



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2012-2013**

LA POLITIQUE DE SANTE-ENVIRONNEMENT
EN BRETAGNE
Exemple de l'évaluation à mi-parcours du
Programme Régional Santé-Environnement 2011-2015

Chloé LE BORGNE

22 août 2013

Remerciements

Je tiens à remercier,

M. Jean-Michel DOKI-THONON, Directeur de la santé publique ainsi que M. Jean-Marc Di GUARDIA, Directeur adjoint Santé-Environnement pour m'avoir accueillie au sein de leur direction,

Mme. Anne VIDY, responsable de stage, pour son suivi et sa grande disponibilité,

L'ensemble du personnel de l'Agence que j'ai pu côtoyer pendant ce stage pour leur sympathie,

L'ensemble des professionnels de l'ARS et des différentes institutions ainsi que des acteurs de terrain pour avoir accepté de me recevoir et qui par leurs réponses ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Synthèse

Introduction

L'environnement fait partie des déterminants de la santé et est de plus en plus considéré en tant que tel. Ainsi la charte de l'environnement, annexée à la constitution stipule que « chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé ». Au niveau national, le second PNSE (2009-2013) avait pour priorité de réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé et de réduire les inégalités environnementales. Il a été décliné en région.

En Bretagne, l'élaboration du second PRSE a comporté une large concertation rassemblant des acteurs de la santé, de l'environnement, des institutionnels, des collectivités et des associations. Le programme a été validé et signé par le Préfet de Région, le Directeur Général de l'ARS et l'élue du Conseil Régional.

Le PRSE 2011-2015 est constitué de 12 objectifs, dont 4 transversaux. En plus des actions programmées lors de l'élaboration, des actions issues d'un appel à projet PRSE sont mises en place chaque année.

Arrivant à mi-parcours, les pilotes du PRSE ont souhaité évaluer son état d'avancement et faire remonter les points forts et difficultés rencontrés afin d'apporter d'éventuels amendements pour la seconde partie de la mise en œuvre du PRSE. L'ensemble des partenaires du PRSE se réunissant à l'automne 2013, les recommandations découlant de l'évaluation à mi-parcours seront discutées à cette occasion.

Méthode

La stratégie d'évaluation a consisté en six questions évaluatives, qui ont été proposées au comité de pilotage et validées par celui-ci. Elles sont détaillées dans les résultats ci-après. Pour répondre à ces questions, les acteurs du PRSE ont participé à une enquête en ligne, et des entretiens ont été réalisés avec des membres du comité de pilotage et des porteurs d'action. Des études documentaires sont venues compléter les informations recueillies, notamment l'évaluation du premier PRSE et les documents relatifs à l'élaboration du second PRSE.

Résultats

Les résultats suivants s'appuient sur 73 questionnaires et 10 entretiens. Les personnes qui ont répondu au questionnaire étaient soit des porteurs d'action (48%), des référents institutionnels en charge du suivi du bon déroulement des actions (19%) ou des personnes ayant participé à l'élaboration du PRSE2 (33%).

Question 1. Le niveau d'avancement des actions permet-il de penser que le PRSE sera intégralement mis en œuvre fin 2015 ?

Le niveau d'avancement à mi-parcours est satisfaisant avec 88% des actions engagées, et une augmentation du nombre d'actions programmées mises en œuvre par rapport au bilan 2011, auxquelles sont venues s'ajouter les actions des appels à projets annuels. La majorité des actions du PRSE seront mises en œuvre fin 2015, cependant il est probable que toutes les actions ne seront pas achevées à cette date puisque certaines nécessitent un investissement à long terme. Par ailleurs, l'avancement est inégal selon les objectifs et difficile à appréhender compte tenu de l'articulation avec d'autres plans régionaux. La dynamique du PRSE est générée par un important travail partenarial, indispensable mais qui induit un certain nombre de difficultés dans la mise en place des actions.

La répartition des actions est inégale selon les territoires de santé, avec une majorité d'actions (60%) portées sur l'ensemble de la région.

Question 2 : Les réalisations sont-elles de qualité ?

Les actions menées dans le cadre du PRSE sont très diversifiées (83 actions réparties entre les actions de sensibilisation, les formations, la mise en place d'études, la veille sanitaire, les procédures administratives) et sont en majorité de petites actions. Au total, plus de 23000 personnes ont été touchées par le PRSE depuis 2011. Certains publics et partenaires sont néanmoins difficiles à mobiliser autour des questions de santé environnementale, notamment le grand public, les professionnels de santé et les acteurs économiques. Après seulement 2 ans et demi de mise en œuvre, les résultats des actions sont difficiles à évaluer. Malgré cela, 86% des répondants estiment que le PRSE a déjà produit des effets, par ordre décroissant : il semblerait que le PRSE ait contribué à la diffusion des enjeux Santé-Environnement, qu'il ait facilité le développement de partenariats, et qu'il ait été déterminant dans l'impulsion d'actions (40% des actions n'auraient pas pu se réaliser sans lui).

Question 3 : Les moyens sont-ils à la hauteur des enjeux ?

Les moyens financiers alloués au PRSE sont supérieurs à ceux qui avaient été estimés lors de son élaboration et permettent, selon les porteurs, la mise en place des actions. Ces montants sont cependant très hétérogènes selon les actions et les objectifs. De plus, ils sont difficiles à évaluer précisément, en raison du lien avec d'autres programmes régionaux, de la multiplicité des financeurs, et d'une faible visibilité sur les montants alloués par certains financeurs.

Concernant les moyens humains, l'animation du PRSE est jugée de qualité par l'ensemble des partenaires. Le taux de présence au comité de pilotage du PRSE est supérieur à 80% en moyenne. Plusieurs outils de communication ont été mis en place (site internet, newsletter, tableaux de bord), et semblent appréciés, cependant, leur portée reste limitée aux partenaires les plus impliqués. La faible implication de certains acteurs a été mentionnée (élus, monde économique, professionnels de santé, acteurs départementaux).

Question 4 : Le PRSE joue-t-il son rôle de document de référence et d'orientation des politiques ?

Parmi l'ensemble des acteurs, le niveau de connaissance du PRSE est moyen, les porteurs de projet ont une bonne visibilité sur les liens entre leur activité propre et le PRSE, dont ils sont capables à 85% de citer au moins un objectif, mais peu sur l'ensemble du programme. Selon la majorité d'entre eux (associations, mutuelles), le PRSE est un document de référence qui légitime leurs actions en Santé-Environnement auprès de leurs partenaires. En revanche, les acteurs politiques le considèrent plus comme un document de communication à destination des associations et du grand public, notamment via les actions en promotion de la santé. Les documents de planification des politiques régionales ne reprennent pas les objectifs du PRSE mais le citent assez régulièrement en élément de contexte (4 sur 9), et les plans locaux de santé (contrats locaux, programmes territoriaux) sont peu nombreux à décliner le PRSE (respectivement 2 sur 14 et 3 sur 8). Le suivi des actions en Santé-Environnement des autres plans explicitement affiché dans le PRSE n'est pas mis en œuvre. Des modalités de coordination ont été mises en place, mais elles restent limitées par le cloisonnement au sein des différentes institutions.

Question 5 : Les recommandations issues de l'évaluation du PRSE1 ont-elles été prises en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre du PRSE2 ?

Comme recommandé dans l'évaluation du PRSE1, le comité de pilotage du PRSE a été notablement élargi et une co-présidence a été établie entre la Préfecture de région, le Conseil Régional et l'Agence Régionale de Santé. Des partenaires restent cependant à impliquer, comme mentionné plus haut. La visibilité du PRSE a également été renforcée par la mise en place de plusieurs outils de communication et de l'appel à projets. Cet appel à projet ainsi que l'évaluation à mi-parcours ont, de plus, vocation à permettre de renforcer l'évolutivité du programme par l'intégration de nouvelles actions chaque année et la prise en compte éventuelle de nouveaux enjeux. La cohérence du PRSE avec les autres plans a été mieux affichée mais le PRSE peine à jouer un rôle de document de référence. Les moyens alloués au PRSE ont augmenté mais ils ne permettent pas de répondre à l'ensemble des objectifs fixés lors de l'élaboration du PRSE, en particulier ceux portant sur la territorialisation et l'orientation des autres politiques.

Question 6 : Certains objectifs du PRSE doivent-ils être renforcés ?

Le nombre d'actions par objectif est très hétérogène et difficile à analyser en raison du renvoi vers d'autres objectifs et du fait que certains d'entre eux sont transversaux. Cependant, d'après l'enquête réalisée, les acteurs du PRSE souhaitent en majorité que soit renforcée la réduction des inégalités en santé-environnement, ce qui concorde également avec les recommandations des instances nationales d'expertise relatives à la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les politiques publiques (HCSP, INPES en particulier). D'autre part l'une des problématiques émergentes qui préoccupent le plus grand nombre d'acteurs est celle des champs électromagnétiques.

De plus, comme mentionné en question 4, les liens entre le PRSE et les autres plans et programmes régionaux en santé ou environnementaux sont à consolider ou à initier.

Recommandations

L'évaluation a conduit à formuler 5 recommandations, dont 2 sont prioritaires :

1. La prise en compte de l'environnement comme déterminant de la santé par l'ensemble des acteurs est à renforcer. Il faut notamment veiller à ce que les liens avec le PRSE soient explicitement inscrits dans les autres plans de santé et environnementaux, et renforcer le rôle de la préfecture de Région afin de mobiliser l'ensemble des services de l'Etat sur la thématique Santé-Environnement. Il faut également favoriser la transversalité entre les services du Conseil Régional sur la thématique santé. De plus, le

PRSE doit être intégré de façon plus transversale au projet régional de santé (PRS). Enfin, certains acteurs sont à impliquer plus fortement dans le programme, en particulier les professionnels de santé et les acteurs économiques.

2. L'objectif de réduction des inégalités en Santé-Environnement est à développer. Il faut tout d'abord étendre la territorialisation du PRSE (en utilisant les conférences de territoire et les contrats locaux de santé). D'autre part, mobiliser le grand public avec des actions en promotion de la santé, en ciblant prioritairement les publics démunis. Enfin, les liens entre le PRSE et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins doivent être renforcés.
3. La coordination des acteurs est à soutenir afin de faciliter le travail partenarial, par la mise en commun des référentiels utilisés par les différents partenaires, ainsi que par la mise en place de séminaires d'échanges de pratiques, au niveau régional ou interrégional.
4. La visibilité du PRSE est à diffuser à l'ensemble des acteurs et au grand public, en réfléchissant aux moyens de communication pertinents pour toucher ces différentes cibles (ex : évolution du site internet, labellisation des actions, mise en place d'un forum annuel santé-environnement). Il faut également donner de la visibilité politique et pour le grand public au programme par la mise en place d'actions de grande ampleur. La réalisation une enquête d'opinion visant à évaluer l'efficacité du développement d'une culture commune santé-environnement, contribuerait également à renforcer la visibilité politique du PRSE.
5. D'autres points sont à consolider : Il faut notamment développer la prise en compte de l'urbanisme comme déterminant de la santé, mieux prendre en compte les champs électromagnétiques. La visibilité sur les financements est également à améliorer vis-à-vis des porteurs de projet, tant sur les aspects de pluri-annualité des financements que sur la contribution respective des différents financeurs.

Sommaire

Synthèse.....	1
INTRODUCTION	8
I. Les enjeux de la santé liés à l'environnement	8
II. La santé-environnementale au niveau institutionnel	10
1) La santé environnementale au niveau international : les conférences interministérielles de l'Organisation Mondiale de la Santé	10
2) La santé environnementale au niveau de l'Union Européenne (UE)	10
3) La santé environnementale au niveau français	11
4) Déclinaison bretonne du PNSE2.....	13
III. Missions et place du domaine Santé-Environnement au sein de l'ARS.....	15
1) Missions en Santé-Environnement	15
2) Positionnement de la SE au siège et dans les délégations territoriales.....	16
3) Place du PRSE dans la politique de santé de l'ARS	17
METHODE.....	20
I. Objectifs et finalité de l'évaluation	20
II. Modélisation du problème : quelles sont les causes du problème ?	21
III. Modélisation de la logique d'intervention	24
1) Sur quels facteurs et quelles cibles peut-on intervenir ?	24
2) Par quels mécanismes peut-on intervenir ?	24
3) Modèle logique de l'intervention.....	27
IV. Stratégie d'évaluation	29
1) Questions évaluatives, critères et indicateurs d'analyse	29
2) Sources d'information, technique de collecte et méthode d'analyse	30
3) Limites de l'évaluation	31
RÉSULTATS	34
Question 1 : Le niveau d'avancement des actions permet-il de penser que le PRSE sera intégralement mis en œuvre fin 2015 ?.....	34
Sous-question 1 : La mise en œuvre des actions suit-elle le calendrier prévu ?.....	34
Sous-question 2 : Quels sont les points forts et les difficultés de mise en œuvre des actions ?	36
Sous-question 3 : La mise en œuvre des actions est-elle équilibrée selon les différents territoires ?	38

Réponse à la question 1 : le niveau d'avancement des actions permet-il de penser que le PRSE sera intégralement mis en œuvre fin 2015 ?	40
Question 2 : Les réalisations du PRSE sont-elles de qualité ?	41
Sous-question 1 : Qu'a-t-on produit ?	41
Sous-question 2 : La population cible visée a-t-elle été atteinte ?	43
Sous-question 3 : Un référentiel de bonnes pratiques professionnelles a-t-il été utilisé ?	44
Sous-question 4 : le PRSE a-t-il déjà produit des effets ?	45
Réponse à la question 2 : Les réalisations sont-elles de qualité ?	46
Question 3 : Les moyens consacrés au PRSE sont-ils à la hauteur des enjeux ?	48
Sous-question 1 : le montant alloué aux objectifs est-il conforme aux prévisions ? ..	48
Sous-question 2 : Certaines actions ont-elles dû être annulées, reportées, revues à la baisse faute de financements ?	52
Sous-question 3 : L'accompagnement des porteurs de projet est-il suffisant ?	52
Sous-question 4 : Le niveau d'implication des acteurs est-il suffisant ?	53
Sous-question 5 : le retour d'information aux partenaires sur l'avancement du PRSE est-il suffisant ?	57
Réponse à la question 3 : Les moyens consacrés au PRSE sont-ils à la hauteur des enjeux ?	58
Question 4 : Le PRSE joue-t-il effectivement son rôle de document de référence et d'orientation des politiques ?	60
Sous-question 1 : Les partenaires et les acteurs connaissent-ils le PRSE et ses objectifs ?	60
Sous-question 2 : Les orientations du PRSE sont-elles reprises dans les autres plans ?	61
Sous-question 3 : Le suivi des actions des autres plans est-il effectif ?	63
Sous-question 4 : Y-a-t-il des modalités de coordination permettant un lien entre les équipes en charge des différents plans ?	63
Réponse à la question 4 : Le PRSE joue-t-il effectivement son rôle de document de référence et d'orientation des politiques ?	64
Question 5 : Dans quelles mesures les recommandations du PRSE1 concernant la mise en œuvre du PRSE2 ont-elles été prises en compte ?	67
Sous-question 1 : la composition du comité de pilotage a-t-elle été élargie ?	67

Sous-question 2 : les missions du comité de pilotage ont-elles été redéfinies (évolutivité du PRSE, rôle évaluatif renforcé, retour d'information accentué) ?	68
Sous-question 3 : la cohérence du PRSE avec les autres plans a-t-elle été renforcée ? cf. question 4	69
Sous-question 4 : la visibilité du PRSE c'est elle améliorée ? cf. question 4	69
Sous-question 5 : les moyens sont-ils davantage en adéquation avec les ambitions du programme ? cf. question 3	70
Réponse à la question 5 : les recommandations issues de l'évaluation du PRSE1 concernant la mise en œuvre du PRSE ont-elles été prises en compte ?	70
Question 6 : Le PRSE doit-il renforcer certains de ses objectifs ?	72
Sous-question 1 : les actions menées sont-elles cohérentes avec les objectifs ?	72
Sous-question 2 : la mise en œuvre des actions est-elle équilibrée selon les différents objectifs ?	73
Sous-question 3 : Y-a-t-il des problématiques émergentes à prendre en compte pour la fin du PRSE2 ?	75
Réponse à la question 6 : Le PRSE doit-il renforcer certains de ces objectifs ?	75
ANALYSE REFLEXIVE.....	77
I. Quelle place occupe le domaine Santé-Environnement dans la politique de santé de l'ARS ?	77
1) Quels sont les liens entre le PRSE et le PRS ?	77
2) Dans quelle dimension les inégalités environnementales sont-elles intégrées dans la politique de santé de l'ARS ?	79
3) Quelle utilisation des outils de la loi HPST pour la déclinaison territoriale du PRSE?.....	82
4) Quel niveau de coordination des politiques au sein de l'ARS ?.....	84
II. Quel est le rôle de la préfecture de région dans le pilotage du PRSE et dans l'animation de l'interministériel ?	84
RECOMMANDATIONS.....	86
I. Renforcer la prise en compte de l'environnement comme déterminant de la santé par l'ensemble des acteurs.....	86
1) Veiller à ce que les liens avec le PRSE soient explicitement inscrits dans les autres plans de santé et environnementaux.....	86
2) Renforcer le rôle de la Préfecture de Région pour mobiliser les services de l'Etat sur la thématique Santé-Environnement	87

3) Favoriser la transversalité entre les services du Conseil Régional sur la thématique santé.....	87
4) Renforcer l'intégration du PRSE dans le PRS	87
5) Mobiliser les professionnels de la santé	88
6) Mobiliser les acteurs économiques.....	89
II. Renforcer l'objectif de réduction des inégalités en Santé-Environnement	89
1) Développer la territorialisation du PRSE :.....	89
2) Mobiliser le grand public avec des actions en promotion de la santé, en ciblant prioritairement les publics démunis	90
3) Renforcer le lien PRSE-PRAPS	90
III. Renforcer la coordination des acteurs	91
IV. Renforcer la visibilité du PRSE.....	91
1) Visibilité politique.....	91
2) Visibilité de l'ensemble des acteurs.....	91
3) Visibilité du grand public.....	92
V. Autres points à renforcer.....	92
 CONCLUSION	 93
Retour réflexif personnel sur le stage	94
Bibliographie	95
Liste des annexes	97
Annexes	98

Liste des sigles utilisés

2C3P : Commission de Coordination des Politiques Publiques de Prévention

AAP : Appel A Projet

ADEME : Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie

ANPAA Bretagne : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de la Santé

BRGM : Bureau de Recherche Géologique et Minière

CAR : Comité de l'Administration Régionale

CESER : conseil économique, social et environnemental régional

CG : Conseil Général

CGEDD : Conseil Général de l'Environnement et du Développement Durable

CIRCE : Cancer, Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement

CIRE : Cellule de l'InVS en Région

CLCV : Confédération du Logement et du Cadre de Vie

CMEI : conseil médical en environnement intérieur

CMR : Cancérigène, Mutagène, Reprotoxique

CNFPT : Centre National de Formation de la Fonction Publique Territoriale

CO : monoxyde de carbone

CODERST : Comité Départemental de l'Environnement, des Risques Sanitaires et Technologiques

COFIL : Comité de pilotage

CPER : Contrat Pluriannuel Etat-Région

CR : Conseil Régional

CRIJ : Centre Régional d'information Jeunesse

CRSA : Conférence Régionale de Solidarité et de l'Autonomie

CRSE : Comités Régionaux en Santé Environnement

CT : Conférences de Territoire

DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

DG ARS : Directeur Général de l'ARS

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Energie

DIREN : Direction Régionale de l'Environnement

DPSEEA : Driving forces, Pressures, State of environment, Exposure, Effects, Action

DRAAF : Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture, et des Forêts

DRAF : Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt

DRASS : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale

DRCCRF : Direction Régionale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

DRE : Direction Régionale de l'Équipement

DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, l'Aménagement et du Logement

DRIRE : Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement

DRJSCS : direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

DRTEFP : Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

DT : Délégations Territoriales

EHESP : Ecole Des Hautes Etudes en Santé Publique

FEREDEC : Fédération Régionale de Défense contre les Nuisibles

GRSE : Groupes Régionaux en Santé Environnement

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : loi de 2009 portant réforme de l'Hôpital, relative aux Patient, à la Santé et aux Territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INCa : Institut National du Cancer

InVS : Institut National de Veille Sanitaire

IREPS : instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

MCE : Maison de la Consommation et de l'Environnement

MFB : Mutualité Française Bretagne

MRS : Mission Régionale de Santé.

MSA : mutualité sociale agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORSB : Observatoire Régional de la Santé en Bretagne

PASE : Programme d'Actions Stratégique de l'Etat

PLAV : Plan de Lutte contre les Algues Vertes

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PNSE1 : Plan National Santé-Environnement 1 (2005-2008)

PNSE2 : Plan National Santé-Environnement 2 (2009-2013)

PPS : Prévention et Promotion de la Santé

PRAB : Plan Régional pour l'Agriculture Biologique

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRASE : Plans Régional d'Action en Santé-Environnement

PREDD : Plan d'Elimination des Déchets Dangereux

PROA : Programme régional de l'offre alimentaire

PRPGDD : Plan Régional de Prévention et de Gestion des Déchets

PRQA : Plan Régional pour la qualité de l'Air

PRS : Projet Régional de Santé

PRSE1 : Plan Régional Santé-Environnement 1 (2005-2008)

PRSE2 : Plan Régional Santé-Environnement 2 (2011-2015)

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

PRST : Plan Régional Santé Travail

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

PTS : Projet Territorial de Santé

REEB : Réseau d'Education à l'environnement de Bretagne

S2D : Santé et Développement Durable (centre collaborateur OMS pour le réseau des villes santé)

SAUR : Société d'Aménagement Urbain et Rural

SCALE : Science, Children, Awareness, Legislation, Evaluation

SDAGE : Schéma Directeur de l'Aménagement et de Gestion de l'Eau

SE : Santé Environnement

SGAR : Secrétariat Général aux Affaires Régionales

SRCAE : Schéma Régional Climat, Air, Energie

SROMS : Schéma Régional d'Organisation de l'Offre Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional d'Organisation de l'Offre de Soins

SRP : Schéma Régional de la Prévention

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

TS : Territoire de Santé

UE : Union Européenne

UR CFE CGC : Union Régionale de Confédération Française de l'encadrement-
Confédération Générale des Cadre

URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

VAGUSAN : Volet Veille, Alerte et Gestion Des Urgences Sanitaires

INTRODUCTION

I. Les enjeux de la santé liés à l'environnement

Au XIX^{ème} siècle, les pathologies d'origine infectieuse représentaient la principale cause de mortalité, avec 18.9% du taux de mortalité dont 11.2% liés à la tuberculose, alors que les maladies cardiovasculaires et les cancers représentaient respectivement 12.8%, 12.5% et 3.5% en 1906¹. A partir du XX^{ème} siècle, les causes de mortalité ont évolué, le système de santé doit alors faire face à une majorité de pathologies chroniques, et au XXI^{ème} siècle, en France, les principales causes de mortalité sont les cancers (30%), les pathologies cardiovasculaires (27%), et les pathologies respiratoires (6%). Les maladies infectieuses ne représentent plus que 2% des causes de mortalité².

Malgré ces différences de « profils épidémiologiques », l'environnement a joué et joue encore un rôle déterminant de l'état de santé des populations.

Ainsi, l'étude de l'évolution du taux de mortalité spécifique de certaines pathologies par McKeown dans les années 1970, lui a permis de démontrer que la mortalité avait commencé à reculer très fortement avant l'introduction de la thérapeutique. Par exemple, la diminution du taux de mortalité par tuberculose a débuté avant même la découverte du bacille de Koch (1882) et des premières vaccinations. McKeown en tire la théorie selon laquelle les soins médicaux contribuent faiblement à la diminution de la mortalité³. Il explique cette diminution par l'amélioration des conditions de vie, de l'hygiène et du régime alimentaire. La fin du XIX^{ème} siècle est, en effet, la période où se développe le mouvement hygiéniste à l'origine de l'amélioration de la qualité de l'habitat, de l'acheminement de l'eau potable aux populations urbaines, de la mise en place du tout à l'égout, de l'apparition de la poubelle, ensemble de mesures qui ont eu un impact majeur sur la qualité de vie de la population. L'impact de l'environnement sur la santé était donc reconnu comme un déterminant de la santé. En parallèle de ce mouvement se développe la médecine thérapeutique grâce à l'apport des découvertes pasteurienne au niveau bactériologique permettant de lutter contre les maladies transmissibles par la vaccination.

¹ Selem G, Rican S et Jouglu E, « Atlas de la santé, Les causes des décès », John Libbey Eurotext, Montrouge, 2000.

² INSEE, 2009

³ Le Pen C, La rentabilité collective des soins de santé. 2008

De même, pour l'ensemble des pathologies chroniques actuellement à l'origine des plus forts impacts sanitaires en France et dans les pays développés, de nombreux facteurs de risques ont été identifiés. Il peut s'agir de facteurs liés au mode de vie et aux comportements individuels tels que l'alimentation, le tabagisme, le stress et la sédentarité. Il peut également s'agir de facteurs de l'environnement physique avec la présence d'une diversité des produits chimiques dans l'environnement, dont les risques pour la santé ne sont pas toujours connus. En effet, l'environnement s'est complexifié, parallèlement au développement technologique et industriel, et les sources de pollution et de polluants auxquels l'homme peut être exposé de façon simultanée sont multiples. L'importante réglementation mise en place progressivement dans le domaine de l'hygiène et de l'environnement, depuis la loi sur l'hygiène publique en 1904, a permis progressivement de réduire les expositions aux risques environnementaux. Celles-ci sont passées d'expositions aiguës à des expositions chroniques à de multiples substances et à faible dose, ayant des effets sur la santé souvent plurifactoriels et à long terme. Ainsi, l'étude des conséquences pour la santé humaine de ces expositions séparément n'est pas représentative de la réalité de la complexité des expositions, d'où la difficulté à relier exposition et pathologie.

Le principe de précaution prend donc une place toute particulière dans le domaine Santé-Environnement. Il prévoit des mesures de protection de la santé ou de l'environnement, en prenant en compte des risques incertains, c'est alors le critère « lien suspecté » qui est mis en avant. Le principe de précaution permet l'équilibre entre « l'utopie du risque zéro et celle d'un progrès insouciant des dangers qu'il comporte »⁴.

La réglementation dite « CMR » sur les produits chimiques Cancérogènes, Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction illustre bien le principe de précaution. Il s'agit d'une réglementation sur les produits qui présentent des effets nocifs pour la santé particulièrement préoccupants. Ils sont classés CMR selon 3 catégories : les produits CMR de catégorie 1 sont les substances que l'on sait être CMR pour l'homme (sur la base des données épidémiologiques) ; les produits CMR de catégorie 2 sont les substances pour lesquelles il existe une forte présomption que l'exposition de l'homme à de telles substances peut provoquer ou augmenter la fréquence d'apparition des effets CMR ; et les produits CMR de catégorie 3 sont les substances préoccupantes pour l'homme en raison

⁴ Momas I., Caillard J.F., Lesaffre B. Plan National Santé Environnement. Rapport de la Commission d'Orientation. La Documentation Française, 2004, 296p.

d'effets CMR possibles mais pour lesquelles les informations disponibles sont insuffisantes pour classer ces substances et préparations dans la catégorie 2.

Le principe de précaution, inscrit dans la constitution en 2005, est parfois remis en cause, notamment dans le secteur industriel parce qu'il peut ralentir les avancées techniques et le progrès industriel⁵.

II. La santé-environnementale au niveau institutionnel

1) La santé environnementale au niveau international : les conférences interministérielles de l'Organisation Mondiale de la Santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé environnementale comme le domaine recouvrant les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de vie qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux et psychosociaux de l'environnement. L'OMS Europe a mis en place à partir de 1989 les conférences ministérielles sur l'environnement et la santé, regroupant tous les 5 ans les ministres de la santé et de l'environnement des Etats-membres de la région Europe de l'OMS.

Ces conférences interministérielles, ont permis la mise en place d'une charte européenne de l'environnement et de la santé en 1989 et l'impulsion de l'élaboration de politiques nationales en Santé-Environnement, lors de la conférence de Londres en 1999.

2) La santé environnementale au niveau de l'Union Européenne (UE)

La Commission européenne a adopté en 2003 la stratégie européenne SCALE (Science, Children, Awareness, Legislation, Evaluation) en matière d'environnement et de santé, visant à réduire les contraintes que font peser les facteurs environnementaux sur la santé, identifier et prévenir les nouvelles menaces sanitaires dues à des facteurs environnementaux et à renforcer la capacité de l'UE à légiférer dans ce domaine. Le premier cycle de cette stratégie (2004-2010) visait à réduire 4 pathologies prioritaires et ciblait en particulier les enfants. Il semblerait que la thématique Santé-Environnement occupe moins de place dans le futur plan d'actions européen en faveur de l'environnement⁶.

⁵ Tubiana M. Du bon usage du principe de précaution. Environnement, risques & santé, sept. 2003, vol. 2, n°5, p291-296.

⁶ Propos tenus par l'INERIS lors de la journée nationale santé environnement consacrée au PNSE et aux PRSE à Lyon le 4 juin 2013 (actes de la journée non encore disponibles)

3) La santé environnementale au niveau français

Le Plan National Santé-Environnement (PNSE) 2004-2008 découle d'un ensemble de processus communautaires et nationaux dont la loi de santé publique de 2004, qui demandait à ce qu'un plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement soit élaboré tous les 5 ans, dans le but de réduire la mortalité et la morbidité évitable, ainsi que les disparités régionales. Ce plan est issu d'un travail commun entre les ministères chargés de la santé, de l'environnement, du travail et de la recherche.

Le PNSE 1 a été décliné au niveau régional pour la période 2005-2008. Le programme régional breton a été signé par le Préfet de Région et il était piloté par plusieurs services de l'Etat dont la Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement (DRIRE), la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP), la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale (DRASS) et la Direction Régionale de l'Environnement (DIREN). L'animation avait été déléguée à la DRASS par une lettre de mission du Préfet de Région. D'autres services ont été associés tels que la Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt (DRAF), la Direction Régionale de l'Équipement (DRE), le Rectorat, les services vétérinaires, la cellule de l'InVS⁷ en région (CIRE) et la Direction Régionale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DRCCRF). L'observatoire régional de la santé en Bretagne (ORSB) a également participé au PRSE1, notamment pour la réalisation de l'état des lieux.

Le programme d'actions a défini 5 objectifs prioritaires : la réduction des pollutions des eaux et des sols par les pesticides et certaines substances dangereuses, la réduction des expositions professionnelles aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR), le développement de systèmes de veille et d'alerte, la réduction des expositions au radon et la prévention de la légionellose. Dans les autres régions de France, et du fait de consignes nationales relativement strictes, les déclinaisons du PNSE1 se sont faites dans une relative homogénéité dans les modalités d'élaboration, de pilotage et de contenu dans les différents PRSE.

⁷ Institut national de veille sanitaire

En 2005, la Charte de l'environnement, dans laquelle le principe de précaution est inscrit, a été annexée à la Constitution, plaçant ainsi le principe de sauvegarde de l'environnement au même niveau que celui des droits de l'Homme. Elle proclame en son premier article, que « chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé ».

En 2007, le Grenelle de l'environnement a regroupé l'Etat, les collectivités locales, les ONG, les employeurs et les salariés au sein de 5 Collèges, pour une grande concertation sur le développement durable. De nombreuses propositions ont été formulées et organisées autour de 4 axes principaux : la lutte contre le changement climatique, la biodiversité, la préservation de la santé et de l'environnement, et un nouveau mode de gouvernance. Cet ensemble de propositions s'est concrétisé par l'adoption de la loi de programmation du 3 août 2009 relative à la mise en œuvre du Grenelle, dans 13 domaines d'actions. L'un d'entre eux porte sur la santé, il vise à prendre en compte la politique environnementale comme une composante de la politique de santé. Cette loi programmait également l'élaboration du second Plan National Santé Environnement (PNSE2).

Ainsi, le second PNSE se déroulant sur la période 2009-2013 découle de l'évaluation du PNSE1 qui avait fait ressortir le manque d'association des différentes parties prenantes et la faiblesse de la gouvernance, et il s'inscrit dans la continuité de celui-ci. Mais le PNSE2 découle également du Grenelle de l'environnement. Il a été élaboré en concertation avec des représentants des associations, des élus, des partenaires sociaux, des employeurs et de l'Etat. La gouvernance du plan a également été élargie et les 5 collèges du Grenelle y ont été associés. Le second PNSE, s'articule autour de deux grands axes :

- la réduction des expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé,
- la réduction des inégalités environnementales.

Le PNSE2 arrivant à son terme, deux évaluations sont actuellement en cours, l'une menée en collaboration par le Conseil Général de l'Environnement et du Développement Durable (CGEDD) et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'autre par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP).

4) Déclinaison bretonne du PNSE2

Le second Programme Régional en Santé Environnement (PRSE2) a été élaboré à partir des recommandations issues de l'évaluation du PRSE1. Celles-ci préconisaient de concevoir un état des lieux plus complet en amont de la priorisation des objectifs régionaux ; de renforcer et d'élargir la consultation pour une meilleure implication des partenaires ; de déterminer les priorités régionales à partir de l'existant et d'un état des lieux étoffé ; d'élargir la composition et les missions du pilotage régional ; d'améliorer la cohérence du programme, d'assurer une meilleure lisibilité et visibilité du PRSE2 et de mettre les moyens en adéquation avec les ambitions du programme.

Pour l'élaboration des PRSE2, la circulaire des ministères de l'écologie, de la santé et du travail du 16 octobre 2008 demandait à ce que soient mis en place des Groupes Régionaux en Santé Environnement (GRSE), regroupant des représentants locaux des services de l'Etat, des représentants des élus (Conseils Régional et Généraux, Communes), des représentants des associations de professionnels de santé, de protection de l'environnement, de patients et de consommateurs, des représentants des employeurs et du monde économique, ainsi que des représentants des salariés.

