

Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé

Regards croisés en régions :
de l'observation à l'action



JANVIER 2014

Ce document a été réalisé par le **Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales** (SGMAS) et le **Commissariat général au développement durable** (CGDD), avec la participation de l'**Institut national de l'environnement industriel et des risques** (Ineris) et la **Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé** (Fnors) :

Geneviève BESSE (CGDD)- genevieve.besse@developpement-durable.gouv.fr

Nicolas PRISSE (SGMAS) - nicolas.prisse@sg.social.gouv.fr

Julien CAUDEVILLE (Ineris) - Julien.caudeville@ineris.fr

François MICHELOT (Fnors) - francois.michelot@fnors.org

Alain TRUGEON (OR2S Picardie, Fnors) - alain.trugeon@or2s.fr

Date de publication : Janvier 2014

Édito

En 2012, le Secrétariat général en charge des ministères sociaux (SGMAS) et le Commissariat général au développement durable (CGDD) ont partagé le constat d'un besoin de coordination et d'échange d'outils et de pratiques entre les services qui, dans les territoires, travaillent à la réduction des inégalités de santé, en agissant sur leurs déterminants sociaux et environnementaux. Pour répondre à ce besoin, le SGMAS et le CGDD ont constitué un **comité de pilotage interministériel** associant les représentants des principales administrations concernées : Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de la prévention des risques (DGPR), Direction générale de la cohésion sociale, (DGCS), Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (Datar), Agences régionales de santé (ARS), Directions régionales de l'environnement, l'aménagement, du logement (Dreal), ainsi que divers experts.

Début 2013, ce comité a lancé **une enquête**, pilotée par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), **auprès des ARS, des Dreal et des directions régionales de la jeunesse, de la santé et de la cohésion sociale** (DRJSCS). Ce travail a permis de repérer les démarches les plus probantes, en termes de méthodes et outils de diagnostic et d'élaboration de politiques conjointes par les services et opérateurs de l'État en région.

Que ces services soient ici sincèrement remerciés pour leur implication et la qualité de leur contribution. Nous disposons grâce à leurs réponses d'un panorama des outils et modes d'action en usage dans les régions pour repérer, diagnostiquer et lutter contre les inégalités environnementales et sociales de santé au plus près des territoires.

Cette démarche permet aujourd'hui de **mieux connaître et faire connaître les initiatives régionales ou locales, encore peu nombreuses, qui s'attachent à croiser les dimensions sociales, environnementales et territoriales de la santé**. À travers une série d'exemples, cette publication révèle les facteurs de succès et les limites rencontrées pour élaborer des diagnostics multidimensionnels complexes, et des coopérations exemplaires entre institutions. Elle ouvre la voie d'une meilleure gouvernance au niveau des régions, et entre les régions au plan national.

Ces travaux s'inscrivent donc dans l'action. S'il faut mieux savoir pour mieux agir, comme l'exposent plusieurs articles de cet ouvrage, il faut aussi et sans attendre améliorer l'action avec les connaissances que l'on a, et qui sont déjà importantes, par une meilleure gouvernance. Qualité de l'air ou de l'eau, pollutions dans les transports ou les logements, bien des domaines relèvent de politiques de prévention face à des risques avérés, dont l'exposition apparaît très dépendante des situations sociales et/ou géographique.

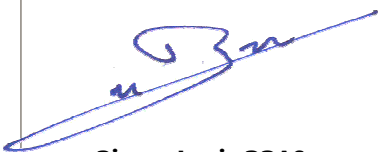
Les inégalités se creusent de façon diverse au sein des territoires. Face à des pathologies en augmentation (asthme, cancers, diabète), certaines populations sont plus touchées en raison de leur situation. Si les zones urbaines concentrent par essence les populations, et donc les consommations et les émissions, la majorité des

impacts environnementaux induits par la ville se ressentent cependant en dehors d'elles. L'amélioration des conditions de vie en zone urbaine renforce les inégalités territoriales : déchets et industries les plus polluantes rejetés en périphérie, contribuant à l'essor d'un périurbain dégradé, de plus en plus habité, et qui cumule les difficultés sociales et sanitaires.

La réduction des inégalités territoriales et environnementales de santé passe ainsi par de nouvelles solidarités entre services, entre territoires, elle passe aussi à terme par de nouvelles formes d'organisation de l'économie au plan territorial pour prévenir les difficultés et développer des aménités. Elle invite surtout à un travail étroit entre les services de l'État et les collectivités territoriales.


La feuille de route gouvernementale pour la transition écologique issue de la conférence environnementale de 2012 fait de la lutte contre les inégalités écologiques un axe majeur. Dans son rapport de février 2013, le groupe de suivi du deuxième plan santé environnement relève que le croisement entre les inégalités sociales et les inégalités environnementales est insuffisamment développé.

S'il est clair aujourd'hui que le lien entre situation sociale, territoire, environnement, modes de vie et santé est central, beaucoup reste à faire pour faire converger les démarches, utiliser les outils existants de caractérisation des inégalités, pour progresser dans la justice environnementale, sur tous les territoires. Nous souhaitons que ces travaux conjoints ouvrent la voie de coopérations futures et que leur valorisation soit riche d'enseignements. La résorption des inégalités environnementales, écologiques, sociales et territoriales de santé doit devenir un axe structurant de nos politiques publiques, et notamment du prochain PNSE.



Pierre-Louis BRAS

Secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales



Jean-Paul ALBERTINI

Commissaire général
au développement durable

Sommaire

PROPOS INTRODUCTIFS – COMPRENDRE ET OBSERVER LES ITSS	5
Contexte et enjeux, méthodologie	6
Quelle idée de justice sociale en santé environnement ? <i>Cyrille Harpet (EHESP)</i>	8
Caractérisation des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé - Données, méthodes et outils, <i>Julien Caudeville (INERIS)</i>	11
DÉMARCHES RÉGIONALES – REGARDS À TRAVERS QUELQUES EXEMPLES	15
1. Diagnostics locaux de santé et contrats locaux de santé	16
2. Caractérisation des associations spatiales entre environnement, santé et statut socio-économique des populations	24
3. Précarité, qualité de l'eau et santé	26
4. Traitement de l'habitat indigne	28
5. Plan régional de santé environnement	30
6. Identification des points noirs environnementaux	32
7. Évaluation d'impact sur la santé	38
Les facteurs de réussite, attentes et freins concernant les diagnostics : une synthèse des résultats de l'enquête, <i>Philippe LORENZO (OR2S Picardie)</i>	40
DISCUSSION ET CONCLUSIONS	43
Entre données objectives et expressions subjectives : Appréhender les situations d'injustice environnementale, <i>Éric PAUTARD (CGDD)</i>	44
Un défi majeur dans les années à venir : le recueil des données environnementales et de santé, leur centralisation, leurs disponibilités, leur traitement à petite échelle, <i>Aurélie VIEILLEFOSSE et Fabrice CANDIA (DGPR)</i>	48
Conclusion	51
ANNEXES	53
Synthèse des rapports des quatre ateliers du séminaire de restitution du 5 septembre 2013	54
Siglaire	60
Bibliographie	62

Remerciements

Ce document a été réalisé sous l'égide du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et du Commissariat général au développement durable (CGDD), par :

Geneviève Besse (CGDD) - Julien Caudeville (Ineris) - François Michelot (Fnors) - Nicolas Prisse (SGMAS) - Alain Trugeon (OR2S Picardie, Fnors).

Un comité de pilotage, co-animé par Nicolas Prisse (SGMAS) et Geneviève Besse (CGDD), a suivi et validé chacune des étapes de la rédaction de ce rapport. Outre les personnes mentionnées ci-dessus, il était composé de :

Céline Braillon (CGDD) - Fabrice Candia (DGPR) - Gérard Coruble (ARS Paca) - Pascale Échard-Bezault (Datar) - Laëtitia Firdion (Datar) - Mireille Fontaine (DGS) - Anne Laporte (ARS Île-de-France) - André Ochoa (ORS Aquitaine, Fnors) - Clara Paolini (DGCS) - Hugues Riff (ARS Paca) - Charles Saout (DGS).

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à la préparation de ce document :

Cindy Alix (OR2S Picardie) - Pamela Borr (Dreal Lorraine) - Jean-François Coquand (DRJSCS de Picardie) - Laurent El Ghazi (ESPT) - Aline Gill (Sgar de Lorraine) - Cyrille Harpet (EHESP) - Muriel Ismert (Ineris) - Sophie Lambert Evans (Fnors) - Bernard Lapostolet (Fondation Abbé Pierre) - Philippe Lorenzo (OR2S Picardie) - Éric Pautard (CGDD, SOeS) - Martine Ramel (Ineris) - Véronique Stella (Fondation Abbé Pierre) - Myriam Valentini (Fnors) - Élodie Verdier (DGPR) - Anne Vidy (ARS Bretagne) - Aurélie Vieillefosse (DGPR).

Ainsi que toutes les personnes des ARS, Dreal et DRJSCS qui ont accepté de répondre au questionnaire en ligne développé par l'OR2S Picardie, dont les réponses ont servi de base à la constitution de ce document et qui ont participé au séminaire de restitution de cette enquête sur les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé tenu à Paris le 5 septembre 2013.

Conception graphique et réalisation : Direction de la communication (MEDDE)

**Comprendre et observer les
inégalités territoriales,
environnementales et sociales de santé**

Propos introductifs



Contexte et enjeux

L'état de santé d'une population résulte d'interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre social, territorial et environnemental. Leur combinaison associée aux déterminants individuels influe sur l'état de santé. La prise en compte de l'impact sur la santé des risques environnementaux est reconnue comme une priorité par l'OMS¹ depuis plusieurs années. L'impact du territoire sur la santé a été réaffirmé par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 et l'impact de la situation sociale est constamment rappelé dans les plans, programmes et projets de santé. La Conférence environnementale qui s'est tenue les 14 et 15 septembre 2012 à Paris a consacré une de ses cinq tables rondes pluripartites à la prévention des risques en santé environnement ; la feuille de route gouvernementale adoptée après cette conférence fait ainsi de la lutte contre les inégalités environnementales une priorité.

C'est dans ce contexte que le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et le Commissariat général au développement durable (CGDD) ont mené une réflexion commune sur les travaux engagés dans les régions, traitant du croisement des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé.

En partenariat avec la Fédération nationale des observatoires régionaux de la Santé (Fnors), une enquête a été menée au cours du premier trimestre 2013 auprès des agences régionales de santé (ARS), des directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal) et des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). L'objectif de ce recueil était de collecter des informations permettant de disposer de connaissances plus précises des diagnostics existants et des leviers d'actions servant à

élaborer, à différents niveaux territoriaux, des politiques de lutte contre ces inégalités.

Le présent document de synthèse qui en est issu, intitulé « Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé – Regards croisés en régions : de l'observation à l'action » vise à dresser un état des lieux en présentant les diagnostics et les actions les plus représentatifs de la diversité des productions recueillies au cours de l'enquête.

Deux propos introductifs ouvrent cette publication. La contribution de Cyrille Harpet (EHESP) s'attache tout d'abord à questionner le sens de cette thématique des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé, éclairant les notions d'égalité et d'équité pour mettre en perspective l'idée d'une justice en matière de santé environnement. Le constat des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé pose par ailleurs un certain nombre de questions, ce qui rend nécessaire de caractériser les phénomènes : c'est l'objet de la contribution de Julien Caudeville (Ineris), qui présente les outils, données et méthodes permettant la mesure de ces inégalités (indicateurs de risque, indicateur de défaveur sociale, plateforme Plaine).

Après ces propos introductifs, cinq groupes de diagnostics et d'actions sont exposés. Afin de représenter au mieux la diversité des expériences, ces couples « diagnostic / action » ne concernent pas la même région et portent sur les thématiques suivantes :

- diagnostics locaux de santé et contrats locaux de santé ;
- associations spatiales entre environnement, santé et situation socio-économique des populations ;
- précarité, qualité de l'eau et santé ;
- traitement de l'habitat indigne ;
- plan régional santé environnement.

¹ La déclinaison des différents sigles cités dans le document figure en annexe (page 60).

La présentation de ces groupes est ensuite complétée par un focus sur deux approches :

- les « points noirs » environnementaux,
- les évaluations d'impact sur la santé.

Chaque point est complété par un entretien mené auprès d'un acteur, expert du domaine et concerné directement par les diagnostics et/ou les actions présentées. Ce point de vue ainsi exprimé porte sur la capacité des acteurs locaux à se rassembler pour réaliser des diagnostics ou des actions, sur les freins, les difficultés ou les facteurs favorisant ces deux démarches.

Une synthèse des réponses recueillies, *via* l'enquête, sur les facteurs de réussite, les attentes et les freins concernant la bonne réalisation de diagnostics croisant

les dimensions territoriales, environnementales, sociales et sanitaires complète ce rapport. Il s'agit de présenter des éléments sur les modalités nécessaires d'association des acteurs, les éventuelles entraves à la réalisation de tels diagnostics ainsi que les besoins des commanditaires pour la réalisation de tels travaux.

Deux articles de synthèse et de discussion viennent clore ces présentations. Éric Pautard (CGDD, SOeS) cerne les failles et atouts des outils et démarches et pousse à poursuivre. Aurélie Vieillefosse et Fabrice Candia alertent sur le défi du recueil de données dans ce domaine complexe.

Figurent en annexes une liste des sigles utilisés et des éléments bibliographiques principalement collectés au cours de l'enquête, complétés de références fournies par le comité de pilotage.

Méthodologie

Une enquête a été menée auprès des ARS, Dreal, DRJSCS pour avoir une connaissance plus précise des diagnostics existants et des leviers d'actions permettant d'élaborer des politiques de lutte contre les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé.

Cette enquête, menée à l'aide d'un questionnaire en ligne, s'est déroulée au premier trimestre 2013 et a enregistré un taux de participation de plus de 70 %, avec des réponses de 21 ARS, 22 Dreal et 13 DRJSCS, appartenant à 25 régions. Elle a permis de recenser 66 travaux portant sur des diagnostics ou des états des lieux croisant au moins deux des trois dimensions - sociale, territoriale et environnementale - avec la santé et de repérer 46 actions résultant de politique(s) publique(s) concertée(s) visant à réduire ces inégalités et menées par les différentes directions et agences ayant répondu au questionnaire.

Une analyse réalisée *a posteriori* a permis de mesurer combien les aspects de sémantique étaient importants et de montrer l'existence de réelles différences entre les diverses structures pour définir les éléments émanant des domaines social, territorial ou environnemental. Compte tenu de ces divergences, les classements proposés ont été validés collectivement par les différents acteurs engagés initialement dans le projet : le SGMAS, le CGDD, la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (Datar), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Fnors, et l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (Ineris).

Quelle idée de justice sociale en santé environnement ?

La question des inégalités sociales de santé environnement sur les territoires requiert un rappel du sens des termes énoncés dans le registre de la justice sociale. Réduire les inégalités oblige à penser ce qu'est l'égalité et les manquements relatifs à cette valeur morale et politique. Aussi peut-on apporter ici des éclaircissements sur des notions utiles (égalité, équité, justice) pour la mise en perspective de l'idée d'une justice en santé environnement.

Cyrille HARPET

Enseignant chercheur à l'École des hautes études en santé publique

La notion d'égalité peut prendre deux sens : celui purement mathématique et comptable d'une identité des termes et entités comparés en « mis en balance », ou celui d'une valeur politique prônée avec l'idée d'une justice sociale.

De là ressortent deux questionnements de l'égalité entre les êtres humains : comment se répartissent les biens et les mérites, ou les dommages et les sanctions ? Qui évalue et décide des critères de justice et donc des formes égalitaires et non égalitaires de la justice ?

Une vision « égalitariste » (dite justice commutative selon Aristote) consiste en l'application stricte d'un calcul des charges et bénéfiques, ou des attributs, en faisant abstraction d'autres aspects : une égale distribution de richesses entre les parties, une égale rétribution, ou une égale sanction. Il s'agit d'une justice qui règle les échanges selon un principe d'égalité arithmétique, ignorant les différences entre individus. Une vision d'équité (justice dite distributive) fonde une répartition sur un critère de proportionnalité et de différenciation, tenant compte des circonstances (différence de traitement selon des mérites, les statuts, les situations). Revendiquer une égalité entre les êtres humains revient à vouloir qu'ils soient égaux devant la loi ou qu'ils puissent accéder aux mêmes droits (égalité politique ou sociale). Cette exigence démocratique se distingue de l'équité qui concerne la proportionnalité dans la distribution des biens et privilèges, calculés sur d'autres critères (mérite, statut, situation, etc.).

Mais au-delà de ces principes leur application à des situations et conditions réelles d'exercice de la justice exige de poser la question de l'objet du traitement des parties : « égalité de quoi ? » demande Amartya Sen.

En termes d'égalité en matière de santé, il est régulièrement question de l'accès de tout un chacun aux mêmes droits d'accès aux services de soins. Cette égalité de traitement face aux soins a été établie dans notre modèle démocratique. Mais ce sans réelle différenciation des personnes, des situations, puisqu'il s'agit d'un modèle d'offre universelle (la couverture universelle de santé).

Or prendre en compte les différences fait apparaître des disparités dans les besoins et accès à ces services. Et ressort alors une inégalité de fait des personnes de par leurs antécédents sanitaires, familiaux, des caractéristiques de la population (effets compositionnels), de par leur situation socio-professionnelle. À cela s'ajoutent les éléments contextuels de l'environnement et des milieux de vie (effets contextuels).

En matière d'environnement, chacun peut revendiquer un égal accès à des aménités, de bénéficier d'un cadre de vie et d'une qualité des milieux et des ressources, ou ne pas avoir à en subir les dommages relatifs aux dégradations et pollutions. Ainsi, en santé environnement, les revendications égalitaires peuvent avoir trait à la question d'accès à la qualité de l'air, de l'eau, à une offre énergétique non polluante, diversifiée et économiquement supportable etc.

Environnement et santé ne peuvent ainsi pas être abordés dans les mêmes termes que ceux d'une distribution égalitaire entre personnes : la santé et l'environnement ne sont pas « sécables » ou réductibles à des biens et services, sauf dans une pure logique économétrique et marchande.

Nul n'est effectivement individuellement placé dans des conditions égales d'existence, mais lorsque des « différences » entrent dans le champ des « inégalités », nous sortons du simple constat (statistique par exemple) pour inclure une valeur. Et lorsque nous passons des inégalités aux formes d'injustices, il en va de revendications cette fois sociales, politiques voire idéologiques.

La santé ne constitue-t-elle pas un « bien » difficilement assimilable à d'autres, puisque « non échangeable », non « négociable », non « marchandable » ? Par contre, les conditions favorables ou défavorables au maintien ou à l'évolution vers un état dit de « bonne santé » peuvent faire l'objet de diverses options en partie « négociables » (accès aux soins, aux aménités ou lutte contre les facteurs portant atteinte à une intégrité physique, psychique ou physiologique).

Pour l'environnement, la diversité des milieux et lieux de vie peut difficilement se décliner sur une répartition d'égalité entre des biens et des dommages entre des individus et des populations. L'histoire des communautés humaines montre une disparité géographique qui ne saurait être rapportée à une stricte égalité des conditions d'existence.

Mais dès lors que l'on entre dans la sphère des droits fondamentaux et de celle de la justice, il s'agit de considérer la capacité des hommes à appliquer des règles communes. Dès lors, l'égalité constitue une valeur (au sens éthique et politique du terme), que l'on est en droit de rechercher librement, dans la limite où cette liberté n'est pas exercée à l'encontre de celle des autres.

Pour centrer notre propos sur **des inégalités injustes en santé environnement**, deux raisons de

contribution peuvent être retenus² : un niveau d'exposition à des facteurs de risques relevant d'un environnement sans moyen pour les publics concernés de s'en préserver (par méconnaissance, imperceptibilité ou incapacité d'agir) ; un niveau de vulnérabilité de populations plus particulièrement affectées par des facteurs environnementaux à risque voire nocifs pour la santé.

En quoi ces écarts constituent-ils non plus seulement des inégalités mais bien des formes injustes ? La revendication d'une égalité au sens d'une justice sociale peut être caractérisée par 7 principes (catégories ?) de formes d'injustices (inégalités injustes)³. Elle naît d'une prise de conscience des différences (1), puis du discernement de la disproportion des écarts (2), de la mesure des dommages et préjudices subis (degré physique, moral) (3), de la recherche des causes et motifs des différences (comment justifier ces écarts ?) (4), de la sollicitation d'un tiers (l'appel à témoin) (5), de la demande d'une reconnaissance de la dignité (6), enfin de l'exigence d'une réciprocité dans la répartition des biens et des charges (surseoir au cumul des inégalités et des vulnérabilités sans réciprocité) (7).

De là, **trois modèles de justice** peuvent être explicités pour rendre compte de critères retenus, et toutefois limitatifs voire restrictifs. En effet, **la justice dite corrective** tend à poser les termes du « juste » en termes de réduction – compensation des nuisances et impacts par des mesures matérielles (techniques à la source, auprès des populations-cibles, sur le milieu) et immatérielles (seuils et normes). C'est un principe d'égalité arithmétique qui y préside (égalitarisme).

² Leclerc A., Kaminski M., Lang T., *Inégaux face à la santé, du constat à l'action*, éd Inserm-La Découverte, Paris 2008, p151.

³ « Le malaise social, le sentiment que l'organisation sociale est injuste, que les choix politiques sont illégitimes sont autant de signes de notre époque. Charles Taylor (1997) analyse cette illégitimité comme la crise de civilisation centrale actuelle. », in Guienne V., *Les inégalités injustes*, SociologieS, Débats, Penser les inégalités, mis en ligne le 18 octobre 2011. Disponible sur <http://sociologies.revues.org/3648> (consulté le 31 juillet 2013).

Ensuite, l'idée de **justice distributive** prône répartition entre populations des bénéfices et des inconvénients selon un principe de proportionnalité ou de distribution non égalitaire (égalité géométrique, ou équité établie selon les critères des besoins, du travail ou du mérite). Enfin, l'idée d'une **justice procédurale**, en plein développement, relève d'une participation active des usagers/communautés au processus de décision, considérés comme parties prenantes, légitimes. Il est difficile en matière de santé-environnement d'opter pour une justice égalitariste (comment répartir également des droits entre publics essentiellement différenciés)? Comment par ailleurs estimer des compensations entre publics sur des biens non échangeables et surtout non équivalents : la santé peut-elle trouver des compensations ? Enfin, quelle représentativité des parties-prenantes dans un processus dit participatif ?

