



EHESP

MISP

Promotion : **2009-2010**

Date du Jury : **septembre 2010**

**Stratégie de mise en œuvre d'un plan
local santé environnement**

Hélène LEPOIVRE

Remerciements

« Pour approfondir la médecine, il faut considérer d'abord les saisons, connaître la qualité des eaux, des vents, étudier les divers états du sol et le genre de vie des habitants ».

Hippocrate, traité airs, eaux, lieux, 400 ans av. JC

Je souhaite remercier l'Ecole et au travers d'elle François Petitjean, qui m'a accompagnée et permis de réaliser mon projet, en s'adaptant avec patience et bienveillance à mes contraintes,

Je remercie chaleureusement Marie-Annick Prat et Brigitte Simon qui m'ont accueillie pour la mise en pratique, et apporté une aide précieuse,

Je remercie également pour leur écoute et leur disponibilité Daniel Rivière, Gwennaëlle Hivert et Régis Lecoq, je me suis enrichie de nos regards croisés,

Je remercie Louis Souchal et mon institution, qui ont accepté mon projet,

Je remercie Catherine Choquet, Aïcha Bassal et la mission santé publique, qui se sont adaptées à ma présence en pointillé dans le service,

A Arthur, Yui, Lionel, qui m'ont entourée de leur sollicitude dans cette entreprise.

Sommaire

Introduction	5
1 Eléments de contexte général en santé environnementale.....	7
1.1 Impact sur la santé des facteurs environnementaux.....	7
1.2 Des niveaux de compétences complexes.....	8
1.2.1 Niveau européen.....	8
1.2.2 Niveau national	9
1.2.3 Niveau régional	10
1.2.4 Niveau local	11
2 Pourquoi un plan local.....	12
2.1 Enjeux d'un plan local	13
2.1.1 Le réseau français des villes santé de l'OMS	13
2.2 Méthodologie.....	14
2.2.1 Modèle DPSEEA.....	15
2.2.2 Modèle de Mac Arthur	16
2.2.3 Méthodologie proposée pour un plan local.....	16
3 Application du modèle à la ville de Nantes	17
3.1 Engagement des décideurs politiques.....	17
3.2 Contexte local et enjeux.....	17
3.2.1 Point d'avancement du PRSE2 des Pays de la Loire (au 30 juin).....	17
3.2.2 Baromètre régional santé environnement.....	18
3.2.3 Politique municipale de santé publique	19
3.3 Concertation.....	19
3.4 Diagnostic partagé	19
3.4.1 Recensement de l'action publique locale.....	20
3.4.2 Initiatives associatives.....	21
3.4.3 Observation de la santé des nantais	22
3.5 Priorités.....	22

3.6	Plan d'action	23
3.7	Indicateurs	24
3.8	Suivi - évaluation	25
4	Discussion et enseignements	27
4.1	Articulation des différents plans	27
4.2	Analyse réflexive	30
4.3	Compétences mobilisées :	31
	Conclusion	31
	Sources et bibliographie	33
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AMAP	Association pour le Maintien d'une Agriculture Paysanne
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Ateliers Santé Ville
CLCV	Confédération de la Consommation, du Logement et du Cadre de Vie
CMR	Cancérogène Mutagène Reprotoxique
CO	Monoxyde de carbone
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPIE	Centre Permanent d'Initiatives pour l'Environnement
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS	Direction Générale de la Santé
DIRECCTE	Direction des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DPSEEA	Driving force Pressure State Exposure Effect Action
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREAL	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
EPCI	Etablissements Publics de Coopération Intercommunale
GRSE	Groupe Régional Santé Environnement
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
InVS	Institut national de Veille Sanitaire
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
MEEDDM	Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement Durable et de la Mer
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OEM	Ondes Electro-Magnétiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale

ORS	Observatoire Régional de la Santé
PDU	Plan Déplacement Urbain
PLASE	Plan Local d'Action en Santé Environnementale
PLH	Plan Local de l'Habitat
PLSE	Plan Local Santé Environnement
PLU	Plan Local d'Urbanisme
PNNS	Plan National Nutrition Santé
PNSE	Plan National Santé Environnement
PPA	Plan de Protection de l'Atmosphère
PROA	Plan Régional de l'Offre Alimentaire
PRQA	Plan Régional de la Qualité de l'Air
PRSE	Plan Régional Santé Environnement
QAE	Qualité Air Extérieur
QAI	Qualité Air Intérieur
REACH	enRegistrement, Évaluation et Autorisation des substances Chimiques
RSD	Règlement Sanitaire Départemental
SCHS	Services Communal d'Hygiène et de Santé
SCOT	Schéma de COhérence Territoriale
TIAC	Toxi Infection Alimentaire Collective

Introduction

L'influence de la qualité de l'environnement physique, chimique et biologique sur la santé est reconnue. L'air que nous respirons, à l'extérieur comme à l'intérieur des locaux, l'eau et les aliments que nous ingérons, le bruit et les rayonnements auxquels nous sommes exposés influent de manière plus ou moins directe sur notre santé.

Les menaces qui pèsent sur la planète sont réelles, les nuisances environnementales entraînent des effets démontrés sur la santé, dans un contexte d'accroissement des inégalités sociales, et une prise de conscience depuis une dizaine d'années seulement de la nécessité d'agir.

Les pathologies associées à des facteurs environnementaux sont souvent plurifactorielles avec une multiplicité des modes et types d'exposition. L'augmentation de pathologies telles les cancers, l'asthme ou les allergies s'explique, au moins partiellement, par le rôle de déterminants environnementaux. Certains de ces facteurs sont encore peu documentés en terme de risque, mais il semble que l'exposition des populations à divers polluants (substances chimiques toxiques, rayonnements, ...) via l'eau, l'air et l'alimentation, à faibles doses mais sur une longue durée, ou sous forme de « cocktails », a un impact néfaste sur la santé, même s'il n'est pas toujours clairement identifié.

La notion de santé environnementale a émergé lors de la première conférence du bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1989 : « la santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement ». L'étape suivante a été en 1999 l'engagement des pays à élaborer des plans d'action nationaux pour l'environnement et la santé. En 2004, a été lancé un système d'information pour tenter de répondre au problème crucial du manque d'études, ainsi qu'un plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants.

En France, l'engagement européen pris en 1999 s'est traduit en 2004 par le premier Plan National Santé Environnement (PNSE1), suivi par un deuxième en 2009, avec leurs déclinaisons régionales (PRSE).

¹ Agence européenne de l'environnement. *L'environnement dans l'Union européenne à l'aube du XXI^e siècle. Environmental issue report*, n°2. 1999

C'est au sein du pôle santé environnement de la DRASS des Pays de la Loire que j'ai effectué mon stage professionnel de médecin inspecteur de santé publique (MISP), en tant qu'auditeur libre (cursus sur 2 ans). Il s'est déroulé en 2009, autour de la publication du PNSE 2, et de la réflexion sur sa déclinaison régionale², à laquelle j'ai participé.

Parmi les enseignements tirés du PNSE1, avait été pointé que les collectivités locales avaient été peu impliquées. De même le PRSE1 des Pays de la Loire était volontairement resserré aux services de l'Etat. La stratégie était pour le PRSE2 d'associer davantage d'acteurs pour mieux l'adapter aux spécificités locales, et notamment d'inciter les collectivités à développer des plans locaux.

L'action que j'ai conduite a porté sur la stratégie de mise en œuvre d'un plan local en santé environnementale (PLSE), ou comment inciter une collectivité locale, et en l'occurrence une ville, à en développer un. J'étais d'autant plus motivée par ce sujet que je travaille au sein de la direction de la santé publique de la Ville de Nantes, et que la municipalité souhaite s'engager dans un plan local d'action en santé environnementale. L'intérêt a été pour moi de m'inscrire dans la posture et le rôle d'un MISP, d'enrichir mes connaissances et mon expérience par la vision de l'Etat pour apporter avec les ingénieurs sanitaires une expertise concertée, et de croiser les regards.