Parmi les représentants de l'Etat, les services impliqués dans le second PRSE sont différents de ceux impliqués dans le premier. On retrouve dans le second PRSE l'Agence Régionale de la Santé (ARS), la Direction Régionale de l'Environnement, l'Aménagement et du Logement (DREAL), la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture, et des Forêts (DRAAF), la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Energie (DIRECCTE) et le Secrétariat Général aux Affaires Régionales (SGAR).

Le GRSE breton, composé de 95 membres issus des différentes institutions citées ci-dessus, a été la première instance du PRSE à se regrouper afin de définir les modalités d'élaboration et de gouvernance du programme, notamment la mise en place d'un comité de pilotage restreint (COPIL). Le GRSE est présidé par le Préfet de Région et co-présidé par le Président du Conseil Régional comme le recommandait la circulaire, puis à la création de l'Agence Régionale de la Santé (ARS), le Directeur général a rejoint la présidence. Le second programme régional est donc co-piloté par le SGAR qui représente le Préfet de Région, l'Agence Régionale de la Santé, et le Conseil Régional.

En l'absence de consigne nationale et compte tenu des résultats de l'évaluation du PRSE1, la principale contrainte à l'élaboration du PRSE fixée par le COPIL était que soient intégrés les 2 axes principaux du second Plan National Santé-Environnement (PNSE2), à savoir la réduction des expositions responsables de pathologies à fort impact pour la santé et la réduction des inégalités environnementales.

Le GRSE a décidé de la mise en place de 4 ateliers thématiques (habiter-accueillir, produire-travailler, consommer, bouger-se détendre) rassemblant des collectivités, des associations et des services de l'Etat. Ces ateliers se sont regroupés à deux reprises afin d'identifier les enjeux et les actions à mettre en place pour le second PRSE. Les 2 axes du PNSE2 étaient pris en compte de façon transversale dans tous les ateliers. 17 enjeux assortis de pistes d'actions sont ressortis des ateliers et ont été soumis à consultation des acteurs départementaux dans le cadre de 4 réunions départementales. A l'issue de la phase de concertation (ateliers et réunions départementales), les objectifs du PRSE ont été affinés et les actions visant à y répondre ont été programmées. Une consultation en ligne sur la base d'un questionnaire a été envoyée à 450 partenaires.

Il en est ressorti un programme d'actions organisé en 12 objectifs, dont les 4 premiers sont transversaux à toutes les actions :

- 1. Réduire les risques à la source**
- 2. Construire une culture de santé-environnement avec les Bretons**
- 3. Mieux connaître les impacts de l'environnement sur la santé**
- 4. Réduire les inégalités en santé-environnement**
5. Améliorer la qualité des eaux brutes
6. Développer la vigilance à l'égard des produits chimiques et poussières
7. Construire, rénover, aménager et entretenir sainement les locaux
8. Réduire les inégalités de santé environnement liées à la précarité et aux conditions de travail
9. Réduire les émissions de particules liées aux déplacements
10. Encourager et accompagner la prise de conscience écologique, notamment le développement du bio
11. Réduire la production, améliorer la collecte et le traitement des déchets toxiques diffus
12. Reconnaître l'urbanisme, l'aménagement du territoire et le cadre de vie comme déterminants de la santé

III. Missions et place du domaine Santé-Environnement au sein de l'ARS

1) Missions en Santé-Environnement

Les missions des services de Santé-Environnement (SE) des ARS visent à l'amélioration de la sécurité sanitaire des milieux de vie, la réduction des disparités régionales liées aux facteurs environnementaux, au choix d'aménagements et d'équipements favorables à la santé, et à la protection des populations⁸. Le champ de la Santé-Environnement est vaste puisqu'il couvre la qualité des eaux de consommation et de loisirs, la qualité de l'air intérieur et extérieur, l'hygiène de l'habitat, la lutte contre les nuisances (dont le bruit) ainsi que l'impact sanitaire des activités industrielles et agricoles.

En Bretagne, certaines actions sont renforcées, en particulier celles visant à l'amélioration de la qualité des eaux de consommation et de loisirs et à la réduction des expositions au radon (gaz radioactif dégagé par les sols granitiques, 2^{ème} cause des cancers du poumon après le tabac), en raison de l'importance du secteur agroalimentaire et agricole, de la vulnérabilité de la ressource en eaux, et de la composition géologique de la région.

Les missions des services de santé-environnement sont réparties autour de quatre grands leviers d'action :

- l'offre en promotion de la santé environnementale comprenant le soutien financier ou méthodologique aux opérateurs, l'accompagnement des collectivités, la formation de relais
- le domaine institutionnel et régalien comprenant la promotion de la santé dans les politiques et les institutions, les contrôles, enquêtes et inspections, la surveillance des milieux, l'évaluation des risques sanitaires, l'alerte et la veille
- le développement des compétences individuelles favorables à la santé, c'est-à-dire l'information, la formation, la sensibilisation et l'éducation
- la mobilisation sociale, par la participation aux débats publics

Parmi ces différents types d'interventions, celles relevant du domaine institutionnel et régalien sont les plus développées, viennent ensuite les actions d'information, de formation, de sensibilisation et d'éducation. En revanche, l'offre en promotion de la santé

⁸ Circulaire concernant les missions des DDASS-DRASS en SE du 29 mars 2004 et instruction du 26 octobre 2011 relative aux missions des ARS en santé-environnement.

environnementale, de même que les interventions relatives à la mobilisation sociale via la participation aux débats publics, sont moins présentes⁹.

Les actions des services de Santé-Environnement sont planifiées sur 3 ans dans les plans d'actions triennaux en santé-environnement (PRASE), élaborés dans la continuité des programmes triennaux prévus par les circulaires de 1995 puis 2004. Le PRASE breton en cours porte sur la période 2010-2013. Il prend en compte l'évolution de l'organisation des services avec la création des ARS (dans le cadre de la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST) de juillet 2009) qui remplacent les DRASS et les DDASS (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale), 2 structures indépendantes qui intégraient jusqu'alors les services de Santé-Environnement. Les Agences Régionales de Santé regroupent, au-delà des DRASS et DDASS, les Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam), Groupement régional de santé publique (GRSP), et Mission régionale de santé (MRS)). Ces structures n'ayant pas de compétences en Santé-Environnement, les personnels des services SE des ARS sont exclusivement issus des DDASS et DRASS.

2) Positionnement de la SE au siège et dans les délégations territoriales

Au sein de l'ARS Bretagne, l'une des sous-directions de la santé publique est consacrée au domaine Santé-Environnement. Les services SE sont également présents dans les départements au niveau des délégations territoriales (DT). En Bretagne, un responsable est nommé pour chaque grand domaine de SE (eaux de consommation, eaux de loisir, air et impact des activités humaines, habitat urbanisme et santé, Inspection – contrôle-qualité des interventions, promotion de la santé environnementale et ressources - veille et sécurité sanitaires). Ce responsable est basé au siège ou en DT. Dans chacune des DT les missions régaliennes portent sur l'ensemble des domaines et sont menées sur tout le département. Des réunions hebdomadaires, les Comités Régionaux en Santé Environnement (CRSE), ont lieu afin de coordonner l'ensemble des actions menées dans les différents départements et au niveau du siège de l'ARS.

Bien que les missions de programmation, prévention, gestion d'autorisations, de contrôle sanitaire et d'inspections soient à la charge des ARS, elles préparent et appliquent les

⁹ Plan d'action du département SE de l'ARS Bretagne 2011-2013

pouvoirs régaliens détenus par les préfets de départements¹⁰. Ainsi, les décisions administratives sont partagées entre le Directeur Général de l'ARS (DG ARS) et les Préfets de département. Par exemple, les Préfets détiennent les pouvoirs régaliens pour la politique de sécurité sanitaire de l'eau potable et de protection de la ressource en eau, cependant, l'organisation et la mise en œuvre des contrôles sanitaires relèvent de la responsabilité du DG de l'ARS. Ce partage des compétences fait l'objet de protocoles départementaux, signés entre le DG de l'ARS et chacun des Préfets de département.

3) Place du PRSE dans la politique de santé de l'ARS

Au sein de la direction Santé-Environnement, le PRSE s'intègre dans :

- Le domaine Promotion de la Santé Environnementale qui comprend 2 types de missions : celles d'animation de la politique régionale en santé-environnement, de son intégration dans la politique de santé plus globale, et de sa déclinaison territoriale, et celles de prévention, d'information, de formation, de communication, et d'éducation sanitaire. Dans les DT, ce domaine est relativement peu développé.
- Le PRASE : le premier objectif transversal du PRASE (2009-2013) est de positionner l'ARS comme l'instance de référence en santé-environnement, d'une part en pilotant la politique régionale en santé-environnement, c'est-à-dire le PRSE, d'autre part en se positionnant comme centre de ressources. Le PRASE inclut donc le PRSE et reprend ses objectifs en termes d'orientation de politiques publiques afin que la santé-environnement soit prise en compte de manière transversale.

Au sein de l'ARS, lien avec les autres directions et avec le PRS : le Projet Régional de Santé (PRS) comprend le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui est le plan d'actions de l'ARS pour 5 ans (2012-2016). Il est constitué du schéma d'organisation de l'offre de soins (SROS), du schéma d'organisation de l'offre médico-sociale (SROMS) et du schéma régional de la prévention (SRP).

Le Programme Régional Santé Environnement s'intègre dans la priorité du Plan Stratégique Régional de Santé visant à prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie.

¹⁰ Rapport IGAS « La mise en œuvre par les agences régionales de santé des politiques de santé environnement » Décembre 2011

La santé environnementale est présente dans le schéma régional de prévention en tant que thématique prioritaire, à côté des thématiques nutrition-activité physique, santé mentale, conduites addictives, santé précarité et vie sexuelle et affective. Elle est également présente au sein du volet prévention et promotion de la santé ainsi que dans le volet veille et sécurité sanitaire du SRP.

- Le volet veille, alerte et gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN) a pour but de répondre aux besoins de protection et de prise en charge rapide et efficace de la population en cas de situation de menaces ou d’alerte sanitaire. Elles peuvent être d’origine environnementale, d’où le lien avec le PRSE.
- Le volet prévention et promotion de la santé (PPS) vise à intervenir dans les 5 domaines suivants :
 - l’action au niveau politique afin que les politiques publiques prennent en compte leur impact sur la santé
 - le milieu de vie (environnement concret et environnement social) afin que les populations soient en capacité d’agir sur leurs conditions de vie
 - l’implication des institutions et des services de la santé au-delà du curatif, afin qu’il y ait une prise en compte globale de l’individu
 - le renforcement de la démocratie sanitaire et de l’action communautaire, dans le but de favoriser la participation des citoyens et des représentants d’usagers aux décisions qui les concernent, dans le but de mieux les impliquer
 - le développement des aptitudes personnelles pour que les personnes aient un plus grand contrôle sur leur propre santé et celle de la collectivité.

Le PRSE est également repris intégralement en tant que programme du PRS (Figure 1), bien qu’il ne fasse pas partie des programmes obligatoires mentionnés par la loi HPST.

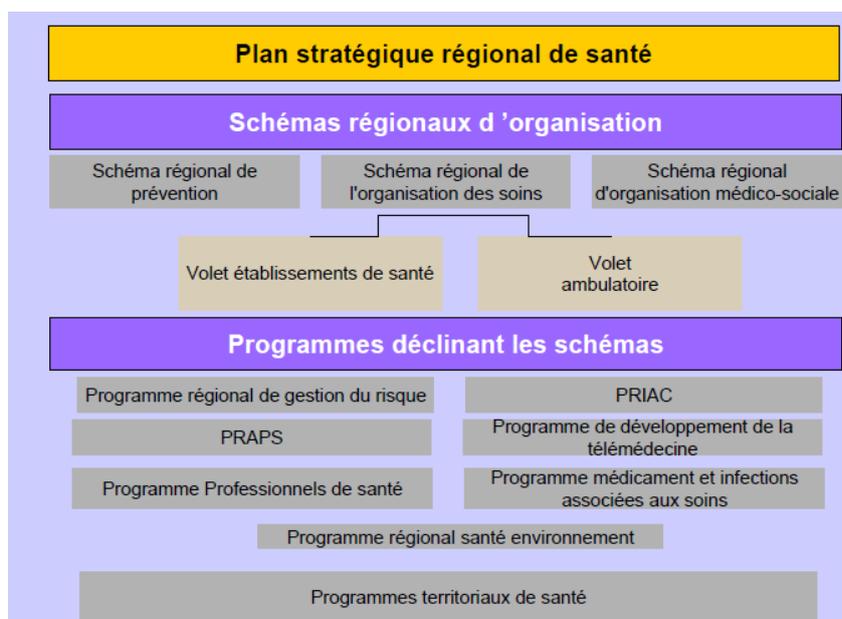


Figure 1 : Articulation des plans, schémas et programmes de l'ARS

Au sein des instances de la démocratie sanitaire :

- La Conférence Régionale de Solidarité et de l'Autonomie (CRSA) est une instance de la démocratie sanitaire qui émet des avis sur la politique régionale de santé (PRS, PSRS, SRP, SROS et SROMS). Elle est composée des 8 collèges de la démocratie sanitaire qui sont représentés dans les 4 commissions spécialisées de la CRSA (commission droits des usagers, commission prévention, commission médico-sociale et commission offre de soins). Au sein de la commission prévention, un siège est réservé à une association de Santé-Environnement. Cette commission spécialisée est chargée de donner un avis sur le schéma régional de prévention.
- Les Conférences de Territoire (CT) installées dans les territoires de santé (TS) bretons sont chargées d'élaborer la déclinaison territoriale du PRS : les Programmes Territoriaux de Santé (PTS) au niveau des 8 territoires de santé bretons. Elles sont constituées des mêmes collèges que la CRSA, et un siège est également réservé à une association de Santé-Environnement.

METHODE

I. Objectifs et finalité de l'évaluation

En 2013, le PRSE arrive à mi-parcours. Les pilotes du programme souhaitent réunir, au 2ème semestre 2013, les 4 ateliers de concertations thématiques qui avaient travaillé à l'élaboration du PRSE, afin, d'une part de faire un retour d'information aux partenaires sur l'avancement du programme, et d'autre part, d'identifier d'éventuels amendements à apporter au PRSE.

L'objectif de l'évaluation à mi-parcours est donc à la fois :

- De dresser un bilan des actions réalisées et en cours (intrants, activités, extrants)
- D'établir une base de recommandations à prendre en compte pour la suite du PRSE qui sera discutée lors des ateliers à mi-parcours

La mission d'évaluation s'est déroulée sur 6 mois de la façon suivante :

- Analyse de la problématique et définition d'une méthodologie de travail (*Mars*) : Réalisation de l'analyse de la logique d'intervention du programme, élaboration des questions évaluatives, élaboration de la méthodologie permettant de répondre aux questions (définition de critères, d'indicateurs, de modalités de collecte et d'analyse des informations)
- Collecte des informations (*Avril-mai*) : mise en place de l'enquête en ligne, 10 entretiens téléphoniques ou en face à face avec des partenaires et porteurs de projet
- Analyse de l'enquête en ligne (*Juin*) : 73 réponses
- Rédaction du rapport d'évaluation et du mémoire (*Juillet*)

Une fois la méthodologie de l'évaluation élaborée, elle a été discutée en comité technique puis envoyée au comité de pilotage du PRSE pour avis. Une présentation des premiers résultats a été réalisée lors du comité de pilotage du 17 mai 2013.

La méthodologie de l'évaluation se déroule en 3 grandes étapes. Tout d'abord la modélisation du problème, dans un second temps la modélisation de la logique de l'intervention, et enfin l'élaboration de la stratégie d'évaluation.

II. Modélisation du problème : quelles sont les causes du problème ?

La première étape de l'évaluation est la modélisation du problème. Elle a été réalisée à partir des documents élaborés par l'ORSB qui décrivent l'état des lieux des risques pour la santé des Bretons, liés à leur environnement¹¹.

Le modèle utilisé pour l'élaboration du PRSE est le modèle DPSEEA de l'OMS (Driving forces, Pressures, State of environment, Exposure, Effects, Actions soit en français forces motrices, pressions, état de l'environnement, exposition de la population, effets sur la santé, actions). C'est un cadre conceptuel pour les indicateurs de santé-environnement. Ce schéma recommandé par l'OMS et l'Agence Européenne de l'Environnement, a aussi été utilisé dans le cadre du PNSE. Il permet d'éclairer les relations entre trois composantes : le développement, l'environnement et la santé. Il permet également d'établir une chaîne causale entre ces différents groupes. Ainsi, les différentes sources de pollution exercent des pressions sur l'environnement, modifiant alors l'état de cet environnement. L'altération de l'environnement modifie les expositions des populations à certains dangers. Selon le type de danger et le niveau d'exposition, les effets sur la santé sont plus ou moins importants. L'aspect multifactoriel des pathologies en Santé-Environnement est donc appréhendé. Cette approche permet également une vision transversale des expositions à un polluant donné, dans les divers milieux, ou des expositions à un cocktail de polluants dans un milieu donné.

Les principales vulnérabilités et pressions sur l'environnement breton sont dues à l'habitat, avec la production de déchets ménagers, la pollution de l'air intérieur et le rejet des eaux usées. La Bretagne fait également face à une pression touristique estivale importante qui entraîne le développement d'infrastructures routières, le déséquilibre des lieux les plus visités, et l'accroissement des déchets et des eaux usées. Comme au niveau national, l'augmentation du trafic routier et des transports collectifs entraîne l'émission de polluants divers tels que le dioxyde d'azote, les particules fines ou encore le bruit. Ensuite, l'agriculture entraîne une importante pollution des sols et des eaux en raison de l'utilisation de pesticides, et des excédents azotés qui provoquent le développement des algues vertes. L'utilisation de produits vétérinaires induit une pollution de l'eau, où des résidus

¹¹ Etat des lieux de la santé environnementale en Bretagne, ORSB, 2009

médicamenteux peuvent être retrouvés. Cette activité provoque également une pollution de l'air par les pesticides, l'ammoniac et le méthane. Enfin, l'industrie agroalimentaire génère des pressions sur l'environnement en raison de la forte consommation de matières premières provoquant une pollution par des rejets dans l'eau, l'air, la production de déchets et les risques de nuisances locales.

Toutes ces pressions exercées par les activités humaines sur l'environnement induisent des risques accrus pour la santé des hommes. Les pathologies associées à l'environnement sont multiples. On recense notamment les intoxications aiguës telles que les intoxications au monoxyde de carbone liées au mauvais entretien des appareils de chauffage et d'eau chaude, ou encore les intoxications aux polluants atmosphériques comme le sulfure d'hydrogène émanant des algues vertes en décomposition. L'environnement est également impliqué dans de nombreuses maladies respiratoires et dans l'asthme. Les allergènes que l'on retrouve dans l'habitat, tels que les acariens et les moisissures ou bien dans l'air extérieur, tels que les pollens sont des éléments déclencheurs de crises d'asthme. Certains risques sont liés à une activité professionnelle, le contact avec des produits chimiques, des gaz toxiques, des ciments, des solvants et des produits de la mine peut provoquer des allergies, et des pathologies respiratoires. L'environnement peut également être déclencheur de maladies infectieuses d'origine microbiologique comme des toxi-infections d'origine alimentaires provoquées par des pathogènes sécrétant des toxines, des infections respiratoires causées par des bactéries telles que les légionnelles et qui provoquent une infection pulmonaire aiguë.

L'une des pathologies liée à l'environnement qui interroge le plus est le cancer. En effet, un nombre important de cancers sont rattachés à une cause environnementale. Ainsi, il est démontré que les rayonnements ultra-violets du soleil provoquent des cancers de la peau (mélanomes), que l'amiante et les particules fines provoquent des cancers du poumon, et l'impact sanitaire a été évalué. En revanche, d'autres facteurs environnementaux ont une cancérogénicité démontrée dans les études toxicologiques, mais leur impact sanitaire dans la population ne peut pas encore être évalué. C'est le cas par exemple du benzène, de certains métaux lourds, du formaldéhyde et d'autres composés chimiques. Enfin, une autre catégorie de facteurs environnementaux appelés « cancérogènes possibles », pour lesquels un lien suspecté existe entre exposition et cancer, mais le niveau de preuves est moins convainquant que pour les 2 autres classes. On inclut ici les pesticides, les champs électromagnétiques d'extrême basse fréquence, certaines fibres minérales ou organiques. Il

est difficile d'évaluer le lien entre environnement et impact sanitaire car les expositions ont eu lieu de nombreuses années avant l'apparition de la pathologie (ex : le mésothéliome peut se développer 30 ou 40 ans après l'exposition à l'amiante).

Une autre conséquence sur la santé de l'exposition à certains facteurs environnementaux est la perturbation endocrinienne, c'est-à-dire un dérèglement hormonal. Là aussi, le lien entre exposition et effet sanitaire n'est pas encore clairement établi. Les principaux perturbateurs endocriniens sont des substances chimiques synthétiques qui peuvent s'accumuler tout au long de la chaîne alimentaire, tels que les pesticides organochlorés, les phtalates et le bisphénol A.

L'exposition à certains facteurs environnementaux peut également induire des troubles neurologiques et cardiovasculaires mais il n'est pas toujours aisé de faire le lien entre exposition et effet sanitaire, de nombreuses incertitudes persistent donc. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) liés à la forte répétitivité des gestes, à des efforts excessifs, à des postures inconfortables, et à un état de stress sont liés aux conditions de travail.

Ainsi, les principaux milieux d'exposition aux polluants sont l'habitat, l'environnement professionnel, l'air extérieur, les sols, les eaux et l'alimentation. Le domaine de la santé environnementale est donc largement transversal et prend en compte une grande diversité de pathologies en lien avec de nombreux aspects de la vie quotidienne.

Le schéma suivant (Figure 2) illustre le modèle DPSEEA avec l'exemple du radon.

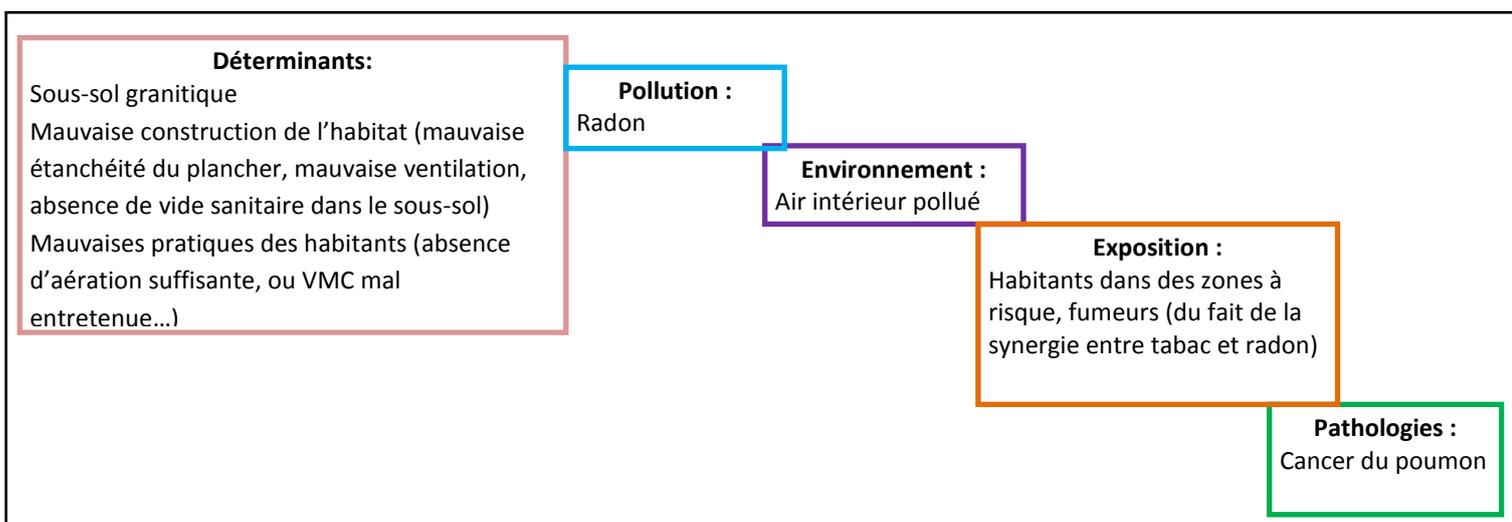


Figure 2 : Illustration du modèle DPSEEA avec l'exemple du radon

III. Modélisation de la logique d'intervention

La seconde étape de la méthodologie d'évaluation des politiques publiques est de modéliser la logique de l'intervention. Il s'agit de s'interroger sur les connexions logiques entre les problèmes identifiés, les objectifs, les actions et les résultats qui en découlent.

1) Sur quels facteurs et quelles cibles peut-on intervenir ?

Le modèle DPSEEA utilisé pour l'élaboration du PRSE est un cadre conceptuel pour les indicateurs de santé-environnement. Ce schéma améliore la lisibilité des grandes catégories d'action publique. Elles peuvent porter sur la réduction de la pollution et des nuisances (mesures économiques et sociales par exemple), la protection des milieux (surveillance et maîtrise de la pollution), la réduction des expositions (par l'éducation et la prise de conscience) ainsi que la réduction des impacts sanitaires (par le dépistage et les traitements curatifs)¹².

2) Par quels mécanismes peut-on intervenir ?

Le PRSE permet d'actionner plusieurs leviers. Le premier est celui de la communication, de l'information et de la sensibilisation auprès des différents acteurs (associations, collectivités, grand public...), ainsi que la formation des professionnels de santé afin de développer et de favoriser les initiatives des acteurs impliqués dans la santé environnementale.

Le second levier d'actions est celui de la connaissance, par la création d'un système d'information et d'observation, par la réalisation d'études et la production de documents techniques, ainsi que par des actions favorisant la recherche en Santé-Environnement.

Les actions en Santé-Environnement passent également par la législation et la normalisation avec des actions de contrôle et d'inspection, ainsi que par l'élaboration de plans nationaux, régionaux et locaux prenant en compte les enjeux de santé environnementale. Les principaux plans régionaux reliés au PRSE sont le Plan Régional Santé Travail (PRST), le Programme régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

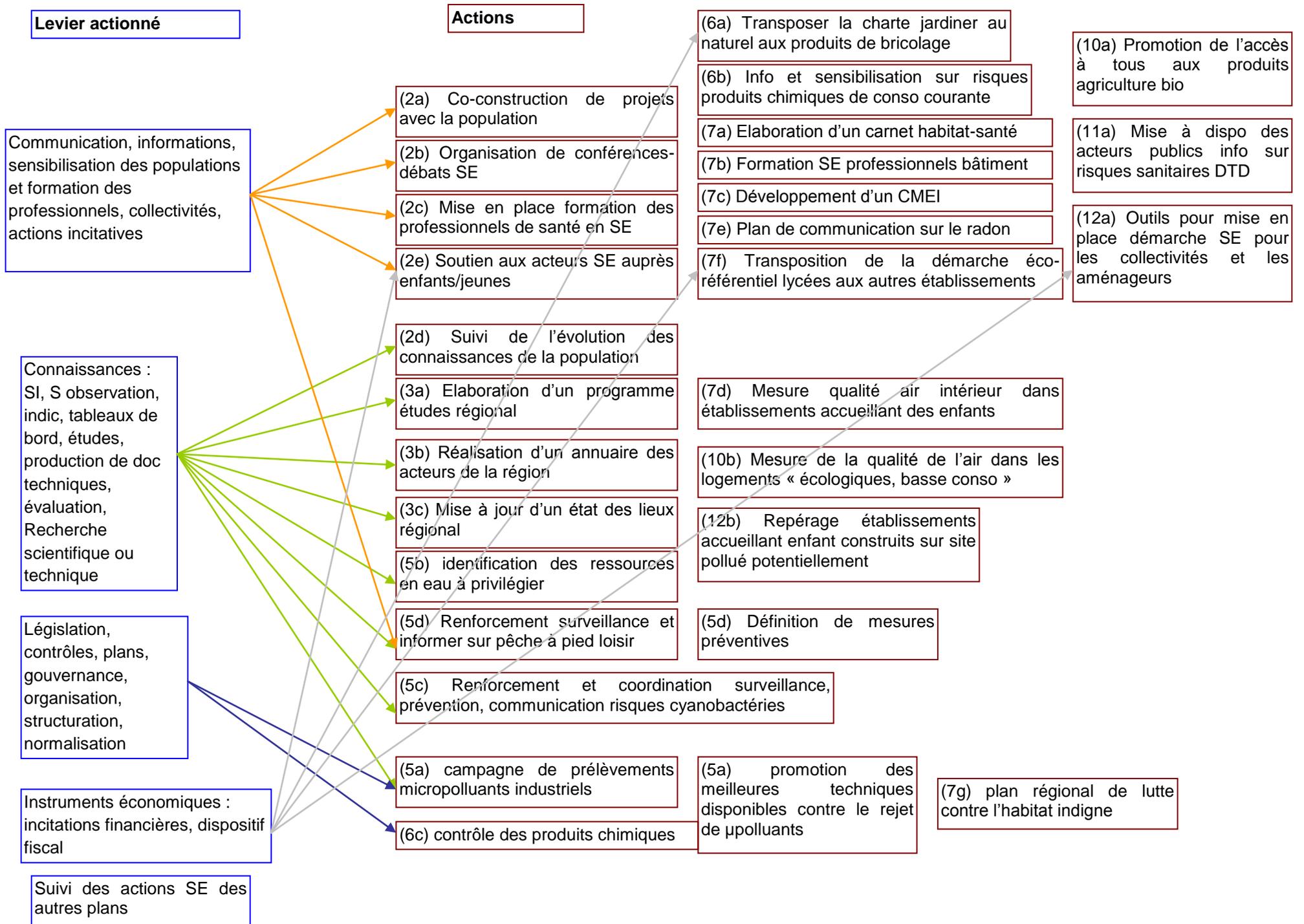
¹² Eléments de méthodologie pour l'élaboration d'indicateurs de suivi et d'évaluation des politiques publiques : le cas du PNSE, Collection « Etudes et synthèses » Ministère de l'écologie et du développement durable 2008

(PRAPS), le Schéma Régional Climat, Air, Energie (SRCAE), le Schéma Directeur de l'Aménagement et de Gestion de l'Eau (SDAGE), le Plan d'Elimination des Déchets Dangereux (PREDD), le plan Ecophyto, le Plan de Lutte contre les Algues Vertes (PLAV), le Programme régional de l'offre alimentaire (PROA), le plan régional de l'agriculture biologique (PRAB).

Enfin, le PRSE apporte un soutien financier aux opérateurs, en particulier avec la mise en place d'un appel à projet (AAP).

Ainsi, le PRSE se veut un document de référence pour les autres plans afin de faire de la politique de Santé-Environnement de la région Bretagne une politique transversale.

Le schéma suivant présente les leviers actionnés pour mettre en place les actions du PRSE.



3) Modèle logique de l'intervention

Le modèle logique identifie les relations « moyens à fins » supposées exister entre les ressources, les actions, les résultats et les impacts. Le PRSE est un programme d'actions en Santé-Environnement visant à répondre à 12 objectifs au travers d'actions qui ont été programmées ou sont issues d'un appel à projet. Les résultats de ces actions contribuent au travers des leviers précédemment cités à répondre aux problèmes identifiés.

La figure ci-dessous représente le cycle de l'intervention qui schématise comment le programme d'actions vise à réduire les problèmes identifiés.

Les liens de causes à effet des actions de communication de l'objectif 2 visant à la construction d'une culture commune en santé-environnement ont été schématisés dans l'annexe 3.

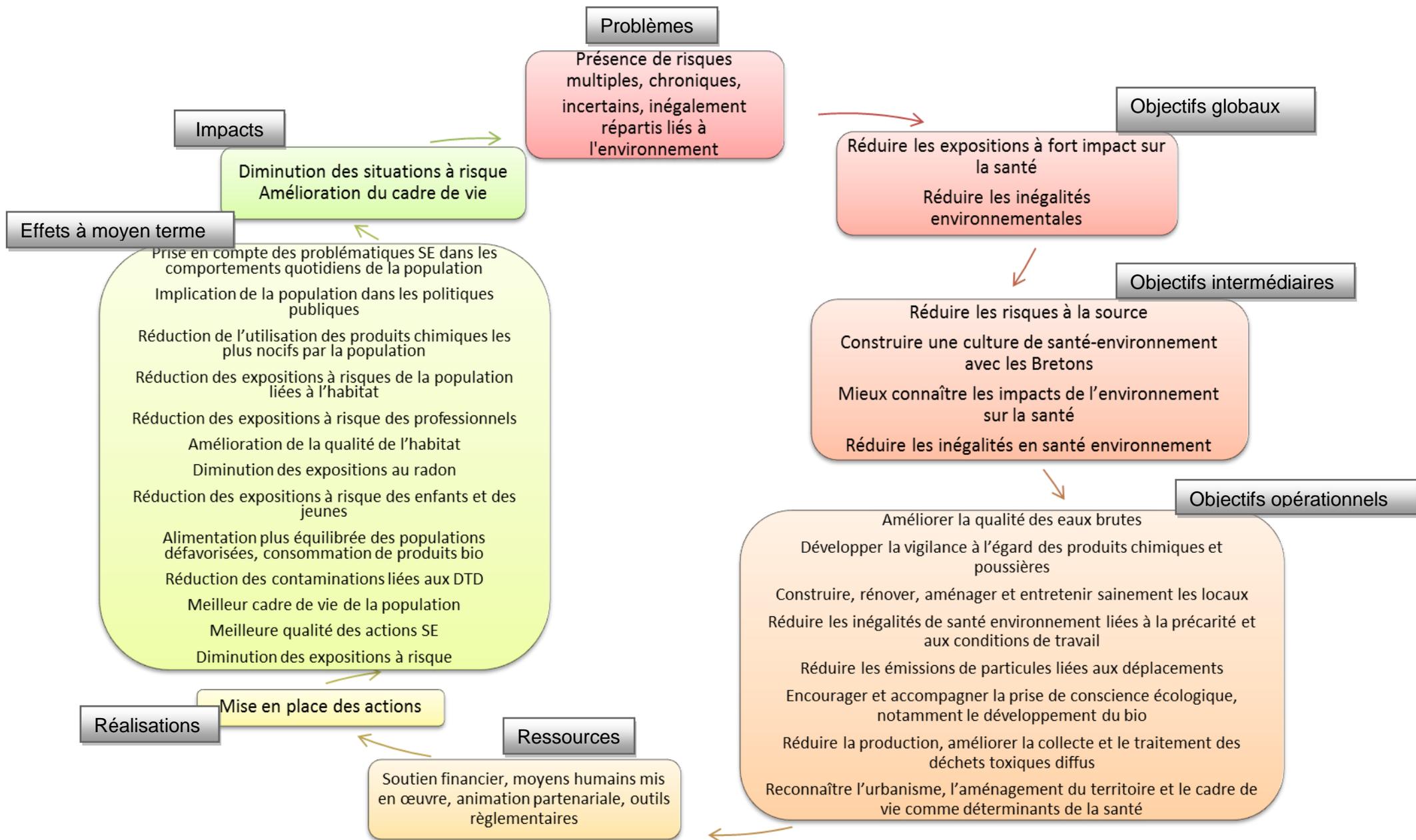


Figure 3 : Modélisation du cycle de l'intervention

IV. Stratégie d'évaluation

1) Questions évaluatives, critères et indicateurs d'analyse

Afin de réaliser l'évaluation du PRSE à mi-parcours, des questions évaluatives ont été élaborées puis déclinées en sous-questions auxquelles des indicateurs ont été associés. Une valeur de référence permettant de comparer l'indicateur a été déterminée dans la mesure du possible (voir le tableau de la stratégie d'évaluation en annexe 2).