Si des inégalités sociales en santé environnement sur les territoires devaient être ainsi réduites et limitées, ne seraient-elles pas caractérisées par des situations d'inégalités injustes ?

- Des cumuls de risques en santé environnement devant affecter les conditions de vie à plus ou moins long terme et à l'insu des populations.
- Des risques disproportionnés sur le plan sanitaire, sur la base de mesures effectives, de « présomptions » ou « perceptions » (sensorielles, sociales) quant à la capacité de s'y soustraire ou d'y remédier.
- Des formes de ségrégations spatiales (répartition urbaine des catégories socio-économiques) qui conduisent à des formes d'exclusions voire de discriminations au regard des accès à des services, à des aménités.
- Une inégalité des niveaux de réponse ou capacités « adaptatives » aux effets sanitaires à exposition égale, du fait de la vulnérabilité des populations concernées.

Les modèles de réduction des inégalités sociales de santé peuvent être résumés à trois grandes orientations fondamentales (Thierry Lang) que sont : l'universalisme des droits (la couverture universelle en matière de santé), la stratégie des « publics prioritaires » (une justice sociale fondée sur des inégalités justes pour subvenir aux besoins des plus vulnérables) et enfin l'universalisme dit « proportionné » (à l'aune d'un gradient des revenus ou des ressources par exemple). Si aucun de ces modèles ne prend en compte explicitement la santé environnement, il ressort toutefois que la préservation des milieux de vie par la réduction des niveaux d'expositions aux nuisances et pollutions (bruit, pollution de l'air, qualité de l'eau, risques industriels et naturels) constitue une condition première. Les disparités territoriales en termes d'aménagement et d'organisations spatiales montrent à l'évidence des secteurs renforçant des inégalités socio-économiques par des inégalités environnementales, pour ne pas dire des formes d'injustices environnementales. Les effets sur la santé pouvant être insidieux et différés, leur réparation s'avérerait difficile sinon impossible.

Caractérisation des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé

Données, méthodes et outils

Julien Caudeville⁴

Institut national de l'environnement industriel et des risques (Ineris)

Le rapport récent de l'OMS⁵ relatif aux inégalités en santé environnementale en Europe, indique que les groupes socio-économiquement défavorisés sont souvent à la fois potentiellement surexposés aux nuisances et pollutions environnementales et plus vulnérables aux effets sanitaires qui en résultent. En conséquence, réduire les inégalités de santé implique l'identification et la caractérisation des facteurs sociaux et des facteurs d'exposition, afin d'interpréter la façon dont ils se cumulent sur un territoire dans l'objectif d'identifier et de hiérarchiser les interventions.

Le constat des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé pose un certain nombre de questions, ne serait-ce que celle de leur évaluation qui suppose de caractériser les phénomènes dans leur ensemble à partir de données statistiques existantes à l'échelle des territoires pertinents. Les actions de surveillance sanitaire des populations, de recensement de la population, de gestion de la qualité de l'environnement sont conduites indépendamment les unes des autres pour des raisons institutionnelles et restent lacunaires pour la caractérisation fine de facteurs de risque dont les effets sur la santé ne sont pas toujours suffisamment connus. Toutefois, les efforts de recherche permettent d'améliorer la robustesse des indicateurs et accompagnent l'émergence de données et d'outils de

diagnostic construits pour répondre aux besoins d'opérationnalité des questionnaires du risque et de la santé.

Données utilisées

La constitution d'indicateurs pour la caractérisation et le croisement des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé dépend de la disponibilité de données, par nature très diverses au regard des objectifs visés.

Aux échelles régionales, le choix des données s'oriente préférentiellement vers des données provenant de bases régionales ou nationales. Les bases de données géoréférencées, permettant la territorialisation des paramètres d'intérêt, évoluent et sont en pleine expansion. En France, les réseaux de surveillance de la qualité des sols, des eaux, de l'air ont été développés par différentes agences, instituts ou observatoires. Les données de recensement de l'Insee fournissent des informations statistiques sur la population et ses caractéristiques à partir desquelles des indicateurs socio-économiques, comportementaux et démographiques sont construits. De nombreuses bases de données sont disponibles pour approcher l'état de la santé de la population : mortalité, ALD, PMSI, Sniiram, voire celles des registres lorsque ceux-ci existent. Ces données, disponibles année par année, permettent une vision territorialisée des problématiques de santé à partir du niveau géographique le plus fin renseigné dans ces bases (code commune ou code postal). Elles deviennent d'autant plus intéressantes qu'elles

⁴ Contributeurs/vérificateurs : Muriel Ismert et Martine Ramel (Ineris).

⁵ Environmental health inequalities in Europe. Copenhagen, OMS Europe, 2012.

commencent à pouvoir être appariées les unes avec les autres. Pourtant, ces niveaux géographiques peuvent pour certains travaux, notamment pour les études en santé environnementale ou menées au sein des grandes communes, ne pas s'avérer assez précis. La géolocalisation, ou *a minima* des données comportant une précision au niveau de l'iris, apparaît de plus en plus indispensable pour permettre des analyses croisant les dimensions sociale et environnementale de santé. Une réflexion est d'ailleurs engagée au sein des services de l'État pour que cette information puisse devenir disponible en routine, naturellement dans le respect des contraintes d'éthique et de confidentialité.

Méthodes développées

La spatialisation directe des données disponibles, dans une logique de caractérisation de ces inégalités, pose un certain nombre de difficultés méthodologiques, source de nombreuses incertitudes sur les cartes réalisées. Différentes techniques peuvent être adoptées pour traiter spécifiquement les bases de données environnementales, comportementales, populationnelles ou sanitaires de manière à augmenter leur représentativité et ainsi réduire les incertitudes. Il s'agit des méthodes de géostatistiques, de modélisation, etc.

Les développements méthodologiques pour l'identification des points noirs environnementaux et/ou les études de zones, permettent des diagnostics à différentes échelles spatiales. L'évaluation de l'exposition constitue le cadre méthodologique permettant la construction d'indicateurs de risque intégrant les dimensions environnementales et comportementales relatives à l'exposition d'un individu. À la potentielle surexposition aux substances chimiques sur un territoire, s'ajoutent celles liées au bruit, aux facteurs physiques ou microbiologiques, d'origine anthropique ou naturelle.

La construction d'un indicateur de défaveur sociale est motivée par l'absence de données individuelles exhaustives. Ainsi, pour caractériser les inégalités

sociales relatives à certains phénomènes importants de santé ou environnementaux, le développement d'un indicateur territorialisé devient nécessaire : spatialiser des données individuelles agrégées.

Le croisement des différents indicateurs dans le cadre d'études écologiques⁶ notamment permet de quantifier l'association spatiale entre les situations d'exposition, le niveau socio-économique et les événements sanitaires des populations sur un territoire. Il s'agit d'études descriptives qui peuvent permettre de générer des hypothèses étiologiques individuelles à partir desquelles le lien de causalité peut être testé dans le cadre d'études épidémiologiques classiques.

Outils existants

De manière opérationnelle, des outils existent, et bien que modélisation et quantification soient présentes à des niveaux territoriaux hétérogènes, ils constituent souvent des premières étapes permettant d'appréhender ces inégalités.

Par exemple, l'Ineris a initié des travaux de recherche pour développer la Plateforme intégrée pour l'analyse des inégalités environnementales d'exposition⁷ (Plaine) capable d'évaluer et de représenter les expositions aux niveaux local, régional et national. Les travaux de recherche ont permis de confirmer la possibilité de construire une plateforme capable d'évaluer et de représenter les expositions dans un espace géographique, grâce à l'intégration de données

⁶ En santé environnement, il s'agit d'études d'observation à but explicatif. En effet, l'objectif est de déterminer les variations d'occurrence d'une maladie dans l'espace (étude géographique) ou dans le temps (étude temporelle) et de mettre en correspondance ces variations avec des facteurs environnementaux. Cela permet d'élaborer des hypothèses sur les potentiels facteurs de risques d'apparition des pathologies.

⁷ Ineris, Identifier et hiérarchiser les inégalités d'exposition environnementale : Travaux préliminaires de l'Ineris la plateforme Plaine, 22 novembre 2011, disponible sur : <http://www.ineris.fr/centredoc/dp-inegalites-environnementales-1322122298.pdf> (consulté le 29 juillet 2013).

de nature différente (sanitaires, environnementales, socio-économiques)^{8,9}.

De même, le projet de recherche Equit'Area, conduit à l'École des hautes études en santé publique, vise à explorer la contribution de certaines pollutions et nuisances environnementales aux inégalités sociales de santé qui existent en France. Un site internet propose des cartographies détaillées sur la mortalité infantile et la pollution atmosphérique selon les caractéristiques socio-économiques du territoire, montrant les fortes disparités du risque dans six agglomérations françaises¹⁰.

Les sources d'informations et les données produites sont loin d'être cohérentes et fédérées pour permettre une exploitation directe et opérationnelle en termes de caractérisation des inégalités. Au stade actuel, les compétences et des outils existent sur cette thématique mais il est essentiel de faire évoluer les pratiques et de les faire converger pour consolider **la robustesse des démarches et réduire ainsi les incertitudes.**

Conclusion

Cette thématique, pluridisciplinaire par essence, appelle à l'intégration d'un ensemble de compétences et au décloisonnement des sciences environnementales et des sciences sociales. Les méthodes et les outils d'analyse élaborés ces dernières années doivent prendre en compte les dimensions environnementale, comportementale, démographique, sociétale, géographique pour mieux définir les impacts sanitaires sur des territoires où se superposent divers déterminants.

⁸ Caudeville J., Bonnard R., Boudet C., Denys S., Govaert G., Cicoella A., Development of a spatial stochastic multimedia model to assess population exposure at a regional scale. *Journal of Total Environment* 2012, volume 432, pp 297–308.

⁹ Caudeville J., Développement d'une plateforme intégrée pour la cartographie de l'exposition des populations aux substances chimiques : construction d'indicateurs spatialisés en vu d'identifier les inégalités environnementales à l'échelle régionale. Compiègne : Université Technologique de Compiègne, 2011, 198 p.

¹⁰ www.equitarea.org (consulté le 24 juillet 2013).

1. Diagnostics locaux de santé et contrats locaux de santé

BOURGOGNE

Portraits socio-sanitaires des Pays de Bourgogne

En 2009, l'ORS Bourgogne a initié la publication d'une série de documents élaborés dans le cadre de la Plateforme d'observation sociale et sanitaire de Bourgogne. Ces diagnostics ont pour objectif de fournir des données de cadrage en vue de l'élaboration de projets de santé dans les Pays ou villes de Bourgogne. Ils reposent sur des indicateurs sociaux (démographie, emploi, revenus, minima sociaux, etc.), sanitaires (mortalité, morbidité), environnementaux (qualité de l'eau, dépenses énergétiques, etc.) et d'offre de soins déclinés à des niveaux territoriaux fins (Pays, cantons, etc.). Ces données sont complétées par des informations recueillies auprès des acteurs territoriaux. L'articulation de ces deux approches doit ainsi permettre d'établir un diagnostic partagé, étape préalable à la détermination des priorités et des actions appropriées aux territoires. À ce jour, quatorze documents ont été publiés¹¹.

BOURGOGNE



La prise en compte des conditions de vie, dont l'environnement, dans les diagnostics locaux de santé

Quelles informations, pour quelle utilisation ?

FOCUS

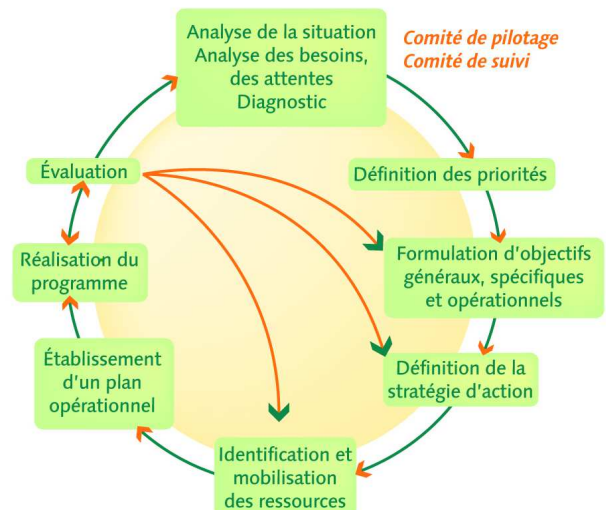
Séminaire Itess

Bernadette LÉMERY, Observatoire régional de la santé de Bourgogne

Isabelle MILLOT, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Bourgogne

Cette présentation vise à montrer comment l'Observatoire régional de la santé (ORS) de Bourgogne prend en compte des informations sur les conditions de vie (dont l'environnement) des habitants sur les territoires, dans le cadre de la réalisation de diagnostics locaux de santé (DLS).

La démarche de territorialisation de la politique de santé a été initiée en Bourgogne dès 2009 par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales. Dans ce cadre, celle-ci a demandé à l'ORS de réaliser des **Portraits de territoires**, principalement de Pays. L'ORS de Bourgogne a réalisé à ce jour une vingtaine de Portraits de territoires. **La démarche des « Projets de santé »**, devenue celle des « Contrats locaux de santé », est constituée de diverses étapes ; elle s'appuie sur des comités de pilotage associant élus, professionnels sanitaires et sociaux, acteurs institutionnels, habitants... À partir du diagnostic local, des priorités de santé sont définies, des objectifs fixés et un programme d'actions appropriées élaboré par les acteurs du territoire.

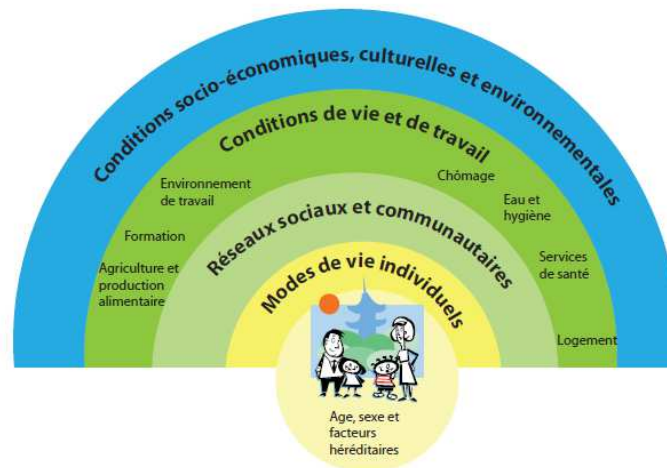


Les étapes de la démarche projet de santé

¹¹ Les supports des présentations synthétiques des données rassemblées sont accessibles à partir du site de l'ORS Bourgogne : voir également la bibliographie. Disponibles sur : <http://www.ors-bourgogne.org/>

Le portrait socio-sanitaire est un état des lieux principalement quantitatif, apportant des éclairages sur la population, ses conditions de vie, l'état de santé, l'accès aux soins et à la prévention dans le territoire. Il doit être associé à une interrogation des acteurs vivant et exerçant sur le territoire pour conduire au diagnostic partagé.

La santé des individus et des groupes est déterminée par une pluralité de facteurs. L'ensemble des déterminants présentés sur le schéma (emprunté à Dahlgren & Whitehead) sont en interrelations et en interactions les uns avec les autres. En outre, ils agissent de manière différente et renouvelée tout au long de la vie¹² (cf. T. Lang).



Une approche multifactorielle de la santé

Cette approche de la santé conduit à prendre en compte les conditions de vie, au sens large, des habitants, y compris l'environnement social et physique, comme facteurs intervenant sur la santé d'une population vivant sur un territoire.

Les portraits de territoires que l'ORS a réalisés sont des recueils et analyses d'informations et de données, selon des modalités standardisées présentés en trois parties : les déterminants géo-démographiques, socio-économiques, et environnementaux ; l'état de santé (mortalité, morbidité) ; enfin, l'accès et le recours à l'offre de soins, médico-sociale et en prévention. Ce sont des documents synthétiques composés de visuels (cartes, tableaux, graphiques) commentés, selon une même maquette, ainsi que de diaporamas, également homogènes, en vue de la présentation aux acteurs sur les territoires.

La prise en compte des déterminants environnementaux dans les portraits de territoires

Il est plus aisé de recueillir des indicateurs « classiques », le plus souvent d'exposition aux facteurs de pollution, que des indicateurs d'impacts. Exemples : indicateurs sur la qualité de l'eau distribuée, l'exposition aux risques naturels, au radon. Ponctuellement, il est possible d'avoir des indicateurs de mesures spécifiques de polluants de l'air extérieur ou intérieur.

En routine, l'ORS dispose d'indicateurs de la qualité de l'eau de distribution à des niveaux fins et actualisés. Ces indicateurs sont présentés et cartographiés ; il faut souligner qu'ils évoluent d'une année sur l'autre. Cela permet d'évoquer avec les acteurs des territoires les problématiques de pollution par les produits phytosanitaires, dont l'impact est bien plus important *via* l'exposition par l'alimentation, et l'air pour les utilisateurs et riverains...

¹² Lang T., Inégalités sociales de santé : une construction tout au long du cours de la vie, Actualité et dossier en santé publique n° 73, décembre 2010.

Des indicateurs sur l'habitat privé indigne (produits par le Centre d'études techniques de l'équipement de Lyon) montrent les fortes disparités des taux d'habitat indigne selon les territoires, mais aussi permettent d'évoquer les effets sur la santé de l'amiante, du plomb, des moisissures (...), et la nécessité de l'amélioration de l'habitat des personnes qui n'ont pas les moyens de le faire.

Certains indicateurs sont composites, comme ceux relatifs à la vulnérabilité énergétique de la population en situation de précarité, facteur de fragilité supplémentaire pouvant s'ajouter aux difficultés socio-économiques. Les analyses réalisées par Alterre Bourgogne permettent d'aborder la problématique du mal logement, des besoins d'isolation, de recours aux modes de chauffage plus durables, et des problématiques de mobilité en milieu rural, des besoins de solutions adaptées, en particulier pour les personnes âgées vieillissantes qui vivent sur ces territoires. Parfois, certaines données portant sur le bruit, les installations classées, les sites et sols pollués, ou encore sur l'exposition aux risques majeurs peuvent être mobilisées. Mais les bases utiles pour ces indicateurs sont difficiles d'accès. L'exposition aux risques majeurs est quant à elle bien perçue par les acteurs si un événement à fort impact médiatique s'est produit récemment à proximité. Lorsque sont résumées les conditions de vie environnementales sur un territoire, l'éventuelle qualité de l'environnement naturel, architectural, est soulignée, car ces éléments (recueillis dans les documents pour l'élaboration de contrats de développement de territoires) contribuent au bien-être des habitants d'un territoire.

S'agissant des informations environnementales, les limites sont liées à la disponibilité et à l'interprétation des indicateurs disponibles, à leur apport scientifique parfois modeste. Leur présentation a pour intérêt majeur d'ouvrir la discussion. Les questions reliant santé et environnement favorisent une vision partagée globale et positive de la santé par les acteurs locaux, en référence à la charte d'Ottawa¹³. On peut ainsi dépasser la vision des problèmes de santé sur le territoire souvent restreinte, par les élus et les professionnels inquiets, à ceux de la démographie des professions de santé, lors des premières rencontres. Leur rôle dans ces problématiques santé - conditions de vie - environnement peut être important (ex : résorption de l'habitat insalubre, diminution de l'utilisation des produits phytosanitaires...), engendrant des débats parfois passionnés, et des pistes de réflexion pour l'action.

Les portraits de territoires ont donc permis de sensibiliser les acteurs locaux à la santé publique à la prise en compte de la pluralité des déterminants de la santé. Ils ont aussi permis de motiver ces acteurs pour l'élaboration des diagnostics locaux et les contrats locaux de santé. Ce travail nécessite une articulation étroite entre l'ORS, les services et délégations territoriales de l'Agence régionale de santé, ainsi que l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) pour la méthodologie de projet de santé.

Cependant, du fait du coût de réalisation de tels travaux, en particulier en personnel mobilisé pour le recueil des éléments hors indicateurs disponibles en routine, l'analyse, la rédaction, l'ORS s'oriente actuellement vers une autre présentation, sous forme de « profils » (série de tableaux standardisés), des indicateurs sur la population, conditions de vie, l'état de santé, l'accès à l'offre de soins, médico-sociale et de prévention, des territoires de proximité. Quoi qu'il en soit, l'analyse de ces tableaux et la présentation des « faits marquants » auprès des acteurs des territoires, ne peuvent être envisagés sans y intégrer des informations du terrain sur l'environnement, hors recueils en routine. Pour cela, **la collaboration entre les organismes régionaux concernés par l'observation et l'action dans ce domaine est à renforcer** : Agence régionale de l'environnement, association agréée de surveillance de la qualité de l'air, services santé environnement de l'ARS,

¹³ Cf. Charte adoptée à la Conférence internationale pour la promotion de la santé, 1986. Et dans le même sens, cf. Colloque de la SFSP, 2013 : « La santé publique touche tous les secteurs de notre société. Son champ d'application s'élargit : la géographie de la santé, l'économie, le droit, les sciences sociales, l'urbanisme, les transports, l'architecture, l'aménagement de l'espace, l'organisation du territoire... contribuent à l'enrichir. ...« C'est l'environnement de vie dans toutes ses composantes ou plutôt les environnements de vie qui constituent et deviennent un des socles de réflexion de la santé publique mais aussi son champ d'intervention. »

Dreal, secrétariat général pour les affaires régionales, associations d'usagers, autres services de l'État et des collectivités territoriales en charge des questions environnementales, partenaires impliqués dans la déclinaison du PRSE.

Cette approche collaborative devrait améliorer la qualité de l'analyse de la situation locale, l'échange autour des enjeux et le partage du diagnostic sur chacun des territoires. Elle devrait permettre de dépasser l'observation et les constats pour contribuer à intégrer des actions dans les projets de santé.

TROIS QUESTIONS À ...

Laurent EL GHOZI | Conseiller municipal délégué de la ville de Nanterre, président de l'association Élus, santé publique et territoires (ESPT)

De votre point de vue, quelle est la capacité des acteurs locaux pour se rassembler pour réaliser des diagnostics ou des actions ?

