions ne peuvent prendre en compte les spécificités urbaines que si les décideurs et les professionnels peuvent se baser sur des données systématiques et une information fiable. Ces sources officielles de données et d'information peuvent être utilisées en parallèle à la recherche innovante pour diffuser les indicateurs et les statistiques destinés à surveiller les tendances et à améliorer notre compréhension de la santé urbaine de tous les groupes de la société civile. Il s'agit d'une tâche ardue mais cruciale en ce début de 21^{ème} siècle, aussi bien pour les pays en développement que pour les pays développés.

BIBLIOGRAPHIE

Barton, H., Tsourou, C. (2000). *Healthy Urban Planning*. London: E & F.N. Spon.

Bistrup, M.L. (1991). *Housing and Community Environments: How they support health*. Copenhagen: National Board of Health.

Catalano, R. (1979). *Health, Behavior and the Community: An ecological perspective*. Pergamon Press, New York.

Commission des Nations Unies sur les Établissements Humains (PNUEH-Habitat) (2001). *The State of the World's Cities*. PNUEH Habitat, Nairobi, document HS/619/01^E.

Gibbons, M., et al., (1994). *The new production of knowledge: The dynamics of science and research in contemporary society*. London, Sage.

Grafmeyer, Y., Joseph, I., (1979). *L'école de Chicago - naissance de l'écologie urbaine*. Paris, Aubier.

Hartig, T. and Lawrence, R (Ed.) (2003). The residential context of Health. *Journal of Social Issues*, vol.59, no.3: pp. 455-650.

Hippocrates (1849). On air, waters, and places. In *The Genuine Works of Hippocrates*. Translated with a commentary by Francis Adams. London: The Sydenham Society.

Klein Thompson, J., (1996). *Crossing boundaries: Knowledge, disciplinarity and interdisciplinarity*. Charlottesville, University Press of Virginia.

Klein, J., et al., (2001). *Transdisciplinarity: Joint problem solving among science, technology and society*. Basle, Birkhauser.

Lawrence, R. (1999). Urban health: An ecological perspective. *Reviews on Environmental Health*, Vol.14, No.1: pp.1-10.

Lawrence, R., 2001. Human ecology, in Tolba, M. (Ed.), *Our fragile world: Challenges and opportunities for sustainable development, volume.1*. Oxford, EOLSS Publishers, 675-693.

Lawrence, R., 2003. Participation citoyenne pour aménager l'habitat, in Da Cunha, A., Ruegg, J. (Ed.), *Développement durable et aménagement du territoire*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 331-345.

Lawrence, R., 2004. Housing and health: from interdisciplinary principles to transdisciplinary research and practice, *Futures*, 36, 4, 487-502.

Lawrence R., Després, C., 2004. Transdisciplinarity. *Futures*, 36, 4, 397-526 (numéro spécial).

McMichael, A. (1993). *Planetary Overload: Global environmental change and the health of the human species*. Cambridge: Cambridge University Press

McMichael, A. (2000) The urban environment and health in a world of increasing globalization: Issues for developing countries. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, Vol. 78, No.9: pp.1117-1126.

Murray, C., Lopez, A. (Ed.) (1996). *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.* , Cambridge, MA;: Harvard University Press.

Morin, E., (1999). *Le défi du XXè siècle - relier les connaissances*. Paris, Editions du Seuil.

Nowotny, H., et al., (2001). *Re-thinking science: knowledge and the public in an age of uncertainty*. Cambridge, Polity Press.

Organisation Mondiale de la Santé. (1946). *Constitution*. Genève,: Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé. (1992). *Notre planète, notre Santé: Rapport de la Commission OMS santé et environnement*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé. (1997). *Intersectoral Action for Health*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé. (1998). *Les faits*. Copenhague, Bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ramadier, T. (2004). Transdisciplinarity and its challenges: the case of urban studies, *Futures*, 36, 4, 423-439.

Sommerville, M., Rapport, D. (Ed.), (2000). *Transdisciplinarity: Recreating integrated knowledge*. Oxford, EOLSS Publishers.