Dans un premier temps, la question du niveau d'avancement du programme est posée : Les actions programmées ont-elles été lancées ? Quel est leur niveau d'achèvement ? Quels sont les points forts et les difficultés rencontrées ? La répartition des actions selon les territoires de santé est-elle équilibrée ?

Dans un second temps, nous nous sommes intéressés à la qualité des réalisations : Quelles sont les productions des actions ? La population cible visée a-t-elle été atteinte ? Des référentiels de bonnes pratiques ont-ils été utilisés pour la mise en place des actions ? Et plus globalement, le PRSE a-t-il déjà produit des effets (développement de partenariats, impulsion d'actions) ?

Ensuite, la question des moyens consacrés au regard des objectifs du programme a été abordée : Le montant alloué aux objectifs du PRSE est-il conforme aux prévisions ? Certaines actions ont-elles dû être annulées, reportées ou revues à la baisse faute de financements ? L'accompagnement des porteurs de projet est-il suffisant ? Le niveau d'implication des acteurs est-il suffisant ?

Nous nous sommes également intéressés aux liens entre le PRSE et les autres plans de santé et environnementaux. Le PRSE se veut document d'orientation des politiques et de référence auprès des autres plans, joue-t-il effectivement ce rôle ? Les partenaires du PRSE connaissent-ils le programme et ses objectifs ? Les orientations du PRSE sont-elles reprises dans les autres plans ? Le suivi des actions des autres plans, programmé dans le PRSE est-il effectif ? Y-a-t-il des modalités de coordination permettant un lien entre les équipes en charge des différents plans ?

Une autre question évaluative porte sur la prise en compte des recommandations issues de l'évaluation du PRSE 1 : La composition du comité de pilotage a-t-elle été élargie ? Les missions du comité de pilotage ont-elles été redéfinies ? La cohérence du PRSE avec les autres plans a-t-elle été renforcée ? La visibilité du PRSE s'est-elle améliorée ? Les moyens sont-ils d'avantage en adéquation avec les ambitions du programme ?

Enfin, une question relative à l'évolutivité du PRSE a été posée : Le PRSE2 doit-il renforcer certains de ses objectifs ? La mise en œuvre des actions est-elle équilibrée selon les différents objectifs ? Les actions menées sont-elles cohérentes avec les objectifs ? Y-a-t-il des problématiques émergentes à prendre en compte pour la fin du PRSE ?

2) Sources d'information, technique de collecte et méthode d'analyse

Afin de répondre à ces questions, différentes sources d'informations ont été confrontées et croisées.

Les acteurs du PRSE ont été interrogés lors d'une enquête en ligne portant d'une part sur le programme dans sa globalité et d'autre part sur la mise en place des actions dans le cas où l'acteur était concerné. Le lien vers cette enquête a été diffusé à près de 600 destinataires (impliqués de façon plus ou moins lointaine dans le PRSE) à travers la liste de diffusion de la newsletter PRSE. Cette enquête a été réalisée avec l'outil « *google documents* » (voir la trame de l'enquête en ligne en annexe 5).

En parallèle, 5 référents institutionnels et 5 porteurs de projet ont été consultés lors d'entretiens en face à face ou téléphoniques. Les 3 co-pilotes du PRSE ont été questionnés (SGAR, ARS, CR), ainsi que la DREAL et l'ORSB. Parmi les porteurs de projet, une mutuelle (Mutualité Française Bretagne MFB), une collectivité (ville de Brest), une association de consommateurs (Maison de la Consommation et de l'Environnement MCE), une association environnementale qui réalise des mesures de la qualité de l'air (Air Breizh) et une association d'accueil et d'hébergement en milieu agricole (Accueil Paysan 35) ont été consultés (grilles d'entretien en annexe 4). Afin d'avoir une variété dans la qualité des réponses, il a été veillé à la diversité des partenaires interrogés, en termes de typologie et de degré d'implication dans le PRSE. Concernant les membres du Copil, il était souhaité un niveau de représentation politique.

Afin d'avoir la vision la plus exhaustive possible de l'avancement des actions (tableau annexe 7) des contacts téléphoniques ont été pris auprès de certains porteurs ou référents institutionnels qui n'avaient pas répondu à l'enquête.

Des documents internes à l'ARS ont également été utilisés pour cette évaluation, tels que les fichiers de suivi annuels des actions financées dans le cadre de l'appel à projet, le bilan 2011 du PRSE, les documents en lien avec le 1er PRSE (bilans, évaluation), et les documents relatifs à l'élaboration du PRSE2...

La participation à des réunions de groupes de travail (comité technique, groupe de travail construire une culture, commission régionale en santé environnement), au comité de pilotage, à la journée nationale en santé environnement a également apporté de nombreuses informations.

Pour analyser les résultats obtenus, plusieurs méthodes ont été utilisées notamment la comparaison avec le premier PRSE, avec la planification réalisée lors de l'élaboration du PRSE2, l'analyse qualitative du verbatim des entretiens, et l'analyse plus quantitative des réponses obtenues à l'enquête en ligne.

Pour l'analyse de l'enquête en ligne, les répondants ont été classés en 3 catégories : d'une part les référents institutionnels (en charge du suivi du bon déroulement des actions), appartenant soit à l'ARS, la DREAL ou au Conseil Régional ; d'autre part les porteurs de projet, impliqués dans la mise en place d'une action financée dans le cadre du PRSE ; enfin les autres répondants, plus éloignés du programme mais qui ont été sollicités lors de l'élaboration du PRSE2, soit dans le cadre des ateliers thématiques, ou bien lors de la consultation élargie. La liste des structures ayant participé à l'évaluation à mi-parcours est détaillée en annexe 1.

3) Limites de l'évaluation

Sur le dispositif d'évaluation :

En théorie, l'évaluation d'une politique régionale se mène en mode projet et inclut différents acteurs dont un commanditaire qui définit ce qui doit être évalué, précise le mandat d'évaluation, décide des actions après l'évaluation ; un chef de projet qui prépare, organise le projet d'évaluation, discute les résultats et les recommandations et s'assure de la prise en compte des résultats ; un chargé d'évaluation qui est l'opérateur des travaux,

propose la méthode, réalise l'évaluation sur le terrain, et rédige le rapport. Une instance d'évaluation indépendante est également impliquée. Il s'agit d'un groupe de travail qui a pour rôle d'appuyer le chef de projet de l'évaluation, de réaliser le suivi du processus, de donner un avis ou de participer au rapport et à élaboration des recommandations. Cette instance a une qualité d'expertise, elle est indépendante, et de composition pluraliste.

Dans le cas de l'évaluation du PRSE2 à mi-parcours, les 3 signataires du PRSE peuvent être considérés comme les commanditaires de l'évaluation. Bien qu'aucune instance d'évaluation indépendante n'ait été mise en place dans le cadre de cette évaluation, le comité technique (composé d'institutionnels (ARS, DREAL, CR, DRAAF, DIRECCTE, SGAR) et d'experts (ORSB et CIRE)) du PRSE pourrait s'y apparenter. Il a notamment été associé à l'élaboration de la stratégie d'évaluation. La CRSA (commission spécialisée prévention et droits des usagers, à laquelle est présenté tous les ans à sa demande un point sur l'avancement du PRSE) aurait également pu jouer ce rôle mais faute de temps et de calendrier incompatible, cela n'a pas été possible.

Le chef de projet est, par contre bien identifié, il s'agit de l'ingénieur référent PRSE de l'ARS. Les travaux opérationnels de l'évaluation et la rédaction du rapport sont réalisés par une étudiante dans le cadre d'un stage de fin d'études.

Sur la méthode d'évaluation :

Plusieurs limites peuvent également être soulevées sur la méthodologie de l'évaluation.

D'une part, les objectifs définis lors de l'élaboration du PRSE n'ont pas été quantifiés mais ils représentent des orientations générales. L'atteinte des objectifs du PRSE ne peut être évaluée de manière objectivée, cependant, des indicateurs quantifiés de suivi des objectifs ont été définis. De plus, l'impact des actions sur les indicateurs n'est observable qu'à long terme. L'objet de cette évaluation à mi-parcours n'est donc pas d'évaluer l'atteinte des objectifs du PRSE.

D'autre part, l'outil d'enquête en ligne utilisé n'était pas très performant pour l'analyse statistique des résultats, et le nombre d'entretiens réalisés, limités à 10 par contrainte de temps, aurait pu être revu à la hausse pour plus d'exhaustivité.

De plus, tous les acteurs sollicités pour un entretien n'ont pas répondu positivement, en particulier des difficultés ont été rencontrées concernant les représentants les plus « hauts hiérarchiquement » des structures membres du Copil.

Ensuite, des difficultés à définir des valeurs de référence pour les indicateurs ont été rencontrées, et elles n'ont pas pu être négociées avec les partenaires.

Enfin, les conclusions et recommandations de l'évaluation n'ont pas pu être débattues avec les partenaires, faute de temps. Elles seront débattues dans le cadre des ateliers à mi-parcours (prévus le 22/10/2013).

Sur les réponses à l'enquête en ligne :

73 réponses ont été obtenues lors de l'enquête en ligne, de la part de 42 répondants différents (certaines personnes ont répondu plusieurs fois au questionnaire, à chaque fois pour des actions différentes). Parmi ces répondants, 20 étaient de porteurs d'actions et 8 des référents institutionnels. Les autres personnes qui ont répondu ont été soit impliquées lors de l'élaboration du PRSE, soit dans le cadre de la consultation en ligne. Ainsi, le taux de retour est inhomogène selon la typologie des répondants, et c'est pour la catégorie des porteurs de projets que les réponses sont les plus exhaustives.

L'origine des structures auxquelles appartiennent les répondants est variée, avec une majorité de répondants issus d'associations (Association : 18, Mutuelles : 4, Collectivités : 6, Représentants du monde professionnels : 1). Plusieurs personnes d'une même structure ont pu répondre à l'enquête en ligne, ce qui explique que le nombre de structures soit inférieur au nombre de répondants.

RÉSULTATS

Question 1 : Le niveau d'avancement des actions permet-il de penser que le PRSE sera intégralement mis en œuvre fin 2015 ?

Sous-question 1 : La mise en œuvre des actions suit-elle le calendrier prévu ?

Il s'agit de faire un bilan de l'état d'avancement des actions à mi-parcours.

Lors de l'élaboration du PRSE, un certain nombre d'actions ont été programmées. Les actions non programmées issues des 3 appels à projet (2011, 2012 et 2013) sont venues s'y ajouter.

A mi-parcours, 75% des actions sont achevées ou engagées et leur avancement est conforme au calendrier prévisionnel défini par le porteur d'action. Cependant, 13% des actions engagées présentent un retard à l'avancement et 12% des actions ne sont pas engagées, soit 10 actions. Parmi celles-ci, 2 actions non programmées font partie de l'appel à projet (AAP) 2013 et doivent être lancées durant l'année 2013. Le tableau exhaustif des actions figure en annexe 6. Les données sont récapitulées dans le tableau 1 ci-dessous.

Etat d'avancement au 30/06/2013	Achevées	Engagées et conforme	Engagées et en retard	Non engagées	Total
Nb d'actions	14	48	11	10	83
%	17	58	13	12	100

Tableau 1 : Etat d'avancement des actions du PRSE à mi-parcours (source : porteurs d'action)

Au 31/12/2011, lors du 1er bilan PRSE, 80% des actions étaient engagées, seules les actions programmées avaient été prises en compte. A mi-parcours, 88% des actions programmées sont engagées.

Lors de l'élaboration du PRSE, aucun planning prévisionnel de mise en œuvre des actions n'a été prévu. De plus, il était difficile de prévoir un calendrier du fait de l'ajout d'actions non programmées dans le PRSE par l'appel à projets annuel. Il revient donc à chaque porteur de projet de s'organiser comme il l'entend.

L'analyse plus détaillée de l'avancement des actions par objectif (Figure 4) montre que les actions non engagées et celles qui sont engagées mais présentent un retard à l'avancement

sont dispersées sur plusieurs objectifs, principalement ceux qui renvoient vers d'autres plans et comportent peu d'actions portées par le PRSE.

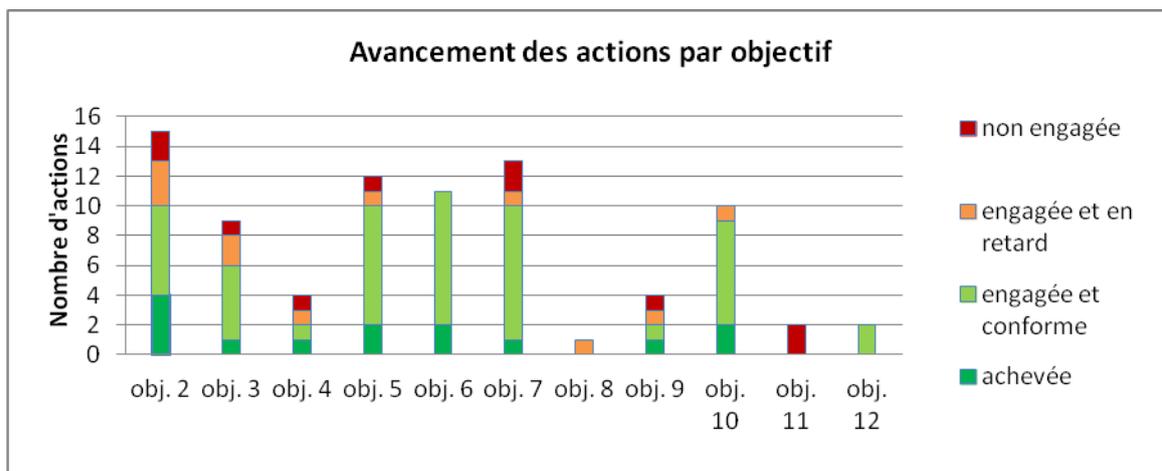


Figure 4 : Avancement des actions par objectif (source : porteurs de projet)

- L'objectif 11, concernant la réduction de la production et l'amélioration de la collecte et du traitement des déchets toxiques diffus, renvoie au Plan Régional d'Élimination des Déchets Dangereux (PREDD¹³) du Conseil Régional. Les deux actions correspondant à l'objectif 11 ne sont pas engagées.
- L'objectif 8, visant à réduire les inégalités santé environnement liées à la précarité et aux conditions de travail, renvoie aux actions menées par la DIRECCTE dans le cadre du Plan Régional Santé Travail (PRST). Son unique action présente un retard à l'avancement.
- L'objectif 12, visant à reconnaître l'urbanisme, l'aménagement du territoire et le cadre de vie comme des déterminants de la santé, ne comporte que 2 actions qui sont engagées et conformes au calendrier. Cet objectif est peu développé en raison de son caractère novateur. Il n'était pas inscrit dans le PRSE1 et ne fait pas partie du PNSE2. Lors de l'inscription de cet objectif dans le PRSE, le but était d'introduire l'urbanisme dans un plan de santé, au-delà des actions régaliennes déjà menées (par exemple : émission d'un avis sanitaire de l'ARS sur les plans locaux d'urbanisme).
- L'objectif 9, sur la réduction des émissions de particules liées à la précarité et aux conditions de travail, renvoie au Schéma Régional Climat, Air, Énergie (SRCAE)

¹³ Le plan régional d'élimination des déchets dangereux (PREDD) a évolué en 2013 pour devenir le Plan Régional de Prévention et de Gestion des Déchets (PRPGDD)

piloté par la DREAL. Sur ses 4 actions, l'une est en retard et une autre est non engagée.

- L'objectif 4, relatif à la réduction des inégalités, comporte également peu d'actions, car c'est un objectif transversal qui doit être pris en compte dans chacune des actions du PRSE. Sur les 4 actions explicitement reliées à cet objectif, l'une est en retard et une autre est non engagée.

Sous-question 2 : Quels sont les points forts et les difficultés de mise en œuvre des actions ?

Les réponses citées dans le questionnaire en ligne ou lors des entretiens sont présentées dans le tableau 2 ci-dessous, par fréquence de citation.

Points forts	Nombre de réponses	Points faibles	Nombre de réponses
Partenariats et collaboration	17	Partenariats	16
Implication et mobilisation	15	Atteinte du public cible	8
Démarche participative	6	Manque de connaissances	8
Participation du public	5	Difficultés financières	7
Apport financier	5	Difficultés techniques	6

Tableau 2 : Principaux points forts et points faibles cités dans l'enquête en ligne et dans les entretiens

D'après les réponses au questionnaire et les entretiens menés, plusieurs points forts ressortent de la mise en place des actions.

D'une part, les actions du PRSE ont induit la mise en place de collaborations et de partenariats entre acteurs. Ce rapprochement entre partenaires, maintes fois mentionné également dans les effets déjà visibles du PRSE (cf. question 2, sous-question 4, p.45) a été initié par la méthode de concertation à l'origine de l'élaboration du PRSE2. Elle a rassemblé des acteurs des 5 collèges du Grenelle de l'environnement (Etat, collectivités territoriales, ONG, employeurs, salariés) ainsi que des acteurs de la santé et de l'environnement. Les porteurs de projet mentionnent également une forte mobilisation et un engagement des acteurs en tant que points positifs de la mise en œuvre des actions. Ensuite, les porteurs citent la démarche participative de l'élaboration du PRSE ainsi que la

participation du public à leurs actions. Enfin, l'apport financier du PRSE est parfois cité en tant que point fort.

Les porteurs de projet ont également exposé les principales difficultés rencontrées dans la mise en place de leurs actions PRSE, en effet, 23% des actions ont été revues ou reportées. Les partenariats, définis comme points fort, sont également cités comme une difficulté. Les différences de culture et les divergences d'intérêts peuvent être des contraintes à la mise en place d'actions communes. C'est notamment le cas entre les acteurs de l'environnement et ceux de la santé ainsi qu'entre les professionnels de santé et les associations, pour lesquels les intérêts et les logiques d'acteurs divergent. Pour certains acteurs, la santé environnementale se définit comme prenant en compte les impacts de l'environnement sur la santé et les effets des activités humaines sur l'environnement. Dans ce cas l'environnement est perçu comme un environnement-problème et s'inscrit dans le concept de risque. D'autres acteurs définissent la santé environnementale en prenant en compte une dimension sociale et favorisent une approche plus positive en mettant l'accent sur la qualité de vie¹⁴. Les représentations et les interventions concernant la thématique santé-environnement varient fortement selon les acteurs. Très peu d'acteurs ont la double compétence santé et environnement.

La pluralité des acteurs impliqués amène une contrainte au niveau du temps, puisque les disponibilités de chacun ne concordent pas toujours. Cette difficulté est reliée au degré d'implication des acteurs sur les enjeux de Santé-Environnement. C'est par exemple le cas des élus dont les préoccupations principales sont souvent éloignées de ces enjeux et qui perçoivent parfois les normes de Santé-Environnement comme une contrainte. Ainsi, plusieurs porteurs mentionnent la difficulté à mobiliser les élus sur ce thème.

De plus, la définition de Santé-Environnement peut paraître floue du fait de la transversalité de la thématique. Le travail partenarial implique donc une bonne connaissance sur ce thème et une bonne connaissance des acteurs entre eux. Certains porteurs évoquent également une difficulté à toucher le grand public qui n'a pas de perception claire de la thématique santé-environnement.

Un autre obstacle pour mobiliser les acteurs sur cette thématique est le manque de connaissances et donc de crédit accordé à de nombreux risques pour la santé liés à l'environnement. Ainsi, lors de l'enquête, le lien entre algues vertes et santé a été interrogé

¹⁴ Recommandations issues du séminaire IREPS « éducation à la santé & Inégalités sociales de santé » 2012

par un répondant, au travers de l'un des indicateurs de l'état de l'environnement suivi dans le cadre du PRSE, qui mesure la surface d'algues vertes échouées, et dont la pertinence a été remise en cause : « Il est très gênant, scientifiquement et en terme de communication de mettre cet indicateur au même niveau que la pollution atmosphérique, les risques de cancers ou la salubrité des logements. » Il est difficile de convaincre certains acteurs de l'importance des enjeux, a fortiori quand il n'y a pas de véritable consensus sur ceux-ci, et en l'absence fréquente de preuves solides et formelles, telles que des données chiffrées. Le critère « lien suspecté » est plus fréquent que le « lien avéré », et on tombe souvent dans le domaine du principe de précaution. Bien qu'intégré dans la Constitution française depuis 2005, ce principe est souvent remis en cause par le monde économique et est perçu comme un frein à l'innovation.

Les porteurs de projets mentionnent également des difficultés financières en raison d'un manque de visibilité à moyen terme, un désengagement des services de l'Etat et des collectivités, ainsi que des moyens financiers insuffisants. Les porteurs de projet n'ont pas de visibilité sur les crédits, puisque les financements sont annuels, d'où une difficulté à se projeter à moyen terme, alors que certaines actions se déroulent sur plusieurs années. La difficulté à mobiliser les acteurs vient aussi du fait que les moyens mis à disposition sont limités, le frein est donc lié à leur charge de travail. « Restrictions partout en budget et effectif ».

D'un point de vue plus concret, les porteurs indiquent également rencontrer des difficultés techniques telles que « l'échantillonnage des sources d'eau à prélever », « des mesures radon qui ne se réalisent que l'hiver », « des enjeux techniques complexes » ou encore « des difficultés liées à la construction d'indicateurs ». Les difficultés rencontrées peuvent s'expliquer par le caractère innovant de certaines actions, par exemple l'étude sur les résidus de médicaments humains et vétérinaires dans les eaux sera la première à rechercher certaines molécules.

Sous-question 3 : La mise en œuvre des actions est-elle équilibrée selon les différents territoires ?

Parmi les 83 actions du PRSE, 49 sont mises en œuvre sur l'ensemble de la région Bretagne (60%) et 34 sont mises en place sur des territoires de santé (TS) ciblés (40%) (Figure 5). Voir la carte des territoires de santé en annexe 6.

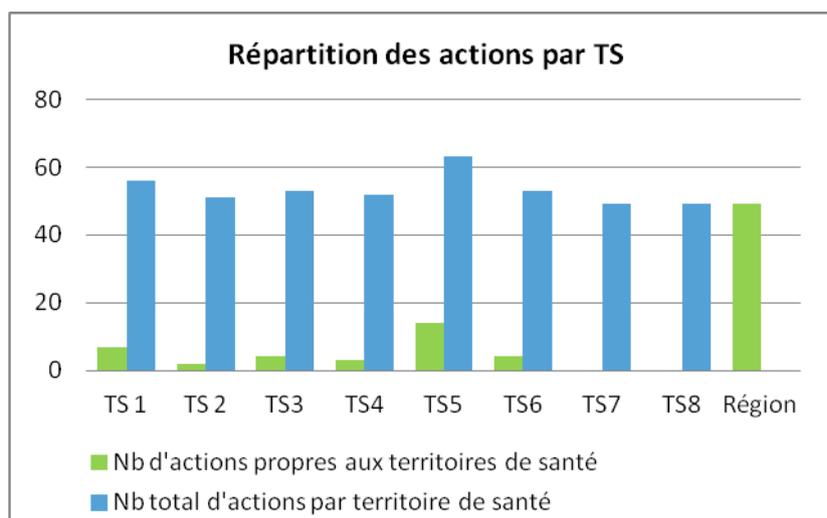


Figure 5 : Répartition des actions du PRSE par Territoire de Santé (TS)

La répartition des actions sur le territoire breton est déséquilibrée, avec de grandes agglomérations motrices en Santé-Environnement et une faible territorialisation du PRSE.

En effet, parmi les actions ciblant un territoire de santé, c'est au niveau des TS5 et TS1 que sont portées la majorité des actions (14 et 7 respectivement). Ces territoires comprennent les deux plus grosses agglomérations bretonnes que sont les villes de Rennes et de Brest. Les autres territoires de santé sont moins concernés par des actions spécifiques, en particulier les TS 7 et 8 où il n'y a qu'une action en plus des actions régionales. Les Villes de Rennes et de Brest appartiennent toutes 2 au réseau français des Villes-Santé de l'OMS, qui s'implique dans l'amélioration continue de la qualité de l'environnement, dans le but de favoriser le développement d'une communauté solidaire qui agit en faveur de la santé de tous et qui réduit les inégalités. Rennes, Ville Santé de l'OMS depuis 1990 et Brest depuis 1996 ont donc toutes deux une définition large et globale de la santé, bien au-delà de l'absence de maladie. Ces villes sont sensibilisées aux enjeux de Santé-Environnement, ce qui explique la mobilisation d'un réseau d'acteurs autour de ces questions sur les TS1 et 5.

Le nombre important d'actions sur le territoire n°5 peut également s'expliquer par la présence sur le territoire rennais des administrations en charge de la mise en œuvre du PRSE (ARS, DREAL, CR), les échanges entre les acteurs sont donc facilités en ce lieu.

60% des actions du PRSE sont menées sur l'ensemble de la région, ce sont notamment les actions de recherche, les conférences qui, bien que souvent localisées à Rennes, visent l'ensemble des acteurs de la région. Les actions d'amélioration de la qualité des eaux brutes, objectif très développé du PRSE en termes de nombre d'actions et de financement, sont aussi mises en place sur l'ensemble de la région. Ce sont pour la majorité d'entre elles

des actions régaliennes des services Santé-Environnement de l'ARS et de la DREAL. Les grands programmes auxquels fait référence le PRSE, tels que le PRST ou le SRCAE sont également des programmes régionaux.

Réponse à la question 1 : le niveau d'avancement des actions permet-il de penser que le PRSE sera intégralement mis en œuvre fin 2015 ?

Le niveau d'avancement de mise en place des actions du PRSE est satisfaisant, avec 88% des actions engagées grâce à une importante dynamique partenariale. Cette dynamique est à maintenir pour ne pas perdre l'efficacité des partenariats. L'avancement est cependant inégal selon les objectifs et difficile à appréhender du fait du renvoi vers d'autres plans et programmes. Il est probable que toutes les actions ne seront pas achevées en 2015, car certaines nécessitent un investissement de long terme.

Par ailleurs le territoire breton est inégalement couvert par les actions. Le principal point faible de l'avancement du PRSE à mi-parcours est une territorialisation quasi inexistante.

Enfin, il est à noter, par comparaison avec le PRSE1, que les points forts et difficultés soulevés par les partenaires ont évolué : davantage de points positifs sur les partenariats, certains acteurs citaient même dans les difficultés le manque de mobilisation des acteurs dans le PRSE1. Le manque de moyens n'arrive qu'en 4ème position des difficultés mentionnées alors qu'il arrivait en 1ère position lors de l'évaluation du PRSE1.

Question 2 : Les réalisations du PRSE sont-elles de qualité ?

Sous-question 1 : Qu'a-t-on produit ?

Il s'agit d'identifier quelles sont les productions issues des actions du PRSE. Les actions du PRSE sont réparties entre les actions de formation et de sensibilisation telles que des colloques et des ateliers ; des actions de veille, d'évaluation des risques et d'amélioration des connaissances ; des procédures administratives, des contrôles et des enquêtes, ainsi que des actions visant à l'intégration des enjeux de santé-environnement dans les politiques publiques.

- Les actions de sensibilisations prennent la forme de colloques et d'ateliers mis en place par des associations, des mutuelles ou des collectivités. Les ateliers visent à informer la population sur des thématiques particulières telles que l'alimentation, la qualité de l'air intérieur ou encore l'utilisation des produits ménagers. Certaines de ces actions ciblent des publics particuliers tels que les femmes enceintes et les jeunes parents sur l'aménagement des chambres d'enfants, ou des populations en difficulté sur l'alimentation saine. Les colloques permettent d'apporter des connaissances et de présenter les enjeux de santé-environnement auprès d'un public plus large. Dans le cadre des actions de sensibilisation, des documents destinés aux associations, aux consommateurs et au grand public ont été diffusés. Ainsi, 10 actions de formations et 9 actions de conférences-débats ont été mis en place dans le cadre du PRSE. Une vingtaine d'autres actions organisant des événements tels que des ateliers ou des weekends de sensibilisation à l'alimentation, des concerts pédagogiques sur les risques liés au bruit, une rencontre avec les lycéens sur les enjeux de SE et un concours organisé dans les lycées sur les modes de déplacement ont également eu lieu (Figure 6).

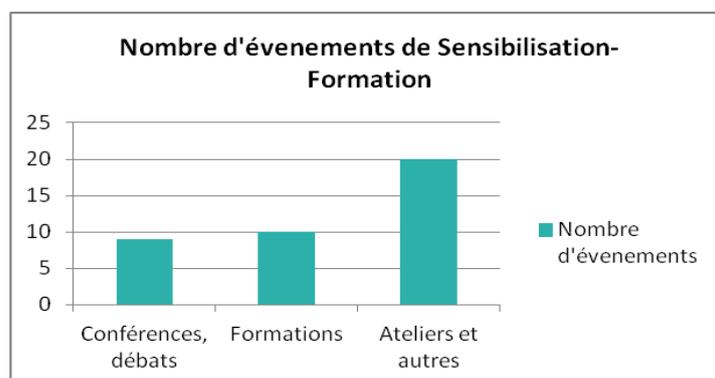


Figure 6 : Nombre d'événements de sensibilisation-formation réalisées dans le cadre du PRSE.

A titre d'exemple, la Mutualité Française de Bretagne (MFB) met en place des concerts pédagogiques « Peace and Lobe », présentés par un groupe de musique, à destination des collégiens et lycéens. Il enseigne des notions élémentaires d'acoustique, du système auditif et des risques que celui-ci encoure. Il présente également une histoire des musiques amplifiées et des moyens de les diffuser¹⁵. En 2012, 12 concerts ont été réalisés, et un peu plus de 2000 jeunes ont pu en bénéficier, 40 concerts sont prévus pour 2013.

- Les actions de veille, d'évaluation des risques et d'amélioration des connaissances comprennent la mise en place d'études, la surveillance des milieux avec des actions telles que le suivi des pollens, du développement de l'ambrosie, de la qualité des eaux de baignades et de la qualité de l'air intérieur dans les écoles. Certaines actions sont impulsées au niveau national (qualité de l'air dans les écoles) et/ou sont des actions régaliennes (qualité des eaux de baignade). 10 études sont actuellement engagées dans le cadre du PRSE (Figure 7 ci-dessous).

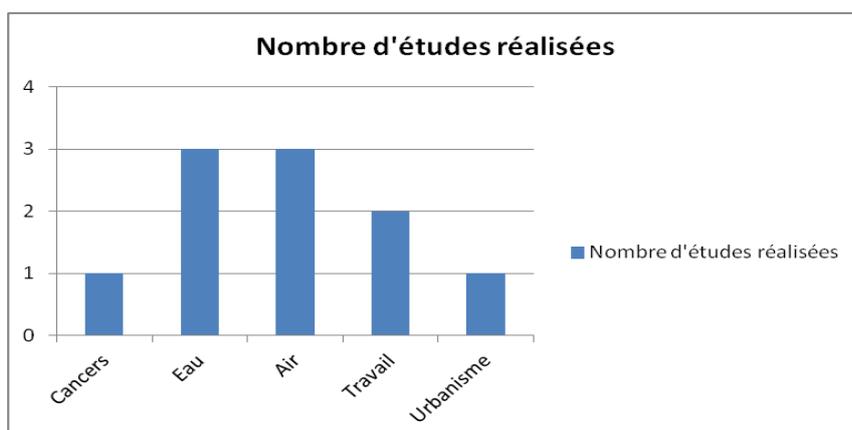


Figure 7 : Répartition des études engagées dans le cadre du PRSE par thématique.

Par exemple, une étude est en cours d'élaboration sur l'occurrence des résidus médicamenteux, notamment d'origine vétérinaire dans les eaux destinées à la consommation humaine en Bretagne. Un groupe de travail regroupant administrations, scientifiques et associations a été mis en place dans le cadre de cette étude.