Les diagnostics produits par l'ORS Bourgogne soulignent bien l'intérêt et les difficultés de ces travaux :

- L'échelle opérationnelle pertinente est souvent loin de celle où sont recueillies les données : le canton, de taille et de population très variable, n'est pas le lieu de l'action. Il est nécessaire de produire les informations géo-localisées à l'Iris puis de les agréger à un niveau variable selon les sujets et l'action projetée.
- Les indicateurs retenus doivent intégrer bien d'autres éléments que ceux connus de l'ORS, permettant de connaître, de comprendre et de suivre l'état de santé de la population et ses déterminants : en particulier des données plus qualitatives, subjectives apportent un éclairage essentiel. La participation des habitants, facteur de démocratie sanitaire est garante du partage du diagnostic, d'appropriation des actions et d'évolution des pratiques.
- L'interprétation des corrélations entre données sociales, démographiques, économiques et sanitaires, indispensable pour identifier les freins et les leviers du changement, exige une connaissance plus intime et diachronique du territoire et un travail d'analyse approfondi. La « photographie » apportée par ces diagnostics doit devenir dynamique avec des focales variables : c'est l'objet des observatoires locaux de la santé, indispensables pour piloter la politique locale.

Pour répondre à ces contraintes et si l'objectif de ces diagnostics est de « déterminer les priorités et les actions appropriées » à chaque territoire, c'est-à-dire une politique de santé territorialisée, cela confirme l'exigence de construire toute la démarche avec les collectivités locales et leurs élus, garants en dernier recours du « bien-être » de leur population et en capacité d'agir sur bien des déterminants.

Quelles sont vos expériences en la matière ?

L'action conduite par l'Atelier santé ville à Marseille est exemplaire en ce qu'elle part d'une problématique partagée par tous, sur un territoire limité, bien identifié, qu'elle est portée institutionnellement par un acteur légitime et qu'elle associe de l'origine à l'évaluation, tous les acteurs, population comprise. Après identification des obstacles, tous les leviers d'action sont mobilisés, dans une logique transversale, intersectorielle et participative. De même, les quatre diagnostics conduits par la ville de Nanterre de 1998 à 2008 dans le cadre dynamisant des Ateliers santé ville ont cherché à mettre en action ces principes méthodologiques, dans une démarche ascendante, avec la volonté de participation large et de mobilisation durable, bien au-delà d'une présentation standardisée d'indicateurs utiles, certes, mais décidés ailleurs et non appropriés par les acteurs finaux. Ils ont conduit à la mise en œuvre d'actions différentes dans chaque quartier, adaptées aux besoins et aux

ressources locales. La remontée de ces diagnostics au niveau de l'ARS enrichit sa compréhension du territoire, des enjeux et des possibles.

Quels freins, difficultés ou facteurs favorisant avez-vous pu identifier ?

La mise en évidence de fortes disparités à un niveau territorial très fin rend nécessaire, pour la population et pour les acteurs tant politiques que sanitaires, analyses, explications et actions correctives : le travail fait depuis près de dix ans, par les équipes de Géographie de la santé de Gérard Salem (Université Paris Ouest Nanterre la Défense) avec les villes membres de l'association Élus, santé publique et territoires (ESPT), apporte cet éclairage et cette compréhension infra-territoriale. Financées successivement par la politique de la ville, le conseil régional d'Île-de-France puis l'INCa (Diagnostics des inégalités de recours aux dépistages des cancers, analyse des freins et leviers), ces recherches-actions mettent les compétences de l'université au service des décideurs locaux dont ils guident l'action. Leurs apports doivent être agrégés par l'ARS, dans une vision ascendante, indispensable à la construction de projets locaux de santé. Pour conclure, réduire les inégalités sociales, territoriales, environnementales, agir sur leurs déterminants croisés exige de : connaître, de comprendre, d'évaluer au niveau de l'action ; de mobiliser tous les acteurs, secteurs, institutions ; de mettre en place un pilotage collectif, transversal, démocratique. L'engagement résolu des collectivités locales et de leurs élus est indispensable. Le contrat local de santé peut en être l'instrument.

PROVENCE-ALPES-CÔTE-D'AZUR

Programme « La santé à Saint-Mauront, Belle-de-Mai : on s'y met tous ! »

Piloté par l'ARS, ce programme expérimental de promotion de la santé vise à réduire les inégalités de santé des enfants et familles démunies. Il est développé depuis juin 2008 auprès d'une population précarisée, vivant dans deux quartiers de Marseille -Saint-Mauront et Belle-de-Mai-, confrontée à un accès aux droits, aux soins et à la prévention très altéré. Ce programme repose sur la combinaison d'une démarche communautaire associant habitants, professionnels et institutions, et d'une démarche de planification d'actions de santé publique agissant simultanément dans les trois lieux de vie de l'enfant : école, famille, quartier.

L'ensemble de ce dispositif, coordonné à trois niveaux (un comité de pilotage institutionnel avec participation de représentants des habitants ; une équipe projet regroupant les techniciens des institutions partenaires permettant la coordination intersectorielle ; un réseau de santé communautaire associant acteurs de terrain et représentants des habitants en lien avec l'Atelier santé ville) a permis notamment de soutenir les activités du réseau de santé communautaire et de résoudre des problématiques organisationnelles.

La mise en réseau des acteurs et le diagnostic communautaire soulignent des besoins et des demandes qui relèvent davantage des déterminants sociaux de la santé que de thématiques sanitaires. Ces déterminants sont difficiles à prendre en compte dans les espaces de production collective, et malgré la perception d'une capacité collective à agir. Ceci peut correspondre à une capacité insuffisante d'interpellation de ce programme et/ou à des temporalités trop différentes pour les réponses à apporter notamment sur la question du logement.

ÎLE-DE-FRANCE



Le rôle des contrats locaux de santé parmi d'autres outils de politique publique, en Île-de-France

FOCUS

Séminaire Itess

Dr Luc GINOT, adjoint au Directeur de la Santé Publique de l'ARS Île-de-France, directeur du pôle Inégalités, territoires, besoins de santé

Les contrats locaux de santé (CLS) peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités socio-environnementales ? Cette présentation discutera quelques enjeux, à partir de l'expérience francilienne.

En dépit d'un niveau économique globalement élevé, l'Île-de-France est **marquée par des inégalités de santé considérables**, cibles prioritaires du Projet régional de santé (PRS). L'espérance de vie entre deux villes moyennes varie jusqu'à 10 ans. L'exposition aux inégalités environnementales est également majeure, qu'il s'agisse d'habitat indigne, aux conséquences sanitaires importantes et diversifiées, de sols pollués ou de bruit. Dans ce contexte, l'ARS a assigné aux contrats locaux de santé une double mission dans la réduction des inégalités sociales de santé (ISS) : à l'échelle régionale, la définition d'une « géographie des besoins prioritaires » et l'adaptation progressive des réponses ; à l'échelle locale, la construction de dispositifs transversaux (parcours de santé) améliorant la réponse à ces besoins. Les CLS (59 signés à ce jour) prennent ainsi progressivement place dans la panoplie d'outils spécifiques (Praps), méthodologiques (Evaluation d'Impact en Santé) ou intégrés dans les programmes thématiques (cancer, santé environnement, etc.) que déploie l'Agence pour la réduction des ISS.

Le travail d'élaboration et de négociation des premiers CLS permet de confirmer deux points importants. D'une part, la construction de parcours de santé présumés réduire les inégalités renvoie de façon très concrète à **la nécessaire intégration des déterminants** : la périnatalité est liée aux enjeux de l'hébergement et du logement ; le saturnisme à ceux de l'habitat et du foncier ; la lutte contre l'obésité mobilise aussi l'urbanisme et les transports. D'autre part, la lutte contre les inégalités territoriales **ne se joue pas essentiellement à l'échelle locale** : si des contrastes existent entre les quartiers des communes, ils existent plus fortement encore à l'échelle régionale ; surtout, de nombreux déterminants urbains et sociaux des inégalités de santé ne sont pas accessibles à de simples leviers locaux. Ainsi, l'action de l'ARS ne peut se résumer à un soutien à des logiques locales : elle a ses propres responsabilités, et ses propres leviers.

Comment les CLS signés abordent-ils l'enjeu spécifique des inégalités environnementales ? On notera d'abord que la majorité des contrats franciliens comprennent un volet environnemental, le plus souvent limité au champ de l'habitat, mais parfois plus diversifié. Deux exemples de contrats (encadré 1 – voir page 23) témoignent d'un abord beaucoup plus large : cet abord est – dans les considérants politiques des contrats – justifié non par une simple démarche environnementaliste classique, mais par une prise en compte des cumuls d'inégalités. De façon plus qualitative, une analyse menée sur les contrats de Seine-Saint-Denis (département où ce processus a été le plus systématisé) tend à montrer que les partenaires ont souhaité bâtir des interventions globales intégrant, mais dépassant et reconstruisant les abords réglementaires qui prévalaient. L'encadré 2 (voir page 23) illustre cette analyse dans le champ de l'habitat insalubre.

Quelle analyse des acquis et des difficultés de cette phase de négociation et d'écriture initiales peut-on conduire ? On a vu que cette phase avait été l'occasion de repenser des politiques publiques, d'en élargir les outils opérationnels ; elle a également constitué **l'occasion de replacer des questions environnementales et/ou réglementaires dans une logique de traitement des inégalités, donc de rendre lisibles ces inégalités**

socio-environnementales : il s'agit d'un acquis considérable. Cependant cet abord « multifocal » est encore minoritaire, et surtout limité au champ de l'habitat. Les questions des pollutions industrielles, des inégalités d'exposition liées au bruit ne bénéficient pas de ces avancées. De façon générale, les enjeux d'inégalités environnementales liées à l'urbain (transports par exemple) ne sont pas abordées. Les responsabilités sont complexes : difficultés des collectivités locales, manque de moyens de l'ARS, inquiétude des services de l'État devant des postures non réglementaires, etc.

En conclusion

Rendre plus incisifs les contrats à venir et ceux en renégociation (particulièrement dans le cadre de la réforme de la Politique de la Ville) **impose une réflexion sur plusieurs enjeux :**

a) Pour peser sur les inégalités socio-environnementales, le CLS doit être conçu effectivement comme **un outil de construction de politiques intersectorielles**. Mais cette construction se heurte à de vraies contradictions (entre collectivités et couple Préfet/ARS, au sein du couple Préfet/ARS...). Les surmonter, ou au moins les gérer, est indispensable pour ne pas réduire le contrat au « plus petit commun dénominateur administratif ». Cela devrait passer, entre autres, par l'explicitation des logiques d'inégalités, par le fait d'assumer – y compris dans la formulation du contrat - des points de vue différents, et par le renforcement du rôle et de l'expression des habitants. Sur ce dernier point, il est impératif de veiller à ce que cette expression ne conforte pas les inégalités à travers la prise de parole ou le positionnement dominant des catégories sociales les plus habituées à l'intervention publique, ce qui est en général le cas dans les débats environnementaux.

b) Le CLS doit être un outil de réduction des inégalités socio-environnementales par **mobilisation de tous les niveaux de leviers, et pas des seuls leviers locaux**. La première interrogation porte donc **sur l'articulation entre les CLS** (non seulement leur contenu, mais aussi la géographie prioritaire qu'ils dessinent) et les plans régionaux (**PRSE**, stratégie régionale de l'hébergement et du logement, etc.) – et ceci dans une logique aussi *bottom-up* que possible. La deuxième interrogation, plus complexe encore, porte sur le rôle de plaidoyer que doit endosser l'Agence : cette posture, qui assume un jeu d'alliances en santé publique, est très attendue par les acteurs locaux. Elle impose un positionnement politique fort, et une formation méthodologique à une pratique professionnelle (le plaidoyer et l'alliance) **décalée des stratégies classiques d'articulation administrative**.

c) Le contrat doit enfin assumer une double dimension, imposant une agilité d'écriture : **c'est l'outil de réponse politique** à quatre objectifs : créer un espace de débat et d'émergence des besoins ; engager un processus de négociation sur les enjeux de santé ; déterminer ainsi une géographie régionale des besoins prioritaires ; et enfin définir des principes d'actions. Mais le CLS doit aussi être l'outil **d'avancées concrètes en santé publique, adossées aux connaissances scientifiques**. Il devrait traduire la réflexion sur les inégalités environnementales et les points noirs (mise en commun et analyse partagée des données, intégration des dimensions sociales au-delà de la traduction territoriale, intégration de la dimension professionnelle...). Il devrait, entre autres, intégrer les logiques d'Évaluation d'Impact en Santé : la pratique d'EIS impose de formaliser la participation des habitants ; elle facilite le travail autour de niveaux territoriaux différents, l'EIS pouvant porter sur des échelons plus vastes et des politiques moins spontanément abordées dans les contrats.

Au total, on peut penser que le rôle des CLS dans l'action publique en matière d'inégalités socio-environnementales pourrait s'inscrire dans une approche plus structurelle, dépassant la simple addition de thématiques locales. Cette approche plus structurelle est mobilisable aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine, même si l'émergence de la notion de santé urbaine aide à la construction de ce modèle. **Elle impose que l'on assigne aux CLS une mission explicite de lutte contre les inégalités.**

Encadré 1 : exemples d'abords environnementaux diversifiés dans des CLS

Des actions préexistantes inscrites en CLS	Des actions reformulées ou mises en place à l'occasion du CLS	Des actions rejetées par l'ARS
Intervention Habitat la Plaine Saturnisme infantile	Impact habitat insalubre Etude exploratoire qualité sols en espaces publics Diagnostic environnemental Exp. EIS Requalification habitat ancien	Plaidoyer sur mur antibruit
Des actions préexistantes inscrites en CLS	Des actions reformulées ou mises en place à l'occasion du CLS	Des actions rejetées par l'ARS
Saturnisme	Accompagnement médico-psycho-social à domicile Lutte contre l'habitat indigne Précarité énergétique Jardins ouvriers Mur à Pêches Accompagnement des habitants victimes réelles ou supposées de pollutions Exp. EIS Logement	

Encadré 2 : l'élargissement de l'abord d'un déterminant (l'habitat insalubre) dans les CLS de Seine-Saint-Denis

Renforcer l'intervention réglementaire...

- En confortant le fonctionnement du SCHS (Aubervilliers, Montreuil), en le réévaluant (Saint-Denis, Blanc-Mesnil), en le (re)créant (Epinay), en revisitant son statut (La Courneuve)...

On aborde le « déterminant habitat » en intervenant directement sur le bâti et les conditions d'habitat

Lutter contre des pathologies liées à l'habitat...

- En associant lutte contre l'habitat insalubre et école du souffle ou de l'asthme (Aubervilliers, Montreuil,, Blanc-Mesnil...)
- En confortant la lutte contre le saturnisme infantile (Aubervilliers, Bondy, La Courneuve...)

On aborde le « déterminant habitat » en réduisant les conséquences cliniques

On aborde le « déterminant habitat » en diversifiant les acteurs en capacité d'intervenir PMI, services sociaux...

2. Caractérisation des associations spatiales entre environnement, santé et statut socio-économique des populations

MULTIRÉGIONAL

Projet Circe (Cancer inégalités régionales cantonales et environnement)

Le projet Circe s'inscrit dans le cadre du PNSE dont un des objectifs prioritaires est la prévention des pathologies d'origines environnementales, notamment les cancers. Il est cofinancé par l'ARS (en Bretagne) et les conseils régionaux des régions Bretagne, Île-de-France, Nord - Pas-de-Calais, Picardie et Rhône-Alpes ; il repose sur une collaboration de l'Ineris et des ORS de ces cinq régions.

Initié en 2004, ce projet a pour objectif principal d'évaluer la part des facteurs environnementaux dans les inégalités géographiques intra et inter régionales de mortalité et de morbidité par cancer dans le but d'identifier des zones spécifiques à investiguer.

La méthodologie employée repose sur la construction d'un modèle d'exposition multimédia spatialisé pour la cartographie des inégalités sociales et environnementales. Elle vise notamment à croiser des données environnementales, sanitaires (Inserm CépiDc) et socio-économiques (Insee).

Les futures analyses prévues dans le cadre du projet visent au croisement des dimensions environnementales, sociales et sanitaires, à des niveaux territoriaux fins.

TROIS QUESTIONS À ...

Anne VIDY | Ingénieur du génie sanitaire, responsable du domaine de la promotion de la santé environnementale, ARS Bretagne

Quelle est la capacité des acteurs locaux pour se rassembler pour réaliser des diagnostics ou des actions ?

Il y a un intérêt certain des acteurs locaux pour les inégalités territoriales, enjeu politique majeur quel que soit leur secteur, et donc un potentiel collaboratif fort. Dans les faits, ce potentiel demande à se concrétiser, bien que des expériences se développent progressivement.

Quelles sont vos expériences en la matière ?

Mon expérience principale a trait au programme régional santé environnement (PRSE) de Bretagne. De nombreux partenaires d'horizons divers ont participé à sa construction de 2009 à 2011. La phase de mise en œuvre vient maintenant conforter ces partenariats, notamment à travers divers projets portant sur la réduction des inégalités en santé environnement¹⁴. Pour la première fois dans la politique en santé environnement, le pilotage est partagé avec les collectivités, les associations, les acteurs du soin et de la prévention « traditionnels » (mutuelles, Ireps, réseaux de périnatalité, URPS, animatrices territoriales de santé, etc.).

¹⁴ Étude Circe (Cancer, inégalités régionales, cantonales et environnement) menée par l'Ineris et la Fnors ; Projet « santé environnement et inégalités sociales de santé » mené par la ville de Brest ; Promotion des évaluations d'impacts sur la santé (EIS) mené par Rennes/Rennes Métropole, EHESP, ARS, Association internationale de promotion de la santé et du développement durable (S2D) ; Formation « éducation à la santé environnementale et inégalités sociales de santé » menée par l'Ireps et le réseau d'éducation à l'environnement de Bretagne ; Projet « Réduire les inégalités sociales de santé face au cancer » mené en Pays de Redon (mutuelle des Pays de Vilaine, EHESP, Ireps) ; Promotion de la santé chez la femme enceinte à travers son environnement menée par l'ARS.

Quels freins, difficultés ou facteurs favorisant avez-vous pu identifier ?*Freins :*

- Aspects méthodologiques : les diagnostics visant à croiser les différentes composantes des inégalités relèvent beaucoup du domaine de la recherche dont les résultats des travaux restent insuffisamment vulgarisés et diffusés aux décideurs et acteurs locaux ;
- La méconnaissance des acteurs et de leurs missions intervenant dans les autres champs *a fortiori* depuis la réforme générale des politiques publiques ;
- L'absence de culture commune et les différences de représentations ; la santé reste le soin pour beaucoup d'acteurs de la santé et de l'environnement, l'environnement est assimilé à l'écologie pour les acteurs de la santé, le social renvoie aux populations précaires pour de nombreux acteurs...
- La composition des instances de la démocratie sanitaire, frein aux approches transversales (40 % des membres des conférences de territoire sont issus du secteur du soin *versus* 6 % pour la prévention).

Facteurs favorisant :

Les projets qui ont réussi à développer des partenariats sont ceux où, en amont de leur lancement, le temps nécessaire a été pris, notamment pour associer les partenaires dès le diagnostic, échanger sur leurs attentes et définir de façon conjointe les priorités. Il peut parfois être plus efficace d'opérer sous forme de rencontres bilatérales, plutôt que dans le cadre de comités où les aspects de représentations et de postures institutionnelles sont prépondérants. Il est également nécessaire d'avoir un appui politique clair.

BRETAGNE**Action mutuelle des Pays de Vilaine**

Ce projet de recherche interventionnelle¹⁵ coordonné par l'EHESP et l'Ireps Bretagne vise à améliorer la capacité d'action sur les déterminants sociaux et environnementaux pour réduire les inégalités sociales de santé face au cancer.

Ce projet, d'une durée de trois ans à compter de 2013, a pour population cible l'ensemble des acteurs-clés du Pays de Redon-Bretagne Sud. Il vise notamment à répondre aux besoins d'outils méthodologiques d'aide à la décision et d'aide à l'action ; il propose une offre de formations qui permettront aux décideurs d'améliorer leurs connaissances des stratégies de promotion de la santé des populations.

¹⁵ La recherche interventionnelle en santé publique peut être comprise comme l'utilisation des méthodes de la recherche scientifique appliquées à l'expérimentation restreinte dans une population identifiée et qui peut se traduire secondairement par une implémentation visant l'amélioration de la santé à l'échelle des populations (d'après la définition de l'Institut de la santé publique et des populations. Rapport de l'atelier sur l'initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada, http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/banff_workshop_proceedings_fr, consulté le 29 juillet 2013).

3. Précarité, qualité de l'eau et santé

MAYOTTE

Impact de la précarité de l'habitat sur la survenue de pathologies d'origine hydrique à Mayotte

La délégation territoriale de Mayotte (ARS OI) achève actuellement une étude menée sur son territoire, mesurant l'impact de la précarité de l'habitat sur la survenue de pathologies d'origine hydrique. Cette étude s'inscrit dans le cadre du Praps inclus dans le Projet régional de santé de La Réunion et de Mayotte. Elle est menée en partenariat avec la Cire Océan Indien et vise à améliorer la connaissance de la géo-localisation des cas de typhoïde et d'hépatite A à Mayotte, afin d'appuyer l'argumentaire d'un impact positif du programme d'installation de bornes fontaines à proximité des habitats précaires. Cette étude repose sur l'exploitation des enquêtes réalisées par l'ARS après le signalement de cas de fièvre typhoïde et d'hépatites A.

TROIS QUESTIONS À ...

Jean-François COQUAND | DRJSCS de Picardie

Quelle est la capacité des acteurs locaux pour se rassembler pour réaliser des diagnostics ou des actions ?

En Picardie, une dynamique de rassemblement est née de la volonté des acteurs de se retrouver autour d'une instance : la *Plateforme sanitaire et sociale (PF2S)*, co-présidée par le préfet de région, le président du conseil régional et le directeur général de l'ARS. L'animation d'un groupe projet, composé de représentants des principaux acteurs régionaux, a été confiée à l'observatoire régional de la santé et du social (OR2S). La signature d'une charte de partenariat par une soixantaine d'organismes et institutions ayant pour volonté commune le partage de l'information a montré combien l'attente était grande de la part des différents acteurs de la cohésion sociale.

Quelles sont vos expériences en la matière ?

C'est dans ce contexte que la DRJSCS a pu publier un document synthétique sur les indicateurs de cohésion sociale. Ce document a permis de favoriser la cohérence et la complémentarité des actions de l'ensemble des partenaires à un niveau plus fin que la région ou le département. Par exemple, on sait que « le sport est un élément capital de la santé ». La promotion de la santé par l'activité physique constitue un élément plaidant dans le sens d'une meilleure articulation entre le sanitaire et le social. Le programme sur le sport et la santé a conduit à la création d'un réseau « *Picardie en Forme* » dans lequel se retrouvent nombre d'acteurs et décideurs régionaux. Si le social et le territorial sont déjà bien pris en compte dans les travaux sur la santé, la dimension environnementale commence aussi à l'être, notamment dans le cadre d'un partenariat avec la Dreal pour tout ce qui concerne le logement social. Une autre expérience intéressante est le comité des études, à l'initiative du secrétariat général pour les affaires régionales (Sgar), qui permet de faire travailler différents services de l'État sur un programme défini annuellement, notamment la mise en cohérence sur les perspectives d'études à l'échelle régionale.