¹⁵ www.prse-bretagne.fr

- Les actions de mise en place de procédures administratives, de contrôle et d'enquête correspondent aux activités régaliennes des services de l'Etat (DREAL, DRAAF, DIRECCTE...) et de l'ARS. Par exemple, pour assurer une protection sanitaire vis-à-vis des risques liés à l'eau, différentes règles ont été élaborées au fil des années. Les services de l'Etat s'assurent de leur mise en œuvre. Ainsi, la mise en place de périmètres de protection autour des captages d'eau potable est bien avancée en Bretagne. De même, l'élaboration de profils de baignades, visant à identifier les éventuelles sources de pollution et les mesures de gestion ad hoc progressent de façon satisfaisante (profils de baignades réalisés : environ 60% en 2011 et 75% en 2012). Par ailleurs, des contrôles portant sur les conditions de stockage, d'utilisation, et d'élimination des produits phytosanitaires sont effectués par la DRAAF auprès des vendeurs, exploitants agricoles, collectivités et paysagistes : 490 contrôles réalisés en 2011 et 480 en 2012, dont 370 exploitants agricoles. A noter une amélioration sensible des conformités, avec un taux proche de 75 % pour les exploitants agricoles.
- L'intégration des enjeux de santé-environnement dans les politiques comprend le recensement des actions liées à la thématique dans les autres politiques au niveau régional, la mise en place de Contrats Locaux de Santé (CLS) et l'adoption de Programmes Territoriaux de Santé (PTS) incluant des actions en santé-environnement. Cet aspect est traité dans la question 4 p.64.

Sous-question 2 : La population cible visée a-t-elle été atteinte ?

D'après les réponses au questionnaire, parmi les actions pour lesquelles l'avancement est suffisant pour déterminer le niveau d'atteinte de la population cible, 1/3 des actions ont rencontré des difficultés pour toucher tout ou une partie de la population ciblée.

Certaines actions visant le grand public telles que les conférences ou les colloques ont eu un taux de participation correct mais les personnes présentes étaient déjà sensibilisées aux enjeux de santé-environnement et ne représentaient finalement pas le grand public. En effet, un public déjà sensibilisé aux enjeux SE, il est plus facile à mobiliser que la population générale et les acteurs pour lesquels SE n'est pas la préoccupation principale restent difficiles à mobiliser.

D'après les porteurs d'action, les publics difficiles à toucher sont principalement les professionnels de santé souvent ancrés dans le curatif, et éloignés de l'approche prévention et promotion de la santé. Les professionnels d'autres secteurs d'activité tels que le bricolage ont également du mal à dégager du temps pour la thématique santé-environnement, leurs préoccupations étant parfois éloignées de ces enjeux.

Au total, plus de 23000 personnes ont été touchées par le PRSE depuis 2011 (dont 13000 personnes formées dans le cadre du plan Ecophyto sur la réduction de l'utilisation des pesticides, 1000 personnes touchées dans le cadre du programme Santé-Environnement de la Maison de la Consommation et de l'Environnement, 4000 dans le cadre du programme « Vivre avec le soleil » sur les risques liés à l'exposition au soleil). Cependant, le PRSE est majoritairement constitué de petites actions, qui touchent chacune un nombre de personnes relativement faible.

Sous-question 3 : Un référentiel de bonnes pratiques professionnelles a-t-il été utilisé ?

Un référentiel de bonnes pratiques a été utilisé pour 20% des actions. Il peut s'agir de différents types de référentiels selon les actions :

- Outils méthodologiques en promotion de la santé (ex : outils INPES)
- Textes règlementaires en vigueur
- Outils méthodologiques du Ministère de l'Ecologie, du Développement Durable et de l'Energie

Il existe peu de critères de comparaison pour savoir si ce taux est correct ou non. D'une façon générale, selon la littérature, il semblerait que les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé aient du mal à s'approprier les documents de bonnes pratiques et de recommandations¹⁶.

Les difficultés méthodologiques ayant été soulevées dans l'enquête en ligne, l'utilisation de référentiels de bonnes pratiques peut être une solution pour faciliter la mise en place des actions quand cela est possible.

¹⁶ Attitudes des acteurs vis-à-vis des recommandations de prévention. Nathalie Le Garjean, Christine Ferron, Jeanine Pommier, 2011

Sous-question 4 : le PRSE a-t-il déjà produit des effets ?

D'après les réponses au questionnaire, 85% des porteurs et 86% de l'ensemble des répondants estiment que le PRSE a déjà produit des effets.

	Effets du PRSE							
	Oui	Non	Prise en compte enjeux SE	Partenariats	Nouvelles actions	Renforcement d'action	Aucun effet	Ne sait pas
Réponses au questionnaire	36	6	32	25	22	17	3	4
	86%	14%	76%	60%	52%	40%	7%	10%

Tableau 3: Principaux effets du PRSE ressentis par les acteurs

Le premier effet du PRSE perçu est la progression de la prise en compte des enjeux Santé-Environnement par les différents acteurs, cité par les $\frac{3}{4}$ des répondants. Sont ensuite cités le développement de partenariats, puis le développement d'actions qui n'auraient pas pu se faire sans le PRSE et enfin le renforcement d'actions existantes. 7% des répondants ne ressentent aucun effet. Le développement de partenariats, cité comme l'un des effets du PRSE par plus de la moitié des personnes qui ont répondu au questionnaire a également été cité comme l'un des points fort du PRSE par les acteurs interrogés en entretien.

Selon les personnes ayant participé à l'évaluation, des partenariats ont en effet été construits entre les services institutionnels de Santé-Environnement et les acteurs de santé traditionnels tels que l'IREPS (Instance Régionale de Education et de Promotion de la Santé), les mutuelles, les animatrices territoriales de la santé (ATS), des acteurs du soin tels que les réseaux de périnatalité. Des partenariats se sont également développés entre les acteurs de la promotion de la santé et ceux de l'éducation à l'environnement, entre l'Etat et les collectivités, en particulier le Conseil Régional, copilote du programme. Le PRSE a aussi permis de faire évoluer l'approche Santé-Environnement qu'avaient les différents acteurs : la DREAL évoque aller au-delà des actions régaliennes et s'ouvrir davantage à des actions de prévention. Le PRSE a également renforcé la coopération entre services de l'Etat (ex : DREAL/ARS). Des associations habituées à travailler sur des mesures environnementales se sont ouvertes sur les liens entre environnement et santé. Par exemple Air Breizh est une association qui réalise des mesures de la qualité de l'air en Bretagne, elle mentionne s'intéresser davantage aux impacts sanitaires de la pollution de l'air. A l'inverse, des acteurs habitués à travailler sur la santé se sont ouverts sur l'environnement, c'est le cas par exemples des mutuelles.

Outre la méthode de conception du PRSE déjà évoquée précédemment, le développement des partenariats a été favorisé par les groupes de travail mis en place dans le cadre de la mise en œuvre du PRSE. En particulier, le groupe « construire une culture Santé-Environnement avec les Bretons » regroupe des acteurs de la promotion de la santé, de l'environnement, du développement durable, de la consommation, des représentants d'usagers, des représentants des collectivités territoriales, ainsi que le CR, l'ARS, la DIRECCTE et l'université de Rennes 1. Ce groupe se réunit 2 fois par an, pour échanger sur les actions mises en place, les difficultés rencontrées, les acteurs pouvant contribuer aux actions... Le groupe Etudes-Recherche est quant à lui constitué de représentants de la profession agricole, d'association de consommateurs, de représentants d'usagers, du Conseil Régional, de l'ARS et de services de l'Etat (DREAL, DRAAF, DIRECCTE). Il s'est réuni une fois afin de choisir les études à mettre en place dans le cadre du PRSE.

Le PRSE a également permis de développer des actions puisque 40% des actions du PRSE n'auraient pas été mises en place sans ce programme.

A un niveau plus général, le PRSE apporte, selon les porteurs de projet un cadre officiel aux actions qu'ils mettent en place ainsi qu'un soutien institutionnel et financier. Il permet une reconnaissance des enjeux de santé-environnement au niveau politique.

Réponse à la question 2 : Les réalisations sont-elles de qualité ?

Les actions mises en place dans le cadre du PRSE sont très diversifiées en termes de portée et de thématique. En parallèle, les partenaires impliqués dans ces actions sont eux même très variés et portent des enjeux différents.

La mise en place d'actions élaborées en partenariat implique de mobiliser un ensemble d'acteurs. Parmi eux, certains sont difficiles à mobiliser, notamment les industriels qui portent souvent au premier plan des enjeux économiques et sont éloignés des enjeux de santé publique. Or, il est difficile de mesurer les coûts liés aux pathologies environnementales pour l'assurance maladie, mais également en termes de baisse de productivité.

Les professionnels de santé sont également difficiles à mobiliser. Une évolution semble se dessiner avec le développement des conseillers médicaux en environnement intérieur

(CMEI) impulsé au niveau national, qui réalisent des mesures de qualité de l'environnement intérieur chez des patients allergiques ou asthmatiques, sur prescription médicale. Au niveau régional, l'implication, notamment, des écoles de sages-femmes de Rennes et Brest et des réseaux de périnatalité dans l'une des actions du PRSE à destination des femmes enceintes montre aussi que les professionnels de santé peuvent être intéressés par les enjeux santé-environnement.

Le PRSE ayant été lancé en 2011, il est encore tôt pour estimer la qualité de ses réalisations, cependant, la majorité des actions parviennent à atteindre leur population cible. Bien que certaines d'entre elles aient rencontré des difficultés pour l'atteindre, le PRSE touche un grand nombre de personnes, via une multitude d'actions (le PRSE compte 83 actions à mi-parcours voir annexe 7 pour le détail des actions menées).

L'atteinte la population cible déjà était l'une des principales difficultés mentionnées dans l'évaluation du PRSE1. En ce qui concerne les partenariats et la mobilisation des acteurs, il semble que le PRSE2 ait progressé. En effet les avis étaient plus nuancés pour le PRSE1 : « le programme semble avoir favorisé les coopérations entre institutions », « toutefois l'ensemble des acteurs s'accorde sur le fait que le PRSE dans sa nouvelle version doit fédérer plus largement ». Le PRSE 2 a également permis d'impulser davantage d'actions nouvelles, car 70% des actions mentionnées dans le PRSE1 préexistaient avant le PRSE et « le PRSE a[vait] surtout été visible sur le développement d'actions préexistantes ».

Ainsi, le PRSE joue un rôle d'encadrement des diverses actions qui répondent toutes à l'objectif d'améliorer les liens entre santé et environnement. Il vise également à rapprocher et à fédérer les acteurs et donne de la légitimité aux actions menées par les associations, notamment auprès des professionnels de santé.

Question 3 : Les moyens consacrés au PRSE sont-ils à la hauteur des enjeux ?

Sous-question 1 : le montant alloué aux objectifs est-il conforme aux prévisions ?

Il s'agit de comparer le montant effectivement alloué au PRSE avec le budget prévisionnel qui avait été réalisé lors de l'élaboration du PRSE, à partir d'une appréciation du coût des actions programmées.

Il existe deux modes de financement du PRSE :

- Les crédits de fonctionnement : commandes passées directement par le financeur : par exemple pour la publication de documents de communication ou pour le financement de l'hébergement du site internet PRSE...
- Les crédits d'intervention : subventions accordées aux opérateurs, soit dans le cadre de l'appel à projets PRSE, soit dans le cadre de conventions négociées entre le financeur et le porteur.

Les montants alloués pour les années 2011, 2012 et 2013 ont été calculés à partir des montants versés par l'ARS, la DREAL, le Conseil Régional et la Préfecture de Région via le programme d'intervention territoriale de l'Etat (PITE) sur l'eau et l'agriculture, et des subventions allouées par d'autres financeurs pour les actions financées dans le cadre de l'appel à projets. Ces dernières ont été estimées à partir des budgets prévisionnels présentés dans les dossiers de demande de subvention des opérateurs. Le financement des actions du PRSE par les autres plans ne figure pas dans ce calcul (Tableau 4). Par ailleurs, pour les quatre premiers objectifs du PRSE, qui sont des objectifs transversaux, seuls les financements des actions clairement inscrites dans ces objectifs ont été pris en compte.

La comparaison du budget prévisionnel rapporté à 3 années, et du budget alloué sur les 3 premières années de mise en œuvre du PRSE montre que le montant consacré à la mise en œuvre des actions dépasse le montant estimé lors de l'élaboration du programme.

OBJECTIFS	Budget prévisionnel sur 5 ans (€)	Budget prévisionnel sur 3 ans (€)		Montants alloués (€)	Différence
		PRSE	PRSE		
				2011, 2012, 2013	
1.	0	0		0	0
2.	470 000	282 000	Plan santé travail	516 203	234 203
3.	500 000	300 000	Plan santé travail	202 415	-97 585
4.	50 000	30 000		246 354	216 354
5.	600 000	360 000	Plans algues vertes, Ecophyto, SDAGE	1 121 674	761 674
6.	350 000	210 000	Plan santé travail	183 197	-26 803
7.	280 000	168 000	Plan santé travail	453 358	285 358
8.	0	0	Plan santé travail	0	0
9.	0	0	Plans qualité de l'air, offre alimentaire	404 500	404 500
10.	40 000	24 000	Plans offre alimentaire, Ecophyto	182 035	158 035
11.	50 000	30 000	Plan déchets dangereux	0	-30 000
12.	20 000	12 000		71 232	59 232
Autre : fonctionnement	100 000	60 000		24 416	-35 584
Total sur 3 ans	2360000	1416000		3083113	1 667 113

Tableau 4 : Comparaison des budgets prévisionnels et réalisés, en euros, sur 2011, 2012 et 2013

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet écart :

- L'absence de prise en compte des actions non-programmées dans le budget prévisionnel et une sous-estimation du coût des actions programmées en amont. Cette estimation avait été réalisée à la demande des partenaires consultés sur le projet de PRSE (notamment les associations) qui tenaient à s'assurer que les moyens prévus seraient effectivement attribués pour mettre en place les actions du programme et ainsi répondre aux objectifs.
- D'importantes difficultés à chiffrer précisément les crédits consacrés à la mise en œuvre du PRSE. En effet, les budgets ARS, DREAL et PITE sont globalement bien fléchés PRSE, mais il est parfois difficile de délimiter ce qui relève ou non du PRSE dans les dépenses. Les crédits du Conseil Régional sont moins évidents à visualiser car ils sont répartis entre plusieurs directions. Pour les autres financeurs (collectivités, associations, fond européens), leurs contributions ont été intégrées mais sont basées sur des montants prévisionnels. Le différentiel entre les budgets prévisionnel et réalisé est globalement estimé à -10% (sur la base des actions financées en 2012 pour lesquelles les budgets prévisionnels et réalisés ont été recueillis et analysés).

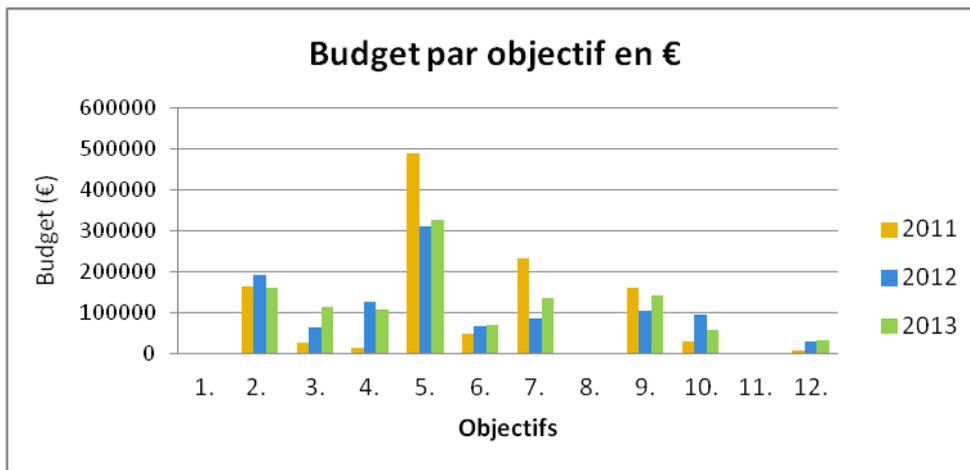


Figure 8 : Financements du PRSE par objectif et par année

Les objectifs du PRSE sont financés de manière très inégale (Figure 8). On rejoint, sur cette question des financements, les constats faits dans la question 1 (sous-question 1 p.34) : les objectifs les moins avancés et les moins financés sont généralement ceux qui renvoient vers d'autres plans et/ou comportent peu d'actions portées par le PRSE (en particulier les objectifs 8, 9, 11 et 12). L'objectif visant à améliorer la qualité des eaux brutes est le plus financé.

Les montants financiers alloués varient également selon les années, en particulier pour les objectifs 5 et 7 qui ont reçu des financements supérieurs en 2011. Cela s'explique par la variation du nombre d'actions selon les années et du montant alloué par action, notamment pour celles issues de l'appel à projets, qui dépendent des propositions des porteurs.

Contribution financière des partenaires

L'analyse des crédits consacrés par chaque type de financeur montre que les principaux financeurs du PRSE sont l'Etat et les collectivités, avec au sein de l'Etat, un financement de l'ARS, de la DREAL et de la Préfecture, via le PITE (Figure 9). Une convention financière a été mise en place entre l'ARS et la DREAL à partir de 2012, afin de simplifier les procédures comptables. Cette convention est annuelle et ne permet pas d'avoir de visibilité pluriannuelle. Pour l'année 2013, elle porte sur un montant de 37 000 € destinés aux dépenses relatives à l'AAP et aux actions de communication. Elle pourrait être revue à la hausse d'ici la fin de l'année (65 000€). L'ARS consacre en moyenne 245 000 € par an au PRSE.

Le Conseil Régional contribue également financièrement, il est cependant absent de l'appel à projet malgré sa participation à l'élaboration du cahier des charges. La répartition des

thématiques et des financements entre différents services du Conseil Régional rend difficile l'estimation exacte de sa contribution financière. En moyenne elle s'élève à 150 000 € par an.

Le budget PITE, sollicité par l'ARS à la Préfecture, varie entre 190 000 € et 170 000 € selon les années. Le Programme d'Intervention Territoriale de l'Etat en Bretagne vise à mesurer l'évolution de la situation environnementale des milieux (axe 2 du PITE) et à mettre en place l'étude et le suivi en santé-environnement (axe 3). Dans le cadre du PRSE, les financements PITE sont exclusivement attribués à l'objectif 5 visant à améliorer la qualité de l'eau.

Au niveau des collectivités, les financements sont répartis entre les Communes et EPCI (établissement public de coopération intercommunal), le Conseil Régional et les Conseils Généraux.

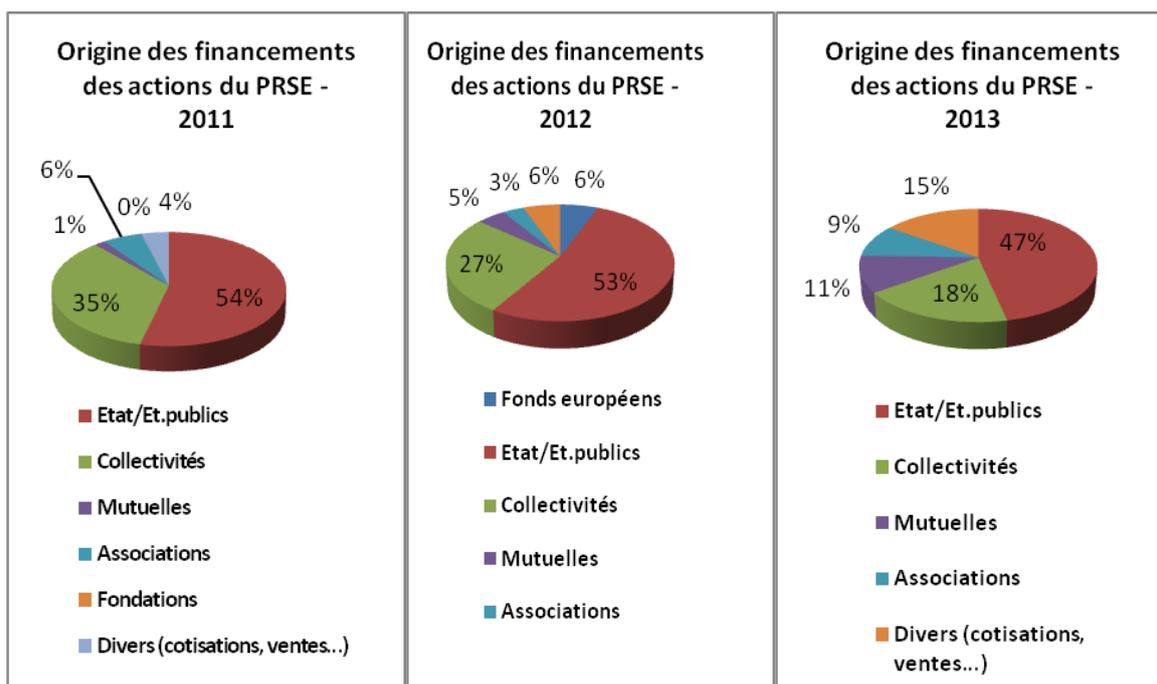


Figure 9 : Origine des financements en 2011, 2012 et 2013

Evolution du budget par rapport au PRSE1 :

Au niveau de l'ARS, les crédits alloués au PRSE2 ont progressé par rapport au PRSE1 en raison d'un redéploiement des crédits de fonctionnement de l'ARS vers des crédits d'intervention et vers l'appel à projets. Ainsi, le budget consacré au PRSE1 s'élevait à environ 240 000 euros par an (budget ARS et PITE) et il s'élève à 400 000 euros par an environ pour le PRSE2.

Les crédits alloués par la DREAL ont également progressé et un partenariat financier a été mis en place entre l'ARS et la DREAL depuis 2012 afin de coordonner les financements des actions du PRSE, et de faciliter la visibilité du budget dédié au PRSE et à l'appel à projets.

Sous-question 2 : Certaines actions ont-elles dû être annulées, reportées, revues à la baisse faute de financements ?

Selon les porteurs de projets, aucune action du PRSE n'a été annulée faute de financement, cependant 3 actions ont dû être revues pour cette raison. Les porteurs soulignent en particulier le manque de visibilité sur les crédits, et plus globalement, un désengagement de l'Etat et des collectivités auquel doivent faire face les associations.

D'après l'enquête, les porteurs qui ne font pas parti du COPIL n'ont pas de visibilité sur l'enveloppe globale dédiée au PRSE, mais les budgets leur semblent déployés pour que les actions soient mises en place.

Sous-question 3 : L'accompagnement des porteurs de projet est-il suffisant ?

D'après les réponses au questionnaire, 75% des porteurs se sentent suffisamment accompagnés par les référents institutionnels. Lors des entretiens, la disponibilité de l'ARS a souvent été soulignée. Malgré cela, 12.5% des porteurs n'ont pas donné de réponse à la question (« ne sait pas »), et 12.5% ne se sentent pas ou ne se sont pas sentis suffisamment soutenus lors de la mise en place de leur action.

On peut soulever ici la grande diversité des actions du PRSE. Certaines sont ponctuelles, portées par des associations déjà connues de leur public cible, elles sollicitent alors peu l'implication des référents institutionnels. D'autres actions du PRSE sont plus novatrices, elles nécessitent la mise en place de partenariats, de sensibiliser des acteurs parfois éloignés de leurs collaborateurs habituels. Dans ce cas, l'implication des institutions est un levier pour faciliter la mise en place de l'action.

Ainsi, selon le type de structure qui porte l'action, son niveau de maîtrise de la mise en place d'actions en santé-environnement et le type d'action, elles sont plus ou moins demandeuses d'un soutien institutionnel.

A titre d'exemple, la ville de Brest ne reçoit pas d'accompagnement particulier parce qu'elle est autonome sur ses actions de santé-environnement. La ville de Brest est en effet sensibilisée aux enjeux de SE depuis de nombreuses années puisqu'elle appartient au réseau français des villes santé de l'OMS. A l'opposé, certaines actions sont copilotées par une association et par l'ARS, dans ce cas l'institution est plus qu'un accompagnateur et permet de donner de la légitimité aux actions des associations, par exemple auprès des professionnels de santé du secteur hospitalier. Dans d'autres cas de figure, les acteurs peuvent être novices dans le domaine santé-environnement et le soutien institutionnel peut les guider dans leurs actions.

Sous-question 4 : Le niveau d'implication des acteurs est-il suffisant ?

Plusieurs indicateurs seront utilisés pour évaluer le niveau d'implication des acteurs dans le PRSE.

- Données issues de l'enquête en ligne sur l'évaluation du PRSE à mi-parcours : taux de réponse à l'enquête et niveau d'implication estimé :

Dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours, les acteurs du PRSE ont été sollicités pour répondre au questionnaire en ligne. Plusieurs relances ont été nécessaires afin que les acteurs y répondent : la première diffusion du questionnaire s'est faite à travers la newsletter PRSE destinée à environ 600 personnes. En parallèle, un e-mail a été adressé aux porteurs de projet dont la contribution était nécessaire à la réalisation du bilan des actions à mi-parcours. Un second e-mail a été envoyé aux porteurs n'ayant pas répondu, puis des relances téléphoniques ont été réalisées. Finalement, parmi les 34 porteurs d'actions, 7 n'ont pas répondu au questionnaire et n'ont pas été consultés en entretien, soit 21% de non réponse.

Ainsi, 85% des porteurs de projet et 88% des référents institutionnels qui ont répondu se considèrent impliqués ou très impliqués dans le PRSE et sur l'ensemble des répondants au questionnaire, 72% se considèrent impliqués ou très impliqués. La majorité des acteurs qui ont répondu au questionnaire se considèrent donc bien impliqués dans le PRSE et le taux de réponse des porteurs au questionnaire est satisfaisant mais il a fallu du temps pour obtenir l'ensemble des réponses. Il faut aussi souligner que le fort taux d'implication

ressenti peut-être biaisé par le fait que ceux qui ont pris la peine de répondre à l'enquête sont aussi ceux qui sont les plus impliqués dans le PRSE.

- Données issues des comptes-rendus de réunion : taux de participation aux réunions du COPIL :

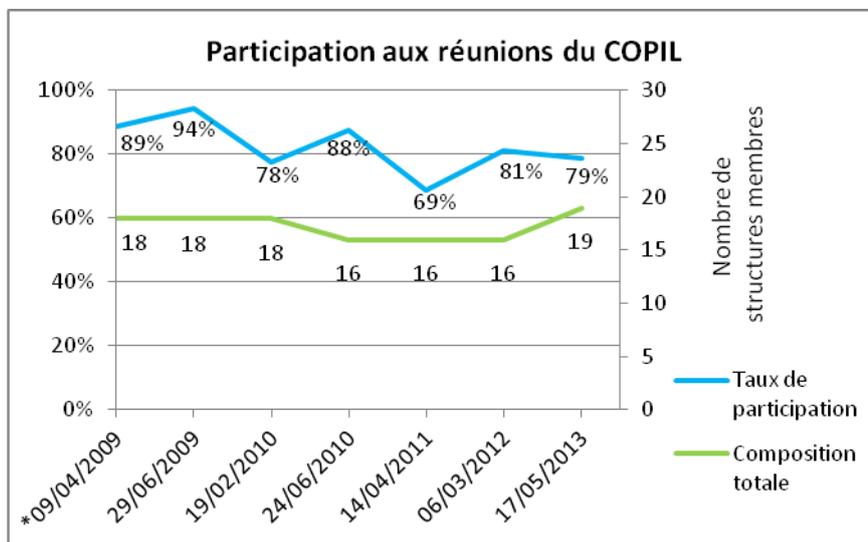


Figure 10 : Taux de participation aux réunions du COPIL

Le taux de participation aux réunions du COPIL peut être considéré comme bon : il varie entre 94% et 69%, et il a été 6 fois sur 7 supérieur à 75%.

- Analyse qualitative : typologie des partenaires impliqués dans le PRSE :

La composition du Comité de Pilotage du PRSE a évolué depuis la phase d'élaboration, avec d'une part la réorganisation des services de l'Etat (DREAL, DIRECCTE, DRAAF en particulier) et la création de l'ARS, et, d'autre part l'intégration en 2013, de plusieurs structures dans le COPIL, à leur demande : IREPS, CG29, Ville de Rennes (Cf. Tableau 6 p.67). A ce jour, le COPIL est composé de 19 structures membres dont 9 structures de l'Etat ou établissements publics, 4 associations, 3 collectivités, comme le montre la Figure 11 ci-dessous. Parmi les personnes participant au COPIL, 4 sont des médecins.

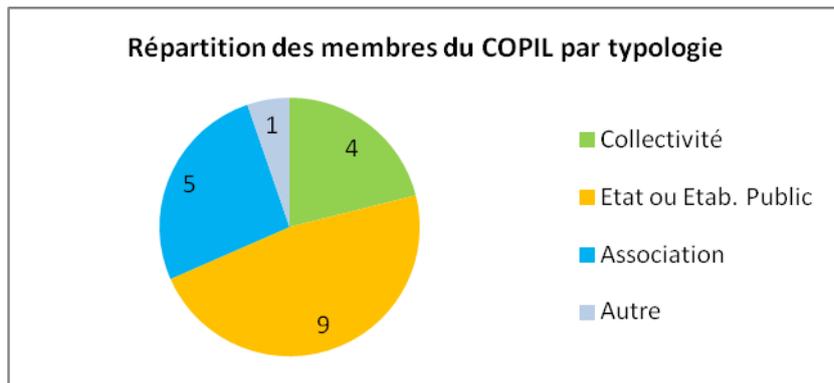


Figure 11 : Répartition des membres du COPIL par typologie

L'implication des élus politiques dans le PRSE est faible (seuls deux élus participent aux réunions du COPIL, au Conseil Régional et à la ville de Brest) en raison, d'une part, du manque de mobilisation des collectivités territoriales sur la thématique SE, de l'écartèlement de celle-ci entre plusieurs services (au mieux la santé et l'environnement) et d'autre part, parce que les élus délèguent souvent ce sujet aux services en raison de l'aspect parfois jugé technique de la thématique SE. De plus, le PRSE apporte un financement ponctuel alors que les collectivités recherchent plutôt des financements pérennes.

Parmi les services de l'Etat, le SGAR, la DREAL, la DIRECCTE et la DRAAF sont présents. Les réunions du COPIL sont co-présidées par la SGAR, le Directeur de la Santé Publique de l'ARS et l'élue du Conseil Régional en charge du PRSE. Elles sont animées par la SGAR. Les directeurs des services régionaux sont faiblement impliqués dans le PRSE, ils ne participent généralement pas aux réunions du COPIL mais sont représentés par les services en charge de la thématique au sein de leur direction. En revanche, ils s'impliquent plus sur d'autres plans dont ils assurent l'animation pour le compte de l'Etat, tels que le Schéma Régional Climat Air Energie pour la DREAL, le plan Ecophyto pour la DRAAF, le Plan Régional Santé-Travail pour la DIRECCTE. Il est à noter que les services ne sont pas forcément demandeurs de plus d'implication de leur direction.

Les groupes de travail transversaux sont également composés de ces différents acteurs (Etat, associations, collectivités, Cf. p 45).

○ Participation des acteurs départementaux

L'implication des acteurs en département est limitée. Aucun CG n'était impliqué dans le COPIL du PRSE jusqu'en 2013 (arrivée du CG 29 dans le COPIL en 2013). Les services

de l'Etat en département et assimilés (notamment ARS et DREAL), ainsi que les Préfets de département sont faiblement impliqués dans la mise en œuvre du PRSE. Ils avaient cependant été consultés lors de l'élaboration du PRSE (réunions départementales en 2009, présentation du projet de PRSE dans les conseils départementaux de l'environnement, des risques sanitaires et technologiques (CoDERST) en 2010). Le CoDERST a pour rôle d'apporter un avis éclairé au Préfet sur des projets de décision administrative affectant la santé et l'environnement tels que la gestion des ressources en eau, le schéma régional climat air énergie, les plans d'élimination des déchets, qui font partie des objectifs du PRSE. Cependant le PRSE n'est pas abordé de façon régulière dans ces comités.

Bien que le PRSE reprenne certaines actions régaliennes des services en département (par exemple : pour l'ARS, la réduction des risques liés aux cyanobactéries, pour la DREAL, la réduction des substances dangereuses dans les eaux), les services ne parviennent pas à s'approprier ce programme et le considèrent plutôt comme un élément surajouté et déconnecté de leur activité qui n'a pas besoin du PRSE pour être exercée, alors qu'il pourrait être considéré comme le cadre dans lequel elles exercent. Les services départementaux sont habitués aux actions régaliennes, exercées en routine et donc bien cadrées, et pas forcément aux étapes de planification et de large concertation que demande le PRSE. Dans le cadre du PRSE1, les actions étaient quasi-exclusivement des actions régaliennes.

Le levier de territorialisation du PRSE dans les programmes territoriaux de santé (PTS) et les contrats locaux de santé (CLS) n'est pas non plus mobilisé, faute de moyens à y consacrer dans les pôles Santé-Environnement des délégations territoriales de l'ARS. Il permettrait pourtant une meilleure appropriation locale du PRSE.

Enfin, comme mentionné en question 2, sous-question 2 p.43, le PRSE peine à mobiliser les professionnels de santé et le monde économique.

- Moyens humains mis en œuvre au niveau institutionnel pour l'animation du PRSE

Les trois institutions copilotes du programme sont plus particulièrement impliquées dans l'animation du PRSE. Ainsi, l'ARS consacre ½ ETP à l'animation du PRSE, la DREAL y consacre 40% d'ETP et pour le Conseil Régional ¼ d'ETP est dédié au PRSE. L'ARS occupe donc un rôle central dans l'animation du PRSE, avec un fort soutien de la DREAL et du CR. La DRAAF et la DIRECCTE sont également membres du comité technique

d'animation du PRSE. Le SGAR est plus éloigné de l'animation, mais occupe cependant un rôle essentiel d'arbitrage et de discussion avec le CR et l'ARS.

Sous-question 5 : le retour d'information aux partenaires sur l'avancement du PRSE est-il suffisant ?

L'une des recommandations issues de l'évaluation du PRSE1 était d'en élargir la visibilité à l'ensemble des parties prenantes et au grand public. Pour répondre à cette recommandation, un site internet, une newsletter et un tableau annuel de suivi des indicateurs en santé-environnement ont été élaborés et diffusés auprès des partenaires.

Interrogés dans le cadre de l'enquête en ligne, 68% des porteurs de projet et 88% des référents institutionnels ont jugé le retour d'information satisfaisant. Le détail des réponses par support d'information montre que ces outils ont malgré tout du mal à toucher leur cible :

Le taux global d'ouverture de la newsletter n'est que de 30%. Selon le prestataire ayant eu en charge la mise en place du site et de la newsletter, le taux d'ouverture d'une newsletter est considéré comme correct à partir de 20%.

Parmi les porteurs :

- 60% lisent la newsletter et 55% la trouve intéressante ou très intéressante.
- 50% ont répondu ne pas se souvenir avoir reçu le tableau de bord 10 indicateurs PRSE. Tous ceux qui l'ont lu l'ont trouvé intéressant ou très intéressant.
- 48% ne consultent jamais ou n'ont pas connaissance du site internet du PRSE.

Il semblerait que les outils de communication mis en place dans le but de donner plus de visibilité au programme soient de qualité puisqu'ils sont jugés intéressants par les porteurs qui les consultent. Ces progrès constatés par rapport au PRSE1 sont cependant perfectibles puisque près de 50% des porteurs n'ont pas de visibilité sur ces outils de communication.

D'une manière générale, les porteurs qui ne sont pas impliqués dans le comité de pilotage ni dans les groupes de travail n'ont pas de visibilité sur le PRSE dans son ensemble et ne le considèrent que dans le cadre de l'action intégrée à un objectif du PRSE qu'ils mènent. Les informations et la communication touchent les partenaires les plus concernés.

On peut noter un décalage entre le ressenti des porteurs et des référents sur le retour d'information sur l'avancement du PRSE, les référents étant plus impliqués dans l'animation du PRSE, ils visualisent mieux les outils mis en place pour le retour d'information.

Réponse à la question 3 : Les moyens consacrés au PRSE sont-ils à la hauteur des enjeux ?

Au niveau du financement, des moyens sont dégagés spécifiquement pour le PRSE, permettant la mise en place de l'appel à projet dédié. Cependant, il est annuel, ce qui demande une forte anticipation pour estimer les besoins de l'année suivante, et est peu adapté à la pluri-annualité de certaines actions. Les budgets effectivement alloués sont très supérieurs à ceux qui avaient été estimés, et supérieurs au PRSE1. Il y a une grande variation des financements selon les objectifs, l'objectif 5 étant le plus financé. Cela reflète l'importance de la problématique de l'eau en Bretagne. L'accent mis sur l'amélioration de la qualité de l'eau ne se fait pas au détriment des autres objectifs puisque le financement vient principalement du PITE. Au niveau de la contribution des différents partenaires, les financements sont répartis entre 2 financeurs principaux : l'Etat et les collectivités. Ponctuellement d'autres financements publics peuvent venir s'ajouter sur des actions spécifiques. Par exemple, en 2011, l'Institut National du Cancer avait financé une action de communication sur le radon. La faible visibilité sur un certain nombre de financeurs est à soulever. La mise en place des actions, dans l'ensemble, ne rencontre pas de difficulté liée au financement, malgré une conjoncture économique difficile pour les associations.

L'implication des acteurs est inégale. Les moyens humains consacrés au PRSE sont répartis entre les personnes en charge de l'animation du programme (ARS, DREAL et CR), les membres du comité de pilotage du PRSE et les porteurs d'action. Leur implication a été facilitée par les étapes de concertation et de consultation de l'élaboration du PRSE. Le maintien de l'implication des acteurs sur le long terme nécessite la mise en place d'une animation autour du PRSE, menée par l'ARS avec un important soutien du CR et de la DREAL. Cette animation est appréciée mais des insuffisances ont été relevées en termes, notamment, de retour d'information aux acteurs. L'absence ou la faible présence de certains partenaires est par ailleurs à relever. Ainsi, très peu d'élus participent à ce programme, qui a pourtant été élaboré avec la volonté d'en faire un document d'orientation des politiques. De plus, en dehors du CESER (Conseil Economique, Social et

Environnemental Régional), aucun acteur économique n'est présent dans le COPIL, on peut relever, en particulier l'absence de l'industrie agroalimentaire dont le poids économique et environnemental est conséquent en Bretagne. Enfin, au niveau infrarégional, l'implication institutionnelle est bien plus faible qu'au niveau régional, avec des services départementaux qui ont une approche Santé-Environnement par thématique et qui ont l'habitude de mener des actions régaliennes très cadrées.

Question 4 : Le PRSE joue-t-il effectivement son rôle de document de référence et d'orientation des politiques ?

Sous-question 1 : Les partenaires et les acteurs connaissent-ils le PRSE et ses objectifs ?

Dans le cadre de l'enquête en ligne, les acteurs du PRSE ont évalué leur niveau de connaissance du programme (Tableau 5).

- 45% des porteurs évaluent leur connaissance du PRSE à un bon ou très bon niveau, 50% l'évaluent à un niveau moyen, et 85% d'entre eux sont capables de citer un objectif
- 88% des référents institutionnels évaluent leur niveau de connaissance du PRSE à un bon ou très bon niveau et ils sont tous capables de citer un objectif.

	Niveau de connaissance				Etes-vous capable de citer un objectif ?	
	Très	Bon	Moyen	Faible	Oui	Non
Ensemble	5	14	18	5	36	6
	12%	33%	43%	12%	86%	14%
Porteurs	2	7	10	1	17	3
	10%	35%	50%	5%	85%	15%
Référents institutionnels	3	4	0	1	8	0
	38%	50%	0%	12%	100%	0%

Tableau 5 : Niveau de connaissance du PRSE déclaré lors de l'enquête en ligne

Remarque : les répondants ont cité entre 1 et 4 objectifs chacun

La Figure 12 ci-dessous indique que l'objectif le plus cité est celui de la construction d'une culture commune en santé-environnement (Obj.2 cité 14 fois), viennent ensuite ceux de l'amélioration des connaissances de l'impact de l'environnement sur la santé et celui de la réduction des inégalités en santé environnement (Obj.3 et 4 cités 7 fois).

Les objectifs 8 et 9 relatifs à la réduction des inégalités SE liées aux conditions de travail et à la réduction des émissions de particules liés aux déplacements n'ont été cités qu'une fois. L'objectif 11 relié aux déchets dangereux n'a pas été cité lors dans l'enquête en ligne.

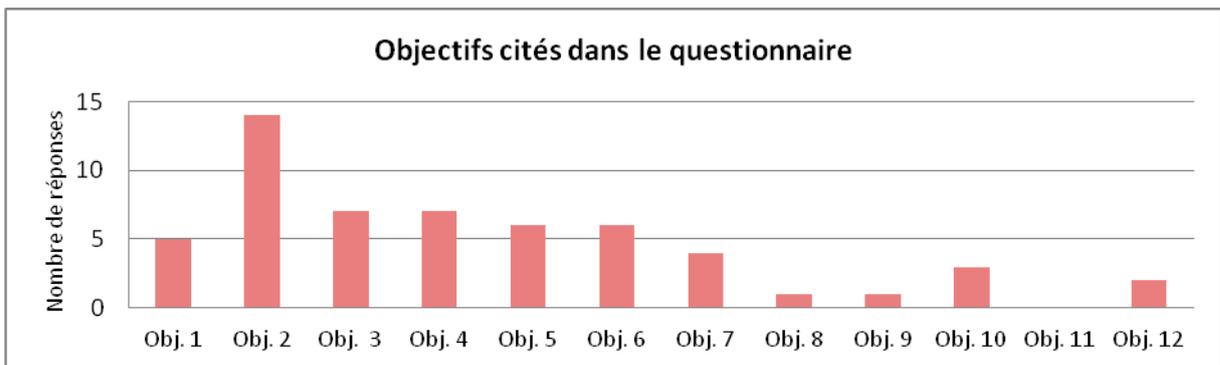


Figure 12 : Objectifs les plus connus d'après l'enquête en ligne

Sur l'ensemble des réponses au questionnaire, 9 citent des objectifs qui ne font pas partie du PRSE soit 21% des répondants.

Les objectifs cités par les porteurs sont majoritairement ceux dans lesquels s'inscrivent leurs actions, et plus généralement l'activité de leur organisme. Les mutuelles citent la réduction des inégalités et la construction d'une culture commune, les associations axées sur l'environnement citent plutôt des objectifs liés aux risques environnementaux (réduire des risques, améliorer la qualité de l'eau). Les référents institutionnels ont un bon niveau de connaissance du programme et ceux qui ont participé à l'enquête sont en majorité, directement impliqués dans le PRSE.

Sous-question 2 : Les orientations du PRSE sont-elles reprises dans les autres plans ?

Lors de l'élaboration du programme, la volonté avait été affichée de faire du PRSE un document de référence pour les autres plans et programmes régionaux, afin que la santé environnementale soit prise en compte de manière transversale dans les politiques de santé et d'environnement. 9 plans avaient donc été reliés au PRSE lors de son élaboration. C'est le cas du plan régional santé travail (PRST), du plan régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), du schéma directeur d'aménagement et de gestion de l'eau (SDAGE), du plan de Lutte contre les Algues Vertes (PLAV), du plan Ecophyto relatif à la réduction de l'utilisation des produits phytosanitaires, du schéma régional climat, air, énergie (SRCAE), du plan régional de l'offre alimentaire (PROA), du plan national particules, programme régional pour l'agriculture biologique (PRAB), du programme régional d'élimination des déchets dangereux (PREED).

Parmi ceux-ci, 4 plans soit 44% mentionnent le PRSE. Le Schéma Régional Climat Air Energie, le Schéma Directeur d'Aménagement et de Gestion de l'Eau et le Plan Ecophyto citent le PRSE, et le Programme Régional Santé-Travail reprend explicitement les objectifs du PRSE (Figure 13). Le Projet Régional de Santé reprend, quant à lui, intégralement le PRSE en tant que programme mais sans qu'une réelle articulation ait été recherchée entre les objectifs du PRSE et les autres thématiques du PRS.

Ces 9 plans prennent en compte la dimension santé mais n'affichent pas le lien qui pourrait être fait avec le PRSE. A titre d'exemple, le plan de lutte contre les algues vertes (PLAV) ne fait pas référence au PRSE alors que la dimension santé y est abordée. Ce plan a été élaboré en sachant que les algues vertes ont un impact à la fois sur la santé et sur l'environnement, cependant les objectifs du PRSE ou ceux du PNSE n'y sont pas repris. Il est considéré comme un plan à part entière, visant à atteindre ses propres objectifs. Ces 2 plans (PRSE et PLAV) étaient en cours d'élaboration au même moment, ce qui peut également expliquer pourquoi le PRSE n'est pas cité dans le PLAV.

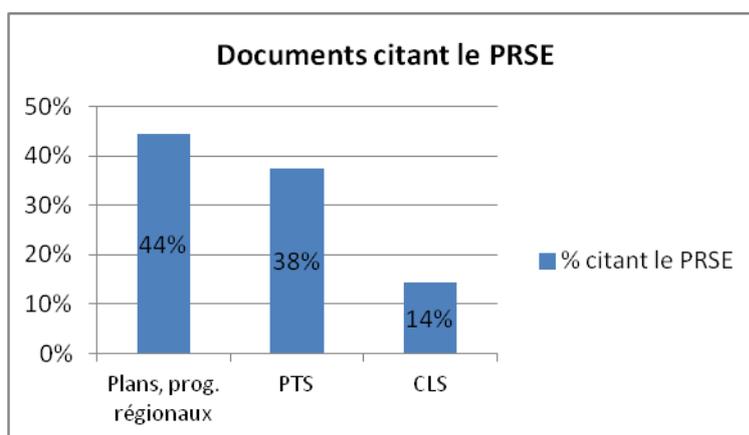


Figure 13 : Documents de planification reliés au PRSE

La loi HPST de 2009 prévoit la déclinaison locale du PRS par la mise en place des Programmes Territoriaux de Santé (PTS) et des Contrats Locaux de Santé (CLS). Les PTS, au nombre de 8 ont été signés en avril 2013. L'un d'entre eux intègre une action de santé-environnement, et deux autres affichent la volonté de travailler sur cette thématique. Concernant les CLS, 14 sont en cours d'élaboration ou signés et seulement 2, soit 14%, abordent la thématique santé-environnement en lien avec le PRSE. Ainsi, L'intégration des enjeux de santé-environnement dans les programmes de santé locaux (PTS et CLS) n'est pas systématique.

Les difficultés à articuler le PRSE avec les autres plans peuvent s'expliquer par des calendriers d'élaboration des programmes qui ne permettaient pas l'articulation

(programmes élaborés avant ou en parallèle du PRSE). Les liens entre le PRST et le PRSE sont plus forts puisque la direction Santé-Environnement de l'ARS a participé à son élaboration.

La difficulté de coordination peut également s'expliquer par des objectifs parfois contradictoires entre les plans (par exemple l'amélioration de la qualité de l'air intérieur incite à aérer les pièces de vie et va à l'encontre des économies d'énergie). De plus, les modes d'intervention des partenaires diffèrent souvent notamment entre les acteurs de l'environnement et ceux de la santé, d'où la difficulté à travailler ensemble.

Sous-question 3 : Le suivi des actions des autres plans est-il effectif ?

Dans le programme d'actions du PRSE figure le suivi de 9 plans portant des actions en lien avec la santé environnementale.

Le suivi du PREED se fait par le CR, celui du SRCAE par la DREAL, le PRST est porté par la DIRECCTE et Ecophyto par la DRAAF. Les acteurs impliqués dans ces plans et ceux du PRSE sont amenés à travailler ensemble dans le cadre des réunions des groupes de travail transversaux. Cependant, le cloisonnement entre les services au sein de ces institutions fait qu'il n'y a pas de suivi des plans au quotidien, les personnes impliquées dans le PRSE n'étant pas les mêmes que celles qui le sont dans les autres plans. A titre d'exemple, le SRCAE est porté par le service « climat énergie, aménagement, logement » de la DREAL et le PRSE par le service « prévention des pollutions et des risques ».

Un point sur l'avancement de ces actions a été réalisé dans le cadre du bilan 2011 et de l'évaluation à mi-parcours.

Sous-question 4 : Y-a-t-il des modalités de coordination permettant un lien entre les équipes en charge des différents plans ?

Trois modes de coordination ont pu être identifiés.

D'une part, des groupes de travail transversaux ont été mis en place dans le cadre du PRSE

1. Le groupe de coordination des politiques, auquel participent des acteurs institutionnels, se réunit environ tous les 2 mois et est l'instance de suivi du PRSE (aussi appelé comité

technique). Les groupes « Construire une culture commune en SE » et Etudes-recherche, intègrent quant à eux différents partenaires, institutionnels, associatifs, experts.

D'autre part, la coordination des différents plans et programmes passe également par la mise en place d'actions communes à différents services de l'Etat : ARS-DREAL, ARS-DIRECCTE, ARS-DRAAF. Ces actions communes favorisent les échanges et rapproche les acteurs, contribuant ainsi au développement d'une culture commune, ou, tout du moins à la diffusion des enjeux de santé-environnement dans les services de l'Etat.

Enfin, la participation des pilotes du PRSE, lors de l'élaboration des autres plans, permet aussi de renforcer et d'afficher clairement les liens (ex : participation l'ARS lors de l'élaboration du PRST, même si, pour la mise en œuvre des actions, les 2 plans évoluent en parallèle).

Réponse à la question 4 : Le PRSE joue-t-il effectivement son rôle de document de référence et d'orientation des politiques ?

Les porteurs de projet ont une visibilité partielle sur le PRSE, la moitié d'entre eux considèrent que leur niveau de connaissance du programme est moyen. En fait, comme pour le niveau d'implication des acteurs (question évaluative 3), le degré de connaissance du PRSE dépend du type d'acteur. S'ils participent au COPIL, ou aux groupes de travail transversaux, leur vision du PRSE est plus globale, c'est-à-dire qu'ils connaissent l'ensemble des acteurs impliqués et des enjeux que porte le PRSE.

Il est intéressant de noter que l'objectif le plus cité est celui du développement d'une culture commune, peut-être indicateur de la difficulté à mobiliser le grand public et à impliquer des acteurs qui portent au premier plan d'autres intérêts que ceux de la santé. Les autres objectifs les plus cités sont les objectifs transversaux. Au contraire les objectifs plus orientés sur un aspect ciblé de la thématique Santé-Environnement, semblent peu connus, probablement parce qu'ils concernent moins d'acteurs.

Le PRSE comprend en effet un nombre conséquent d'objectifs, intégrant des thématiques différentes dans lesquelles s'intègrent les actions. Le PRSE permet donc de donner un cadre à ces actions qui visent toutes à améliorer l'état de santé en améliorant la qualité de l'environnement. Les associations et les mutuelles se réfèrent très souvent au PRSE

lorsqu'elles mettent en place leurs actions. Il leur confère une légitimité à agir sur la thématique Santé-Environnement.

Le PRSE a été rédigé dans la perspective d'être positionné comme un document de référence puisqu'il reprend 9 plans et programmes régionaux et il affiche explicitement la volonté de suivre leurs actions en lien avec la santé. Ces plans, quant à eux, ne reprennent pas les objectifs du PRSE (il est parfois cité en élément de contexte), bien que les équipes en charge des différents plans assurent un lien avec le PRSE au travers des groupes de travail et du COPIL, il n'y a pas de véritable coordination entre tous ces plans.

L'implication du Conseil Régional en tant que pilote du PRSE favorise la prise en compte de la thématique Santé-Environnement dans les autres politiques régionales et permet de toucher le public des jeunes par la mise en place d'actions visant les lycéens. L'intégration du Conseil Régional était recommandée par la circulaire des ministères de l'écologie, de la santé et du travail du 16 octobre 2008. Aujourd'hui, le Conseil Régional copilote le PRSE dans 6 régions en France.

Dans le PRSE, la principale action spécifique à l'objectif de réduction des inégalités de santé environnement est la territorialisation du programme régional. Cependant, le PRSE est faiblement repris dans les PTS et les CLS. Les représentants de la prévention, promotion de la santé et du domaine santé-environnement sont minoritaires par rapport à ceux du monde du soin ou du champ hospitalier dans les conférences de territoire (en charge de l'élaboration des PTS). Ils ont donc des difficultés à diriger les discussions vers cette thématique, et ne se reconnaissent pas dans celles qui y sont abordées. Lors d'une réunion de la Commission spécialisée prévention de la CRSA et des représentants du Collège 3 (prévention, promotion de la santé, de l'environnement et de la lutte contre la précarité) des conférences de territoire, des propositions concrètes avaient été formulées pour favoriser la prise en compte des enjeux de prévention et promotion de la santé, de la santé environnementale et de lutte contre la précarité dans les conférences de territoire¹⁷. Cependant, comme le relève l'association Eaux et Rivière de Bretagne dans une prise de position diffusée lors du comité de pilotage du PRSE du 17 mai 2013, ces demandes n'ont pas été prises en compte par la suite.

¹⁷ Compte rendu de la commission spécialisée prévention et des représentants du collège 3 des conférences de territoire du 3 mai 2012

La territorialisation du PRSE permettrait de diffuser les enjeux de santé-environnement de manière transversale dans toutes les politiques publiques. Elle nécessite cependant l'implication des élus locaux. A titre d'exemple, le CLS de Rennes a récemment été signé. Il inclut la dimension santé-environnement. Parmi les actions inscrites dans ce CLS figurent certaines actions du PRSE, par exemple la conduite d'une évaluation d'impacts sur la santé appliquée à la restructuration de la halte ferroviaire Pontchaillou, à Rennes, qui s'inscrit dans l'action 12A du PRSE. Cette action constitue une expérience unique en France, dans le champ de l'urbanisme.

Les moyens alloués au PRSE ne lui permettent pas de s'imposer aux autres programmes régionaux. Ce programme ne constitue pas un outil règlementaire (il n'est pas opposable), pas un outil budgétaire, ni une injonction en plus des autres plans. La participation des services de l'Etat lors des COPIL permet malgré tout une diffusion des enjeux de SE dans les différentes administrations.

Ainsi, le PRSE est considéré par les acteurs à la fois comme un outil de communication à destination des associations, qui permet de faire remonter des problématiques de santé environnement, et comme un outil de planification qui permet de mettre en place des actions visant à long terme à sensibiliser la population sur ces enjeux et qui sont donc difficiles à évaluer. Mais il n'est pas considéré comme un document d'orientation des politiques, et il manque de visibilité politique notamment du fait de l'absence d'objectifs de résultats quantifiés.

Question 5 : Dans quelles mesures les recommandations du PRSE1 concernant la mise en œuvre du PRSE2 ont-elles été prises en compte ?

Sous-question 1 : la composition du comité de pilotage a-t-elle été élargie ?

Lors de l'évaluation du PRSE1, la recommandation d'élargir la composition du comité de pilotage avait été formulée.

Lors du premier PRSE, le programme était exclusivement piloté par des services de l'Etat. Le comité de pilotage du PRSE 2 a été élargi, avec la participation de collectivités territoriales et d'associations (Figure 11 p. 55 et Tableau 6 ci-dessous). A ce jour, le COPIL est composé de 19 structures dont 9 structures de l'Etat ou établissements publics, 4 associations, 3 collectivités. 2 élus participent aux réunions du COPIL (Cf. question 3 sous-question 4 p.53).

Structure		Structure	
SGAR*	Etat	DRAAF*	Etat
CR*	Collectivité	DREAL*	Etat
ARS*	Etat	IREPS	Association
Bretagne vivante	Association	MCE	Association
CARSAT	Etat	ORS*	Association
CESER	Autre	Rectorat	Etat
CG 29	Collectivité	Univ Rennes 1-CNRS	Etab. Public
CIRE*	Etab. Public	Ville de Brest	Collectivité
CISS	Association	Ville de Rennes	Collectivité
DIRECCTE*	Etat		

Tableau 6 : Membres du COPIL

La circulaire nationale relative au lancement des travaux d'élaboration des PRSE2 recommandait la présence des élus, des associations, des représentants d'employeurs et de salariés ainsi que du monde économique. Le seul représentant du monde économique dans le COPIL est le CESER (Conseil Economique, Social et Environnemental Régional). Il est constitué de représentants de la vie économique, sociale et culturelle et émet des avis sur les questions d'intérêt régional.

L'animation du PRSE a également changé puisqu'elle était impulsée par la DRASS et la DRIRE (Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement) lors du premier PRSE, et est maintenant à la charge de l'ARS, de la DREAL et du Conseil Régional. Le nombre de signataires du PRSE a aussi évolué puisqu'à la signature du Préfet de Région sont venues s'ajouter celles du Président du Conseil Régional et du Directeur Général de l'ARS.

Sous-question 2 : les missions du comité de pilotage ont-elles été redéfinies (évolutivité du PRSE, rôle évaluatif renforcé, retour d'information accentué) ?

L'ouverture du COPIL à des acteurs non institutionnels a entraîné une évolution de son fonctionnement par rapport au PRSE1. La mise en place d'un groupe de travail de coordination des politiques aussi appelé comité technique (COTECH), plus restreint que le COPIL, permet d'aborder les questions pratiques liées à l'avancée du PRSE. Les membres du COTECH sont identifiés par un astérisque dans le Tableau 6 ci-dessus. Le COPIL est régulièrement informé par e-mail de l'issue des réunions du COTECH et de celles des autres groupes de travail transversaux. Il est parfois sollicité pour contribuer aux ordres du jour des réunions du COPIL, pour un avis sur des documents de travail, et récemment pour un avis sur l'organisation des ateliers à mi-parcours qui auront lieu à l'automne 2013. Les retours de la part des membres du COPIL sont généralement faibles.

Le COPIL se réunit une fois par an, il permet de valider et d'ouvrir la discussion sur les réflexions menées en COTECH en présence de tous les types d'acteurs du PRSE (associations environnementales, de promotion de la santé, collectivités, Etat...).

Le retour d'information sur l'avancement du PRSE a progressé avec la mise en place d'un site internet PRSE, de la newsletter et d'un tableau de bord regroupant 10 indicateurs (cf. question 3).

Le second PRSE est plus évolutif que le précédent, d'une part en raison de l'intégration d'un appel à projets permettant l'apport de nouvelles actions chaque année. Il a notamment permis de mettre en place une action de surveillance de l'ambrosie en Bretagne (plante envahissante dont le pollen est très allergisant), qui n'avait pas été inscrite dans le PRSE.

D'autre part, avec la mise en place de l'évaluation à mi-parcours (alors qu'une seule évaluation avait été réalisée à la fin du premier PRSE), qui soulève la question des

problématiques émergentes et des objectifs à renforcer pour la suite du PRSE2 et à plus long terme pour le prochain programme. Cette évaluation à mi-parcours se déroule en 2 temps, la rédaction d'un rapport d'évaluation après une enquête auprès des acteurs, suivie de la mise en place des ateliers participatifs avec ces acteurs prévus à l'automne 2013 (à l'image des ateliers thématiques mis en place lors de l'élaboration du PRSE).

Sous-question 3 : la cohérence du PRSE avec les autres plans a-t-elle été renforcée ? cf. question 4

De l'évaluation du PRSE1 est ressortie la recommandation suivante « Le PRSE II devra veiller à une meilleure articulation des actions dans les différents Plans, notamment avec le PRSP (actuel PRS), le PRQA (actuel SRCAE) et le PRST (démarches et actions à valoriser, compléter, conforter si nécessaire et ne pas dupliquer). »

Dans le PRSE2, les liens avec les autres plans environnementaux et de santé sont explicitement affichés en tant qu'action. Dans le premier PRSE, le paragraphe portant sur l'articulation des différents plans ne faisait que reprendre les principales orientations de ceux-ci. La volonté d'articuler les plans est mieux affichée dans le PRSE2. Dans la mise œuvre au quotidien, le lien entre ces plans et le PRSE n'est pas fait, en raison de calendriers différents, de modes d'interventions différents et du cloisonnement des services.

Sous-question 4 : la visibilité du PRSE c'est elle améliorée ? cf. question 4

Dans l'évaluation du PRSE1 était formulée la recommandation suivante : « La visibilité du PRSE est actuellement trop restreinte, il s'agit maintenant de l'élargir à l'ensemble des parties prenantes ainsi qu'au Grand Public : en augmentant et ciblant les informations, en élargissant la diffusion des bilans, en organisant des journées thématiques, en informant les collectivités locales et en œuvrant pour l'amélioration de la formation en Santé-Environnement des Professionnels de Santé. Des actions d'informations et de sensibilisation auprès du Grand Public sont également à mener : documents adaptés, s'appuyer sur les associations et les médias. »

Plusieurs outils de communication ont été mis en place pour le PRSE2. Il y a donc une meilleure visibilité mais des difficultés pour toucher le public cible persistent et de nombreux porteurs de projets ont une vision limitée du PRSE.

L'appel à projet contribue également à donner de la visibilité au PRSE auprès des porteurs et leur permet de faire remonter les problématiques auprès des décideurs tels que le Conseil Régional, l'ARS et la Préfecture de Région. L'élargissement du COPIL contribue, toutes proportions gardées, à la diffusion de la culture Santé-Environnement.

Sous-question 5 : les moyens sont-ils davantage en adéquation avec les ambitions du programme ? cf. question 3

Les crédits alloués par l'ARS au PRSE2 ont augmenté par rapport au PRSE1, ce qui permet la mise en place d'un appel à projet et la mise en œuvre des actions programmées. L'implication est plus forte dans le PRSE au niveau du Conseil Régional et de la DREAL. Cependant, les moyens alloués au PRSE ne lui permettent pas de se positionner en tant que document de référence auprès des autres politiques publiques.

La question de la stabilité des montants attribués pour la suite du PRSE peut être posée.

Réponse à la question 5 : les recommandations issues de l'évaluation du PRSE1 concernant la mise en œuvre du PRSE ont-elles été prises en compte ?

Le pilotage du programme a effectivement été très élargi. Cet élargissement du COPIL va dans le sens de la gouvernance élargie impulsée par la démocratie sanitaire et également par le Grenelle de l'environnement. Néanmoins, peu de collectivités sont présentes dans le COPIL et il n'y a pas de représentant du monde économique hormis le CESER.

Le PRSE2 est plus évolutif que le précédent. Le retour d'information a été accentué avec la mise en place de nouveaux outils de communication, mais sa portée semble limitée aux acteurs les plus impliqués.

L'articulation des différents plans de santé et environnementaux a été mieux affichée dans le PRSE2 que dans le programme précédent. Cependant dans les faits, il n'y a pas de véritable suivi des actions des autres plans.

L'évolution de la visibilité du PRSE est difficile à mesurer. Il semblerait cependant que la mise en place de l'appel à projet, le développement des outils de communication PRSE et l'ouverture du COPIL à des acteurs non institutionnel ait contribué à une meilleure visibilité du programme et surtout à une diffusion des enjeux en Sant-Environnement.

Les moyens alloués au PRSE2 ont augmenté. Cependant les ambitions du programme sont passées de la mise en place d'actions régaliennes à celles bien plus large de réduction des inégalités, construction d'une culture commune, et développement de la recherche sur les problématiques liées à la santé environnementale. Il semblerait que les moyens soient faibles au regard de ces objectifs de grande ampleur, puisqu'ils ne permettent ni sa déclinaison au niveau local, ni d'assurer la transversalité de la thématique dans les autres politiques. Le PRSE a tout de même permis de fédérer bon nombre d'acteurs régionaux, en particulier de l'Etat, des collectivités et des associations, autour de la thématique Santé-Environnement.

Les principaux points forts	Les principaux points faibles
<ul style="list-style-type: none"> - La prise en compte de l'enjeu santé environnement et son affichage en tant que priorité - La stimulation de partenariats - La valorisation d'actions (surtout pré-existantes) et leur mise en cohérence sociétale - La qualité de l'état des lieux - Des priorités globalement en adéquation avec les problématiques régionales (sauf légionelle) - La lisibilité du document 	<ul style="list-style-type: none"> - PRSE trop administration-centré, peu d'implication des collectivités - Peu d'appropriation globale du programme (acteurs ayant souvent une vision parcellaire et monothématique) → Difficultés à évaluer la cohérence et la pertinence d'ensemble des actions - Pas assez de retour d'information aux acteurs de terrain ; PRSE mal connu à l'extérieur (grand public en particulier) → vulgarisation à améliorer - Thèmes et données manquants à l'état des lieux - Manque de réactivité face aux problématiques émergentes - Complexité de l'articulation avec les autres plans compte tenu de leur nombre

Tableau 7 : Points forts et points faibles issus de l'évaluation du PRSE1

Bien que les recommandations de l'évaluation du PRSE1 aient été prises en compte, un certain nombre de points faibles qui avaient été identifiés sont encore, à mi-parcours du PRSE2, des points à améliorer (en gras dans le Tableau 7 ci-dessus).

Question 6 : Le PRSE doit-il renforcer certains de ses objectifs ?

Sous-question 1 : les actions menées sont-elles cohérentes avec les objectifs ?

La réalisation du modèle logique de l'intervention à partir du programme d'actions permet de modéliser le lien de causalité entre les actions et leurs résultats. Cette modélisation a été réalisée à partir du programme d'actions du PRSE, les actions issues des appels à projet n'ont pas été prises en compte. Elle est théorique puisque peu d'actions sont terminées à ce jour et les résultats de celles-ci auront un impact à moyen ou long terme, en particulier pour les actions de sensibilisation de la population. La synthèse de ce modèle dans un schéma permet de vérifier si les actions répondent aux objectifs fixés (voir annexe 3).

Par exemple, les actions de communication permettent la prise en compte des enjeux de santé-environnement dans le comportement au quotidien de la population, répondant ainsi aux objectifs de réduction des risques, de construction d'une culture commune en santé environnement avec les Bretons, et de réduction des inégalités santé environnement. L'objectif de réduction des inégalités étant transversal, de nombreuses actions de sensibilisation du PRSE visent à changer les comportements des publics démunis. Cependant l'atteinte de cet objectif nécessite que les actions soient accompagnées afin que tous les critères permettant la réussite des actions de promotions de la santé soient pris en compte.

En effet, il ne s'agit pas uniquement de sensibiliser les individus en leur apportant des connaissances, mais également de veiller à ce qu'ils comprennent et adhèrent à l'information. Pour obtenir un changement de comportement, il faut également que l'individu soit convaincu que les solutions proposées sont efficaces et que les contraintes induites sont compensées par cette efficacité. La démarche de promotion de la santé doit également développer la confiance en soi et en sa capacité à mettre en œuvre les solutions proposées. Enfin, pour être efficaces, les actions de promotion de la santé doivent s'adresser à des individus disposés au changement¹⁸. La promotion de la santé vise donc davantage à augmenter la capacité des populations à agir pour leur santé, que l'apport de connaissances "scientifiques" en SE, ce qui implique en particulier la participation directe de la population aux projets.

¹⁸ Modèle des croyances de santé HBM-Rosenstock, 1974

Les actions portant sur la mise en place d'études ont pour but d'améliorer la qualité des actions en santé-environnement par l'amélioration des connaissances, permettant ainsi de réduire les expositions à risque mais aussi de faciliter la mobilisation des acteurs sur les enjeux de SE.

Sous-question 2 : la mise en œuvre des actions est-elle équilibrée selon les différents objectifs ?