Quels freins, difficultés ou facteurs favorisant avez-vous pu identifier ?

Freins :

- Le partage constitue parfois un enjeu en termes de stratégie décisionnelle, notamment dans le cadre de réalisation de diagnostic ou d'état des lieux.
- Les notions liées aux aspects statistiques et informatiques en ce qui concerne la confidentialité, voire l'éthique, empêchent parfois la transmission de données de façon simple, et ce même en intégrant les références aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés et en conformité avec la loi du 7 juin 1951 sur « l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques ».
- Au niveau des actions, le lien entre les diverses institutions (services déconcentrés de l'État, agences, collectivités territoriales, tissu associatif...) peut être difficile compte tenu des enjeux, dans un contexte économique qui fait parfois que les uns et les autres ont tendance à se recentrer sur leur « pré carré ». Et pourtant, une aide à la décision efficace doit s'appuyer sur une observation multidimensionnelle.

Facteurs favorisants :

La démarche de la PF2S a été extrêmement vivifiante pour permettre aux différents acteurs régionaux de se retrouver dans un espace considéré comme indépendant, hors des postures institutionnelles. Cela est d'autant plus intéressant lorsque la démarche s'inscrit dans le temps, car la précipitation dans ce domaine s'avère plus souvent néfaste que productive. Le groupe projet est un lieu de concertation et de circulation d'informations, notamment à travers la lettre d'information largement diffusée et le site internet dédié.

PROVENCE-ALPES-CÔTES D'AZUR

Plan régional santé environnement en Paca

Cette démarche structurée d'actions de la lutte contre les inégalités territoriales est basée sur un diagnostic territorial et environnemental. L'une des actions cible les captages d'alimentation en eau potable de l'arc alpin sur lesquels des dépassements des normes bactériologiques sont régulièrement observés. Elle s'articule autour de plusieurs mesures complémentaires : un volet institutionnel (la mobilisation des collectivités avec accompagnement par l'ARS) ; un volet communication (un colloque organisé par les Hautes-Alpes sur cette thématique) ; un volet épidémiologique (une étude sur l'incidence des gastro-entérites aiguës dans les départements de Paca).

Le PRSE est un plan intersectoriel qui permet un rapprochement des acteurs de la santé et de l'environnement (entre autres) ; ces acteurs, mobilisés ensemble, peuvent faciliter l'action dans les territoires concernés.

Les politiques publiques manquent de cohérence dans certains champs d'action. À titre d'illustration, sur le volet habitat/énergie et les problématiques de qualité de l'air intérieur, la dimension environnementale conduit à un confinement des habitats alors que la dimension sanitaire promeut une bonne ventilation des logements. Ces deux orientations peuvent apparaître contradictoires et les acteurs doivent bâtir ensemble des messages cohérents à l'attention des élus et du grand public.

4. Traitement de l'habitat indigne

LA RÉUNION

Diagnostique et caractérisation dans le plan intercommunal de la lutte contre l'habitat indigne à La Réunion

La Deal de la Réunion a lancé une série de travaux s'inscrivant dans l'élaboration des plans intercommunaux de la lutte contre l'habitat indigne (Pilhi). Ces travaux portent sur deux intercommunalités (TCO, Cirest) et se déroulent simultanément aux réflexions d'élaboration du PLH de ces intercommunalités. Ces deux démarches s'alimentent respectivement afin de préparer des plans d'action pour toutes les formes d'insalubrité repérables (actions incitatives, d'aménagement, d'accompagnement social et coercitives).

Ces diagnostics reposent sur des éléments de différentes natures : indicateur d'évaluation de la capacité à densifier la trame urbaine, résultats d'enquêtes de l'agence d'urbanisme Agorah identifiant des îlots et zones d'habitats précaires et insalubres, résultats des enquêtes sociales menées sur des RHI en cours et des signalements de la Caf et des CCAS ; enquêtes sur la situation sociale et financière des ménages dans les zones d'habitat insalubre ; caractérisation des zones d'habitat insalubre et type d'insalubrité (remédiable ou non) ; caractérisation des risques naturels.

La méthode déclinée dans l'étude Pilhi a consisté à proposer un découpage par secteurs du territoire communal, qui englobe des sites et des quartiers PLH, sur lequel a été réalisée une série de cartes thématiques du diagnostic : 1. Taux d'insalubrité, 2. Équipement et desserte, 3. Contraintes naturelles et PPRI, 4. Pente, 5. Assainissement, 6. Destination des sols, 7. Statut foncier (propriétaires occupants, locataires, occupants sans titre), critère non territorialisé.

TROIS QUESTIONS À ...

Bernard LAPOSTOLET | Chargé de mission, Fondation Abbé Pierre

Quelles sont vos expériences en la matière ?

Saisie conjointement par les acteurs du monde de l'énergie et les travailleurs sociaux de terrain, la Fondation Abbé Pierre s'est intéressée dès 2005 à la question de la précarité énergétique en tant que nouvelle forme du mal logement.

Quels freins, difficultés ou facteurs favorisant avez-vous pu identifier ?

La spirale de la précarité énergétique trouve ici un point d'appui important : un logement en mauvais état et mal chauffé se dégrade, devenant de plus en plus difficile et onéreux à chauffer, entraînant plus de difficultés sanitaires et sociales pour l'occupant. Elle met à nouveau en lumière la question de la santé dans nos approches de l'habitat insalubre.

Il ne paraît pas évident, dans nos approches récentes du phénomène, de faire le lien entre les problèmes de précarité énergétique et les questions de santé publique.

Sur cette question et pour la France, les données sont rares voire inexistantes. Le phénomène de surmortalité hivernale est très souvent cité dans diverses études et rapports mais les approches restent insuffisantes et limitées au regard par exemple des études sur l'impact de la canicule de 2003 avec ses 15 000 décès.

De votre point de vue, quelle est la capacité des acteurs locaux pour se rassembler pour réaliser des diagnostics ou des actions ?

Un travail de terrain dans l'Hérault est mené depuis 2002 dans le cadre du Fonds d'aide aux travaux de maîtrise de l'eau et de l'énergie (Fatmee) (dont la Fondation Abbé Pierre est partenaire), dispositif consacré à la détection et au traitement des situations de précarité énergétique, animé par l'association Gefosat. C'est dans ce contexte et ce partenariat qu'a été exprimé le besoin de lancer une étude épidémiologique pour qualifier et quantifier ces liens compte tenu du peu de données accessibles. La question des liens entre problèmes de santé et précarité énergétique a émergé peu à peu de ce travail de terrain, tant pour les travailleurs sociaux que pour l'association.

Nous avons fini par initier ce travail pouvant nous appuyer sur un réseau local d'acteurs fort : conseil général de l'Hérault (action sociale), Gefosat, le CCAS de Montpellier et le Creai ORS Languedoc-Roussillon, en capacité à porter le sujet. Cependant, il n'est pas sans rappeler qu'il s'agit d'une initiative privée, n'ayant pu s'appuyer sur des financements publics qu'à la marge.

CHAMPAGNE-ARDENNE

La lutte contre l'habitat indigne

L'action PRSE en Champagne-Ardenne vise à conforter et développer le traitement de l'habitat indigne grâce à la mise en place d'une base de gestion des procédures partenariales entre les différents acteurs traitant l'habitat insalubre : @riane-BPH, pôles habitat insalubre, guichets uniques « Action d'information et de sensibilisation au repérage et au traitement de l'habitat indigne ».

La lutte contre l'habitat indigne fait appel à des outils réglementaires et administratifs diversifiés et traite de nombreuses situations avec des facteurs environnementaux sociaux et économiques différents. Des instances de coordination permettent de faciliter l'observation, la mobilisation et la construction des politiques et outils adaptés en tenant compte des compétences des différents partenaires. L'action préventive, couplée à l'action incitative, réduit considérablement l'action coercitive, d'où l'importance de la coordination des acteurs et de la formation, et d'une culture commune basée sur les connaissances techniques du bâtiment et les connaissances juridiques des textes s'y rapportant. Pour être efficace, l'action coercitive doit s'intégrer dans une organisation permettant de gérer un grand nombre de cas.

5. Plan régional de santé environnement

RHÔNE-ALPES

Le PRSE2 en Rhône-Alpes

Le PRSE2 Rhône-Alpes instauré par le préfet de région fait participer le plus grand nombre possible d'acteurs en santé environnement. L'enjeu est de représenter à la fois la diversité des thèmes ayant trait à la santé et à l'environnement, la diversité des territoires de la région et les structures qui travaillent sur cette thématique.

Le PRSE2 a pour objectif la réduction des inégalités de santé. Pilotée par le Sgar, l'équipe d'animation est composée de la Dreal, de l'ARS, du conseil régional, de la Draaf et de la Direccte ; elle s'appuie sur un prestataire, le Centre d'étude de l'impact de l'environnement sur la santé (Ceies).

Cette équipe a assuré le suivi des travaux menés dans les ateliers thématiques (« habitat, espace clos, air intérieur », « eau » et « zones de surexpositions, transports, air extérieur ») auxquels ont participé environ 130 personnes -toutes volontaires- recrutées par appel à candidature. Ces travaux ont abouti à l'élaboration de fiches qui soulignent les problèmes environnementaux et l'impact sur la santé et qui mettent en avant certaines actions déjà menées pour amoindrir les risques. Ces travaux se sont fondés sur des indicateurs socio-économiques, épidémiologiques et environnementaux produits par la Dreal, l'Insee, l'ORS ou les collectivités territoriales.

TROIS QUESTIONS À ...

Élodie VERDIER | Direction générale de la prévention des risques au ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie.

Quelle est la capacité des acteurs locaux pour se rassembler pour réaliser des diagnostics ou des actions ?

Les acteurs locaux ont émis depuis quelques années le besoin de décloisonner les études dans leur forme initiale. Prenons par exemple le domaine des installations classées pour la protection de l'environnement. Dans le cadre de la demande d'autorisation d'exploiter, des évaluations de risques sanitaires sont réalisées pour les rejets industriels site par site. En raison de demandes des populations, est apparue la nécessité de mettre en lien ces études et d'inclure dans la réflexion les autres sources d'émissions (transport, résidentiel) ainsi que les éventuelles constatations sanitaires locales. C'est ainsi que des études de zone ont été initiées.

Par la suite, les acteurs locaux ont cherché à structurer leur action en imaginant des méthodes d'identification de ces zones prioritaires. Quelques expériences prometteuses ont déjà été réalisées, mais nous ne sommes encore qu'au début du processus.

Quelles sont vos expériences en la matière ?

Dix études de zone ont été réalisées en France depuis 2004 ; certaines ont déjà été mises à jour avec les données d'émissions actualisées. Actuellement, une dizaine de nouvelles études sont en cours. Le Haut Conseil de santé publique et l'Ineris ont tous deux publié en 2010 et 2011 des recommandations méthodologiques pour mener à bien de tels travaux. Les régions ont adapté la méthodologie au contexte local, notamment à la demande des populations. Les actions engagées suite à la réalisation de ces études sont notamment la mise en place de surveillances des polluants à maîtriser, la réduction des rejets industriels sur la zone, une meilleure connaissance des émissions, ou encore la réalisation de nouvelles mesures dans l'environnement pour approfondir les connaissances sur un secteur précis...

Quels freins, difficultés ou facteurs favorisant avez-vous pu identifier ?

Le principal frein identifié est la difficulté à collecter les données nécessaires à ces études, qui soit n'existent pas, soit se heurtent à un refus de mise à disposition, en raison des conséquences possibles (respect de la vie privée notamment). Un deuxième frein important est la longueur de ces études qui s'étalent souvent sur plusieurs années : cela nécessite des crédits importants et une implication constante et forte des acteurs associés.

Afin de s'assurer de la pertinence de l'étude et du soutien des populations locales, le facteur favorisant est l'association, dès le début, des acteurs locaux (riverains, associations, médecins, collectivités...). Enfin, poser des bases claires, principalement en termes d'objectifs, permet d'éviter les dérives en cours d'étude.

BRETAGNE**Projet à destination des femmes enceintes**

Dans le cadre du PRSE, un état des lieux établi par la Maison de la consommation et de l'environnement (MCE) sur les produits chimiques de la vie courante et des informations existantes sur des femmes enceintes, a souligné une forte hétérogénéité d'accès à l'information de ces enjeux environnementaux selon l'origine sociale des femmes. Un groupe de travail d'Ille-et-Vilaine - composé de l'ARS, du conseil général, de la Direccte de Bretagne, des écoles de sages-femmes, le l'URPS SF et gynécologues et des réseaux de périnatalité des quatre départements bretons - envisage la formation des professionnels de santé par des plaquettes d'information, des séances de préparation à la naissance, etc. Par ailleurs, des messages seront diffusés sur des supports écrits, comme le carnet de santé de maternité, et des supports oraux, avec l'organisation d'ateliers à destination des parents autour de la question de l'environnement et de leur bébé, par des messages téléphoniques de rappel et d'informations destinés aux femmes enceintes.

6. Identification des points noirs environnementaux

LORRAINE

État des lieux des points noirs environnementaux

Piloté par le Sgar de Lorraine, ce travail en cours de réalisation est mené en partenariat avec l'ARS, la Direccte, le conseil régional, Air Lorraine, le BRGM et la Dreal. Cette démarche repose sur un des axes du PRSE2 (2010-2014) dont l'objectif est de réaliser un état des lieux des inégalités environnementales dans la région au moyen d'une cartographie des territoires reflétant le cumul de plusieurs surexpositions à des facteurs environnementaux. Il s'agit ainsi de mieux cibler les actions des pouvoirs publics et de les rendre plus efficaces.

Cet état des lieux repose, d'une part, sur l'identification par l'Ineris des zones de forts cumuls d'exposition à partir de données environnementales (sols, air, eau et bruit) et, d'autre part, sur l'examen des facteurs sanitaires et sociaux dans les zones identifiées en vue de hiérarchiser celles qui doivent faire l'objet d'actions spécifiques.

Les données utilisées pour la réalisation de la phase de diagnostic sont issues : pour les sols, du BRGM et des chambres d'agriculture ; pour le bruit, des collectivités des services déconcentrés ; pour l'air, d'Air Lorraine ; pour la qualité des eaux brutes et potables, de l'ARS ; pour la localisation des sites et sols pollués, de Basol ; pour les données relatives aux émissions industrielles, de l'Irep.

L'ensemble de ces données font l'objet d'un *scoring* respectant une pondération égale pour chacun des facteurs (eau-air-sol-bruit) qui permettra de déterminer les zones à forts cumuls d'exposition. Ces résultats seront ensuite croisés avec les données sanitaires et sociales du territoire.

TROIS QUESTIONS À ...

Pamela BORR | Dreal de Lorraine et **Aline GILL** | Sgar de Lorraine.

Quelle est la capacité des acteurs locaux pour se rassembler pour réaliser des diagnostics ou des actions ?

L'implication des différents acteurs dans la réalisation de ce diagnostic s'est effectuée de façon naturelle dans la mesure où l'enjeu principal de l'étude, compiler les savoirs en vue d'actions adaptées pour améliorer les situations affectant la santé des populations les plus impactées, était affiché et l'importance de cet enjeu n'était pas contestable. Les gestionnaires du risque ont été intéressés par un outil permettant de déterminer les facteurs les plus impactants (qualité de l'air et niveaux sonores pour la Lorraine) et les zones d'actions prioritaires. Cette étude constitue pour les détenteurs de données une utilisation concrète de leur travail, elle leur permet d'appréhender l'impact sanitaire des contaminations dont ils ont connaissance *via* l'outil d'évaluation des risques sanitaires utilisé dans le *scoring*.

Quelles sont vos expériences en la matière ?

En Lorraine, le croisement de données environnementales et sanitaires existait déjà par le passé sur des territoires plus limités que le périmètre actuel de l'étude qui concerne l'échelon régional. Une étude sanitaire descriptive de zone avait notamment été menée pour la zone industrielle de Carling/Saint-Avold. De même, dans le cadre des PPA, l'impact de la qualité de l'air sur la santé des populations a été évalué par la Cire Est.

Quels freins, difficultés ou facteurs favorisant avez-vous pu identifier ?

Freins

Aujourd'hui, la difficulté majeure consiste à dépasser le stade du diagnostic pour aboutir à des actions réelles sans stigmatiser les territoires cumulant les facteurs d'exposition.

Facteurs favorisants

Le PRSE2 a clairement joué un rôle moteur dans la réalisation de cette étude. Il a permis de mettre autour de la table des experts d'horizons différents.

La réalisation de cette étude dans de bonnes conditions repose sur un pilotage clair et une attribution précise des rôles de chacun. Une fois les problèmes de sémantique dépassés et la nécessaire vulgarisation de concepts scientifiques complexes pour des non-initiés effectuée, l'enjeu de l'étude permet de faire converger tous les partenaires vers le même but à savoir une détermination des facteurs environnementaux les plus impactants sur les territoires et une vision des territoires les plus touchés par le cumul d'expositions. Il reste aujourd'hui à informer largement le public des résultats de cette étude qui, nous l'espérons, grâce à une meilleure connaissance des impacts sanitaires des contaminations environnementales, conduira à la multiplication d'actions locales de réduction des inégalités environnementales.

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR



Prise en compte des Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé dans l'élaboration des politiques publiques

Le cas du PRSE Paca

FOCUS

Séminaire Itess

Muriel ANDRIEU-SEMME, mission santé environnement, pilote PRSE à l'ARS Provence Alpes-Côte d'Azur

1. Les Itess en région Paca : le constat d'une réalité

La région Paca est une région qui présente, de par sa géographie, de forts contrastes territoriaux :

- d'urbanisation entre le littoral et les départements plus alpins ;
- d'industrialisation entre les zones portuaires de Toulon, de la vallée du Paillon et de Fos-sur-mer ;
- malgré une forte densité de population, une grande biodiversité ;
- malgré un caractère fortement tourné vers le tourisme, des communes touchées par plusieurs types de risques (industriels, inondation, sismique, incendie...).

Ces contrastes s'observent également en matière de santé et de conditions socio-économiques avec des disparités documentées sur le territoire régional.

Le plus souvent on observe **un cumul entre une situation socio-économique dégradée et des indicateurs de santé préoccupants**, mais peu d'informations sont disponibles relativement aux inégalités environnementales, ce qui limite leur prise en compte dans les politiques de réduction des inégalités territoriales de santé.

Pourtant, l'environnement apparaît **comme un des déterminants de santé qui peut influencer sur les écarts observés** et il est apparu important dans un premier temps de faire un état des lieux des connaissances en santé environnement sur le territoire régional.

2. Le Tableau de bord santé environnement Paca – TBSE – Éléments de diagnostic

Afin de disposer de données descriptives des disparités régionales en santé-environnement, l'Observatoire régional de la santé a été missionné pour élaborer un tableau de bord santé-environnement faisant l'état des lieux de la situation sur les grandes problématiques de santé-environnement en Paca.

Ce TBSE est constitué de :

- données objectives relatives à la qualité des milieux et aux pathologies liées à l'environnement ;
- données subjectives issues du baromètre santé environnement relatives aux perceptions des risques et des actions à conduire en faveur de la réduction de ces risques.

3. Une gouvernance pour favoriser la prise en compte des inégalités territoriales

Afin d'intégrer la diversité des dimensions d'un territoire, la gouvernance adoptée a privilégié une démarche *bottom-up* en partant pour l'élaboration du PRSE Paca du terrain et en organisant :

- des conférences territoriales permettant l'appréciation des enjeux locaux, au-delà des données mises à disposition par l'ORS ;
- de ateliers thématiques permettant pour un enjeu donné de mieux apprécier les dynamiques locales susceptibles d'être mobilisées.

Cependant, à l'issue de cette démarche, *le manque d'outils et de méthodologie* permettant le rapprochement/croisement des différentes données, *rend délicat le choix de priorités partagées*.

4. L'exploration des inégalités environnementales

L'objectif des travaux exploratoires menés en région Paca :

- proposer deux outils permettant de décrire les disparités des facteurs environnementaux ;
- dégager, pour les différents territoires de la région Paca, les facteurs environnementaux les plus créateurs d'inégalités, donnant ainsi matière à orienter l'action publique.

Pour répondre à ces objectifs, les travaux conduits ont pris en compte quatre dimensions en santé-environnement : la qualité de l'eau, de l'air, du logement et des sols.