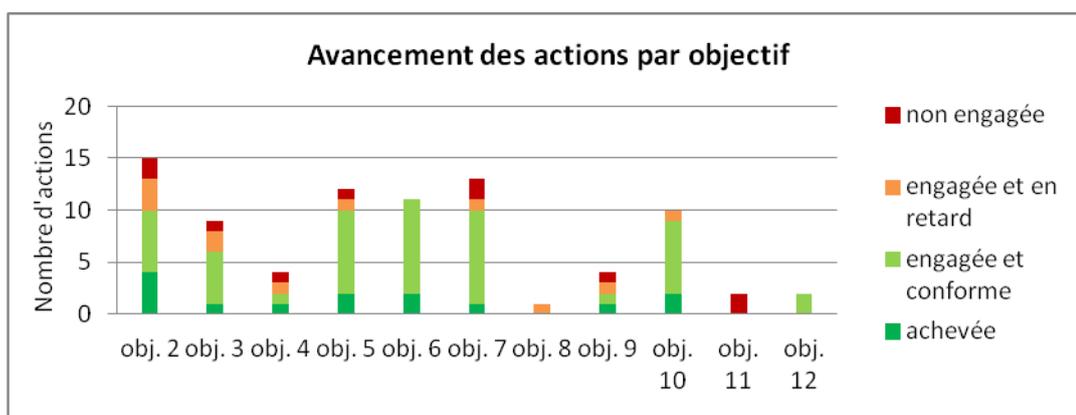


Figure 14 : Etat de l'avancement des actions par objectif à mi-parcours

Il existe une grande hétérogénéité dans le nombre d'actions associées à chaque objectif du PRSE (Cf. question 1), du fait de l'existence d'un autre plan (ex : objectifs 8, 9, 11), de l'aspect nouveau/novateur de l'objectif (ex : 4, 12), ou de son caractère transversal à l'ensemble des actions (ex : 1).

Les objectifs 2, 5, 6 et 7 comprennent en revanche beaucoup d'actions. Les associations sont bien impliquées sur ces objectifs (en dehors de l'objectif 5) qui visent la population. De nombreuses actions qui contribuent à l'atteinte de ces objectifs ont donc été financées dans le cadre de l'appel à projet. L'objectif 5 correspond à l'amélioration de la qualité de l'eau, problématique majeure de santé-environnement en Bretagne, principalement financée par le PITE.

D'après l'enquête en ligne, 60% des porteurs et 88% des référents institutionnels pensent que des objectifs sont à renforcer. 40% des porteurs n'ont pas d'avis sur la question, ce qui peut indiquer le manque de visibilité sur le PRSE et sur son état d'avancement (Tableau 8 ci-dessous).

L'objectif à renforcer majoritairement d'après l'enquête en ligne serait celui de la réduction des inégalités en santé environnement, cité dans près de la moitié des réponses (Figure 15 ci-dessous).

Les objectifs 8, 9 et 11 ne sont pas cités mais ils renvoient vers d'autres plans. Les objectifs 5 et 6 ne sont pas cités non plus mais plusieurs actions sont mises en œuvre pour y répondre et leur état d'avancement est satisfaisant.

	Y a-t-il des objectifs à renforcer ?			Y a-t-il de nouvelles problématiques à prendre en compte ?		
	Oui	Non	Ne sait pas	Oui	Non	Ne sait pas
Ensemble	24	3	15	17	8	17
	57%	7%	36%	40%	19%	40%
Porteurs	12	0	8	9	4	7
	60%	0%	40%	45%	20%	35%
Institutionnels	7	1	0	7	1	0
	88%	13%	0%	88%	13%	0%

Tableau 8 : Réponses à l'enquête en ligne concernant le renforcement des objectifs et les problématiques émergentes

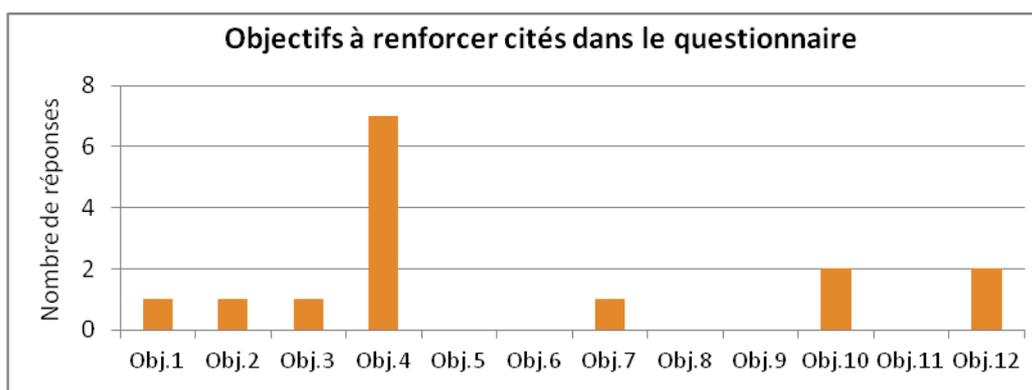


Figure 15 : Objectifs à renforcer d'après l'enquête en ligne

Ainsi, le principal objectif à renforcer est celui de la réduction des inégalités en santé environnement (obj.4), par la prise en compte de la thématique SE dans les PTS, CLS et agenda 21, ainsi que dans le PRAPS. A ce jour aucun lien n'est explicitement fait entre le PRSE et le PRAPS.

Les inégalités sont également un enjeu important du PNSE2, puisque l'un des 2 grands axes du plan y est consacré. Elles se sont donc situées au centre de l'audition du HCSP menée dans le cadre de l'évaluation du PNSE2, au cours du premier semestre 2013.

Sous-question 3 : Y-a-t-il des problématiques émergentes à prendre en compte pour la fin du PRSE2 ?

D'après l'enquête en ligne et les entretiens, 45% des porteurs et 88% des référents pensent que des problématiques émergentes sont à prendre en compte pour la suite du PRSE.

Une grande diversité de problématiques a été citée dans le questionnaire. Celles qui reviennent le plus sont liées aux ondes électromagnétiques et aux rayonnements ionisants. L'impact des résidus médicamenteux dans les eaux, les nanomatériaux ainsi que le développement de l'ambrosie (plante envahissante dont le pollen est très allergisant), sont également cités. Certains répondants ont mentionné des problématiques déjà prises en compte dans le PRSE.

Les nouveaux enjeux cités sont des enjeux nationaux et devraient être pris en compte à cette échelle. Ainsi, la thématique des nanomatériaux est abordée dans le PNSE2 à travers une action visant à renforcer la veille, l'expertise et la prévention des risques sur les nanomatériaux. Elle n'a pas été déclinée formellement mais elle est reprise dans l'une des actions du PRST, concernant la mise en place d'une veille sur les risques liés aux nanotechnologies, dans le cadre d'expositions professionnelles. Cette action présente un retard à l'avancement (cf. tableau bilan d'avancement par action en annexe 7).

Réponse à la question 6 : Le PRSE doit-il renforcer certains de ces objectifs ?

L'analyse de l'avancement du PRSE par objectif est difficile en raison du renvoi de plusieurs objectifs vers d'autres plans, de la transversalité de certains objectifs, et enfin, parce que certaines actions contribuent à plusieurs objectifs mais elles ne sont inscrites que dans l'un d'entre eux.

Cependant, d'après l'ensemble des éléments, l'objectif le moins avancé est celui de la territorialisation du PRSE inclus dans l'objectif 4 de réduction des inégalités en SE.

Sont également à renforcer le suivi des actions des autres plans dans le cadre du PRSE, on peut notamment relever la non prise en compte du PRSE dans le PRAPS. Les liens entre le PRSE et le PRST sont à maintenir et à renforcer. L'objectif 8 (réduire les inégalités de santé environnement liées à la précarité et aux conditions de travail) avait été inscrit en raison de la difficulté à retracer les expositions professionnelles des travailleurs précaires

dont les carrières professionnelles sont hachées entre des expériences dans diverses structures, et cette problématique est toujours d'actualité.

Le faible nombre d'actions et le faible budget alloué à l'objectif 12 du PRSE peut-être relevé. Cet objectif novateur vise à ce que l'urbanisme, l'aménagement et le cadre de vie soient pris en compte comme des déterminants de la santé. Il n'était pas pris en compte dans le PRSE1 et n'est pas inclus dans le PNSE2. Lors de l'inscription de cet objectif dans le PRSE, le but était d'introduire cet aspect dans un plan de santé, au-delà de l'aspect réglementaire déjà présent. Les actions inscrites dans cet objectif étant bien avancées, la prise en compte de la dimension santé dans les projets d'urbanisme est à maintenir.

Des problématiques émergentes préoccupent les partenaires du PRSE, en particulier celles relatives aux champs électromagnétiques. La prise en compte de problématiques émergentes ne doit cependant pas se faire au détriment des objectifs déjà inscrits dans le PRSE.

ANALYSE REFLEXIVE

I. Quelle place occupe le domaine Santé-Environnement dans la politique de santé de l'ARS ?

La loi HPST a donné l'opportunité d'inclure la thématique Santé-Environnement dans la politique régionale de santé en renforçant la cohérence du système de veille et d'alerte et en donnant plus d'importance à la prévention dans la politique de santé régionale. Cette loi donne ainsi les fondements pour le développement de comportements favorables à la santé¹⁹.

1) Quels sont les liens entre le PRSE et le PRS ?

Dans la circulaire du 27 janvier 2010 du Secrétaire Général des ministères chargés des affaires sociales et du Directeur Général de la Santé, 2 enjeux sont pointés concernant l'élaboration et la mise en œuvre du PRSE :

- Mettre en synergie le PRSE avec le schéma régional de prévention et envisager ses déclinaisons territoriales grâce aux outils de la loi HPST
- Intégrer les préoccupations environnementales dans l'organisation des soins et la formation des professionnels

En Bretagne, lors de l'élaboration du PRS, les équipes de Santé-Environnement ont été associées à la conception du SRP. La thématique Santé-Environnement est principalement intégré au volet PPS du SRP mais pour des raisons de moyens limités, le volet VAGUSAN a été peu investi. En revanche, les équipes Santé-Environnement n'ont pas été intégrées à l'élaboration du SROS ni du SROMS. Le second point de la circulaire de 2010 n'a pas été pris en compte lors de l'élaboration du PRS. Il y a donc peu de diffusion des préoccupations en santé environnementale de façon transversale au sein de l'ARS Bretagne.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé entre l'Etat et les ARS définit les 3 priorités nationales des PRS (améliorer l'espérance de vie en bonne santé, promouvoir l'égalité devant la santé, développer un système de santé de qualité, accessible et efficient) desquelles sont issues des indicateurs nationaux. Parmi ceux-ci, 2 sont liés au domaine Santé-Environnement, ils concernent la qualité de l'eau et la qualité de l'habitat

¹⁹ Rapport IRDES Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoires, 2012

en lien avec la politique nationale de lutte contre l'habitat indigne. Ces deux indicateurs sont très limités par rapport à la transversalité de la thématique Santé-Environnement. En Bretagne, ce sont ces indicateurs qui ont été repris pour le tableau de bord du suivi du PRS, un indicateur supplémentaire a été ajouté concernant la qualité des eaux de baignade. Le PRSE est donc peu représenté dans le tableau de bord du PRS.

Celui-ci a malgré tout été intégré en tant que programme du PRS, alors qu'il ne fait pas partie des programmes obligatoires. De plus, la volonté de cohérence entre le PRSE et le PRS est rappelée dans le PRSE, dans un paragraphe portant sur la coordination des différents plans. Finalement, ce programme est davantage juxtaposé au PRS que réellement intégré à celui-ci.

Les acteurs de la démocratie sanitaire, en particulier la CRSA, semblent pourtant intéressés par le domaine Santé-Environnement, puisqu'à la demande des commissions spécialisées prévention et droits des usagers, une présentation du PRSE avait été faite lors de sa signature. Il s'en est suivi une présentation annuelle sur l'état d'avancement. Cependant, au sein du collège des acteurs de la prévention, un seul siège est occupé par une association impliquée dans la thématique Santé-Environnement, au titre des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé. Il est occupé par l'association Eaux et Rivières de Bretagne, qui participe également au comité de pilotage du PRSE. La prise en compte très limitée des enjeux de Santé-Environnement peut notamment s'expliquer par la composition de la CRSA.

Dans le cadre de l'élaboration des PRSE2, un autre groupe pluri-collégial a été mis en place, il s'agit du GRSE, où sont représentés plus fortement les acteurs en santé-environnement. Celui-ci était l'instance d'élaboration du PRSE et il sera réuni à l'automne 2013 pour les ateliers à mi-parcours. Ces deux instances, CRSA et GRSE, travaillent de manière indépendante.

Dans quelques régions, telles que Provence Alpes Côte d'Azur, la thématique Santé-Environnement a été mieux intégrée au sein de l'ARS, par exemple les consultations médicales sur les pathologies environnementales ont été intégrées au SROS. Cependant, dans la majorité des régions, ni le PRSE, ni les enjeux de santé-environnement ne sont présents dans le SROS ni le SROMS. L'intégration des enjeux en santé-environnement au sein du SRP varie également selon les régions, ils ne sont parfois intégrés que sous l'angle de la sécurité sanitaire (volet VAGUSAN du SRP) ou bien uniquement sous l'angle

promotion de la santé. De plus, il existe des régions pour lesquelles le PRSE ne constitue qu'une déclinaison régionale du plan national. Certaines ARS ont donc moins associé leur équipe en charge du PRSE à l'élaboration du PRS que la Bretagne, et il existe actuellement 3 régions qui n'ont pas mis en place le PRSE2.

Ces différents profils régionaux s'expliquent d'une part, en raison de calendriers différents pour l'élaboration des PRSE2 selon les régions, ils ont été réalisées soit en amont de celle des PRS (dans la majorité des régions), en parallèle, ou a posteriori, d'autre part, les services Santé-Environnement ont été réorganisés différemment selon les régions lors de la mise en place des ARS, de plus, une grande liberté a été laissée aux régions par le niveau national pour l'élaboration et la mise en œuvre des PRSE.

La grande hétérogénéité interrégionale a probablement compliqué la coordination nationale et le suivi de la mise en place des politiques régionales en Santé-Environnement. Effectivement, en dehors de l'évaluation du PNSE2, réalisée courant 2013 et qui devrait rendre compte de ces disparités, aucun retour n'a été sollicité par le niveau national sur l'avancement des programmes régionaux. Un groupe de travail inter-ARS a été mis en place à l'initiative des ARS afin d'échanger sur les modalités de mise en œuvre des actions des différents PRSE. Les calendriers de mise en œuvre des programmes étant différents selon les régions, la question des modalités de déclinaison du prochain plan national peut être posée. Lors des rencontres nationales santé environnement de juin 2013, certaines régions semblaient rechercher un plus grand cadrage national, il s'agissait généralement des régions pour lesquelles les PRSE étaient les moins développés. Au contraire les régions les plus autonomes semblaient se satisfaire du faible cadrage national.

2) Dans quelle dimension les inégalités environnementales sont-elles intégrées dans la politique de santé de l'ARS ?

La charte de l'environnement (2005) a introduit l'égalité environnementale dans son article premier « chaque individu a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé ».

Cette notion est reprise dans le PNSE dont l'un des deux axes prioritaires est la réduction des inégalités environnementales. Cet axe est également repris dans l'objectif 4 du PRSE2 ainsi que de manière transversale dans tous ses objectifs.

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont reliées à de nombreux déterminants de la santé, qui par leur action synergique expliquent ces inégalités. Les expositions environnementales font partie des déterminants de la santé. Des groupes socio-économiquement défavorisés sont, en effet, souvent à la fois plus exposés à des nuisances et pollutions environnementales et plus sensibles aux effets sanitaires en raison d'un état de santé plus dégradé que d'autres catégories de population et d'un moindre accès aux soins²⁰. Ces inégalités prennent en compte des domaines très étendus tels que l'exposition aux risques naturels et techniques, la dégradation de la qualité de vie, ou encore la privation relative à certains biens et services communs.

Il existe 4 dimensions d'inégalités environnementales. D'une part les inégalités territoriales, issues des différences de qualité des territoires et de la répartition différentielle des groupes de population sur les territoires, ensuite les inégalités d'accès à l'urbanité et au cadre de vie, les inégalités par rapport aux nuisances et aux risques et enfin les inégalités dans la capacité d'action et d'interpellation de la puissance publique pour transformer le cadre de vie²¹. Dans le PNSE, seules les inégalités d'exposition et la différenciation des groupes de population, avec l'accent mis sur les populations sensibles (tels que les enfants ou les femmes enceintes) ont été intégrées dans l'objectif de réduction des inégalités environnementales. L'amélioration de la capacité d'action et d'interpellation, l'accès au cadre de vie ne sont pas pris en compte. Ainsi, au niveau national, l'approche promotion de la santé n'est pas intégrée de façon globale dans le PNSE.

La charte d'Ottawa élaborée en 1986 a défini la promotion de la santé en ces termes : « *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. [...] La santé est donc perçue comme un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.* »

²⁰ Expositions environnementales et inégalités sociales de santé, Séverine Deguen, Denis Zmirou, adsp .n°73 décembre 2010

²¹ Institut Français de l'Environnement, sous la direction de Marie Cugny-Seguin. Les inégalités environnementales. Editions Ifen, 2006

Au sein de l'ARS, la promotion de la santé est inscrite dans le PSRS comme un moyen de lutte contre les inégalités. Lors de l'élaboration des PRS, les consignes nationales²² précisait que le PSRS doit permettre de développer une approche globale (sur tous les déterminants), intégrée (aux différentes politiques) et continue (prévention, soins, médico-sociale) de la prévention. La prévention se décline dans les 4 volets d'intervention suivants : la promotion de la santé, l'éducation pour la santé, la prévention médicale et la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage.

Le volet promotion de la santé constitue un moyen de lutte contre les inégalités de santé, en agissant sur plusieurs déterminants. Il doit agir dans le but de changer le contexte social, politique, économique et les conditions de vie des personnes dans un sens favorable à leur santé. Il doit également donner aux personnes et aux groupes les moyens d'agir sur les déterminants de leur santé, c'est-à-dire tous les facteurs qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches. L'approche doit être transversale puisqu'elle doit agir sur les déterminants personnels tels que les habitudes de vie ayant un rapport avec la santé ; les déterminants environnementaux tels que la qualité de l'air, de l'eau, l'habitat ; les déterminants sociaux et économiques ; ainsi que sur les déterminants liés au système de santé tel que l'accès aux soins. Afin de réduire les inégalités, l'action en promotion de la santé doit être graduée en fonction des catégories socio-professionnelles, les résultats des actions visant la population générale tendent, en effet, à montrer qu'il existe un gradient social dans l'adoption de comportements favorables à la santé. Le risque des actions visant la population générale est donc d'accentuer les inégalités.

Ainsi, la prise en compte de la promotion de la santé en tant que levier d'action en Santé-Environnement est nécessaire à l'approche globale, intégrée et continue de la prévention. Le développement des approches de prévention et de promotion de la santé en santé-environnement devrait ainsi permettre dans le futur une meilleure prise en compte des inégalités sociales en santé-environnement. Leur réduction passera également par la prise en compte de la problématique à un niveau local.

²² Outil méthodologique pour l'élaboration des PSRS, ministères de la santé et du travail, octobre 2010

3) Quelle utilisation des outils de la loi HPST pour la déclinaison territoriale du PRSE?

Bien que la déclinaison territoriale du PRSE ait été programmée en tant qu'action visant à atteindre l'objectif de réduction des inégalités en santé-environnement, l'évaluation à mi-parcours du PRSE breton montre que le programme est faiblement décliné au niveau local. Cette territorialisation très limitée s'explique par une faible appropriation du PRSE dans les DT, ainsi que par une prise en compte insuffisante des enjeux de santé-environnement dans les outils de territorialisation de l'ARS.

Les missions régaliennes des services Santé-Environnement de l'ARS ne sont que partiellement inscrites dans le PRSE. Leur inscription aurait pu conduire à renforcer les liens entre les services et le PRSE, puisque les missions de contrôle et d'inspection sont le rôle de base de l'ARS en santé-environnement, et ainsi favoriser le développement du programme au niveau départemental. Cependant, ces missions régaliennes étant mises en œuvre au quotidien, leur inscription dans le PRSE n'a pas été choisie en Bretagne. Cela aurait pu contribuer à favoriser l'implication des services des délégations territoriales dans le PRSE et par conséquent dans le PRS.

La territorialisation du PRS est prévue par la loi HPST via la mise en œuvre des programmes territoriaux de santé. Les PTS sont élaborés par les conférences de territoire, présentes dans les 8 TS de la région. Elles sont constituées de 50 membres répartis en 11 collèges : établissements de santé ; services et établissements sociaux, médico-sociaux ; organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité ; professionnels de santé libéraux ; centres de santé, maison de santé, pôles et réseaux de santé ; établissements assurant les activités de soins à domicile ; services de santé au travail ; et les associations d'usagers. Comme dans la CRSA, un seul représentant du domaine Santé-Environnement est présent dans les conférences.

En Bretagne, sept thématiques prioritaires ont été définies pour l'élaboration des PTS, il s'agit de la prévention et de la prise en charge des conduites addictives, de la prise en charge des personnes âgées, de la mise en œuvre de la permanence des soins ville/hôpital, de l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé, du développement des modes d'exercices collectifs et coordonnés, de la mise en œuvre d'une offre de soins territoriale, du développement d'outils de coordination et de décloisonnement des acteurs

en santé. Ainsi, la prévention et la promotion de la santé ne sont présentes qu'en lien avec les conduites addictives, et les problématiques reliées au PRSE ne sont que très faiblement reprises dans les thématiques des CT. De plus, leur composition ne favorise pas leur prise en compte. Le domaine Santé-Environnement est de ce fait faiblement inclus dans les PTS.

La loi HPST a également introduit les Contrats Locaux de Santé, établis entre les collectivités et l'ARS, ils permettent de mettre en œuvre le PRS à une échelle plus fine que les territoires de santé. Ils incarnent une dimension intersectorielle de la politique régionale sur ces territoires, y compris celle relevant du champ de la santé environnementale puisqu'ils permettent de toucher de nombreux déterminants environnementaux de la santé (urbanisme, habitat, qualité de l'eau...), tout en tenant compte des spécificités locales. Cependant peu de collectivités sont sensibilisées sur les enjeux de santé-environnement.

L'intégration des enjeux de santé-environnement dans les outils de territorialisation est hétérogène selon les régions, mais elle est généralement faible. Ainsi, une seule région intègre les enjeux de SE de façon systématique dans ses PTS et CLS. Dans la majorité des régions, les CLS intègrent seulement parfois ces enjeux. Certaines régions ont malgré tout élaboré un document régional sur les orientations du PRSE à inclure dans les CLS, à l'image d'un document existant au niveau national. En Bretagne d'importants efforts sont à mettre en place pour la territorialisation du PRSE.

Au niveau infrarégional, les actions de santé des ARS sont principalement menées sur les territoires de santé. La Bretagne a été découpée en 8 TS selon la répartition de l'offre de soin sur le territoire et principalement selon la répartition des hôpitaux. Les actions en promotion de la santé sont également mises en place à ce niveau territorial. Or celui-ci n'est utilisé que par les acteurs en santé. Les services SE des DT travaillent à un niveau départemental, souvent en collaboration avec le Préfet de département (ou bien par bassin versant, lorsqu'il s'agit de la politique de l'eau). Les directions régionales des autres ministères et les Conseils Généraux travaillent également au niveau départemental.

L'utilisation des TS pour mettre en place les actions de réduction des inégalités sociales de santé peut être un frein à l'approche transversale nécessaire à leur efficacité. La mise en place de ces actions implique de définir en concertation le niveau de territorialisation adéquat de l'action publique.

4) Quel niveau de coordination des politiques au sein de l'ARS ?

Le domaine Santé-Environnement se trouve à la fois en lien avec les ministères de la santé, de l'écologie mais également avec ceux de l'agriculture et du travail. L'intégration de Santé-Environnement dans les ARS permet de leur donner une ouverture aux autres politiques. La prise en compte de la santé dans toutes les politiques, impulsée par la déclaration d'Adélaïde²³, est une mission à laquelle doit contribuer l'ARS.

L'organisation des agences comprend une commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention (2C3P)²⁴. Elle a notamment pour rôle d'organiser l'appel à projet destiné à financer les actions de prévention et de promotion de la santé avec l'ensemble des contributeurs financiers. Celle-ci a une composition interministérielle puisque la DIRECCTE, la DREAL, la DRAAF ainsi que la DRJSCS et le Rectorat y sont représentées. Cependant sa composition implique majoritairement des acteurs de la santé. Les partenaires dont le cœur de métier n'est pas la prévention ont donc parfois du mal à s'intégrer au sein de cette commission. De plus, la 2C3P amène à l'ordre du jour bien souvent des enjeux d'ordre sanitaire ou médico-social, et la thématique Santé-Environnement y est peu abordée (en dehors d'un point d'information ponctuel, ou abordée lorsqu'un bilan budgétaire est réalisé). Par ailleurs le niveau de représentation institutionnel ne permet pas à cette instance d'être une réelle instance décisionnelle.

Le COTECH PRSE est un groupe de travail qui appartient à cette commission. Bien qu'une présentation de l'avancement du PRSE ait été faite devant la 2C3P en juin 2012, peu d'échanges ont lieu entre ces deux instances. Le domaine Santé-Environnement pourrait pourtant être un vecteur de la diffusion de la prise en compte des enjeux sanitaires dans les autres politiques de par son caractère intersectoriel.

II. Quel est le rôle de la préfecture de région dans le pilotage du PRSE et dans l'animation de l'interministériel ?

La préfecture de Région a pour rôle de s'assurer de la mise en place des politiques nationales en région. Elle a donc un rôle central dans la coordination des politiques régionales, qui portent parfois des objectifs opposés (politiques industrielles, agricoles,

²³ Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être. OMS 2010

²⁴ Décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé

environnementales, sociales). Le Préfet de Région préside le Comité de l'Administration Régionale (CAR) qui est l'instance collégiale où s'élabore la stratégie de l'Etat en région et où les moyens de l'Etat sont répartis en fonction des priorités. Il est constitué des Préfets de département, du Recteur d'académie, du DG ARS, et des 6 directeurs régionaux. Le CAR a contribué à l'élaboration du Programme d'Actions Stratégique de l'Etat (PASE) en Bretagne pour la période 2011-2013. Le PASE comprend à la fois une orientation relative à l'environnement, dont l'un des objectifs est d'améliorer la qualité des eaux, et une orientation visant à préserver et conforter la cohésion sociale et territoriale, comprenant un aspect santé (développement des maisons de santé pluridisciplinaires et accompagnement de la dépendance), cependant, le lien entre santé et environnement qui aurait pu être fait avec le PRSE, ne l'est pas.

Le rapport de l'IGAS sur la mise en œuvre de la politique de Santé-Environnement par les ARS (2011) mentionnait que « l'ensemble des acteurs accordent aujourd'hui un intérêt croissant aux risques sanitaires et à la protection de la santé des populations. C'est notamment le cas du corps préfectoral ». Cependant, l'autonomie des ARS donnée par la loi HPST induirait une expression plus retenue de la préfecture sur les enjeux sanitaires. La délégation du pilotage du PRSE à l'ARS par la Préfecture de région va également dans ce sens.

Les difficultés de coordination rencontrées au niveau régional sont probablement le reflet de difficultés nationales. L'administration de l'environnement s'implique de façon croissante dans les questions sanitaires, avec notamment la nomination de référents Santé-Environnement dans les DREAL. Le rapport de propositions pour un second PNSE, du professeur Gentilini en 2009, y faisait également référence, puisque selon lui, « *l'impact de la dégradation de l'environnement sur la santé est à la fois une des préoccupations majeures de santé publique et un thème écologique central* ». Le PNSE, à l'origine issu de la loi de santé publique de 2004, est aujourd'hui fortement imprégné de la dimension développement durable impulsée par le Grenelle. Ainsi, la thématique Santé-Environnement avait été citée par la ministre de l'écologie parmi les grands chantiers du ministère alors qu'il est absent de la stratégie nationale de santé et n'a pas été cité lors du discours du Premier Ministre à Grenoble en février 2013.

RECOMMANDATIONS

Cette évaluation à mi-parcours conduit à formuler 5 recommandations, dont 2 sont prioritairement à renforcer pour la suite du PRSE2 breton. Il s'agit d'une part de la prise en compte de l'environnement comme déterminant de la santé, et d'autre part, de la réduction des inégalités sociales de santé.

I. Renforcer la prise en compte de l'environnement comme déterminant de la santé par l'ensemble des acteurs

Il s'agit de développer l'approche de santé globale dans tous les services et administrations de l'Etat et des collectivités, et en particulier sur les plans environnementaux qui visent à réduire l'impact de l'environnement sur la santé mais sans approche globale de la santé.

1) Veiller à ce que les liens avec le PRSE soient explicitement inscrits dans les autres plans de santé et environnementaux

Pour les plans dont le lien est affiché, concrétiser la prise en compte d'objectifs communs par la mise en place d'actions communes. *Par exemple, pour renforcer les liens avec le plan Ecophyto, mettre en place une action en partenariat entre la DRAAF et l'ARS.*

Veillez en particulier à l'articulation du PREDD, dont l'élaboration est à venir, avec le PRSE.

Cette recommandation sur la coordination des politiques se retrouve dans l'une des propositions de recommandations faite aux ministères de la Santé et de l'Ecologie dans le cadre de l'évaluation du PNSE2 par le CGEDD : « mentionner les actions relevant du périmètre du PNSE et qui bénéficient d'une politique publique autonome. Ce qui doit conduire la gouvernance du PNSE3 à s'intéresser à leur cadrage, à leur déroulement et à leurs résultats ».

2) Renforcer le rôle de la Préfecture de Région pour mobiliser les services de l'Etat sur la thématique Santé-Environnement

Présenter le PRSE en Comité d'Administration Régionale où sont présents les Préfets de département, le Recteur d'académie, le DG ARS, et les 6 Directeurs régionaux.

Mieux intégrer le PRSE dans le PASE, dans l'hypothèse de sa reconduction en 2014, de façon à ce qu'il soit le lien entre le volet santé et le volet environnement.

Renforcer les liens entre le chargé de mission santé et le chargé de mission environnement de la Préfecture dans le cadre du suivi du PRSE.

3) Favoriser la transversalité entre les services du Conseil Régional sur la thématique santé

Impliquer un élu du Conseil Régional appartenant à la commission environnement dans le PRSE, ou comme dans la région Rhône-Alpes créer une unique commission regroupant santé et environnement.

4) Renforcer l'intégration du PRSE dans le PRS

- a. Prendre en compte les enjeux Santé-Environnement dans la politique de santé de manière transversale

Consolider la place de Santé-Environnement dans le Schéma Régional de Prévention : mobiliser les commissions spécialisées Prévention et Droit des usagers de la CRSA autour des enjeux de Santé-Environnement. *Par exemple en faire l'instance d'évaluation finale du PRSE.*

Soutenir la place de Santé-Environnement dans la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention de l'ARS, et en renforçant le lien avec le COTECH PRSE. *Par exemple en faisant des présentations régulières (annuelles) sur l'avancement du PRSE.*

Veiller à ce que les enjeux de Santé-Environnement soient pris en compte de manière transversale dans la politique de santé de l'ARS, au-delà du schéma régional de prévention : dans les SROS et SROMS. *Par exemple en intégrant les enjeux Santé-*

Environnement lors de la mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires, ou encore en inscrivant le développement des conseillers médicaux en environnement intérieur dans le SROS.

- b. Poursuivre l'intégration des enjeux de Santé-Environnement de façon transversale dans la direction de la santé publique de l'ARS

Consolider les liens entre Santé-Environnement et Prévention, Promotion de la Santé :

- Renforcer les liens entre PRAPS et PRSE afin que les inégalités soient prises en compte dans leur dimension la plus large possible. *Par exemple en mettant en place une action labellisée à la fois PRAPS et PRSE*
- Conforter le lien entre le PRSE et les domaines santé-nutrition et activité physique, ces 2 domaines se rapprochant des déterminants environnementaux de la santé. *Faire le lien, en particulier, avec l'objectif 10 du PRSE (encourager et accompagner la prise de conscience écologique, notamment le développement du bio).*

Renforcer le lien avec le volet VAGUSAN du SRP, en particulier sur le domaine de la veille et mettre en place les moyens humains nécessaires.

5) Mobiliser les professionnels de la santé

Développer les actions de formation à destination des professionnels de santé. Notamment se rapprocher de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) et des facultés de médecine, des Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), écoles de sages-femmes...

Mettre en place des actions ayant une approche populationnelle, permettant de mobiliser une diversité d'acteurs, à l'image de l'action de promotion de la santé environnementale pour les femmes enceintes qui implique associations, professionnels de santé, ARS.

Se rapprocher du milieu hospitalo-universitaire afin que la santé environnementale y soit reconnue (également mentionné dans les propositions de recommandation issues de l'évaluation du PNSE2). *Par exemple, redynamiser l'action de mise en place de conférences-débats à destination des professionnels de la santé, notamment sur la qualité de l'air intérieur en lien avec le développement des CMEI.*

6) Mobiliser les acteurs économiques

Renforcer les liens avec le CESER.

Mobiliser davantage les acteurs tels que la Chambre d'Agriculture, la Chambre des Métiers, ainsi que ceux qui disposent de leviers financiers comme l'Ademe et l'Agence de l'eau.

Au niveau national : mesurer le coût des pathologies liées à l'environnement, et estimer le bénéfice du développement de l'approche prévention et promotion de la santé afin de légitimer ce levier d'action auprès des acteurs économiques.

II. Renforcer l'objectif de réduction des inégalités en Santé-Environnement

1) Développer la territorialisation du PRSE :

- a) Mieux intégrer Santé-Environnement dans les politiques locales et dispositifs locaux de santé

Inclure un temps de débat sur la thématique Santé-Environnement dans les Conférences de Territoire. *Par exemple y faire une présentation du PRSE afin que les inégalités sociales de santé en soient une thématique prioritaire pour les prochains PTS.*

Veiller à inclure les enjeux Santé-Environnement dès le diagnostic préparatoire de l'élaboration des CLS.