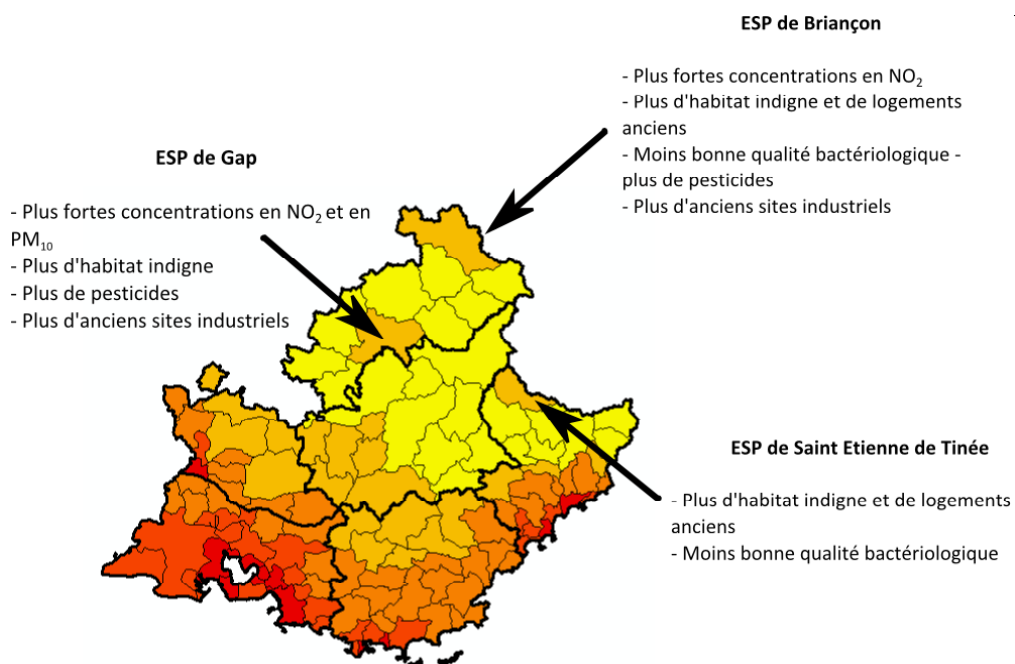
Le traitement des données a permis d'élaborer deux types d'outils :

- un indice de défaveur environnementale : IDE (traitement statistique appliqué : analyse en composantes principales),
- des profils environnementaux de territoires (traitement statistique appliqué : classification ascendante hiérarchique).

a. L'indice de défaveur environnementale

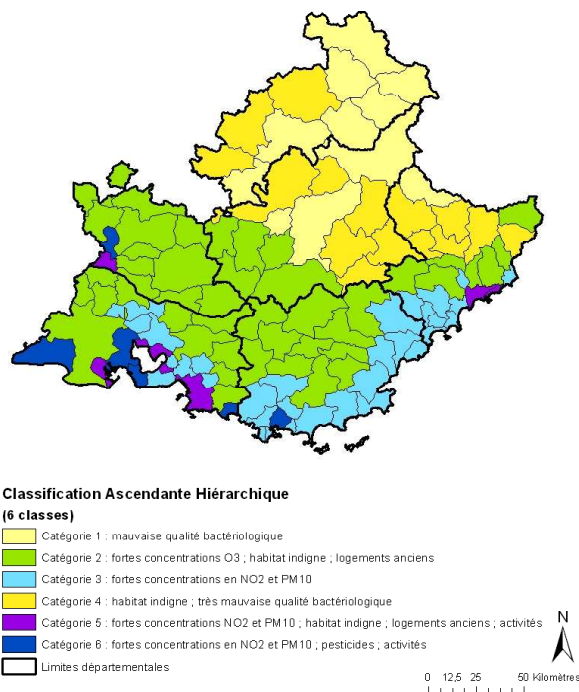
La cartographie de l'indice de défaveur environnementale matérialise l'existence d'un gradient environnemental orienté selon un axe nord-sud. Plus la couleur est foncée, plus les pressions environnementales se cumulent les unes aux autres.

Les Espaces de santé de proximité (ESP) les plus fortement urbanisés, situés sur le pourtour de l'arc méditerranéen et en particulier sur sa partie ouest, subissent les plus fortes pressions environnementales.



b. Les profils environnementaux des territoires

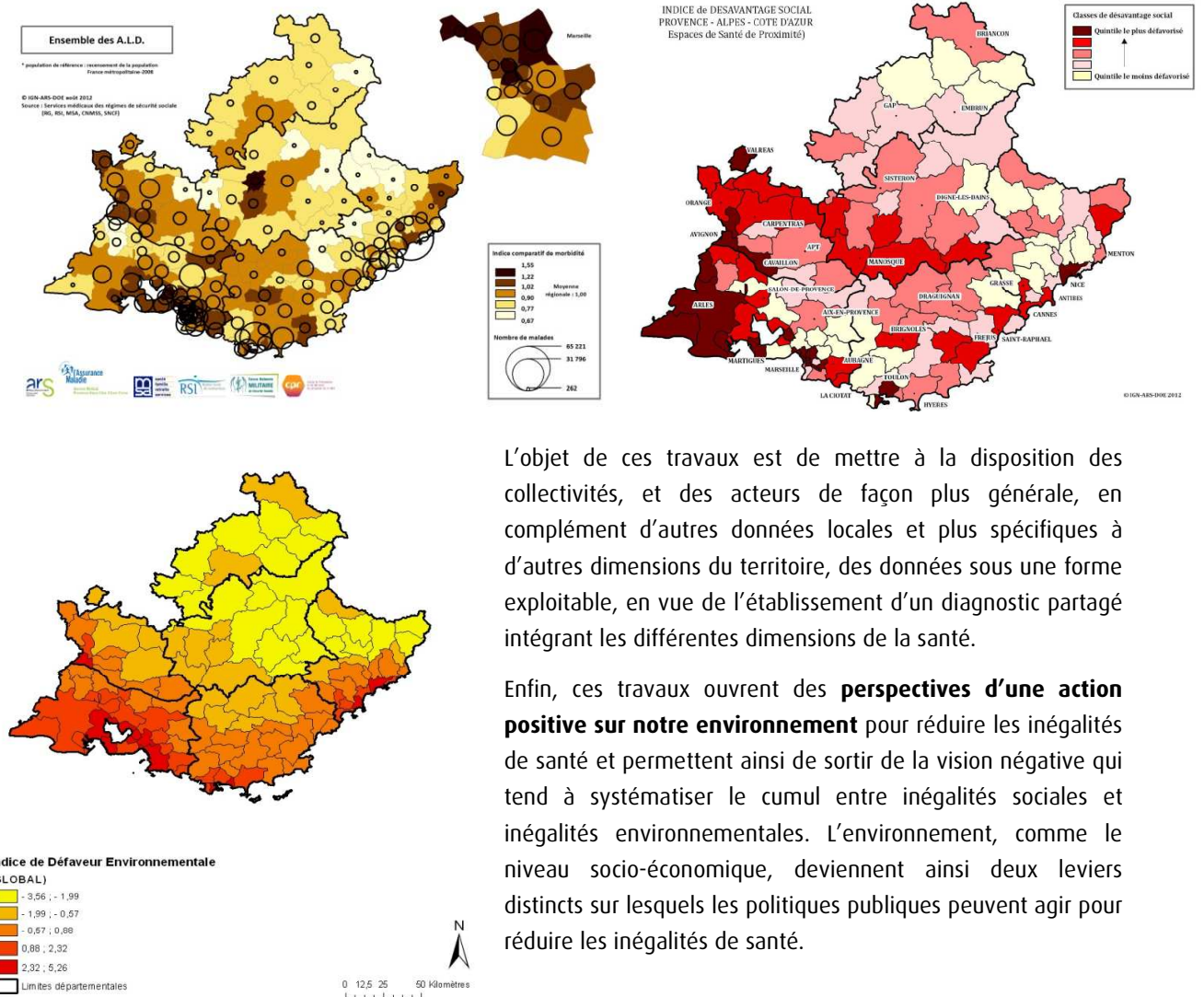
Classification de la situation environnementale des Espaces de Santé de Proximité de PACA



c. Les liens entre les différentes dimensions : sociale, sanitaire, environnementale

La perspective de rapprochement, et à terme, de croisement des différentes dimensions : sanitaire, sociale et environnementale apporterait un nouvel éclairage sur les données de santé en général et les leviers à solliciter pour améliorer la situation localement.

Cartes juxtaposées : sanitaire (ALD) / sociale (indice de défaveur sociale) / environnementale (IDE) :



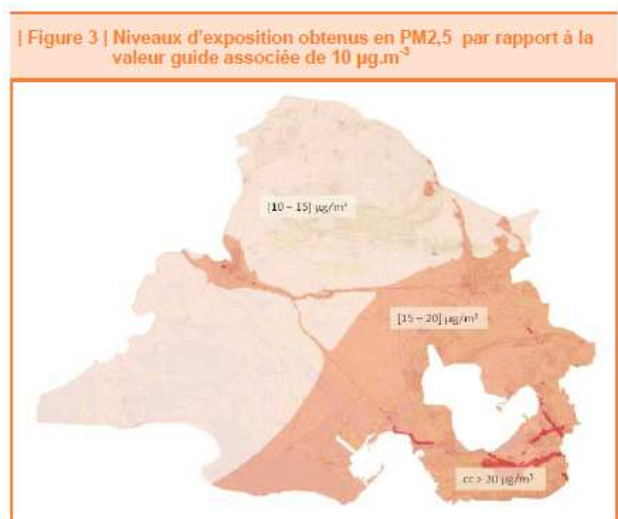
L'objet de ces travaux est de mettre à la disposition des collectivités, et des acteurs de façon plus générale, en complément d'autres données locales et plus spécifiques à d'autres dimensions du territoire, des données sous une forme exploitable, en vue de l'établissement d'un diagnostic partagé intégrant les différentes dimensions de la santé.

Enfin, ces travaux ouvrent des **perspectives d'une action positive sur notre environnement** pour réduire les inégalités de santé et permettent ainsi de sortir de la vision négative qui tend à systématiser le cumul entre inégalités sociales et inégalités environnementales. L'environnement, comme le niveau socio-économique, deviennent ainsi deux leviers distincts sur lesquels les politiques publiques peuvent agir pour réduire les inégalités de santé.

5. Focus sur la zone industrialo-portuaire de Fos

Cette zone du territoire, de par son activité présente toutes les caractéristiques d'un « point noir » du territoire sur lequel viennent se cumuler les inégalités sociales, sanitaires et environnementales.

Face à ce constat, plusieurs démarches, de nature différente ont été engagées pour réduire ces inégalités.



Études environnement :

- ERS sur l'ensemble de la zone (Berre / Fos / Lavera)
- Scenarii : outil de modélisation des expositions et des risques selon différents scénarios (voir figure ci-dessus)

Études santé (Cire / InVS):

- Hospitalisations et pollution atmosphérique : excès d'hospitalisation pour leucémies aiguës chez les hommes / SO₂ : excès d'hospitalisation des femmes.
- Revela13 : Observatoire / géolocalisation des cancers : rein, vessie, leucémies aiguës.

Nouvelles gouvernances territoriales :

- SPPPI : nouvelle gouvernance associant toutes les parties prenantes.
- Objectifs :
 - l'identification des questionnements « Santé environnement » des populations
 - la création d'outils pour utiliser ces études.

Formations, Information des professions médicales

- Module IMSE : « Cancers et environnement »
- Journal « Médecins à Martigues » Ville de Martigues / trimestriel.

Contact pour plus d'informations : muriel.andrieu-semmel@ars.sante.fr / 04.13.55.83.01

7. Évaluation d'impact sur la santé

ÎLE-DE-FRANCE

Évaluation d'impact sur la santé

De nombreuses politiques publiques en dehors du secteur de la santé peuvent influencer les déterminants de la santé. L'évaluation des impacts sur la santé (EIS) analyse ces déterminants en amont d'une prise de décision selon un processus de travail intégré avec les différents décideurs et parties prenantes.

Démarche encore innovante en France, l'objectif de l'EIS est de fournir aux décideurs des informations sur les répercussions sur la santé d'une politique, d'un programme ou d'un projet afin d'assurer la mise en œuvre de politiques publiques saines.

L'ARS d'Île-de-France, consciente de la nécessité de développer une approche globale et transversale des enjeux de santé pour les Franciliens et de favoriser l'émergence d'une vision partagée par l'ensemble des acteurs développe une expertise sur l'EIS.

TROIS QUESTIONS À ...

Anne LAPORTE | ARS Île-de-France

De votre point de vue, quelle est la capacité des acteurs locaux (État et collectivités territoriales) pour se rassembler sur des projets d'EIS ?

Il existe un intérêt et une volonté des collectivités locales pour s'engager dans des EIS. Il y aurait même une demande des collectivités, répondant à des sollicitations d'associations, qui ne peut être satisfaite actuellement du fait du manque de compétences pour mettre en œuvre des EIS. En particulier, les collectivités qui sont aux prises avec des inégalités sociales et territoriales de santé importantes sont plus sensibles à cette démarche, bien que devant être sensibilisées/formées aux conditions de sa réalisation. Les services santé sont les plus mobilisés, il reste à convaincre les autres services (social, éducation, environnement, transport, etc.).

Quelles sont vos expériences en la matière ?

Nous avons plusieurs expériences plus ou moins concluantes en 2012. Dans le cadre de contrats locaux de santé en Seine-Saint-Denis, nous avons initié des débuts de démarches EIS avec trois collectivités sur des projets différents. Sur deux projets (politique éducative et projet de rénovation urbaine - PNRQAD) l'étude de faisabilité a pu démarrer, sur le troisième sujet (politique de logement) des difficultés locales n'ont pas permis d'avancer. Les conditions de réussite de ces études de faisabilité ne tenaient pas au projet ou politique étudiés mais bien à l'organisation interne dans la collectivité, l'information des différents services et l'interaction avec l'ARS. L'absence de comité de pilotage formel avec les parties prenantes a été très préjudiciable à la mobilisation des acteurs.

Notre dernière expérience concerne une communauté d'agglomération (Plaine Commune) qui s'est « engagée » pleinement au côté de l'ARS, dans la mise en œuvre d'une EIS sur les projets transport de son territoire en 2013. Pour cette EIS, la collectivité et l'ARS, mieux armée pour développer une démarche EIS, ont constitué le comité de pilotage et la collectivité a pris en charge la mobilisation des parties prenantes autour des transports. Dans le cadre de l'évaluation, réalisée en co-pilotage ARS/ORS, la collectivité a fourni de nombreux documents autour des transports permettant d'avancer avant de rencontrer les différents acteurs du transport. La collectivité est aussi le relais avec la population et en particulier avec les groupes vulnérables, cibles de la participation citoyenne dans une EIS.

Quels freins, difficultés ou facteurs favorisants avez-vous pu identifier ?

Les facteurs favorisants pour la mobilisation autour d'EIS sont la sensibilisation des collectivités à cette démarche, et en particulier des élus. Car la collectivité, si elle est à l'initiative de l'EIS, devra convaincre les parties prenantes concernées par le projet de participer à cette EIS, il faut donc pouvoir expliquer les intérêts et objectifs d'une telle démarche. Dans un certain nombre de cas, ce sont des associations qui sont demandeuses, qui sollicitent une collectivité ou l'ARS. Si les projets ou programmes sont des priorités locales, la mise en œuvre d'une démarche EIS sera favorisée. Le facteur favorisant principal à l'heure actuelle reste la sensibilisation/formation des collectivités et ARS. Par ailleurs, la constitution d'un comité de pilotage décisionnaire composé de l'ensemble des parties prenantes autour du projet évalué est un gage de réussite de l'EIS (pour l'accès aux données et la prise en compte des recommandations).

Les freins sont essentiellement les ressources humaines et financières. En termes de ressources humaines, il faut surtout entendre compétences, en particulier pour l'évaluation. Très peu de personnes sont formées en France, et ceci limite la possibilité d'engager des démarches pertinentes. En termes de financement, il faut trouver des lignes de crédit dans le budget des projets, de même que sont financées des études d'impact environnemental ou des concertations publiques, il faut ajouter si nécessaire le budget de l'EIS qui reste inférieur à celui des études sus-citées. Enfin, la gouvernance d'une EIS peut être compliquée lorsqu'il s'agit d'une politique comportant plusieurs niveaux décisionnaires (communauté d'agglomération, conseil régional), les attendus n'étant pas les mêmes.

Les facteurs de réussite, attentes et freins concernant les diagnostics : une synthèse des résultats de l'enquête

En plus d'identifier des diagnostics et des actions s'inscrivant dans le cadre de la réduction des Itess, l'enquête menée par la Fnors auprès des ARS, Dreal et DRJSCS a comporté un volet sur les facteurs de réussite, les attentes et les freins concernant la bonne réalisation de ces diagnostics. Ce chapitre présente des éléments sur les modalités d'association des acteurs, sur les éventuelles entraves à la réalisation de tels diagnostics ainsi que sur les besoins des commanditaires pour la réalisation de tels travaux

Philippe LORENZO

OR2S Picardie

Cinquante-sept structures ont répondu à l'ensemble du questionnaire, soit vingt-et-une ARS, vingt-et-une Dreal et quinze DRJSCS. Parmi les répondants, huit n'ont pas répondu aux questions sur les facteurs de réussite, attentes et freins concernant les diagnostics relatifs aux inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé : une ARS, trois Dreal et quatre DRJSCS. Pour cinq structures, les non-réponses pourraient s'expliquer par le fait qu'aucun diagnostic croisant au moins deux des trois thématiques n'a été réalisé. Cependant, deux font état d'un diagnostic croisant deux thématiques, et une, trois thématiques.

Mise en œuvre d'un diagnostic

La première question de cette partie s'intéressait aux modalités nécessaires d'association des acteurs pour mettre en œuvre un diagnostic intégrant les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé. Quinze institutions n'ont pas apporté de réponses : sept Dreal, cinq ARS et trois DRJSCS. Par ailleurs, dix réponses sont hors sujet, certaines étant tautologiques – il faut associer les acteurs –, d'autres n'ayant aucun rapport avec la question posée. Parmi ce groupe de dix organismes, se trouvent cinq ARS, deux Dreal et trois DRJSCS.

Les modalités d'association des acteurs concernées ont été, somme toute, assez peu détaillées. Plusieurs réponses dressent la liste des acteurs pouvant être concernés, une réponse s'arrêtant à cette seule liste. Ainsi, les réponses peuvent être regroupées autour de trois axes principaux : un dispositif structurant, des

modalités de travail et une approche territoriale, les unes pouvant recouper les autres.

Parmi les trente-deux réponses faisant sens, vingt-cinq envisagent les modalités d'associations des acteurs sous l'angle d'un dispositif structurant. Six proposent de s'appuyer sur des dispositifs existant : une Dreal préconise que le diagnostic se fasse dans le cadre de la plateforme sanitaire et sociale, une DRJSCS, dans le cadre des plateformes d'observation des DRJSCS en associant ARS et Dreal. La réponse d'une ARS fait reposer le diagnostic sur un partage au sein des conférences de territoire d'une autre, au sein de la commission de coordination de prévention. Une Dreal et une DRJSCS mettraient à contribution les groupes de travail du plan régional santé environnement, adjoint de l'Acisé, pour l'une d'elle.

Dix-neuf souhaitent la création d'un dispositif *ad hoc*. Le format défini par ce dispositif est variable, mais généralement le pilotage est assuré par l'État, l'ARS, et pouvant intégrer les collectivités. Les Dreal et les DRJSCS élargissent à un partenariat plus divers que ne le font les ARS : riverains, populations, employeurs, syndicats, pour les premières, usagers pour les secondes. Une Dreal souhaite disposer d'un cadre national.

Parmi les modalités de travail, il est à signaler la signature d'une Cpom avec les acteurs concernés, ayant pour objet de disposer de données, notamment infra-départementales à partager et à croiser, mais aussi d'avoir des moyens humains et financiers et des objectifs clairs.

Enfin, une approche territoriale est préconisée par cinq ARS et une DRJSCS, par la réunion des acteurs d'un même territoire, dans le cadre des contrats locaux de santé ou sur un découpage *ad hoc*, ou encore par une démarche conjointe ARS-Ireps.

Freins au diagnostic

Les deux questions suivantes ont trait aux freins qui ont pu entraver la réalisation des diagnostics, soit sur une seule thématique, soit sur les trois. De fait, le nombre de non-réponses est important dans les deux cas, respectivement 36 et 46.

L'analyse conjointe de ces deux questions montrent que les freins s'expriment pour l'essentiel en termes de manque de ressources : compétences, temps, outil, financement. Mais encore en termes de défaut de partenariat, de cloisonnement entre les services, et aussi, de manque de stratégie pour une ARS et deux DRJSCS, ou de volonté politique. Une ARS estime qu'un des freins aura été le manque de clarification des définitions de la santé ou des déterminants de santé.

Le manque fait référence aussi à l'indisponibilité des données, d'autant plus que l'échelle géographique est fine, et qu'un croisement doit être effectué avec les données environnementales. Un frein avancé par deux ARS est la nouveauté du concept environnemental dont l'appropriation ne semble pas aisée.

Besoins pour réaliser les diagnostics

La question sur les besoins semble avoir intéressé les répondants. Seules vingt-deux structures sur les cinquante-sept n'ont pas répondu : sept ARS, huit Dreal et sept DRJSCS. D'une manière assez logique, les besoins s'expriment en quelque sorte en décalque des freins repérés par les structures, mais pas seulement.

La notion de gouvernance revient de manière assez significative. Elle renvoie à la structuration et à la gouvernance des acteurs. Seize institutions reviennent fortement sur ce point (six ARS, six Dreal et quatre DRJSCS). Les idées développées sont la nécessité de disposer d'une feuille de route explicite, procédant d'une commande ministérielle voire interministérielle, avec un pilote clairement identifié. Ce qui est en jeu, c'est la coordination des acteurs et la rédaction

partagée d'objectifs. Il est à noter qu'une ARS propose que ce pilotage puisse être assuré par un prestataire neutre, sans le nommer.

Au rang des moyens, sept répondants souhaitent disposer de moyens financiers supplémentaires dédiés à ces diagnostics. Deux d'entre eux et cinq autres structures pointent le renforcement des compétences, notamment par la formation des agents, ou le recours à des prestataires extérieurs comme l'ORS ou des laboratoires universitaires.

Enfin, les méthodes préconisées sont la création d'outils spécifiques d'analyse des données ou l'adaptation d'outils existants et leur standardisation, la mise en œuvre d'une plateforme statistique ou d'observatoires territoriaux travaillant en temps réel sur les données mais aussi la création de systèmes d'information inter-opérables. La contrepartie est le nécessaire décloisonnement des services et la volonté de partage des données recueillies sans lesquels tout travail est voué à l'échec. Des actions de *benchmarking*, ou d'échanges entre les régions, seraient une plus-value évidente pour deux ARS.

En conclusion, les facteurs de réussite, freins et attentes concernant l'élaboration de diagnostics croisés intégrant les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé reposent sur trois piliers :

- la volonté politique, notamment au plus haut niveau, pour que de tels diagnostics soient établis ;
- une gouvernance réelle, orchestrée par un acteur légitime permettant la mutualisation des moyens, financiers comme humains, entre les partenaires détenteurs ou utilisateurs de données. Une gouvernance qui peut reposer sur un dispositif existant ou un dispositif *ad hoc* ;
- la nécessité de disposer des compétences techniques et d'outils de recueil et d'analyse des données performants.

Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé

Discussion et conclusions



Entre données objectives et expressions subjectives : appréhender les situations d'injustice environnementale

Éric PAUTARD

Service de l'observation et des statistiques, Commissariat général au développement durable,
Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie

Qu'ils traitent de dégradation des ressources, de précarité énergétique, d'inégalité d'accès aux transports ou plus largement de problèmes méthodologiques de mesure du développement durable à l'échelle territoriale, les diagnostics référencés dans l'enquête rejoignent en grande partie les préoccupations des différentes composantes¹⁶ du Service de l'Observation et des Statistiques (SOeS) du Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie. En permettant de mieux appréhender les situations locales de cumul d'inégalités, ces outils contribuent en effet à améliorer la qualité de l'information mise à disposition du public.

Le SOeS ayant pour mission de diffuser des connaissances territorialisées sur l'état des milieux et les pressions qu'ils subissent du fait des activités anthropiques, il porte un regard singulier sur cette enquête dont l'intérêt est de mettre en lumière des initiatives diversifiées qu'il serait souhaitable de généraliser. Une telle généralisation ne va toutefois pas sans poser problème, dans la mesure où il s'agit, d'une part, de bâtir un protocole commun de quantification des inégalités et, d'autre part, de prendre en considération la perception de ces situations par ceux qui les subissent.

Exigences méthodologiques et difficultés organisationnelles

En tant que service statistique ministériel, le SOeS porte avant tout un regard méthodologique sur cette enquête. Prenant acte de l'extrême variété des informations territorialisées disponibles et considérant que la mise en équivalence *a posteriori* des données n'aurait pas de sens, il nous semble nécessaire d'envisager à terme l'élaboration d'un protocole méthodologique qui permette un traitement statistique agrégé des données locales et régionales. L'enjeu principal d'un tel travail serait de renforcer l'appareillage de mesure et de localisation géographique pour identifier, catégoriser, hiérarchiser et organiser les situations d'inégalités cumulées. Pour ce faire, il paraît indispensable de définir conjointement des seuils qui permettent de dissocier les populations qui bénéficient d'un environnement *acceptable* (niveaux de pollution, accès aux aménités, exposition aux risques et nuisances) et celles qu'il est prioritaire d'aider pour qu'elles aient tout autant la possibilité de vivre dans un environnement sanitaire et écologique de qualité *standard*.

Définir conjointement des valeurs de référence pose cependant des questions purement organisationnelles, puisque cela demande de s'extraire d'une segmentation sectorielle dans laquelle les dimensions environnementales, sociales et sanitaires sont généralement traitées distinctement. De fait, l'enjeu de décloisonnement thématique qui découle de cette volonté d'appréhender ensemble les inégalités sanitaires, sociales et environnementales implique de créer des passerelles entre administrations centrales (ministères en charge de l'Écologie et de la Santé) et déconcentrées (Dreal et ARS), observatoires régionaux (Fnors et réseau Rare¹⁷) et établissements concernés (Ineris et InVs¹⁸). En apportant leur expertise et leur savoir-faire spécifiques,

¹⁶ Le service est constitué de cinq sous-directions : sous-direction de statistiques de l'énergie (SDSE), sous-direction des statistiques du logement et de la construction (SDSLC), sous-direction de l'immobilier et de l'environnement (SDIE), sous-direction des services des transports (SDST) et sous-direction des méthodes et données pour le développement durable (SDM3D).

¹⁷ Réseau des agences régionales de l'énergie et de l'environnement.

les services statistiques ministériels (SOeS et Drees¹⁹) ont évidemment un rôle important à jouer dans la conception d'indicateurs croisés. Garants de la qualité méthodologique, ils doivent notamment s'assurer de la pertinence, de la fiabilité, de la représentativité, de la reproductibilité, de la disponibilité et de la lisibilité des données collectées. Ce souci d'objectivation statistique est d'autant plus important qu'il a vocation à encadrer le processus concerté d'élaboration des futures enquêtes territorialisées sur les inégalités sanitaires, environnementales et sociales. En effet, la construction de méthodes communes ne peut se faire sans arbitrer entre les attentes des services de l'État et celles – encore plus variées – émanant des collectivités territoriales, du monde de la recherche, des professionnels de la santé, des associations écologistes et plus globalement des citoyens eux-mêmes.

D'un point de vue pratique, cet exercice d'homogénéisation des diagnostics territoriaux passe inévitablement par la constitution d'outils intégrés au service de tous. Dès 2009, un avant-projet d'*Atlas des inégalités environnementales* avait été initié au sein du SOeS, en prenant appui sur l'outil de cartographie *Geoidd* dans lequel sont compilées les données statistiques de l'environnement en France²⁰. Par la suite, c'est à l'initiative de l'Ineris qu'un travail de compilation des données sur les inégalités s'est structuré, dans le cadre du projet *Plaine*. Comme l'écrit J. Caudeville dans sa contribution, l'objectif est avant tout de « *faire converger les pratiques pour consolider la robustesse des démarches* ». À cet égard, la prochaine mise en œuvre de la plateforme *Plaine* fait l'objet d'attentes importantes, en ce qu'elle constituera une étape cruciale dans la dynamique collective d'identification territoriale des situations d'inégalités cumulées. Restera par la suite à affiner les connaissances pour appréhender le plus précisément possible les impacts territoriaux de ces situations. C'est alors que se posera un ensemble de questions complexes quant à la nature des données exploitées, aux conditions de leur collecte, aux modalités de leur agrégation, et de leur mise à disposition.

Appréhender la subjectivité des situations d'inégalités et d'injustices

Comme cela a déjà été souligné en introduction de cette publication, il n'est pas envisageable de se limiter au seul constat statistique des inégalités : il convient également de prendre en compte les situations vécues d'injustice, ainsi que le recommandait en 2009 le rapport de la Commission sur la mesure de la performance économique et du progrès social²¹ :

« On peut utiliser toute une batterie d'indicateurs pour mesurer la pression exercée par l'homme sur l'environnement, les réponses apportées par les administrations, les entreprises et les foyers à la dégradation de l'environnement, et la situation véritable quant à la qualité de l'environnement. Toutefois, en termes de qualité de la vie, les indicateurs existants restent limités à bien des égards. Par exemple, les indicateurs d'émissions se réfèrent principalement aux quantités globales de divers polluants, plutôt qu'à la part de population exposée à des doses dangereuses. Les indicateurs existants doivent donc être complétés de plusieurs façons, notamment par le suivi régulier du nombre de décès prématurés dus à l'exposition à la pollution de l'air, du nombre de gens privés d'accès aux services liés à l'eau et à la nature, ou qui sont exposés à des niveaux dangereux de bruit et de pollution, et des dégâts occasionnés par les catastrophes environnementales. Il importe également de réaliser des enquêtes pour mesurer comment les gens ressentent et évaluent eux-mêmes les conditions environnementales de l'endroit où ils vivent. »

¹⁸ Institut national de veille sanitaire.

¹⁹ La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques est le service statistique du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

²⁰ À l'instar des données de l'Observatoire des territoires (Datar), du Recensement agricole (SSP-Ministère de l'Agriculture) ou de l'Observatoire des drogues pour l'information sur les comportements en régions (*Odicer*), l'outil du SOeS s'appuie sur le logiciel de cartographie interactive *Geoclip*.

²¹ Stiglitz Joseph, Sen Amartya et Fitoussi Jean-Paul (2009), *Rapport de la Commission sur la mesure de la performance économique et du progrès social*, Paris, septembre 2009, p.58.

Considérant qu'on ne saurait mesurer les inégalités en artificialisant de manière statistique une supposée objectivité, il paraît essentiel de se pencher aussi sur les perceptions différenciées des citoyens à l'égard de leur environnement. Les enquêtes d'opinion et les études sociologiques montrent en effet des décalages entre les enjeux prioritaires des politiques environnementales et les préoccupations des citoyens²², entre risque réel et risque perçu²³, entre ce qui pose effectivement problème et ce qui est ressenti comme tel²⁴. Au-delà des dépassements de seuils mesurés, c'est la question de la justice sociale (et « *l'exigence de réciprocité dans la répartition des biens et des charges* » dont parle C. Harpet dans sa contribution introductive) dont il s'agit ici, en ce qu'elle renvoie à une attente de *péréquation* des nuisances²⁵ sur l'ensemble du territoire national. Plus largement, de nombreuses dimensions restent à interroger dès lors qu'il s'agit d'appréhender la diversité des perceptions individuelles : Quelles inégalités sont particulièrement dénoncées ? Comment les citoyens caractérisent-ils les injustices auxquelles ils ont le sentiment d'être confrontés ? De quels moyens disposent-ils pour tenter d'influer sur le cours des situations qu'ils déclarent subir ?

D'après un sondage²⁶ réalisé en amont de la première conférence environnementale en septembre 2012, c'est très nettement la thématique des liens entre santé et environnement qui suscitait la plus forte attente du public. C'est également ce qui ressort en filigrane des enquêtes d'opinion menées par le SOeS ces dernières années et qui justifie la réalisation d'un second volet de l'enquête sur le sentiment d'expositions aux risques environnementaux durant l'automne 2013. A défaut de traiter frontalement des enjeux sanitaires et sociaux, cette enquête et le programme *Phebus* (consacré à la précarité énergétique²⁷) illustrent la volonté du SOeS de confronter les données objectives et les ressentis subjectifs des phénomènes étudiés, tout en s'attachant aux effets contextuels (et tout particulièrement territoriaux) qui induisent ces situations. L'actualisation du *Baromètre santé environnement*, réalisé en 2007 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)²⁸, pourrait utilement venir compléter cette dynamique à l'avenir.

Au delà de l'inventaire des diagnostics territoriaux : éléments de perspectives

Dresser un état des lieux des inégalités territoriales est un exercice complexe. Il est donc légitime de s'interroger au préalable sur les raisons qui justifient d'entreprendre un tel travail et sur l'intérêt qu'il pourra susciter. Du point de vue du SOeS, l'utilité d'une telle démarche ne fait aucun doute, en ce qu'elle a vocation à contribuer à l'une des missions essentielles du service : l'information environnementale²⁹. Ce souci d'offrir la meilleure connaissance possible des inégalités environnementales, sanitaires et sociales aux citoyens reste cependant tributaire de la fiabilité des informations mises à disposition. Une certaine prudence s'impose donc, dans la mesure où le caractère potentiellement sensible de certaines informations territorialisées invite à faire preuve de responsabilité.

²² IRSN (2013), *Plus de 30 ans d'opinion des Français sur les risques nucléaires*, Édition spéciale du Baromètre 2012. – Pautard Éric (2013), « Opinions et pratiques environnementales des Français en 2012 », *Chiffres et statistiques*, n°413, Commissariat général au développement durable, avril 2013.

²³ Rémy Élisabeth (1997), « Comment dépasser l'alternative risque réel, risque perçu ? », *Annales des Mines – Responsabilité et Environnement*, n°5, pp.27-34.

²⁴ Roy Alexis (2009), « L'exposition aux risques environnementaux davantage ressentie dans les grandes villes », *Le point sur*, n°11, Commissariat général au développement durable, avril 2009.

²⁵ Au sens où il s'agit d'un mécanisme de régulation publique qui contribue à une plus grande équité sociale, en tenant compte des spécificités territoriales. Cf. Pautard Éric (2012), « Enclavements territoriaux et réseaux électriques. Débats sur la péréquation des nuisances paysagères », in Bouneau Ch., Varaschin D., Laborie L., Vigié R. et Bouvier Y. (eds), *Les paysages de l'électricité. Perspectives historiques et enjeux contemporains (XIX^{ème} – XXI^{ème} siècles)*, Bruxelles, P.I.E. Peter Lang, pp.203-215.

²⁶ Ifop (2012), *Les attentes en matière d'environnement à la veille de la conférence environnementale*, synthèse des résultats du sondage commandé par le WWF et le Rassemblement pour la planète, 10 septembre 2012, p.8.

²⁷ Performance de l'Habitat, Équipements, Besoins et USages de l'énergie : <http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/repondre-enquetes/phebus.html>

²⁸ Menard C., Girard D., Léon C. et Beck F. (2008), *Baromètre santé environnement 2007*, Saint-Denis, Éditions Inpes.

²⁹ En application des engagements pris par la France dans le cadre de la Convention d'Aarhus (1998).

À la lecture des diagnostics existants (référéncés ou non dans la présente enquête), il est possible de discerner les qualités et limites des différentes initiatives. Constatant par ailleurs qu'il n'existe pas véritablement de cadre de mesure statistique sur ce sujet à l'échelle européenne (l'Agence Européenne de l'Environnement ne semble en effet pas avoir mis en œuvre un travail de collecte standardisé de données sur ces questions), il convient d'adopter une démarche *bottom-up*, en s'appuyant sur les expérimentations les plus abouties au niveau infranational. Parmi les diagnostics présentés précédemment dans ce document, les travaux menés par la Dreal Lorraine, par l'ARS Océan Indien, par la Deal Réunion, ou par l'ORS Bourgogne nous sont apparus comme les plus remarquables. De notre point de vue, le *Tableau de bord PRSE* de l'ARS Paca³⁰ est un exemple à suivre en ce qu'il remplit deux conditions importantes : - en apportant de l'information environnementale et - en développant une approche méthodologique rigoureuse d'un point de vue statistique, notamment dans les fiches transversales consacrées aux problématiques territoriales santé environnement.

Dans une perspective différente, les travaux cartographiques de la Dreal Picardie³¹, de l'ARS Basse-Normandie³² ont également le mérite d'interroger conjointement des enjeux connexes sur des cartes distinctes. Si le diagnostic présenté par l'ARS Bretagne ne répond pas véritablement aux attentes de l'enquête, il s'avère que cette même agence a publié très récemment l'édition 2013 de son *Atlas du Projet régional de santé*³³. En traitant des risques potentiels pour la santé (élevages et installations Seveso) et d'enjeux croisés santé environnement (dépassements observés de nitrates et de pesticides dans les eaux distribuées) au travers de quatre cartes, ce document permet de visualiser à l'échelle communale les menaces auxquelles les populations sont soumises. En dépit de quelques limites dans la représentation géographique des problèmes, ce travail illustre ce qu'il est possible de faire.

Dans l'enquête, on observe par ailleurs que les diagnostics émanant des Dreal ne laissent souvent qu'une place marginale à la question sanitaire. C'est plus particulièrement le cas des *Profils environnementaux régionaux*, rendus obligatoires dans le cadre de la circulaire relative à la territorialisation de la mise en œuvre du Grenelle de l'Environnement du 23 mars 2009. Ces derniers (Limousin³⁴, Midi-Pyrénées³⁵) se révèlent pourtant particulièrement intéressants et gagneraient à suivre les recommandations formulées dans une publication du CGDD³⁶ de 2010, qui préconise de traiter de la santé comme une composante à part entière et les risques sanitaires comme un domaine à étudier spécifiquement. Fort de ce constat, il serait pertinent de réfléchir à l'avenir aux implications méthodologiques d'une telle évolution avec les correspondants régionaux du *Réseau Observation et Statistiques* (ROeS) au sein des Dreal.

En conclusion, cette enquête fait indéniablement apparaître un besoin de coordination à l'échelle territoriale pour produire des outils intégrés de diagnostic et non pas seulement de programmation stratégique. Ce travail a donc tout intérêt à se poursuivre. Convaincu que son expertise statistique et environnementale peut apporter une contribution significative à cette dynamique, le SOeS est bien évidemment disposé à participer à l'élaboration de méthodologies robustes pour faciliter à l'avenir la mise à disposition de savoirs territorialisés sur les dimensions sanitaires et sociales des inégalités environnementales.

³⁰ ARS et ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur (2012), *Tableau de bord régional Santé-Environnement*, disponible sur : <http://asp.zone-secure.net/v2/index.jsp?id=4734/6208/30975&lng=fr>

³¹ Dreal Picardie (2012), *Territoires picards et transition écologique*, disponible sur : <http://www.picardie.developpement-durable.gouv.fr/territoires-picards-et-transition-a1580.html>

³² ORS, Creai et Insee de Basse-Normandie (2010), *L'atlas de la santé en Basse-Normandie*, disponible sur : <http://www.ars.basse-normandie.sante.fr/L-analyse-des-besoins-de-sante.97918.0.html>

³³ ARS Bretagne (2013), *Atlas du PRSE 2012-2016*, disponible sur : <http://www.ars.bretagne.sante.fr/>

³⁴ Dreal Limousin (2012), *Profil environnemental du Limousin*, disponible sur : http://www.limousin.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/10000-ProfEnv_modif_4dec2012_V2.pdf

³⁵ Dreal Midi-Pyrénées (2012), *Profil environnemental de Midi-Pyrénées*, disponible sur : http://www.midi-pyrenees.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/dreal_profil_2012_cle2ae19f.pdf

³⁶ CGDD-SOeS-SDM3D (2010), « Profil environnemental régional. État des lieux et éléments de méthode », Études et Documents, n°25. Disponible sur <http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/ED25.pdf>

Un défi majeur dans les années à venir

Le recueil des données environnementales et de santé, leur centralisation, leur disponibilité, leur traitement à petite échelle

Aurélie VIELLEFOSSE et Fabrice CANDIA

Bureau de la prospective, de l'évaluation et des données, Direction générale de la prévention des risques, Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie

Bien que les inégalités en matière de santé environnementale touchent plus souvent les groupes de population défavorisés, l'ampleur des inégalités et leur répartition entre les groupes de population favorisés et défavorisés peuvent être très diverses selon les territoires et les facteurs de risque étudiés. Ces phénomènes restent donc mal connus, et les connaissances balbutiantes malgré les travaux lancés dans le cadre du PNSE2.

La feuille de route pour la transition écologique, adoptée à l'issue de la conférence environnementale de septembre 2012, a érigé au rang de priorité le thème des « inégalités environnementales qui se cumulent souvent avec les inégalités sociales ». Le terme d'inégalité environnementale exprime l'idée que les populations ne sont pas égales face aux pollutions, aux nuisances et aux risques environnementaux et, en particulier, qu'elles sont inégalement exposées aux substances chimiques présentes dans différents milieux (air, eau, sol), et aux agents physiques (bruit, ondes électromagnétiques ...).

Les inégalités en matière de santé environnementale, un sujet qui n'est pas nouveau

Pour ne remonter qu'à 2005, un village de 2 500 habitants situé dans l'Essonne, avait alors été qualifié de « commune la plus polluée d'Île-de-France ». Situé à proximité de l'aéroport d'Orly mais aussi de plusieurs axes routiers, d'une usine d'incinération et traversé par des lignes à haute tension, il se distinguait par une concentration de nuisances sur un territoire restreint. En 2004, alors qu'un nouveau projet de station d'épuration est envisagé, un mouvement citoyen s'organise, relayé par les médias. Une pétition, signée par un tiers des habitants, interpellait les élus et l'État, et exprimait le désaccord des habitants sur le cumul des équipements et leurs inquiétudes sur « l'effet cocktail » des émissions polluantes sur la santé, c'est-à-dire l'effet sur la santé de combinaisons d'expositions à des substances chimiques en mélange dans l'environnement. Ce sujet avait été relayé dans la presse nationale. Un programme innovant visant à caractériser cette situation de multi-expositions et son impact sur la santé a alors été réalisé entre 2005 à 2007, en étroite concertation avec les habitants. Ces études ont permis de relativiser certaines perceptions sur la pollution de l'air ou l'exposition aux champs magnétiques, mais elles n'ont pas répondu à la problématique de l'impact du cumul des pollutions et nuisances sur la santé.

Cette question a ensuite été reprise dans les travaux pour le deuxième Plan national santé environnement (2009-2013) dont la direction générale de la prévention des risques a assuré, pour le ministère en charge de l'Écologie et du Développement durable, le pilotage : l'identification et la gestion des zones de surexposition à des substances toxiques constituent l'action 32 du plan. Dans le cadre des plans régionaux santé environnement 2, les acteurs régionaux se sont mobilisés pour détecter les zones d'inégalités environnementales sur le territoire, dans l'objectif de mettre ensuite en œuvre des mesures de réduction de l'exposition.

Concrètement, près d'une dizaine d'études de zones sont actuellement menées en France dans le cadre des plans régionaux santé environnement (Grenoble, Valenciennes, Bazincourt, Vallée de Seine Porcheville...). L'étude sanitaire de zone est une évaluation des risques sanitaires étendue à l'échelle d'un territoire (quelques km²). Elle permet d'appréhender l'exposition des populations à des polluants dans un cadre géographique

relativement large en intégrant les différentes sources de pollution (industriels, transports et anthropiques notamment).

La mise en œuvre de ces études n'a pas nécessairement pour origine un constat de surexposition des populations à certaines substances ou de contamination particulière de l'environnement. Elle vise en général à répondre à des inquiétudes de la population suscitées par la proximité de plusieurs émetteurs de pollution identifiés. Ces études n'étant pas encadrées réglementairement, l'adhésion des acteurs locaux au projet en constituent un facteur clé de réussite. Une des études de zone la plus originale est celle de la Vallée de Seine Porcheville où, d'une part, des données liées à la pollution des milieux ont été croisées avec des indices socio-économiques (Townsend) et, d'autre part, des données liées à la consommation d'anti asthmatiques ont été utilisées.

Le PNSE2 vise à « identifier les principales zones susceptibles de présenter une surexposition de la population » mais le travail de croisement des bases de données est complexe.

L'ambition portée par le PNSE2 était donc plus large que la réalisation d'études dans les zones industrielles. Or, le travail de croisement des bases de données pour identifier les principales zones susceptibles de présenter une surexposition de la population est complexe :

L'exposition réelle des populations est souvent impossible à reconstituer :

- les études font implicitement l'hypothèse que les individus sont immobiles et que le temps de latence entre l'exposition et l'effet sanitaire (diagnostic, mortalité) est négligeable,
- les niveaux de concentration dans les médias d'exposition sont extrapolés sur des dizaines d'années à partir des données collectées ou produites.

Une identification exhaustive des points noirs environnementaux nécessite d'accéder aux données environnementales de l'ensemble des polluants chimiques présents dans les trois milieux (air, eau, sol) ainsi que les différents agents physiques. Or, les données sont rarement disponibles à une échelle spatiale adaptée à la problématique et au milieu étudié, essentiellement pour des raisons de coût (tout ne peut pas être mesuré). Les données existantes ne sont pas actuellement aisément accessibles et partagées comme cela est prévu par la directive Inspire. Des réticences à la mise à disposition de ces données sont parfois constatées par crainte de stigmatisation de territoires ou d'effets sur la valeur du foncier.

Les scientifiques ont par ailleurs peu de connaissances sur l'impact sanitaire d'un cocktail de pollutions. De plus, pour certains agents tels les ondes, il n'existe pas de consensus scientifique entre l'exposition et l'existence avérée d'un risque sur la santé. Plusieurs initiatives en cours permettront de progresser sur cet aspect méthodologique :

- l'Île-de-France a lancé un recensement des travaux de recherche sur le développement d'indices multi exposition et/ou cumul d'exposition environnementale,
- la région en Rhône-Alpes a lancé une initiative dans le cadre de son PRSE2, qui devrait aboutir en 2014, visant à combiner les données bruit et air, via une plateforme spécifique créée et animée par Air-Rhône-Alpes (www.air-rhonealpes.fr), Acoucité (www.acoucite.org) et le Cete de Lyon.
- le projet Dicer, qui a été retenu lors de l'appel à projets de l'Anses en 2011, vise à construire des indicateurs spatialisés d'exposition aux champs électromagnétiques.