Sensibiliser les Animatrices Territoriales de Santé, les chargés de mission des CT, les membres des comités de pilotage des CLS et PTS de l'ARS aux enjeux de Santé-Environnement, à leur dimension transversale, à l'approche prévention et promotion de la santé et l'importance de construire une culture commune en Santé-Environnement.

Favoriser auprès des chefs de projets CLS la diffusion du document national sur la prise en compte de Santé-Environnement dans les CLS, et le compléter le cas échéant par un document régional sur les orientations du PRSE à inclure dans les CLS.

Favoriser l'implication des acteurs en Santé-Environnement des DT sur les missions d'animation territoriale.

Au niveau national : mettre en place des formations destinées aux acteurs (services) locaux sur les inégalités sociales de santé et sur l'approche prévention et promotion de la santé, en intégrant la dimension Santé-Environnement.

Au niveau national : revoir la constitution des Conférences de Territoire afin que les acteurs PPS et SE aient plus de poids dans les décisions.

b) Mobiliser les acteurs politiques locaux (Etat, collectivités)

S'appuyer sur les agendas 21 des collectivités pour intégrer la thématique Santé-Environnement au niveau local.

Sensibiliser les Conseils de développement des Pays bretons à la thématique Santé-Environnement, dont les objectifs sont de renforcer le partenariat entre élus, milieux économiques, sociaux, culturels et associatifs.

Mobiliser les préfets de département sur les enjeux SE par un retour régulier sur des actions PRSE dans le cadre des CoDERST et en CAR.

Délocaliser certaines réunions PRSE afin de faciliter l'implication des élus locaux.

2) Mobiliser le grand public avec des actions en promotion de la santé, en ciblant prioritairement les publics démunis

Favoriser la mise en œuvre d'actions visant en particulier ces publics.

Développer les actions de co-construction de projets avec les habitants, à l'image du projet mené par la Ville de Brest

Accompagner le développement de la promotion de la santé dans le domaine SE pour améliorer la qualité des actions menées.

3) Renforcer le lien PRSE-PRAPS

Cf. la recommandation « Poursuivre l'intégration des enjeux de Santé-Environnement de façon transversale dans la direction de la santé publique de l'ARS » p.88.

III. Renforcer la coordination des acteurs

Mettre en commun les référentiels utilisés par les différents partenaires pour la mise en place d'actions. *Par exemple favoriser le partage des outils entre l'IREPS et le REEB sur les pratiques pédagogiques, les méthodes, les principes d'intervention, et élaborer des outils communs.*

Mettre en place des séminaires d'échanges de pratiques, au niveau régional et interrégional, pour améliorer la qualité des actions

IV. Renforcer la visibilité du PRSE

1) Visibilité politique

Mettre en place des actions de grande ampleur : élaborer une action phare qui donnerait à la fois de la visibilité politique et de la visibilité pour le grand public sur le PRSE.

Réaliser une enquête d'opinion pour évaluer l'efficacité du développement d'une culture commune, à l'issue du PRSE3 (ou à l'issue du PNSE3 si l'action est mise en place au niveau national).

2) Visibilité de l'ensemble des acteurs

Réfléchir avec l'ensemble des acteurs du PRSE à la stratégie de communication sur l'avancement du PRSE. *Par exemple présentation d'une action par un porteur de projet sur le site internet du PRSE tous les mois ou trimestres.*

Mettre en place la labellisation des actions PRSE (une réflexion est en cours à ce sujet).

Mettre en place un événement annuel regroupant l'ensemble des acteurs du PRSE, tel un « Forum Santé Environnement » (à l'image du forum régional santé environnement organisé par la DREAL et l'ARS PACA), en lien avec le séminaire d'échange de pratiques.

3) Visibilité du grand public

Réfléchir avec l'ensemble des acteurs aux moyens de communication sur le PRSE à destination du grand public.

Intégrer le PRSE dans la réflexion du groupe de travail des commissions spécialisées Prévention et Droits des usagers de la CRSA sur la communication sur les actions de prévention.

V. Autres points à renforcer

Développer la prise en compte de l'urbanisme comme déterminant de la santé.

Réfléchir à l'intégration des problématiques émergentes, en particulier celles liées aux champs électromagnétiques, dans le PRSE.

Améliorer la visibilité des acteurs sur les financements par la mise en place un financement pluriannuel. *Par exemple en intégrant le financement du PRSE dans le prochain Contrat Pluriannuel Etat-Région (engagement financier établi pour 7 ans, le CPER actuel couvre la période 2007-2013).*

Inclure le Conseil Régional dans l'appel à projet afin de faciliter la visibilité des crédits alloués aux actions Santé-Environnement et de cette façon, la visibilité des différents services impliqués.

CONCLUSION

La prise en compte des enjeux liés à la santé environnementale est indispensable à la réduction des inégalités sociales de santé, inscrite comme grande priorité nationale.

Alors que le domaine Santé-Environnement est vaste et qu'il implique une grande diversité d'acteurs, la diffusion transversale de ces enjeux nécessite un important travail partenarial entre les acteurs politiques et associatifs, les acteurs de la santé et de l'environnement, à un niveau national, régional et territorial. La diversité des partenaires induit une confrontation de représentations très variées de la santé environnementale.

C'est dans ce cadre que le PRSE vise à :

- Diffuser les enjeux Santé-Environnement auprès des acteurs politiques régionaux.
- Fédérer les actions dispersées des différents acteurs locaux mais également des différents services de l'Etat et assimilés.
- Elargir et diffuser l'approche de promotion et d'éducation à la santé environnementale afin de donner les moyens aux citoyens d'agir pour leur santé.

Cette approche de promotion de la santé n'est cependant prise en compte que par un petit nombre d'acteurs, la plupart des partenaires du PRSE ayant une vision des enjeux de Santé-Environnement ciblée sur une thématique particulière, et ne prenant pas en compte la santé dans sa globalité, comme définie par l'OMS (état de bien-être physique, mental et social).

La difficulté à prendre en compte la promotion de la santé environnementale s'explique du fait que le système de santé est majoritairement hospitalo-centré et basé sur une approche curative de la santé, d'où l'importance de diffuser les enjeux de Santé-Environnement à l'intérieur même des différentes directions et sous-directions de l'ARS.

Bien que de nombreux points d'amélioration soient ressortis de cette évaluation à mi-parcours, l'évolution du second PRSE breton par rapport au premier a permis d'une part d'ouvrir le pilotage à des acteurs non institutionnels, et d'autre part de développer des partenariats entre des acteurs peu habitués à travailler entre eux. Tout ceci a participé à la diffusion des enjeux de Santé-Environnement.

Retour réflexif personnel sur le stage

La réalisation de l'évaluation à mi-parcours du PRSE m'a donné une vision d'ensemble de la politique de Santé-Environnement menée en Bretagne. J'ai pu observer comment est mise en place une politique régionale, constater l'importance de la prise en compte des différents enjeux, parfois contradictoires, et la difficulté à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés. Mais j'ai surtout pu relever la plus-value apportée par le travail partenarial. De plus, j'ai eu l'occasion, durant ces 6 mois passés à l'ARS, de rencontrer plusieurs acteurs de la politique régionale et ainsi de connaître les modalités de coordination des politiques entre les différentes instances en charge de leur mise en place : ARS, Conseil Régional, Préfecture de Région. J'ai également pu constater que la prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé ne sont que faiblement prises en compte dans la politique de santé, comparativement à la dimension qu'occupe le domaine du curatif, même si cette dimension de la santé y est de plus en plus incluse, notamment par l'impulsion de l'OMS au niveau supranational.

Plus concrètement, la réalisation d'entretiens et d'une enquête en ligne ont été des exercices enrichissants puisque nouveaux pour moi, qui suis issue d'une formation dans le domaine de la biologie. L'analyse des résultats obtenus lors de l'enquête en ligne a nécessité un important investissement temporel, en raison du grand nombre d'acteurs ayant participé à l'évaluation et de la diversité des réponses obtenues. Cette année de formation à l'EHESP m'a aidée dans la réalisation de ce stage puisqu'elle m'a apporté les outils nécessaires à la conduite de ces entretiens, et plus largement à l'élaboration de la stratégie d'évaluation, lors de la spécialisation « évaluation des politiques publiques ».

Au-delà de la politique de santé-environnement, ce stage m'a donné l'occasion de connaître l'ensemble des acteurs de l'ARS Bretagne, en particulier ceux de la direction de la santé publique. L'encadrement dont j'ai bénéficié au sein de la sous-direction santé-environnement m'a amenée à réaliser ce travail dans une ambiance très agréable.

Le domaine de la santé-environnement m'a permis de faire le lien entre les compétences que j'ai acquises au cours de ma formation d'ingénieur en biologie et celles acquises durant le master pilotage des politiques et actions en santé publique. Ce stage m'a ainsi confortée dans ma décision de m'éloigner du domaine de la biologie pour me rapprocher de celui de la santé publique. Il m'a également apporté une vision concrète de la thématique de la promotion de la santé qui porte une vision transversale de la santé.

Bibliographie

Documents internes à l'ARS :

- Etat des lieux de la santé environnementale en Bretagne, ORSB, 2009
- Evaluation du PRSE1, ICONES décembre 2008
- Bilan du PRSE1 au 31/12/2011, ARS
- Plan d'actions du Département Santé Environnement de l'ARS Bretagne 2011-2013 (PRASE)
- Rapport du groupe de travail inter-ARS sur l'intégration des PRSE dans les PRS, octobre 2012
- Eléments de méthodologie pour l'élaboration d'indicateurs de suivi et d'évaluation des politiques publiques : le cas du PNSE, Collection « Etudes et synthèses » Ministère de l'écologie et du développement durable 2008
- Proposition de recommandations issues de l'évaluation du PNSE2 par le CGEDD et l'IGAS aux ministères de la santé et de l'écologie, 5 juillet 2013
- Compte-rendu de l'audition du HCSP relative à l'évaluation de l'atteinte des objectifs du PNSE2 du 22 mars 2013, ARS
- Rapport d'évaluation du PRSE Aquitaine, DREAL Aquitaine, octobre 2012.
- Enquête du groupe de travail inter-ARS. Le PRSE dans le PRS des ARS, octobre 2012.
- Annexe au compte rendu de réunion de la commission spécialisée prévention de la CRSA et des représentant du collège 3 des conférences de territoire concernant la prise en considération de la promotion de la santé, de la prévention, de la santé environnementale et de la lutte contre la précarité dans les conférences de territoires, annonce faite lors de la séance plénière du 28 juin 2012
- Prise de position d'Eau et rivières de Bretagne, soutenue par Bretagne vivante concernant la non prise en compte de la prévention et du PRSE par les conférences de territoire de santé diffusé lors du Comité de pilotage PRSE du 17 mai 2013

Textes législatifs :

- Circulaire des ministères de l'écologie, de la santé et du travail du 16 octobre 2008
- Circulaire du ministère de la Santé du 20 octobre 1995 concernant aux missions des DRASS et DDASS en santé environnementale
- Circulaire du ministère de la Santé du 29 mars 2004 concernant les missions des DRASS et DDASS en santé environnementale

- Instructions du ministère de la Santé du 26 octobre 2011 relative aux missions des ARS dans le domaine de la santé environnementale

Articles :

- Le Pen C, « La rentabilité collective des soins de santé » Les Tribunes de la santé, 2008/4 n° 21, p. 23-30.
- Péan V, «Hygiénisme, c'est du propre », Mission Agrobiosciences, 2010
- Tubiana M. « Du bon usage du principe de précaution. » Environnement, risques & santé, sept. 2003, vol. 2, n°5, p291-296.
- Selem G, Rican S et Jouglu E, « Atlas de la santé, Les causes des décès », John Libbey Eurotext, Montrouge, 2000.
- Elbuam M, « la politique des indicateurs : contenu et limites », Politiques sociales et familiales, décembre n°110 2012
- Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. Réduire les inégalités sociales en santé. INPES, coll. Santé en action, 2010

Rapports :

- Rapport de la Commission d'Orientation. Plan National Santé Environnement. La Documentation Française, 2004
- Rapport IGAS « La mise en œuvre par les agences régionales de santé des politiques de santé environnement » Décembre 2011
- Rapport du HCSP « Inégalités Sociales de Santé », décembre 2009
- Rapport du ministère de la santé sur l'évaluation des plans régionaux de santé publique 2008
- Guide pour la mise en œuvre des bonnes pratiques d'évaluation, évaluer les interventions de réduction des risques, Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, 2009
- Guide pour la préparation et la conduite d'évaluations régionales, Commissariat général du Plan, Appui technique au développement de l'évaluation Contrat de plan Etat-région, 2003
- Rapport IRDES Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoires, 2012

Séminaire :

- Journées nationales en Santé-Environnement à Lyon 3 et 4 juin 2013
- Recommandations issues du séminaire IREPS « éducation à la santé & Inégalités sociales de santé » du 22 mars 2012

Sites internet :

www.ars.fr

www.bretagne.fr

www.europa.eu

www.invs.sante.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des personnes et structures ayant participé à l'évaluation à mi-parcours

Annexe 2 : Stratégie de l'évaluation

Annexe 3 : Illustration de la logique de l'intervention : chaîne de causalité qui découle théoriquement des actions de communication de l'objectif 2 du PRSE

Annexe 4 : Grilles d'entretien

Annexe 5 : Trame de l'enquête en ligne

Annexe 6 : Les 8 territoires de santé bretons

Annexe 7 : Tableau bilan de l'avancement des actions du PRSE à mi-parcours

Annexes

Annexe 1 : Liste des personnes et structures ayant participé à l'évaluation à mi-parcours

Liste des structures et des personnes rencontrées en entretiens :

COPIL :

SGAR : Mme Isabelle Gravière Troadec, secrétaire générale ; ARS : M. Jean-Michel Doki-Thonon, directeur de la santé publique ; DREAL : Mme Sylvie Vincent, responsable du service prévention des pollutions et des risques ; CR : Mme Anne Camus, conseillère régionale ; ORSB : Mme Isabelle Tron, directrice

Porteurs :

Maison de la Consommation et de l'Environnement : Mme Anne-Marie Girardeau, directrice ; Mutualité Française Bretagne : Mme Emmanuelle Audren, directrice ; Accueil Paysans 35 : Mme Vanessa Drouot, chargée de projet ; Ville de Brest : Mme Julie Le Goïc, adjointe au maire en charge de la santé ; Air Breizh : Mme Magalie Corron, directrice.

Liste des structures et des personnes ayant répondu à l'enquête en ligne :

Référents institutionnels :

ARS : *Direction adjointe Santé-Environnement* : Anne Vidy, Jean-Marc Di Guardia, Béatrice Gautier-Grall, Thierry Panaget, *Direction de la santé publique* : Olivier Joseph
ARS DT 35 : *Pôle Santé-Environnement* : Benoit Champenois
DREAL: Maud Billon
Conseil Régional : Nathalie Gibot

Porteurs :

Aux goûts du jour (*associations*)
Capt'air (*associations*)
Communauté de Commune du Val d'Ille (*collectivité*)
Centre social Polygone Lorient (*associations*)
Consommation, logement et cadre de vie 29 (*associations*)
Centre Régional d'Information Jeunesse de Bretagne (*associations*)
Fédération Régionale de Défense contre les Nuisibles (FEREDEC) (*associations*)
Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (*associations*)

Mutuelle MBA Radiance (*mutuelle*)
Maison de la Consommation et de l'Environnement (*associations*)
Mutualité Française Bretagne (*mutuelle*)
Mutuelle des Pays de Vilaine (*mutuelle*)
Maison des Sciences de l'Homme en Bretagne (*associations*)
Pulsart (*associations*)
Réseau Cohérence (*associations*)
Syndicat mixte Auray, Belz, Quiberon (*associations*)
Ville de Rennes (*collectivité*)

Autres :

ADEME : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (*associations*)
ANPAA Bretagne : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie
(*associations*)
BRETAGNE SUD HABITAT (*associations*)
Chambre d'Agriculture 35 (*représentant de professionnels*)
Ligue contre le cancer 29 (*associations*)
Mairie de Guisriff (*collectivité*)
Mairie de Romagné (*associations*)
MSA ARMORIQUE (*mutuelle*)
Réseau d'Education à l'Environnement en Bretagne (*associations*)
Société d'Aménagement Urbain et Rural (Saur) (*représentant de professionnels*)
Union Régionale de Confédération Française de l'encadrement-Confédération Générale
des Cadre (UR CFE CGC) (*associations*)

Services de l'Etat	Mutuelles	Collectivités	Associations	Représentant de professionnels
4	4	6	17	2
DREAL	Mutualité Française Bretagne	ville de Rennes	Centre Social Polygone Lorient	Chambre d'Agriculture 35
ARS siège	MUTUELLE PAYS DE VILAINE	Communauté de Communes du Val d'Ille	UR CFE CGC	SAUR
ARS - DT 35	Mba Radiance Groupe Humanis	ville de Vannes	FEREDEC Bretagne	
Conseil Régional	MSA ARMORIQUE	Mairie de Romagné	IREPS BRETAGNE	
		Mairie de Guisriff	REEB	
		Syndicat mixte de la région d'Auray Belz Quiberon	BRETAGNE SUD HABITAT	
			MCE Maison de la consommation et de l'environnement	
			Union départementale CLCV du Finistère	
			Ass Sécurité Solaire	
			Aux Goûts du Jour	
			Capt'Air Bretagne	
			Pulsart	
			Coherence	
			ANPAA Bretagne	
			Ligue contre le cancer 29	
			ADEME	
			CLCV29	

Annexe 2 : Stratégie de l'évaluation

Question	Critère	Sous-questions	Indicateur	Valeur de référence de l'indicateur	Sources d'info	Technique de Collecte	Analyse
1. Le niveau d'avancement des actions permet-il de penser que le PRSE sera intégralement mis en œuvre fin 2015 ?	Processus	La mise en œuvre des actions suit-elle le calendrier prévu ?	% d'actions engagées, non engagées, achevées % actions en retard, non engagées et qui devraient l'être	% actions engagées > bilan 2011	Porteurs Référénts Bilan PRSE 2011 Tableau général de suivi des actions financées	Questionnaire par e-mail Entretiens individuels et collectifs Analyse documentaire	Mesure des écarts
		Quels sont les points forts et les difficultés de mise en œuvre des actions?	% actions ayant rencontré des difficultés de mise en œuvre Points forts, difficultés récurrentes	Comparaison évaluation PRSE1	Porteurs Référénts Evaluation PRSE1	Questionnaires et entretiens individuels et collectifs Analyse documentaire	Analyse de contenu
		La mise en œuvre des actions est-elle équilibrée selon les différents territoires ?	Répartition des actions par territoire	nb d'actions par territoire identique quel que soit le territoire	Tableau de suivi des actions financées	Analyse documentaire	Mesure des écarts

Question	Critère	Sous-questions	Indicateur	Valeur de référence de l'indicateur	Sources d'info	Technique de Collecte	Analyse
2. Les réalisations sont-elles de qualité ?	Résultats / Processus	Qu'a-t-on produit ?	Nb d'événements produits Nature des documents diffusés Nb d'études engagées Nb de procédures administratives, contrôles, enquêtes réalisés		Porteurs Référénts Bilan PRSE 2011 Fichiers de suivi des actions de l'AAP	Questionnaire par e-mail, Entretiens en face à face ou téléphoniques, analyse documentaire	Mesure des écarts
		La population cible visée par les actions est-elle atteinte ?	% actions ayant eu des difficultés à atteindre leur population cible	0%	Porteurs Référénts Fichiers de suivi des actions de l'AAP	Questionnaire par e-mail, entretiens, analyse documentaire	Analyse de contenu
	Processus	Les référentiels de bonnes pratiques professionnelles sont-ils appliqués ?	Nb de porteurs de projets déclarant s'appuyer sur un référentiel de bonnes pratiques (type INPES) ou mettre en place une démarche qualité	Une majorité	Porteurs Référénts Fichiers de suivi des actions de l'AAP	Questionnaire	Analyse de contenu
	Efficacité	Le PRSE a-t-il déjà produit des effets ?	Nature des partenariats développés Perception de la plus-value du PRSE Nb d'actions qui ne se seraient pas faites sans le PRSE Nb d'actions non programmées	Comparaison PRSE1	Porteurs Référénts Copil	Questionnaire, entretiens individuels et collectifs	Analyse de contenu

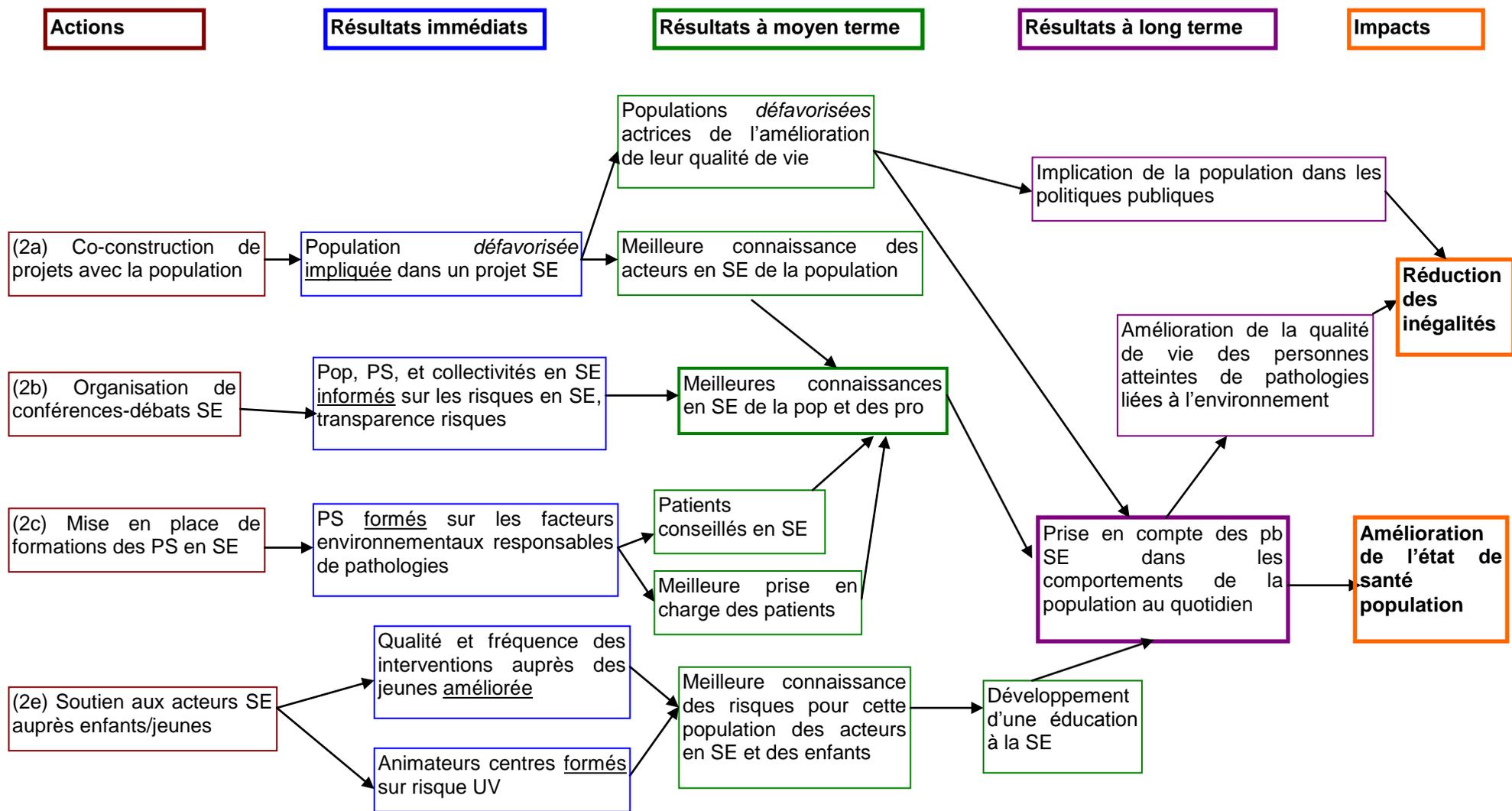
Question	Critère	Sous-questions	Indicateur	Valeur de référence de l'indicateur	Sources d'info	Technique de Collecte	Analyse
3. Les moyens consacrés au PRSE sont-ils à la hauteur des enjeux ?	Cohérence interne	Le montant alloué aux objectifs du PRSE est-il conforme aux prévisions ?	Montant financier alloué par objectif	Montant prévisionnel par objectif	Tableau de suivi des actions financées/ budget prévisionnel	Analyse documentaire	Mesure des écarts
		Certaines actions ont-elles dues être annulées, reportées ou revues à la baisse faute de financements ?	Nb d'actions annulées, reportées ou revues à la baisse faute de financements	0 action	Porteurs Référents	Entretiens individuels / collectifs, questionnaire	Analyse de contenu
	Processus	L'accompagnement des porteurs de projets est-il suffisant ?	% porteurs se trouvant suffisamment accompagnés Attentes exprimées	100% des porteurs se trouvent suffisamment accompagnés	Porteurs	Questionnaire par email, Entretiens	Analyse de contenu
		Le niveau d'implication des acteurs est-il suffisant ?	Taux de participation aux réunions Perception de l'implication Taux de réponse à l'enquête, aux entretiens Contribution financière des différents partenaires	>80% de participation attendu Comparaison PRSE1	Porteurs Référents Copil Comptes-rendus de réunion Evaluation PRSE1	Analyse documentaire, Entretiens individuels / collectifs, questionnaire	Analyse de contenu
		Le retour d'information aux partenaires sur l'avancement du PRSE est-il suffisant ?	% partenaires déclarant connaître et ouvrir la newsletter / plaquette 10 indicateurs / bilan 2011/site internet Niveau de retour d'information ressenti	Comparaison PRSE1	Porteurs, Tableau de bord newsletter Evaluation PRSE1	Questionnaire par email, Entretiens Analyse documentaire	Mesure des écarts

Question	Critère	Sous-questions	Indicateur	Valeur de référence de l'indicateur	Sources d'info	Technique de Collecte	Analyse
4. Le PRSE joue-t-il effectivement son rôle de document de référence et d'orientation des politiques ?	Visibilité du PRSE, résultat à court terme	Les partenaires et les acteurs connaissent-ils le PRSE, ses objectifs ?	Niveau de connaissance déclaré (très bon, bon, moyen, faible)	Comparaison PRSE1	Porteurs, Autres Evaluation PRSE1	Questionnaire par email, Entretiens Analyse documentaire	Mesure des écarts Analyse de contenu
	Cohérence externe	Le PRSE est-il cité dans les autres plans ? Les orientations du PRSE sont-elles reprises dans les autres plans ? Sont-elles en lien avec celles des autres plans ?	Nombre de plans qui reprennent les orientations du PRSE Nombre de plans qui citent explicitement le PRSE	Orientations du PRSE intégrées dans 100% des plans Aucun objectif incohérent entre PRSE et autres plans	Référents PRSE Autres plans	Entretiens collectifs, analyse documentaire	Mesure des écarts Analyse de contenu
	Processus	Le suivi des actions des autres plans est-il effectif ?	% d'actions de suivi engagées, terminées	100% des actions de suivi engagées	Référents, Copil Cotech bilan 2011, Comptes-rendus de réunion	Questionnaire par email, analyse documentaire, Entretiens individuels / collectifs	Analyse de contenu
		Y a-t-il des modalités de coordination permettant un lien entre les équipes en charge des différents plans ?	Oui/Non		Référents Comptes-rendus de réunion	Entretiens collectifs, analyse documentaire	Analyse de contenu

Question	Critère	Sous-questions	Indicateur	Valeur de référence de l'indicateur	Sources d'info	Technique de Collecte	Analyse
5. Dans quelle mesure les recommandations du PRSE1 concernant la mise en œuvre du PRSE2 ont-elles été intégrées	Pertinence	La composition du comité de pilotage a-t-elle été élargie ?	Nombre d'instances présentes dans le Copil	>PRSE1	PRSE	Analyse documentaire	Mesure des écarts, analyse de contenu
	Pertinence	Les missions du comité de pilotage ont-elles été redéfinies (évolutivité du PRSE, rôle évaluatif renforcé, retour d'information accentué) ?	Oui/Non/Partiellement	Oui	PRSE, Copil	Analyse documentaire, entretiens	Mesure des écarts, analyse de contenu
	Cohérence	La cohérence du PRSE avec les autres plans a-t-elle été renforcée ? Cf. question 4	Oui/Non	Oui			
	Processus	La visibilité du PRSE s'est-elle améliorée ? Cf. question 4	Oui/Non	Oui			
	Processus	Les moyens sont-ils davantage en adéquation avec les ambitions du programme ? Cf. question 3	Oui/Non	Oui			

Question	Critère	Sous-questions	Indicateur	Valeur de référence de l'indicateur	Sources d'info	Technique de Collecte	Analyse
6. Le PRSE2 doit il renforcer certains de ses objectifs ?	Processus	La mise en œuvre des actions est-elle équilibrée selon les différents objectifs ?	Taux d'actions par objectif	Taux identique quel que soit l'objectif	Tableau de suivi des actions financées	Analyse documentaire	Mesure des écarts
	Cohérence interne	Les actions menées sont-elles cohérentes avec les objectifs ?	Nb actions dont les effets attendus ne contribueront pas aux objectifs définis	0	PRSE Tableau de suivi des actions financées	Analyse documentaire	Modèle logique
	Pertinence	Y a-t-il des problématiques émergentes à prendre en compte pour la fin du PRSE ?	Oui/Non Liste		Référents, Porteurs, Copil Autres	Questionnaire par email, Entretiens individuels / collectifs	Analyse de contenu

Annexe 3 : Illustration de la chaîne de causalité qui découle théoriquement des actions de communication de l'objectif 2 du PRSE



Annexe 4 : Grilles d'entretien

Grille d'entretien adressée aux membres du Copil :

Connaissance et implication dans le PRSE :

- De quelle façon êtes-vous impliqué dans le PRSE ? Etiez-vous également impliqué dans le PRSE 1 ?
- Quel est votre niveau de connaissance du PRSE ?

Mise en œuvre du PRSE :

- Selon vous, le niveau d'avancement du PRSE est-il suffisant ?
- Quels sont les facteurs qui favorisent sa mise en œuvre ?
- Quels sont ceux qui la ralentissent ?
- Selon vous, le budget alloué au PRSE est-il cohérent avec ses objectifs ?

Partenaires et acteurs du PRSE :

- Selon vous, les acteurs du PRSE sont-ils suffisamment impliqués ?
- Qu'est ce qui favorise leur implication ?
- Qu'est ce qui la rend difficile ?

Document de référence :

- Selon vous, les orientations du PRSE sont-elles suffisamment reprises dans les autres plans (Plan Santé-Travail, Ecophyto, Plan Algues Vertes...) ?
- Pourquoi la prise en compte des orientations du PRSE dans d'autres plans est-elle difficile ?
- Avez-vous connaissance des modalités de coordination entre les équipes en charge des différents plans ?
- Le suivi du PRSE tient-il suffisamment compte des actions portées par d'autres plans ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées dans le suivi des actions des autres plans ?

Plus-value PRSE :

- Quelle est la plus-value apportée par le PRSE ?
- Selon vous, les actions portées par le PRSE auraient-elles pu être mises en place sans ce programme ?
- Avez-vous observé une progression de la prise en compte des enjeux de santé-environnement par les différents acteurs ?
- Le PRSE a-t-il permis de développer des partenariats ? Lesquels, de quelle façon ?
- En quoi les partenariats facilitent-ils la mise en place des actions ?

Evolution par rapport au PRSE1 :

- Quels changements avez-vous observé par rapport au PRSE1 ?
 - o En termes de pilotage

- En termes d'articulation avec d'autres plans
- En termes de visibilité
- En termes de moyens humains consacrés
- En termes de moyens financiers consacrés ?

Evolutivité du PRSE

- Selon vous, certains objectifs du PRSE devraient-ils être renforcés ?
- Y a-t-il des problématiques émergentes à inclure dans le PRSE ?

Grille d'entretien adressée aux Porteurs de projet :

Partie 1 : Le PRSE2

Connaissance et implication dans le PRSE :

- De quelle façon êtes-vous impliqué dans le PRSE ?
- Quel est votre niveau de connaissance du PRSE ?

Visibilité du PRSE :

- En tant que porteur de projet, vous sentez-vous suffisamment informé sur l'avancée du PRSE ?
- Que pensez-vous des outils de communication du PRSE ? (newsletter, tableau de bord 10 indic, site internet)

Soutien des porteurs de projet :

- En tant que porteur de projet, jugez-vous le soutien apporté par les institutions impliquées dans le PRSE suffisant ?
- Qu'attendez-vous de ces institutions ?

Plus-value PRSE :

- Selon vous, quelle est la plus-value apportée par le PRSE ?
- Selon vous, le PRSE a-t-il favorisé la mise en place d'actions ?
- Les actions du PRSE auraient-elles été mises en place sans le PRSE ?
- Le PRSE a-t-il facilité la mise en œuvre des actions ?
- Avez-vous observé une progression de la prise en compte des enjeux de santé environnement par les différents acteurs ?

Evolution par rapport au PRSE1 :

- Quels changements avez-vous observé par rapport au PRSE1, en termes de
 - pilotage,
 - d'articulation avec les autres plans,
 - de visibilité,
 - de moyens humains consacrés

- de moyens financiers consacrés

Evolutivité du PRSE :

- Selon vous, certains objectifs du PRSE devraient-ils être renforcés ?
- Selon vous, y a-t-il des problématiques émergentes à inclure dans le PRSE ?

Partie 2 : les actions

Description de l'action :

- Pouvez-vous décrire l'action que vous portez ?
 - Population cible
 - Territoire concerné
- Quel est le niveau d'avancement de l'action ? Est-ce conforme aux prévisions ?
- Cette action aurait-elle pu se mettre en place sans le PRSE ? A-t-elle été renforcée par le PRSE ?

Ressources de l'action :

- Quels sont les différents acteurs impliqués ?
- Le sont-ils suffisamment ?
- Qu'est ce qui favorise ou rend difficile leur implication ?
- Les moyens financiers alloués ont-ils été à la hauteur de ceux initialement prévu ?
- Avez-vous rencontré des difficultés de financement lors de la mise en œuvre de l'action ?

Résultats de l'action :

(Si l'action est achevée)

- La population cible a-t-elle été touchée ?
- Quelles ont été les difficultés/points positifs rencontrés pour atteindre la population cible ?
- Le résultat de l'action a-t-il été celui attendu ?
- Quels ont été les résultats non prévus résultant de l'action ?

Annexe 5 : Trame de l'enquête en ligne

⇒ Première partie portant sur l'ensemble du PRSE

Identité de la personne interrogée :

- Nom, structure, coordonnées (mail et tél) **libre**
- Vous sentez-vous : très impliqué / impliqué / peu impliqué / pas du tout impliqué ? **Choix unique**
- De quelle façon êtes vous impliqués ? **choix (plusieurs réponses possibles)**
 - Porteur de projet financé dans le cadre du PRSE2,
 - Porteur de projet non financé dans le cadre du PRSE2,
 - Membre du Copil
 - Vous avez participé aux travaux d'élaboration du PRSE2
 - Vous avez été consulté dans le cadre de l'élaboration du PRSE2
 - Autre, préciser

Connaissance du PRSE2

- Comment évaluez-vous votre niveau de connaissance du PRSE 2? **choix unique**
très bon / bon / moyen / faible
- Pouvez-vous citer 1 ou 2 objectifs du PRSE2 ? **texte libre**

Visibilité du PRSE et retours d'info aux partenaires

- Que pensez-vous de la newsletter PRSE ? **choix unique**
La trouvez-vous très intéressante / intéressante / peu intéressante / pas du tout intéressante / vous ne la lisez pas
- Qu'avez-vous pensé du tableau de bord 10 indicateurs du PRSE ? **choix unique**
L'avez-vous trouvé très intéressant / intéressant / peu intéressant / pas du tout intéressant / vous ne vous souvenez pas l'avoir reçu
- Vous rendez-vous sur le site PRSE ? **choix unique**
très souvent / souvent / de temps en temps / jamais / vous ne connaissez pas le site
- Selon vous, le retour d'information aux partenaires sur l'avancement du PRSE est-il suffisant ? (définir partenaires) **oui/non**
Précisez pourquoi ? **libre**

Effets déjà perceptibles du PRSE

- Avez-vous le sentiment que le PRSE a déjà produit des effets ? oui/ non **choix unique**
- Si oui lesquels ? **choix multiple**
 - Développement de partenariats précisez
 - Développement d'actions qui n'auraient pas pu se faire sans le PRSE
 - Renforcement d'actions existantes
 - Progression de la prise en compte des enjeux santé environnement par les différents acteurs
 - Autre préciser
 - Je ne ressens pas encore d'effets visibles
 - Ne sais pas

Evolution par rapport au PRSE1 :

- Par rapport au PRSE1, avez-vous observé des changements :
 - En termes de pilotage du PRSE **choix unique**
 - Changements positifs, précisez
 - Changements négatifs, précisez
 - Aucun changement
 - Ne Sais Pas
 - En termes d’articulation du PRSE avec les autres plans (PRST, SRCAE, Ecophyto) **choix unique**
 - Changements positifs, précisez
 - Changements négatifs, précisez
 - Aucun changement
 - NSP
 - En termes de visibilité du PRSE **choix unique**
 - Le PRSE vous semble mieux connu
 - Le PRSE vous semble moins bien connu
 - Aucun changement
 - NSP
 - En termes de moyens humains consacrés **choix unique**
 - Changements positifs, précisez
 - Changements négatifs, précisez
 - Aucun changement
 - NSP
 - En termes de moyens financiers consacrés **choix unique**
 - Changements positifs, précisez
 - Changements négatifs, précisez
 - Aucun changement
 - NSP

Evolution du PRSE

- Selon vous, certains objectifs du PRSE devraient-ils être renforcés ? **oui/non**
 - Si oui lesquels ?
- Selon vous, des problématiques émergentes sont-elles à prendre en compte pour la fin du PRSE ? **oui/non**
 - Si oui lesquelles ?
- Avez-vous des remarques sur les difficultés rencontrées ou les points positifs globalement sur le PRSE (çàd non liées à une action particulière) ? **libre**

La 2^e partie du questionnaire ne s'adresse qu'aux porteurs de projets et référents institutionnels d'actions

⇒ **Seconde partie ciblant des actions :**

A répéter pour chaque action

L'action :

- Quel est l'intitulé de l'action ? **libre**
- Cette action était-elle programmée dans le PRSE ? **oui/non**
- Est-elle financée dans le cadre de l'appel à projets PRSE ? **oui/non**

Si non : Répondez aux questions suivantes :

- Quelle est la population visée par l'action ?
Professionnels de santé / professionnels du bâtiment / professionnels de SE auprès des enfants ou jeunes adultes / populations défavorisées / grand public / autre, précisez **choix multiple**
- Sur quel territoire sera-t-elle (a-t-elle été) mise en place ? **libre**
- Quel est l'objectif de cette action ? **libre**
- Quels sont les acteurs impliqués dans l'action ? **libre**

La mise en œuvre :

- L'action aurait-elle été mise en place sans le PRSE ? **oui/non**
- L'action est-elle finalisée, engagée, non engagée ? **choix unique**
- Si elle est engagée, son avancement est-il conforme aux prévisions ou bien présente-t-il un retard à l'avancement ? **choix unique**
- Vous sentez-vous suffisamment accompagné en tant que porteur de projets par les institutions impliquées dans le PRSE ? **oui/non**
 - Si non préciser : **libre**
- Quels sont les facteurs de réussite de la mise en œuvre d'une action ? **libre**
- Quels sont les difficultés de la mise en œuvre ? **libre**
- Lors de la mise en œuvre, les référentiels de bonnes pratiques ont-ils été appliqués (ex : charte des bonnes pratiques en promotion de la santé...) ? **oui/non**
 - Si oui lesquels ? **libre**

Les ressources :

- Le niveau d'implication des acteurs est-il suffisant ? **oui/non**
 - Si non, est-ce en raison du manque de moyens : financiers/humains/ autre précisez **choix multiple**
- En raison du manque d'implication des acteurs, certaines actions ont-elles dû être
 - annulées **oui/non** **choix unique**
 - reportées **oui/ non** **choix unique**
 - revues **oui/non** **choix unique**
 - Précisez si c'est en raison d'un manque de moyens financier/ humains/ autre précisez **choix unique**

Les résultats :

- Si l'action est achevée, quel est le niveau d'atteinte de l'objectif ?
très bon/bon/moyen/faible **choix unique**
- Quel est le nombre de personnes touchées par l'action ? **libre**
- Est-ce conforme à ce qui était attendu ? **oui/non**
 - o Précisez pourquoi ? **libre**
- Quelles ont été les réalisations et productions concrètes de l'action (événements organisé, documents diffusés...) ? **libre**
- Avez-vous communiqué sur les résultats de l'action ? oui/non **choix unique**
- Si oui :
 - o Par quels moyens ? **libre**
 - o Combien de fois ? **libre**
 - o A quelle fréquence ? **libre**

- Avez-vous des commentaires ? **commentaires libres**

Annexe 6 : Les 8 territoires de santé bretons



Annexe 7 : Tableau bilan de l'avancement des actions du PRSE à mi-parcours

(En fond bleu figurent les actions non programmées)

PROGRAMME D'ACTIONS PRSE					
Objectifs	Actions	Sous-actions	Observations	Etat d'avancement	Réalisations
1- Réduire les risques à la source					
2 - Construire une culture santé environnement avec les Bretons	2a) Expérimentation de la co-construction de projets avec les habitants	Qualité de l'air intérieur et humidité dans les logements (Ville de Brest)	Action pérenne, pas de fin prévue	Engagée et conforme 😊	Construction d'un outil de mesure de l'humidité, mesure de la qualité de l'air dans les logements par le CHU, bonne implication des habitants
		Conférence "Quels impacts de l'environnement sur ma santé aujourd'hui ? " (Mutualité Française)		Action stoppée 😞	1 conférence (26 janvier 2012, 110 participants) alors que plusieurs étaient prévues
	2b) Organisation de conférences-débats en santé environnement	Colloque "Santé et territoires" (Maison des sciences de l'Homme de Bretagne)		Achevée 😊	22 et 23 novembre 2012 - 156 participants
		Conférences réalisées dans le cadre du programme santé environnement (MCE)		Engagée et conforme 😊	> 2011 : 1 conférence (nanotechnologies) > 2012 : 3 conférences/animations dont 1 colloque organisé à Brest en partenariat avec le CISS (http://www.mce-info.org/fr/actions-et-dossiers/fiche.php?id=43#paragraphe_1_1), le prochain en nov 2013 Redon
		Rencontre à destination des lycéens (Conseil régional)	Journée de sensibilisation des lycéens à la santé-environnement.	Achevée 😊	1 journée à destination des lycéens en mars 2013 (140 jeunes participants de 49 lycées) Suites à données à l'action en cours de discussion.
		Colloque national radon (DGS)		Achevée 😊	Colloque en mars 2012, environ 100 participants (http://www.sante.gouv.fr/colloque-habitat-sain-et-radon-comment-agir-au-niveau-local-rennes-mars-2012.html)
	2c) Soutenir les acteurs qui interviennent auprès des enfants et des jeunes	Concerts pédagogiques sur le bruit - Peace and Lobe (Mutualité Française)	Sensibiliser les jeunes sur les risques auditifs. Action pérenne, pas de fin prévue	Engagée et conforme 😊	Réalisation de concerts chaque année : > 2012 : 12 concerts réalisés, 2180 jeunes touchés > 2013 : 40 concerts prévus

sur les thématiques de santé environnement (bruit, allergies, UV notamment)	Programme "Vivre avec le soleil" (Sécurité Solaire)	Sensibiliser les professionnels de l'éducation nationale et les enfants aux risques liés au soleil. Action sur 2012 et reconduite en 2013	Engagée et conforme 😊	Réalisation de formations, diffusion de guides : > 2011 : 722 professionnels de l'éducation nationale inscrits au programme, 2046 élèves touchés par des animations pédagogiques dans leur école. >2012 : 1200 professionnels inscrits, 4152 élèves touchés (1% des élèves) Bilan 2012 complet : http://www.prse-bretagne.fr/page_attachments/0000/0489/2012_S_curit__Solaire_-_Bilan_Etape_projet_vivre_avec_le_soleil.pdf
	Création d'un docu-fiction "les aventures de Superforme" (Mutuelle Pays Vilaine)	Sensibiliser les enfants sur la santé-environnement	Achevée 😊	Diffusion du film en 2011, 750 enfants touchés
	Création d'un outil mobile de sensibilisation pour et par les jeunes (CRIJ)	Vers la phase de construction en 2013	Engagée et en retard 😞	> étude de faisabilité réalisée en 2012, 2300 participants au projet dont 300 jeunes > 4 événements de sensibilisation en 2012
	De l'air ! Sensibilisation des enfants à la qualité de l'air intérieur (MBA radiance)	Sensibiliser enfants et adultes à la qualité de l'air intérieur	Engagée et en retard 😞	Ateliers à destination des enfants, soirée-débat à destination des parents. Prévue sur 2012, fin de l'action reportée à 2013 en raison de difficultés à toucher le grand public
2d) Suivre l'évolution des connaissances et des pratiques des bretons en santé environnement, au travers du baromètre SE		Déclinaison du programme national, non prévue à ce jour	Non engagée 😡	
2e) Mise en place d'une formation en SE à destination des professionnels de santé	Formation continue des médecins généralistes sur cancer et environnement (Médecine et innovation)	Prévue sur 2012, action reportée à 2013	Engagée et en retard 😞	1 réunion mise en place à Brest en novembre 2012, 13 participants Difficultés de prise de contact pour mettre en place l'action
	Formation des acteurs de l'éducation à la santé et à l'environnement (IREPS-REEB)		Engagée et conforme 😊	Programmée de septembre à novembre 2013

	2f) Suivre les actions de formation menées dans le cadre du PRST	Recensement des formations existantes et création de modules de formation initiale et continue en santé/sécurité (action 1.3.1 du PRST - DIRECCTE)	2010-2014	Engagée et conforme 😊	Action revue vers la promotion des formations existantes en raison du grand nombre de formations répertoriées
3 - Mieux connaître les impacts de l'environnement sur la santé des Bretons	3a) Elaboration d'un programme d'études régional	Etude résidus de médicaments dans les eaux (ARS-DREAL)	Etude sur l'occurrence des résidus médicamenteux, notamment d'origine vétérinaire, dans les eaux destinées à la consommation humaine	Engagée et conforme 😊	Phase de définition de la stratégie d'échantillonnage en cours de finalisation (http://www.prse-bretagne.fr/la-boite-a-outils-du-porteur-d-actions/connaitre-les-impacts-de-l-environnement-sur-la-sante/)
		Etude nanotechnologies (action 1.2.2 du PRST) : repérage des entreprises bretonnes concernées (DIRECCTE)	2010-2014	Engagée et présente un retard 😞	Difficultés à répertorier les entreprises utilisant des nanomatériaux, manque de connaissance sur les risques liés. En attente d'études nationales
		Etude Cancers, inégalités régionales, cantonales et environnement - CIRCE (ORSB)	Etude interrégionale visant à croiser les données de mortalité par cancer avec les inégalités d'exposition environnementale	Engagée et présente un retard 😞	2 atlas de la mortalité par cancer, en attente des données d'exposition http://orsbretagne.typepad.fr/files/atlas_1991_1999_mortalite_circe.pdf http://orsbretagne.typepad.fr/Atlas2%20CIRCE_allegee.pdf
	3b) Réalisation d'un annuaire des acteurs régionaux en santé-environnement et des bases de données disponibles			Engagée et conforme 😊	
	3c) Mise à jour de l'état des lieux régional	Elaboration d'un tableau de bord SE (ORSB)	Tableau de bord 10 indicateurs	Engagée et conforme 😊	> 2012 : document diffusé > 2013 : en cours d'élaboration http://www.prse-bretagne.fr/sante-environnement-en-bretagne/tableau-de-bord-10-indicateurs/
		Déploiement de la base ARTEMIS (ARS-ORSB)	Base de données en santé environnement	Achevée 😊	Base de données accessible au comité de pilotage du PRSE
	Surveillance de l'environnement (non	Suivi des pollens (Capt'air)	reconduite chaque année	Engagée et conforme 😊	Bulletins polliniques http://www.captair-bretagne.com/bulletin.php?dir=bulletins

	programmée)	Suivi ambroisie (FEREDEC)	Action lancée en 2013	Engagée et conforme 😊	Flash ambroisie
		Suivi de la qualité microbiologique des eaux de baignade (Surfrider)		Non engagée 😞	Lancement de l'action prévu en 2013
4 - Réduire les inégalités santé environnement	4a) Territorialisation du PRSE au travers des CLS et agendas 21 et des conférences de territoires		Pas de prise en compte des enjeux SE dans les conférences de territoire	Engagée et présente un retard 😞	Thématique Santé-Environnement inscrite dans le CLS Vitré (signé en 2011) et dans le CLS de Rennes (signature prévue en juillet 2013)
	4b) Suivi des actions menées dans le cadre du PRAPS			Non engagée 😞	
	Promouvoir les bonnes pratiques en matière de réduction des inégalités (non programmée)	Organisation d'un séminaire "Education à la santé environnementale et inégalités sociales de santé" (IREPS)		Achevée 😊	Séminaire a eu lieu en mars 2012, 70 participants http://www.prse-bretagne.fr/la-boite-a-outils-du-porteur-d-actions/reduire-les-inegalites-en-sante-environnement/
	Expérimenter des actions de réduction des inégalités de santé (non programmée)	Mise en place d'une maison de la mutualisation pour une santé globale et durable, réduire les inégalités sociales de santé face au cancer (Mutuelle Pays Vilaine)	Action prévue sur 3 ans	Engagée et conforme 😊	7 conférences en 2012, participation de 50 à 140 personnes selon les conférences
5- Améliorer la Q des eaux brutes	5a) Réduction des rejets de micro-polluants d'origine industrielle (DREAL)			Engagée et conforme 😊	Débutée fin 2009 et dirigée vers les plus gros émetteurs l'action a été effectuée en plusieurs phases, le bilan complet ne sera connu qu'après 2015, ainsi certaines débutent la recherche alors que d'autres vont effectuer des actions de réduction de leurs émissions.
	5b) Identification des ressources en eau à privilégier pour l'alimentation humaine	Projet ANAFORE (BRGM)		Engagée et présente un retard 😞	Phase préalable de diffusion d'info aux partenaires concernés lancée en 2013
	5c) Réduction des risques liés aux cyanobactéries			Engagée et conforme	Bilan de la surveillance http://www.ars.bretagne.sante.fr/Cyanobacteries.92401.0.html

5d) Réduction des risques liés à la pêche à pied de loisirs	Etude Baie de Quiberon (syndicat mixte d'Auray Belz de Quiberon)	Elaboration d'un plan de gestion des risques de contamination, sensibilisation de la population	Achevée 😊	Rapport d'étude
	Surveillance de la qualité microbiologique des sites de pêche à pied de loisirs et actions de réduction des risques (ARS)		Engagée et conforme 😊	Bilan de la surveillance http://www.ars.bretagne.sante.fr/Peche-a-pied.109720.0.html
5e) Suivi des actions de restauration de la qualité des eaux et de protection des captages menées dans le cadre du SDAGE, du PLAV et du plan Ecophyto	Schémas d'aménagement et de gestion des eaux (SDAGE, SAGE) (DREAL)	Schéma directeur d'aménagement et de gestion de l'eau	Engagée et conforme 😊	7 SAGE adoptés dont 5 en révision, 14 SAGE en élaboration
	Plan de lutte contre les algues vertes	depuis 2010	Engagée et conforme 😊	>Chartes algues vertes : 2 bassins versants pilotes : Lieue de Grève et baie de Saint-Brieuc. Bon état d'avancement général évoqué lors du comité de pilotage régional du plan en décembre 2012, réduction de la pression azotée observée >Publication d'un rapport de la mission interministérielle "algues vertes" (mai 2012) http://www.cgedd.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/007942-01_rapport_cle2e3e51.pdf > Evaluation de la mise en œuvre des mesures de prévention et de détection des signes cliniques, approfondissement de la connaissance des effets des algues vertes sur la santé (action 1.1.1 du PRST - DIRECCTE) : étude sur le suivi des populations exposées réalisée par l'ORS
	Ecophyto	en cours depuis 2011	Engagée et conforme 😊	12 réseaux de fermes-pilotes engagées à réduire leur utilisation de produits phytosanitaires (160 fermes)
	Promotion des systèmes herbagers pour réduire l'utilisation de pesticides (Adage) (non programmée)		Non engagée 😞	Lancement de l'action prévu en 2013
	Programme Eaux et pesticides (MCE) (non programmée)		Engagée et conforme 😊	Diffusion de 20500 livrets et de 1500 jardi fiches, charte "jardiner au naturel" en place http://www.jardinaunaturel.org Baisse des ventes de pesticides sur le bassin rennais de 14% entre 2008 et 2012 (-7% au niveau national)
	Formation des associations à la protection des ressources en eau destinée à la consommation humaine (non programmée) (ARS)		Achevée 😊	Formation réalisée en 2011, à la demande de l'association "Eaux et Rivières de Bretagne", à destination des associations du peuple de l'eau : "Protection des ressources en eau destinée à la consommation humaine et santé publique"

6 - Développer la vigilance à l'égard des produits chimiques et des poussières	6a) Transposition de la charte « Jardiner au naturel » aux produits de bricolage		Inclus dans le Programme Santé Environnement (MCE)	Engagée et conforme 😊	Elaboration d'une fiche d'information en cours. Suite de l'action incertaine : difficultés à mobiliser les professionnels du bricolage	
	6b) Sensibilisation des populations, y compris les plus vulnérables, aux risques liés aux produits chimiques de consommation courante	Ateliers de sensibilisation (CLCV 29)			Engagée et conforme 😊	10 ateliers en 2012, 460 personnes touchées
		Formation des porteurs de projet PRSE sur les produits chimiques (WECF)			Achevée 😊	3 jours de formation en novembre 2011, 20 participants
		Ateliers NESTING (MFB)		Sensibilisation des femmes enceintes et jeunes parents à la qualité de l'air intérieur	Engagée et conforme 😊	>3 personnes formées en 2012 et 1 en 2013, >5 ateliers en 2012, 33 participants
		Ateliers NESTING (Brest)		Sensibilisation des femmes enceintes et jeunes parents à la qualité de l'air intérieur	Engagée et conforme 😊	1 personne formée à la ville de Brest, 1er atelier prévu en juin 2013
		Promotion de la santé chez la femme enceinte à travers son environnement (ARS et MCE)		Inclus dans le Programme Santé Environnement (MCE)	Engagée et conforme 😊	Production d'un état des lieux, incluant une enquête qualitative de perception auprès de femmes enceintes (mémoire d'étudiante sage-femme, avril 2013) http://www.prse-bretagne.fr/la-boite-a-outils-du-porteur-d-actions/produits-chimiques/
	6c) Contrôle des produits chimique (Reach, directive biocides) (DREAL)			Engagée et conforme 😊	> 2011 : 16 établissements contrôlés (REACH) > 2012 : 19 établissements contrôlés (REACH) > 2013 : 17 contrôles prévus (REACH)	
	6d) Suivre les actions de substitution menées dans le cadre du PRST et les actions de formation des utilisateurs de pesticides menées dans le cadre du plan Ecophyto	Poursuite de l'action de prévention des expositions au risque chimique et aux CMR (action 2.4.1 du PRST) (DIRECCTE)		2010-2014 durée du PRST	Engagée et conforme 😊	Elaboration de fiche de poste, actions de prévention avec les responsables de garages et les chauffagistes
Poursuite de l'action de prévention des expositions aux poussières de bois : (action 2.4.1 du PRST) (DIRECCTE)			2010-2014 durée du PRST	Engagée et conforme 😊	Mise en œuvre des recommandations de la HAS, sur le repérage et le diagnostic des pathologies liées à la santé, prévention au niveau des entreprises par les médecins du travail	

		Formation des utilisateurs de pesticides (Ecophyto - DRAAF)	Plan écophyto vise à réduire l'utilisation des produits phytosanitaires de 50% en 2018	Engagée et conforme 😊	13000 agriculteurs formés sur l'utilisation des produits phytosanitaires	
	Développement des pollinariums sentinelle (non programmée)			Achevée 😊	1 pollinarium mis en place à Rennes	
7 - Construire, rénover, aménager et entretenir sainement les locaux	7a) Elaboration d'un carnet de santé de l'habitat (DREAL)			Engagée et conforme 😊	Elaboration du carnet en cours	
	7b) Mise en place d'une formation en SE à destination des professionnels du bâtiment (CR)			Non engagée 😞	Action intégrée dans le plan "Bâtiment durable" lancé en 2013 par le Conseil Régional	
	7c) Développement du conseil médical en environnement intérieur	Capt'air			Engagée et conforme 😊	> 2011 : 31 visites à domicile, une dizaine de séances d'éducation thérapeutique sur l'asthme dédiées à l'environnement intérieur > 2012 : 60 visites à domicile et 5 en milieu scolaire, et 1 en PMI, une dizaine de séances d'éducation thérapeutique sur l'asthme dédiées à l'environnement intérieur
		Clinique St Laurent			Engagée et conforme 😊	Consultations à domicile chez des patients allergiques mises en place depuis fin 2012
		Ville de Brest			Engagée et conforme 😊	Un technicien formé, qui se déplace à domicile, et consultation médicale à l'hôpital
		Ville de Lorient			Non engagée 😞	Faible mobilisation de la collectivité
	7d) Réalisation de mesures de qualité de l'air intérieur dans les établissements accueillant des enfants	Campagne nationale (Ministère de l'écologie)			Achevée 😊	Recommandations du ministère issues de la campagne à venir
		Etablissements de la petite enfance à Brest			Engagée et conforme 😊	2011 : élaboration d'un guide à l'usage des parents
		Etablissements de la petite enfance à Rennes			Engagée et conforme 😊	2012 : 5 crèches et 4 écoles diagnostiquées
	7e) Expérimentation d'un plan de communication sur le radon	Radon et santé en CCA (CLCV 29)			Engagée et conforme 😊	5000 mesures de radon prévues dans l'habitat sur le territoire de Concarneau Cornouaille Agglomération Mesures prévues à l'hiver 2013/2014

	7f) Mise en œuvre d'un éco-référentiel dans les lycées (CR)		Eco-référentiel régional qui guide la mise en œuvre des investissements dans les lycées.	Engagée et conforme 😊	> 2011 : 40% des opérations prévues dans le cadre du programme prévisionnel des investissements immobiliers 2010-2014 pour les lycées publics ont été engagées > 2013 : lancement du programme d'installation de panneaux photovoltaïque sur les toits de lycées prévu
	7g) Mise en place d'un plan régional de lutte contre l'habitat indigne (DREAL)			Engagée et conforme 😊	Production d'une synthèse régionale des réseaux de LHI et de monographies départementales. Réflexions sur la mise en place de pratiques partagées en cours.
	7h) Suivi des actions menées dans le cadre du plan santé travail, visant à favoriser la bonne conception des locaux de travail (DIRECCTE)		2010-2014 durée PRST	Action engagée et conforme mais pas de suivi de l'action 😞	Un concours a été organisé en 2011, renouvellement prévu en 2014. Activité au quotidien de la DIRECCTE
8 - Réduire les inégalités santé environnement liées à la précarité des conditions de travail	8a) Suivre les actions menées dans le cadre du plan régional santé-travail (DIRECCTE)		1 action à destination des travailleurs précaires et nouveaux salariés dans le PRST	Engagée et présente un retard 😞	Action qui nécessite de faire le point avec le cercle élargi d'acteurs : Conseil Régional, Education Nationale
9 - Réduire les émissions de particules liées aux déplacements	9a) Suivre les actions menées dans le cadre du schéma régional climat, air, énergie (DREAL), du plan régional de l'offre alimentaire (DRAAF), et du plan national particules (DREAL)			Non engagée 😡	Pas de reprise directe des orientations du PRSE dans ces plans. Le PRSE est au mieux un élément de contexte général.
	Contribution du PRSE en faveur de la réduction des émissions de particules liées aux déplacements	Organisation d'un concours à dos, à pied, à vélo pour les lycées Bretons (Espace piétons, rayon d'action)	concours sur les modes de déplacements doux/actifs	Engagée et présente un retard 😞	Aucune inscription au concours sur les 2 années scolaires
		Lancement d'un site dédié aux transports collectifs en Bretagne (CR)		Achevée 😊	100 000 visites par an environ www.breizhgo.com

		Promotion du co-voiturage, notamment pour les personnes en difficultés (association co-voiturage +)	Mise en oeuvre d'une stratégie de communication à 3 ans, pour toucher les entreprises, les collectivités et le grand public	Action engagée 😊	engagée en 2013
10 -Encourager et accompagner la prise de conscience écologique, notamment le développement du bio	10a) Sensibilisation des consommateurs, et en particulier des plus défavorisés, à l'intérêt de consommer des produits alimentaires issus de l'agriculture biologique	Ateliers de sensibilisation à l'alimentation et à la consommation responsables auprès des personnes en difficulté (Aux goûts du jour)		Achevée 😊	Mise en place d'ateliers en 2012, 30 participants
		Favoriser l'accès à une alimentation saine et de Q en milieu rural, en particulier pour les publics en difficulté (Accueil Paysan 35)	reconduite en 2013	Engagée et conforme 😊	> Organisation de marchés paysans (10 événements en 2012) > mise en place de l'accueil paysan pour les familles (2012 : 15 familles, 15 jeunes en difficulté, 25 personnes âgées concernés) > mise en place d'ateliers pédagogiques (95 participants en 2012)
		WE santé à la rencontre des producteurs (Centre social Polygone Lorient)		Engagée et conforme 😊	Organisation d'un weekend à la ferme en 2012, 23 participants
		Chantier d'éco construction pour les jeunes en difficulté d'insertion professionnelle (Pulsart)	reconduite en 2013	Engagée et conforme 😊	>10 jeunes concernés en 2012 >réalisation d'ateliers : 27 enfants participants en 2012
	10b) Suivi de la qualité de l'air intérieur dans des logements sociaux, écologiques et basse consommation	Etude Langouët (CC Val d'Ille)	Mesure de la qualité de l'air intérieur	Achevée 😊	Rapport de l'étude en cours d'élaboration
		Etude PREBAT (Air Breizh)	Mesure de la qualité de l'air intérieur	Engagée et conforme 😊	Premières mesures en avril 2013
	10c) Suivre les actions de développement de la production et de la consommation de produits biologiques menées dans le cadre du PROA, du PRAB			Engagée et conforme 😊	Plusieurs projet en cours dont plaisir à la cantine, mise en place d'une maison de l'alimentation en Bretagne

	Introduction du bio dans la restauration collective des lycées (CR)			Engagée et conforme 😊	> 37 établissements concernés au 31/12/2011 > 46 établissements concernés au 31/12/2012
	Déploiement des démarches qualiparc et qualycées (CR)		Qualycées : dispositif axé sur le développement durable, l'hygiène et la sécurité, l'élève acteur de la démarche (CR) Qualiparc : dispositif visant à mieux insérer les parcs d'activité dans leur environnement urbain et naturel	Engagée et conforme 😊	> Au 31/12/2011 : 10 lycées labellisés "qualycée", 51 engagés dans la démarche, > Au 31/12/2012 : 14 lycées labellisés "qualycée", 51 engagés dans la démarche ; > Au 31/12/2011 : 23 parcs d'activité agréés Qualiparc, > Au 31/12/2012 : 38 parcs d'activité agréés Qualiparc, actualisation du dispositif en cours de discussion
	Introduction des questions SE dans le baromètre développement durable des communes et l'agenda 21 des Finistériens (Réseau Cohérence)			Engagée et présente un retard 😞	http://www.barometredudeveloppementdurable.org/
11 - Réduire la production et améliorer la collecte des déchets toxiques diffus	11a) Mise à disposition des acteurs des politiques déchets d'une information concrète sur les risques sanitaires liés à cette problématique			Non engagée 😞	
	11b) Suivre les actions de réduction de la production et d'amélioration de la collecte des déchets toxiques diffus menées dans le cadre du PREDD (CR)			Non engagée 😞	

Objectif 12 - Reconnaître l'urbanisme, l'aménagement du territoire et le cadre de vie comme des déterminants de la santé	12a) Mise à disposition d'outils visant à favoriser la mise en place de démarches santé environnement par les collectivités et les aménageurs	Promotion des EIS (Ville de Rennes/Rennes Métropole, EHESP, S2D, ARS)		Engagée et conforme 😊	Réalisation : > d'une étude fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/igs/2011/tollec.pdf > et d'un séminaire à Rennes en mai 2011 http://www.s2d-ccvs.fr/datas/actions/EIS_rennes_2011.htm
	12b) Repérage des établissements accueillant des enfants construits sur des sites potentiellement pollués (DREAL)		depuis 2010	Engagée et conforme 😊	Diffusion des rapports de fin d'étude

LE BORGNE

Chloé

10 septembre 2013

**Master 2
Pilotage des politiques et actions en santé publique**

**LA POLITIQUE DE SANTE-ENVIRONNEMENT EN BRETAGNE
Exemple de l'évaluation à mi-parcours du Programme Régional
Santé-Environnement (PRSE) 2011-2015**

Promotion 2012-2013

Résumé :

Impulsée au niveau international par l'OMS, la politique de Santé-Environnement (SE) est menée au niveau national dans le cadre du PNSE dont les deux axes prioritaires sont la réduction des expositions à fort impact sur la santé et la réduction des inégalités en SE. Au niveau régional, le PRSE reprend ces orientations et les décline dans 12 objectifs.

L'évaluation du PRSE à mi-parcours consiste à la fois en un bilan de l'état d'avancement des actions, et un état des lieux des points forts et des difficultés rencontrés dans la mise en œuvre du programme. De nombreux partenaires y ont contribué dans le cadre d'entretiens et d'une enquête en ligne.

D'après les éléments recueillis, l'avancement du PRSE est satisfaisant avec 88% des actions engagées. Selon les partenaires, le PRSE a permis la diffusion des enjeux de SE et le développement de partenariats. Cependant, certains d'entre eux doivent faire face à des difficultés pour mobiliser les acteurs plus éloignés des enjeux de SE. De plus, le programme est faiblement décliné au niveau infrarégional, et les acteurs à ce niveau de territoire sont peu impliqués. Le PRSE breton avait affiché la volonté d'être le document de référence et d'orientation des politiques régionales, afin que les enjeux de SE soient pris en compte de manière transversales dans toutes les politiques. Dans les faits cette volonté s'est peu concrétisée. Cet ensemble de constats m'a conduit à proposer les recommandations suivantes :

- Renforcer la prise en compte de l'environnement comme un déterminant de santé par l'ensemble des acteurs
- Renforcer l'objectif de réduction des inégalités en Santé-Environnement, notamment à travers la territorialisation du PRSE
- Renforcer la coordination des acteurs
- Renforcer la visibilité du programme

Mots clés :

Santé environnementale, PNSE, PRSE, Agence Régionale de Santé, Inégalités environnementales, Territorialisation, Coordination des politiques

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :
ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*