L'étape suivante sera d'établir un lien entre les expositions aux contaminants et leurs effets sur la santé pour mieux comprendre l'origine des inégalités sociales de santé. Un des enjeux de l'épidémiologie dans le domaine santé environnement est justement d'arriver à « rendre visible l'invisible ». Néanmoins, il est très difficile de voir ces effets car ils sont d'amplitude modeste, associés à des polluants présents à de faibles doses dans l'environnement.

Les principaux travaux entrepris concernent la qualité de l'air du fait d'un réseau relativement étendu de mesure de qualité de l'air en France. L'épidémiologie spatiale a permis notamment de montrer qu'une mauvaise qualité de l'air pouvait être corrélée avec un faible poids de naissance.

L'épidémiologie en santé environnement reste cependant limitée par le fait que (i) certains événements de santé sont rares (malformations congénitales, cancers...), la puissance statistique des études est donc faible et (ii) le délai de latence de certaines pathologies peut atteindre des dizaines d'années.

En conclusion, le travail de recueil des données environnementales et de santé, leur centralisation, leurs disponibilités, leur traitement (*data mining*) à petite échelle constituent un défi majeur dans les années à venir.

Conclusion

Les travaux conjoints dont ce recueil est le fruit ont réuni les acteurs les plus concernés par la problématique des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé (Itess).

Il n'en est que plus significatif de dresser les constats suivants. De nombreux concepts, définitions et, finalement, approches de la question restent encore mal partagés. Une référence à un modèle global des déterminants sociaux et environnementaux de la santé est encore à promouvoir et à faire connaître au sein des différents services en charge des politiques publiques. Il a semblé indispensable aux participants de dépasser le poids des représentations sectorielles, qui constitue un frein à l'action, de tendre vers un consensus sur les questions de sémantique, et d'encourager le partage de données, la connaissance des outils et le repérage des actions efficaces dans la lutte contre les inégalités territoriales environnementales et sociales de santé.

Les démarches décloisonnées et *bottom-up*, telles que rapportées par cette publication, permettent de repérer les expérimentations régionales les plus abouties. Il conviendrait de les poursuivre et de s'appuyer sur elles pour tendre vers une homogénéisation des modes de collecte et de traitements géographiques et statistiques des données.

Les approches intersectorielles doivent continuer à être mises en place pour connaître et agir sur un spectre large de déterminants, permettant la mobilisation des acteurs, en ancrant les actions dans les spécificités locales.

Mais les mécanismes sociaux et environnementaux des inégalités territoriales sont loin d'être complètement cernés. Malgré les travaux lancés par le PNSE2, les inégalités environnementales demeurent peu évaluées et donc peu traitées en tant que telles par les pouvoirs publics car il n'existe pas à ce jour des données spatialisées pour l'ensemble de ces risques et de méthodologie opérationnelle pour les additionner. Aussi, l'évaluation des risques encourus n'est pas envisagée de la même manière par les différents acteurs, faute de cadre d'analyse commun.

La caractérisation des Itess se heurte à un manque de cohérence et de fédération des données. Il faut donc poursuivre la construction des outils de diagnostic pour orienter les mesures de gestion permettant de contrôler et de réduire les inégalités, disposer d'indicateurs à différents échelons pour connaître les interactions. Par exemple, une plus grande appropriation des outils Plaine et Equit'area développés au niveau national contribuerait à une meilleure formulation des problèmes au niveau territorial, dans le champ de la santé environnement.

Il est donc impératif d'avancer sur plusieurs fronts pour lutter contre ces inégalités et de les intégrer comme un axe de nos politiques publiques.

C'est la démarche retenue par la Stratégie nationale de santé récemment annoncée, en septembre 2013, qui affirme le lien entre environnement, modes de vie et santé comme central. Cette problématique des inégalités territoriales, environnementales, sociales de santé doit aussi être un des axes structurant du troisième Plan National Santé Environnement ainsi qu'une priorité de la prochaine stratégie nationale de la transition écologique vers un développement durable.

Les Itess épousent les dynamiques économiques et démographiques. Au delà des enjeux strictement sanitaires, la lutte contre les Itess est, sans conteste, un levier de développement local.

Annexes



Synthèse des rapports des quatre ateliers du séminaire de restitution du 5 septembre 2013



Diagnostics

Les diagnostics locaux de santé

ATELIERS

Séminaire Itess

Rapporteur : François MICHELOT, Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors)

L'intervention de Bernadette Lémery, de l'ORS Bourgogne a permis de rappeler les principes et enjeux associés à la démarche « diagnostic local de santé » (DLS). Au cours du débat qui a suivi quelques pistes de recommandations ont été proposées.

Enjeux de la démarche de diagnostic local de santé

Le diagnostic local de santé (DLS) contribue à la définition des priorités de santé, à l'établissement des objectifs de santé, à l'élaboration et à l'adaptation des programmes de santé. Il a pour but de sensibiliser les acteurs locaux à la santé publique et leur faire prendre en compte la pluralité des déterminants pour élaborer les contrats locaux de santé.

Le DLS est plus qu'un simple exercice de réalisation d'un état des lieux. Son contenu repose certes sur des indicateurs calculés en routine mais doit de manière indispensable s'accompagner d'autres informations issues du terrain (entretiens individuels et collectifs menés auprès des différents partenaires et de la population, mobilisation de nouvelles sources de données, etc.).

Le DLS doit associer différents acteurs permettant une collaboration indispensable entre les organismes régionaux concernés : Agences régionales de l'environnement, services de l'État et des collectivités territoriales, partenaires du PRSE, associations agréées de surveillance de la qualité de l'air, ingénieurs santé ARS, Sgar, associations d'usagers...

Recommandations

- **Sur la sémantique**

La définition de certains concepts varie beaucoup selon les sphères de compétence (environnement, social ou santé). Par exemple, les notions de « défaveur », d'« environnement » ou même de « territoire » ne font pas consensus. S'appuyer sur des terminologies existantes et validées par certaines instances (OMS, par exemple) serait nécessaire.

- **Sur la dimension de concertation**

Le DLS doit mobiliser les différents acteurs concernés par les politiques de santé (habitants, associations, professionnels de santé, acteurs de la prévention, aménageurs, élus) et sa mise en œuvre être un prétexte à l'ouverture d'un débat public sur les questions de santé. Les acteurs doivent être mobilisés et associés à tous les niveaux, aussi bien à celui de la gouvernance et du financement, qu'au cours de la réalisation et la restitution. L'identification d'un chef de file qui porte la démarche est indispensable.

- **Sur l'aspect technique**

Le DLS est une démarche exigeante au point de vue technique et nécessite des compétences spécifiques. La phase d'état de lieux n'est qu'une composante du diagnostic local de santé. Une telle démarche ne s'improvise pas et doit être prise en charge par des professionnels maîtrisant la connaissance des données, aussi bien sociales et environnementale que sanitaires, leur analyse, les techniques d'analyse qualitatives (entretiens, *focus-groups*) ainsi que les techniques d'animation (restitution dans le cadre de forums territoriaux).

- **Sur la transversalité de la démarche**

La démarche DLS est une démarche globale qui apporte des éclairages sur la population, ses conditions de vie, l'état de santé, l'accès aux soins et à la prévention dans le territoire. Il est indispensable d'inscrire cette démarche de manière cohérente avec les différentes politiques mises en œuvre aux différents échelons territoriaux (PRSE, PLU, Agenda 21, etc.).

Par ailleurs, il est indispensable de disposer de lieux d'échanges, de partage et de confrontation afin d'asseoir un caractère plus démocratique à cette démarche. Les agences d'urbanisme ou les plateformes d'observation sanitaires et sociales pourraient être des lieux d'expression de cette transversalité, avec la volonté de mettre en commun des données, de mettre en discussion certains résultats et d'informer l'ensemble des partenaires.



Diagnostique

Les diagnostics des points noirs environnementaux

ATELIERS

Séminaire Itess

Rapporteur : Muriel ISMERT, Institut national de l'environnement industriel et des risques (Ineris)

La DREAL Lorraine à travers la présentation de l'étude sur la détection des points noirs environnementaux en Lorraine a clairement précisé lors de sa présentation la signification :

- de « points noirs environnementaux », à savoir l'identification de zones géographiques de cumul d'exposition de plusieurs contaminations ;
- du territoire étudié, à savoir l'ensemble de la région Lorraine.

Les principales conclusions du groupe peuvent être réparties en trois catégories : sémantique, méthodologique et transfert des connaissances.

La question sémantique

L'importance de la définition des termes employés a été clairement mise en évidence tant dans ce groupe que durant l'ensemble de la journée. Aussi, une des demandes formulées par plusieurs participants était de définir le terme « point noir environnemental » au niveau national. Un des objectifs d'une définition unique serait de permettre la réalisation d'un bilan national, cohérent et applicable sur l'ensemble d'un territoire. Mais est-ce réellement pertinent au regard des spécificités territoriales ?

La méthodologie

- **disposer d'une méthodologie harmonisée pour identifier les « points noirs environnementaux »**, cette demande est en cohérence avec le souhait de disposer d'une définition nationale. Se pose donc la même interrogation sur la prise en compte des spécificités de la zone étudiée.
- **disposer de données, fiables, spatialisées et représentatives des territoires étudiés**. Une réflexion pourrait être menée pour définir le format *a minima* de ces dernières et harmoniser les bases de données pour en faciliter leur exploitation dans le cadre de l'identification des points noirs environnementaux.
- **encourager les approches intégrées prenant en compte la perception des populations, le niveau socio-économique et les indicateurs de santé**. Parmi les outils qui pourraient être mis en œuvre ont été cités : les *focus groups* (ont cependant été soulignés le coût élevé et la lourdeur de mise en place de cette méthode) ; l'appariement des données de santé et l'analyse des facteurs de risque associés, par exemple, par l'analyse des informations recueillies durant les visites médicales dans les écoles (frein identifié : de moins en moins de visites sont organisées). La démarche peut aussi valoriser un quartier et son image, en permettant de mettre en évidence les impacts directs des politiques sanitaires (par exemple, la prévention dentaire).

Le transfert des connaissances

Il n'existe pas d'indicateurs standards déclinables à l'ensemble des échelles spatiales d'analyse mais des bonnes pratiques et des méthodes à partager. *La conception de production des données doit être optimisée pour permettre leur intégration dans le cadre de l'évaluation des inégalités environnementales, au-delà des objectifs spécifiques d'utilisation initialement prévus.*



Élaboration des politiques publiques

Les contrats locaux de santé

ATELIERS

Séminaire Itess

Rapporteur : Céline BRAILLON, Commissariat général au développement durable, Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie

L'atelier avait pour objectif de débattre des capacités de coordination, d'harmonisation des politiques publiques d'un instrument comme le CLS et de tenter d'approcher les moyens d'évaluer l'impact sur la santé des autres politiques publiques.

L'intervention de Luc Ginot, de l'ARS Île-de-France et le débat qui a suivi ont permis de dégager plusieurs axes de réflexion et pistes pour l'avenir.

Une mise en évidence des nécessaires interactions

Deux objectifs sont assignés aux CLS :

- mettre en œuvre les logiques transversales dans les territoires ;
- lutter contre les inégalités territoriales de santé (ITS).

Pour remplir ces missions, il est nécessaire de mobiliser d'autres politiques publiques : le saturnisme renvoie à la politique de l'habitat, la périnatalité à celle de l'hébergement...

Lutter contre les ITS suppose de prendre en compte les niveaux supra locaux.

Un système commun

Le CLS a pu constituer un cadre adapté pour prendre en compte la complexité socio environnementale de l'habitat insalubre, notamment (cf. l'exemple du département de la Seine Saint-Denis dans lequel les CLS sont construits sur l'habitat) ; on aborde ainsi les questions socio environnementales en faisant émerger les déterminants multifactoriels comme l'habitat insalubre. Est alors posée la question du sens que cela a pour les professionnels de santé de se saisir de cette question.

Un changement de culture

En théorie, le CLS est un espace de convergence des politiques publiques et du traitement intersectoriel des questions de santé. En pratique, prendre en compte les déterminants de santé dans toute leur complexité nécessite un changement de culture qui suppose d'apprendre à gérer les divergences, à accepter la confrontation des points de vue pour faire apparaître ce qui fait dissensus. Il faut sortir de la logique du consensus qui aboutit au plus petit dénominateur commun.

Pour cela, la force de l'argumentation par le porté à connaissance, la reconnaissance de l'expertise, y compris celle des habitants, est au cœur de la démarche. L'évaluation des impacts sur la santé des inégalités socio environnementales est un bon outil, levier d'une expertise collective. Il faut développer cette culture du porté à connaissance dans le champ de la santé.

Cette approche va bien au-delà du réglementaire pour monter en qualité sur la manière de faire.

L'articulation avec les échelons supra territoriaux

les CLS sont des outils politiques, des espaces de débat pour faire émerger les besoins du territoire. Il s'agit alors, lorsque les priorités sont définies, de créer des alliances avec les divers intervenants du territoire (associations, enseignants...). Ce sont ces alliances, qui nécessitent un portage politique fort de la part des directions générales des ARS, qui permettront de créer le dialogue avec les responsables des « plans macro ». *ARS, Dreal et autres acteurs locaux pourraient, dans cette synergie peser pour faire valoir les inégalités environnementales dans les*

politiques contractuelles. Les postures des professionnels et la capacité des acteurs comme la Dreal et les services préfectoraux à développer ces nouvelles façons de faire sont interrogées pour évoluer en ce sens.

En conclusion, les préconisations sont les suivantes :

- Développer des méthodologies d'alliances sous forme d'outils techniques formalisés (autres que les partenariats).
- **Pouvoir diffuser de l'information aux Dreal** (l'étude sur les dynamiques créées dans les CLS réalisée par l'association ETD est citée). Les PRSE sont des objets d'acculturation réciproque possible.
- Développer le porter à connaissance, l'échange de savoirs pour créer une culture commune et pouvoir **affronter l'ensemble des questions posées par les Itess** (exemple de la commission de coordination des politiques publiques de santé qui devrait devenir la commission de confrontation des politiques publiques.)
- **S'appuyer sur le PNSE3 qui inclura plus fortement les collectivités territoriales et dans lequel les CLS peuvent jouer un rôle majeur** pour faire valoir les questions de santé environnement.
- S'appuyer sur l'opportunité que représentent les Agendas 21 et les projets territoriaux de développement durable pour développer une culture commune entre services par un travail en commun sur des sujets concrets liés aux Itess.
- **S'appuyer sur l'obligation faite aux collectivités territoriales de plus de 50 000 habitants de faire un rapport annuel de développement durable** pour développer le porter à connaissances et l'échange de données.



Élaboration des politiques publiques

La prise en compte des inégalités environnementales et territoriales dans les PRSE 2.

ATELIERS

Séminaire Itess

Rapporteur : Fabrice CANDIA, Direction générale de la prévention des risques, Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie

Le nombre de régions (12 sur 26) ayant repris dans leurs PRSE2 des actions relatives à la thématique des inégalités environnementales témoigne d'un intérêt certain pour la thématique, en l'absence de dispositifs réglementaires sur le sujet. Les PRSE2 ont permis à la fois de mobiliser les acteurs et les fonds nécessaires à la déclinaison de l'action au niveau régional. Les discussions menées dans le cadre des PRSE2 ont notamment porté sur les méthodes à utiliser pour identifier les zones de cumuls d'exposition.

L'absence de définition claire et acceptée d'un point noir environnemental peut expliquer que le travail réalisé d'une région à l'autre est *très hétérogène*, même si plusieurs outils ont été développés au niveau national pour une représentation cartographique de l'exposition des populations à un environnement dégradé (Plaine et Equitarea). *Ces outils peuvent contribuer à une meilleure formulation du problème.*

Sur les zones identifiées comme potentiellement à risque, des **études de zones** ont été menées. Ces études ont plusieurs utilités :

- La première va dans le sens de **l'amélioration de la compréhension de l'exposition des habitants aux substances chimiques à l'échelle d'un territoire** donné.
- La seconde est de **permettre de replacer ces études dans leur dimension politique** (perspectives d'actions régaliennes centralisées en concertation avec les élus locaux).
- La troisième utilité a trait à **l'implication des acteurs concernés** ; la réalisation d'une telle étude ne peut se concevoir sans participation citoyenne.
- Enfin, la dernière porte sur la **communication**, entre acteurs mais aussi à destination des populations.

A l'issue des discussions au sein de l'atelier, **plusieurs constats et/ou recommandations ont été émises pour permettre de mieux appréhender les inégalités environnementales dans les PRSE2 :**

- Harmoniser au sein d'une instance nationale ce qui pourrait fait au niveau régional sur la résorption des points noirs (définition harmonisée), tout en étant capable de prendre en compte les spécificités régionales et notamment la dimension citoyenne.
- Optimiser la production de données pour permettre leur évaluation dans le cadre des inégalités environnementales (épidémiologie spatiale notamment). Il nous faudrait établir à l'échelle nationale des pré-requis pour la collecte et la diffusion des données dans l'objectif de fournir des informations nécessaires à la caractérisation des inégalités,
- Eclaircir la sémantique sur les inégalités environnementales (clarification des thèmes et nécessité d'avoir une boîte à outils méthodologique).
- Nécessité de disposer d'un atlas en santé environnement au niveau national.

Conclusion :

Le choix de la structuration du PNSE2 autour de l'objectif de réduction des inégalités environnementales aurait dû conduire à mieux harmoniser les travaux réalisés en régions permettant de caractériser les inégalités. Cet objectif n'a pas été atteint faute de méthodologie commune et d'une boîte à outils partagée. La thématique est complexe. On peut penser que la pertinence de cette action réside dans la durée de sa mise en oeuvre pour permettre notamment d'améliorer les outils méthodologiques qui relèvent de la recherche et de la prospective.

Siglaire

@riane-BPH	Adresses à risque d'insalubrité agrégées nationalement en vue de leur exploitation – Base partenariale de l'habitat
Acsé	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
ADSP	Actualité et dossier en santé publique
Agorah	Agence pour l'observation de la Réunion, l'aménagement et l'habitat
ALD	Affection de longue durée
Appa	Association pour la prévention de la pollution atmosphérique
ARS	Agence régionale de santé
ARS OI	Agence régionale de santé Océan Indien
ARS Paca	Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur
Basol	Base de données sur les sites et sols pollués (ou potentiellement pollués) appelant une action des pouvoirs publics, à titre préventif ou curatif
BRGM	Bureau de recherches géologiques et minières
Caf	Caisse d'allocations familiales
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCNPPS	Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (Québec)
Ceies	Centre d'étude de l'impact de l'environnement sur la santé
Cete	Centre d'études techniques de l'équipement
CGDD	Commissariat général au développement durable
CGDD/SOes/SDM3D	Commissariat général au développement durable / Service de l'observation et des statistiques / sous direction des méthodes et données pour le développement durable
Circe	Cancer, inégalités régionales, cantonales et environnement
Cire	Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région
Cirest	Communauté intercommunale - Réunion Est
CLS	Contrat local de santé
Cpom	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
Creai	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
CT	Collectivités territoriales
Deal	Direction de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGPR	Direction générale de la prévention des risques
DGS	Direction générale de la santé
Dicer	Définitions d'indicateurs pour la caractérisation des expositions aux champs radiofréquences
Dircccte	Dir. régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DLS	Diagnostic local de santé
Draaf	Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
Dreal	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EHESP	École des hautes études en santé publique
EIS	Évaluation d'impacts sur la santé
ESP	Espace de santé de proximité
ESPT	Élus, santé publique et territoires
Fatmee	Fonds d'aide aux travaux de maîtrise de l'eau et de l'énergie
Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
Gefosat	Association spécialisée dans la maîtrise de l'énergie et les énergies renouvelables
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HPST	Hôpital, patients, santé, territoires
IDE	Indice de défaveur environnementale
Ifop	Institut français d'opinion publique
IGS	Ingénieur statutaire du génie sanitaire
INCa	Institut national du cancer
Ineris	Institut national de l'environnement industriel et des risques

Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
Inserm CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'institut national de la santé et de la recherche médicale
Irep	Registre français des émissions polluantes
Ireps	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
Iris	Îlots regroupés pour l'information statistique
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
ISS	Inégalités sociales de santé
Itess	Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé
MCE	Maison de la consommation et de l'environnement
Medde	Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie
Odicer	Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions
OMS	Organisation mondiale de la Santé
Onzus	Observatoire national des zones urbaines sensibles
OR2S	Observatoire régional de la santé et du social
ORS	Observatoire régional de santé
Orsag	Observatoire régional de santé de Guadeloupe
PCRI	Plan communal de résorption de l'insalubrité
PF2S	Plateforme sanitaire et sociale
Pilhi	Plan intercommunal de lutte contre l'habitat indigne
Plaine	Plateforme intégrée pour l'analyse des inégalités environnementales d'exposition
PLH	Programme local de l'habitat
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNRQAD	Programme national de requalification des quartiers anciens dégradés
PNSE	Plan national santé environnement
PPA	Plan de protection de l'atmosphère
PPBE	Plan de prévention du bruit dans l'environnement
PPRI	Plan de prévention du risque inondation
Praps	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Projet régional de santé
PRSE	Plan régional santé environnement
PSRS	Plan stratégique régional de santé
RHI	Résorption de l'habitat insalubre
RoeS	Réseau Observation et Statistiques
S2D	Association internationale de promotion de la santé et du développement durable
SDIE	Sous-direction de l'immobilier et de l'environnement
SDM3D	Sous-direction des méthodes et données pour le développement durable
SDSE	Sous-direction des statistiques de l'énergie
SDSLC	Sous-direction des statistiques du logement et de la construction
SDST	Sous-direction des services de transports
SFSP	Société française de santé publique
Sgar	Secrétariat général pour les affaires régionales
SGMAS	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
Sigfried	Système d'information géographique Facteurs de risques environnementaux et décès par cancer
Sniiram	Système national d'informations inter-régimes de l'Assurance maladie
SPPPI	Secrétariat permanent pour la prévention des pollutions industrielles
TBSE	Tableau de bord santé environnement
TCO	Territoire de la côte Ouest (de La Réunion)
UIPES	Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé
URPS	Union régionale des professionnels de santé
URPS SF	Union régionale des professionnels de santé des sages-femmes
WWF	World Wildlife Fund

Bibliographie

Inégalités territoriales, environnementales et sociales

- ARS Bretagne, Projet Régional de Santé de Bretagne 2012 – 2016, Atlas du PRS éd. 2013, disponible sur : http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Concertation_regionale/Projet_regional_sante/Suivi_PRS/ATLAS_EDITION2013.pdf (dernière consultation le 29 juillet).
- ARS Rhône-Alpes. Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) Rhône-Alpes 2011-2015. Lyon : ARS ; 2011, 96 p. Disponible sur : http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/PSRS/DSPRO_20110808_PSR-Versiondefinitive-1eraout2011.pdf (consulté le 21 juin 2013).
- ARS Rhône-Alpes. Programme régional portant sur cinq thématiques transversales : Droits des usagers, ressources humaines, observation en santé, suivi et évaluation, systèmes d'information en santé. Lyon : ARS ; 2012, 121 p. Disponible sur : http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/prs_30112012/DSPRO_Thematiques-transversales-communes-schemas-regionaux-Vdef.pdf (consulté le 21 juin 2013).
- ARS Rhône-Alpes, 2e plan régional santé environnement 2011-2014, disponible sur : http://www.prse2-rhonealpes.fr/extension/MAGA_dreal/design/PRSE2/images/Synthese_PRSE2_web.pdf (consulté le 17 juillet 2013).
- Benmarnhia T., Inégalités sociales de santé et développement durable - Quels enjeux ?, Rencontres nationales de l'hygiène et de la santé le 26 mai 2011 à Épinal, Inpes, communication disponible sur : http://www.rencontres-hygiene-sante.com/2011/co/formulaire-presentations_1.html (consulté le 17 juillet 2013).
- Benmarnhia T., Les inégalités environnementales et leurs rôles dans les inégalités sociales de santé : État de l'art et réflexions sur le développement d'indicateurs de défaveur environnementale, mémoire de fin d'études IGS, EHESP, septembre 2010.
- Boutaud A., Inégalités et solidarités écologiques. L'écologie, nouveau facteur d'inégalités ou nouvelle opportunité de solidarité, 2012, disponible sur : <http://www.millenaire3.com/Inegalites-et-solidarites-ecologiques.122+M5936d0dbf3c.0.html> (consulté le 31 juillet 2013).
- Chaix B. Inégalités sociales, environnements de vie, activité physique et excès de poids. Journées de la Prévention de l'Inpes, Paris, 20 mai 2011. Disponible sur : http://www.record-study.org/images/record/upload/publications/Chaix_Journ%C3%A9es_de_la_Pr%C3%A9vention.pdf (consulté le 17 juillet 2013).
- Datar, Indicateurs de développement durable pour les territoires, Études & documents n° 57 - novembre 2011, disponible sur : http://www.datar.gouv.fr/observatoire-des-territoires/sites/default/files/ED57_IDDT_complet_8dec11.pdf (consulté le 17 juillet 2013).

- Institut canadien d'information sur la santé, Environnements physiques en milieu urbain et inégalités en santé, mars 2011 https://secure.cihi.ca/free_products/cphi_urban_physical_environments_fr.pdf (consulté le 12 juillet 2013).
- Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, État d'avancement des actions menées en 2012, rapport du groupe de suivi du 2e Plan national santé environnement, 2009-2013; février 2013 www.developpement-durable.gouv.fr/document135663 (consulté le 31 juillet 2013).
- ORS Bourgogne, Portraits socio-sanitaires de territoires bourguignons : Pays Autunois Morvan, Tonnerrois, Nivernais Morvan, Nevers Sud Nivernais, Châtillonnais, Charolais Brionnais, Bresse Bourguignonne, Bourgogne nivernaise, Beaunois, Auxois Morvan, Puisaye-Forterre, Sud Nivernais, Ville de Montceau-les-Mines, le Grand Chalon. Dijon : ORS ; 2010 à 2013. Disponible sur : <http://www.ors-bourgogne.org/index.php?page=87> (consulté le 21 juin 2013).
- ORS Bretagne, Atlas de la mortalité par cancer en Bretagne 2000-2007 : analyse des variations spatiales. Rennes : ORS ; 2010, 140 p. Disponible sur : http://orsbretagne.typepad.fr/Atlas2%20CIRCE_alleguee.pdf (consulté le 21 juin 2013).
- Roy Alexis (2006), « Les inégalités environnementales », L'environnement en France, Institut Français de l'environnement, coll. Les synthèses, octobre 2006, pp.419-430.
- Territoire de la Côte Ouest. Schéma intercommunal pour la résorption de l'insalubrité – PCRI - La Possession, Le Port, Trois Bassins, Saint-Leu. 2011, 191 p.

Inégalités environnementales et territoriales

- Appa, « Inégalités environnementales, inégalités de santé », *in* Air Pur, n°76. Disponible sur : <http://www.appanpc.fr/Pages/article.php?art=418#art11> (consulté le 16 mai 2013).
- ARS Haute-Normandie et al., Évaluer, Surveiller, Protéger - Environnement & Santé sur Port-Jérôme, évaluation des risques sanitaires liés aux activités industrielles - résultats de l'étude réalisée de 2007 à 2010. 2011, 8 p.
- ARS et ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, Tableau de bord régional Santé-Environnement, édition 2012, Données 2009-2010, *in* : Plan Régional Santé Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur 2009-2013. 2012, 316 p. Disponible sur : <http://asp.zone-secure.net/v2/index.jsp?id=4734/6208/30975&lng=fr> (consulté le 24 juin 2013).
- Caudeville J., Boudet C., Denys S., Bonnard R., Govaert G., Cicolella A. (2011). Caractérisation des inégalités environnementales en Picardie fondée sur l'utilisation couplée d'un modèle multimédia et d'un système d'information géographique. *Environnement, risques et santé*. 10(6), 239-242. doi : 10.1684/ers.2011.0492.
- Caudeville J. Développement d'une plateforme intégrée pour la cartographie de l'exposition des populations aux substances chimiques: construction d'indicateurs spatialisés en vu d'identifier les inégalités environnementales à l'échelle régionale. Compiègne : Université Technologique de Compiègne, 2011, 198 p.

- Caudeville J, Bonnard R., Boudet C., Denys S., Govaert G., Cicoella A. Development of a spatial stochastic multimedia model to assess population exposure at a regional scale. *Journal of Total Environment* 2012 volume 432, pp 297-308.
- Caudeville J., « Caractériser les inégalités environnementales » in Eloi Laurent (dir.), *Vers l'égalité des territoires – Dynamiques, mesures, politiques, Rapport pour le Ministère de l'égalité des territoires et du logement*, 2013.
- Direction départementale des territoires de l'Oise, *Plan de Prévention du bruit dans l'environnement (PPBE) - Infrastructures de transport terrestre nationales dans l'Oise*. 2012, 48 p.
- Dreal Aquitaine, *Étude de zone Presqu'île d'Ambès* (2011)
http://www.aquitaine.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ERS_Ambes_cle242ef1.pdf
(consulté le 20 décembre 2013)
- Dreal Aquitaine, *Étude de zone de Lacq* (2007)
http://www.pyrenees-atlantiques.gouv.fr/content/download/2642/17133/file/defERS_LACQ_resume_non_tehnique.pdf
- Dreal Picardie, *Territoires picards et transition écologique*, décembre 2012, disponible sur :
<http://www.picardie.developpement-durable.gouv.fr/territoires-picards-et-transition-a1580.html>
(consulté le 29 juillet 2013).
- Dreal Limousin, *Profil environnemental du Limousin, Développement durable en Limousin, Les études*, avril 2012, n° 3, disponible sur : http://www.limousin.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/10000-ProfEnv_modif_4dec2012_V2.pdf (consulté le 29 juillet 2013).
- Dreal Midi-Pyrénées, *Profil environnemental de Midi-Pyrénées, Diagnostic et enjeux*, juin 2012, disponible sur : http://www.midi-pyrenees.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/dreal_profil_2012_cle2ae19f.pdf (consulté le 29 juillet 2013).
- Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie et Ineris « Guide pour la conduite des Études de Zones » disponible sur <http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/drc-guide-etude-zone-v5final101111-1321430999.pdf> (consulté le 20 décembre 2013)
- Roy Alexis (2009), « L'exposition aux risques environnementaux davantage ressentie dans les grandes villes », *Le point sur*, n°11, Commissariat général au développement durable, avril 2009.
- SPPPI Paca et Dreal Paca - *Études de zones Lavéra* (2011) et *Fos sur Mer* (2008) disponible sur :
<http://www.spppi-paca.org/article.php?laref=74&titre=evaluations-des-risques-sanitaires-en-paca>
(consulté le 20 décembre 2013)
- SPPPI Vallée de Seine et DRIEE Île-de-France - *Étude de zone Vallée de Seine* (en cours), disponible sur :
<http://www.spi-vds.org/francais/documentations/COPI161012/4EMECOPI161012.pdf> (consulté le 20 décembre 2013)

Inégalités environnementales et sociales

- Caudeville J. et Boudet C. 2012. Environmental health inequality action in France : a report on the Sigfried project. Chapter *in* « Environmental health inequalities in Europe ». Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Deguen S. et Zmirou-Navier D., Expositions environnementales et inégalités sociales de santé ADSP n° 73, décembre 2010. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-73/ad732728.pdf> (consulté le 16 mai 2013).
- OMS Europe, Dossier Inégalités sociales en santé et environnement. Disponible sur <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/social-inequalities-in-environment-and-health> (consulté le 12 juillet 2013).
- Roussel I., Charles L. Inégalités environnementales et sociales de santé et leurs déterminants. *Env Risque Santé* 2011 ; 10 : 200-206.

Inégalités sociales et territoriales

- ARS Basse-Normandie, Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps). Caen : ARS ; 2012, 56 p. Disponible sur : http://www.ars.basse-normandie.sante.fr/fileadmin/BASSE-NORMANDIE/PRS/PRS_ARS_BN_PRAPS_BAT.pdf (consulté le 24 juin 2013).
- ARS Nord - Pas-de-Calais, Plan stratégique régional de santé du Nord - Pas-de-Calais. Document d'orientation stratégique. 2011, 37 p. Disponible sur : http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/ARS_pdf/PSRS_NPDC2011.pdf (consulté le 16 mai 2013).
- ARS Nord - Pas-de-Calais, Le Projet Régional de Santé du Nord - Pas-de-Calais. Les Territoires de santé. 2011, 29 p. Disponible sur : http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/PRS_13Janv/Territoires_de_Sante_NPDC_jv02.pdf (consulté le 16 mai 2013).
- ARS et région Nord - Pas-de-Calais, Plan Régional Santé Environnement (PRSE2) Nord - Pas-De-Calais - 2011-2014, 2011, 33 p. Disponible sur : <http://www.nord-pas-de-calais.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/prse2.pdf> (consulté le 16 mai 2013).
- ARS Océan Indien, Projet de Santé Réunion-Mayotte - Le plan stratégique de santé 2012-2016. 2012, 76 p. Disponible sur : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/PRS/PRS2012/VDEF_24_juillet/PRS_plan_strategie_24_07.pdf (consulté le 24 juin 2013).
- ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, Projet régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur 2012-2016. 2012, 936 p. Disponible sur : http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Docs_officiels/2012-01-30_ARS_DG_Projet_regional_de_sante_arspaca.pdf (consulté le 24 juin 2013).
- ARS et ORS Haute-Normandie, Territoire de Santé de Rouen-Elbeuf - Éléments de diagnostic sanitaire et social - Extraits d'une étude effectuée par l'ORS à la demande de l'ARS et de la région Haute-Normandie.

2011, 20 p. Disponible sur : http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/Concertation_regionale/les_conferences_de_territoires/Conference_de_territoire_de_Rouen-Elbeuf/ORS-diagnostic_sanitaire_et_social_Rouen.pdf (consulté le 24 juin 2013).

- Insee, « Les disparités territoriales de dépenses de santé dans le Nord - Pas-de-Calais au regard des facteurs démographiques, sanitaires et sociaux » *in* Profils, n°105, juin 2012, 12 p. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/nord-pas-de-calais/themes/pages_de_profils/P12_105/P12_105.pdf(consulté le 16 mai 2013).
- Institut régional de la ville, Quels leviers pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ?, 20 mars 2012. Disponible sur : <http://www.irev.fr/action/quels-leviers-pour-lutter-contre-inegalites-sociales-territoriales-sante-20-mars-2012> (consulté le 16 mai 2013).
- Institut régional de la ville, Pauvretés et inégalités territoriales : Quelles mesures, quelles réponses ? 2011. Disponible sur : http://www.irev.fr/sites/www.irev.fr/files/irev-pauvretes-inegalites-mesures-reponses_0.pdf (consulté le 16 mai 2013).
- Onzus, Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles (2009). Publication de la Délégation interministérielle à la ville, 2009, 150 p. Disponible sur : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/Documents_01_2009_cle2112ab.pdf (consulté le 17 juillet 2013)
- OR2S, CRSA, ARS Picardie. Territoires de santé en Picardie (Somme, Aisne Nord - Haute-Somme, Aisne Sud, Oise Est, Oise Ouest). Amiens : OR2S ; 2011, 160 p. Disponible sur : <http://www.ars.picardie.sante.fr/Les-livrets-des-territoires-de.102562.0.html> (consulté le 16 mai 2013).
- OR2S, conseil régional de Picardie. Diagnostics territoriaux de santé dans les dix-huit pays de Picardie Amiens : OR2S ; 2009-2012, 1 152 p. Disponible sur : <http://www.or2s.fr/Actualite/Observationdelasantecacute/LesPays/tabid/95/Default.aspx> (consulté le 24 juin 2013).
- ORS Centre, Inégalités cantonales de santé en région Centre : une répartition territoriale des déterminants de santé. Orléans : ORS ; 2010, 49 p. Disponible sur : http://www.orscentre.org/apps/site/public/files//publications/Inegalites%20de%20sante/Rapports/Ineg_canto2010.pdf (consulté le 24 juin 2013).
- ORS Guadeloupe. Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy : cantons, territoires de santé, collectivités d'Outre-mer, région. Basse-Terre : Orsag ; 2011, 151p. Disponible sur : <http://www.orsag.fr/diagnostics/45-indicateurs-sante-guadeloupe-saint-martin-saint-barthelemy.html?highlight=WyjKXHUwMGU5dGVybWluYW50cyJd> (consulté le 24 juin 2013).
- ORS Limousin. Les inégalités socio-sanitaires en Limousin : une analyse multidimensionnelle à l'échelon des cantons et des territoires de santé. Limoges : ORS ; 2007, 42 p.
- ORS Limousin. Les inégalités sociales de mortalité en Limousin. Limoges : ORS ; 2012, 36 p. Disponible sur : http://www.ors-limousin.org/publications/rapport/2012/Inegalites_mortalite_CSP.pdf (consulté le 24 juin 2013).

- ORS Limousin. Diagnostics territoriaux de santé en Limousin - territoires de Pôles hospitaliers de proximité (Aubusson en Creuse, Saint-Léonard-de-Noblat en Haute Vienne). Limoges : ORS ; 2011, 190 p.
- ORS Limousin. Diagnostics territoriaux de santé en Limousin - territoires de proximité (Bourganeuf-La-Souterraine, Guéret-Boussac, Ouest Limousin, Pays de Brive-Auvézère et de Tulle Vallée de la Dordogne). Limoges : ORS ; 2012-2013, 358 p. Disponible sur : <http://www.ors-limousin.org> (consulté le 17 mai 2013).
- ORS, Creai et Insee de Basse-Normandie, L'atlas de la santé en Basse-Normandie. 2010, 157 p. Disponible sur : <http://www.ars.basse-normandie.sante.fr/L-analyse-des-besoins-de-sante.97918.0.html> (consulté le 24 juin 2013).
- Rican S., Désavantages locaux et santé : construction d'indices pour l'analyse des inégalités sociales et territoriales de santé en France et leurs évolutions, Environnement, Risques & Santé, 2011, Volume 10, Numéro 3, mai-juin 2011.
- Trugeon A., Thomas N., Michelot F., Lémery B. Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton. Collections Abrégés. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010, 280 p.
- Vigneron E., Les inégalités de santé dans les territoires français - État des lieux et voies de progrès : Elsevier Masson, mai 2011, 194p.

Inégalités sociales

- ELSErevue, « La région Nord - Pas-de-Calais. Des inégalités de santé en chaînes », *in* Contact Santé, n°231 « Regards aigüs sur les inégalités sociales de santé », pp.19-20, octobre 2010. Disponible sur : <http://www.else revue.fr/2012/la-region-nord-pas-de-calais-des-inegalites-de-sante-en-chaines/>(consulté le 16 mai 2013).
- Guienne V., Les inégalités injustes, SociologieS, Débats, Penser les inégalités, mis en ligne le 18 octobre 2011. Disponible sur <http://sociologies.revues.org/3648> (consulté le 31 juillet 2013).
- HCSP, « Les inégalités sociales de santé » *in* ADSP, n°73, 2010. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=111281&clef=113> (consulté le 16 mai 2013).
- Inpes, Moquet M.-J. « Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples » *in* La santé de l'homme, n°397, pp.17-19, septembre-octobre 2008. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/397/02.htm> (consulté le 16 mai 2013).
- Leclerc A., Kaminski M., Lang T., Inégaux face à la santé, du constat à l'action, éd Inserm-La Découverte, Paris 2008, p151.
- Moleux M., Schaetzel F., Scotton C., Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action, Inspection générale des affaires sociales, mai 2011, 124 p. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580/0000.pdf> (consulté le 16 mai 2013).

Outils et méthodes

- CCNPPS, Guides et outils d'évaluation d'impact sur la santé, avril 2012, 37 p. Disponible sur : http://www.ccnpps.ca/100/Publications.ccnpps?id_article=51 (consulté le 12 juillet 2013).
- CGDD-SOeS-SDM3D, Profil environnemental régional. État des lieux et éléments de méthode, Études et Documents n°25, juillet 2010. Disponible sur <http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/ED25.pdf> (consulté le 29 juillet 2013).
- CGDD-SOeS-SDSE (2013), Présentation de l'enquête *Performance de l'Habitat, Équipements, Besoins et USages de l'énergie* (Phebus) : www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/repondre-enquetes/phebus.html (consulté le 20 décembre 2013)
- Fnors, Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé, 114 pages, mai 2012, disponible sur : [http://www.fnors.org/uploadedFiles/Guide%20DLS%20Op%C3%A9rateurs_%20FinalFnors2-1\(1\).pdf](http://www.fnors.org/uploadedFiles/Guide%20DLS%20Op%C3%A9rateurs_%20FinalFnors2-1(1).pdf) (consulté le 12 juillet 2013).
- Ineris, Guide pour la conduite d'une étude de zone, Impact des activités humaines sur les milieux et la santé, 2011, 80 p., Disponible sur : <http://www.ineris.fr/centredoc/drc-guide-etude-zone-v5final101111-1321430999.pdf> (consulté le 12 juillet 2013).
- Ineris, Identifier et hiérarchiser les inégalités d'exposition environnementale : Travaux préliminaires de l'Ineris la plateforme Plaine, 22 novembre 2011, disponible sur : <http://www.ineris.fr/centredoc/dp-inegalites-environnementales-1322122298.pdf> (consulté le 29 juillet 2013).
- Menard C., Girard D., Léon C. et Beck F. (2008), *Baromètre santé environnement 2007*, Saint-Denis, Éditions INPES.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Guide pratique - Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration de projets de loi et de règlement au Québec (2006) , 30 p. Disponible sur : <http://msssa4.msssa.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/fdeb9f49b9032ac98525726400698644?OpenDocument> (consulté le 12 juillet 2013).
- Plateforme Suisse sur l'Évaluation d'impact sur la santé, Guide d'introduction à l'Évaluation de l'impact sur la santé en Suisse (mars 2010), 60 p. Disponible sur : http://www.unige.ch/environnement/gres/Toolbox/Guide_eis.pdf (consulté le 12 juillet 2013).
- Trédez G., L'évaluation d'impact sur la santé : analyse et perspectives de développement dans le Nord - Pas-de-Calais, ORS Nord - Pas-de-Calais, mars 2013, 92 pages. Disponible sur : http://www.orsnpdc.org/etudes/289635_1eis12-2.pdf (consulté le 12 juillet 2013).
- UIPES, L'EIS : une aide à la décision publique, pour des choix sains, durables et équitables », 2012. Disponible sur : http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/GWG/HIA/201208_EIS_PrincipesDirecteurs_FR.pdf (consulté le 29 juillet 2013).

La situation sanitaire française est marquée par un **paradoxe** : une espérance de vie à la naissance parmi les plus élevées d'Europe, des inégalités de santé parmi les plus importantes. La compréhension des mécanismes à l'origine de ces inégalités nécessite de se référer à un « modèle global » des déterminants de la santé. En effet, l'âge, le sexe, les facteurs génétiques, comme les comportements individuels ne suffisent pas à expliquer les différences observées. **Les conditions de vie, de travail, la qualité de l'environnement et, plus généralement, du cadre de vie, ont un impact important sur la fréquence des comportements « à risque », sur l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins.**

S'il est indispensable de mieux savoir pour mieux agir, il faut aussi et sans attendre améliorer l'action avec les connaissances et les outils que l'on a, car bien des situations relèvent de la prévention. La diffusion et l'appropriation des outils spatialisés les plus récents visant à mieux caractériser le cumul des pollutions et nuisances restent aujourd'hui un enjeu de la lutte contre la réduction des inégalités territoriales, sociales et environnementales de santé, de même que la construction de nouvelles solidarités entre services et entre territoires.

C'est précisément le repérage et le partage des pratiques entre services et entre territoires que vise cette publication. Elle retrace les travaux lancés de concert en 2012 par le ministère en charge de la santé et de la cohésion sociale (Secrétariat général des ministères sociaux) et celui de l'écologie et du développement durable (Commissariat général au développement durable). Sont présentées les initiatives conduites en région par les services des deux ministères et de leurs partenaires qui croisent les dimensions sociale, environnementale et territoriale de la santé. Une série d'exemples montre tant les facteurs de succès que les limites rencontrées pour élaborer des diagnostics multidimensionnels complexes. Des coopérations exemplaires ouvrent, quant à elles, la voie d'une meilleure gouvernance au niveau des régions, et entre les régions au plan national.



En partenariat avec :



Ministre des Affaires sociales et de la Santé
Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
14, avenue Duquesne - 75007 Paris

Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie
Commissariat général au développement durable
244 boulevard Saint-Germain - 75007 Paris