Après avoir recueilli les éléments de contexte général en santé environnementale et cerné la part prise par les différents niveaux institutionnels, j'ai analysé, dans le PNSE2 et le projet du futur PRSE2 des Pays de la Loire, les éléments qui pourraient alimenter les enjeux d'une collectivité. Dans la déclinaison de la méthodologie, j'ai mis en avant les points me paraissant essentiels pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan local, et l'ai appliqué au plan de la Ville de Nantes.

D'un point de vue opérationnel, j'ai procédé à une revue documentaire et à l'analyse de l'information régionale (comptes-rendus, bilans, entretiens, groupes de travail), et ai participé au groupe projet du PRSE et à la création du groupe régional santé environnement (GRSE). J'ai ensuite tenté d'identifier les partenariats et de dessiner les jeux d'acteurs, au moyen d'entretiens avec des médecins et ingénieurs DRASS et DDASS, des élus et services de la ville de Nantes et de Nantes Métropole, ainsi que des acteurs associatifs.

Je propose au final un croisement des différents enjeux, en les mettant en exergue avec la place de chacune des institutions.

² Circulaire du 23 mars 2009

1 Eléments de contexte général en santé environnementale

1.1 Impact sur la santé des facteurs environnementaux

L'OMS estime qu'aujourd'hui 14% des maladies dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) à revenus élevés ont pour cause l'environnement et que la pollution atmosphérique entraîne 30 000 décès anticipés par an en France. La prévalence des maladies allergiques respiratoires a doublé en 25 ans, et 5 à 10 % des cancers seraient imputables à des facteurs environnementaux selon l'InVS. Près d'un million de travailleurs sont exposés à des substances cancérigènes, et il existe une méconnaissance des risques liés aux expositions dans les locaux alors que la population y séjourne 80 % du temps. Enfin des pathologies émergentes, comme l'électrosensibilité, commencent à être reconnues (Suède).

Les facteurs environnementaux peuvent être abordés de diverses façons, par milieux (air, eau, sol), par type de polluants (particules fines, pesticides, allergènes etc., la liste très longue révélant un polymorphisme important), ou plus récemment sous l'angle des risques émergents, en lien avec les nouveaux enjeux de l'environnement (nouvelles technologies). Les interactions de l'individu et de la collectivité avec les pollutions susceptibles d'agir sur notre santé, qu'elles soient naturelles ou découlant de l'action de l'homme, renvoient à la notion de milieu dans lequel nous vivons (territoires et conditions de vie), mais également aux comportements, dans le sens où l'impact de l'environnement sur la santé, s'il est subi, peut aussi être choisi.

La santé environnementale concerne également l'aménagement urbain (transports actifs, équipements sportifs, activités de jeux à l'école) pour favoriser l'activité physique et sportive, dont les bénéfices sont confirmés par toutes les études épidémiologiques modernes : le risque de décès prématuré est moindre chez les personnes physiquement actives que chez les autres, résultat valable quels que soient l'âge et la cause de décès, de manière plus probante chez les hommes que chez les femmes. La pratique d'une activité modérée régulière (30 minutes par jour) prévient le surpoids et les maladies cardiovasculaires, agit également favorablement sur la dyspnée de la broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Le domaine d'intervention de la santé environnementale est donc très large, il croise des grandes causes sanitaires : cancers, santé au travail, nutrition, maladies chroniques, à tel point que la santé environnementale, discipline pourtant récente, a évolué très vite et a pris une place importante en termes d'enjeux de santé publique. Elle illustre mieux que tout autre thème de santé publique le concept de promotion de la santé, dans le sens de

la charte d'Ottawa³ (voir annexe 1). La promotion de la santé est définie comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. Ainsi donc, la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire.

De son côté l'OCDE met l'accent sur trois déterminants environnementaux majeurs pour l'évolution de l'état de santé de la population des pays industrialisés : pollution de l'air, produits chimiques et habitat, dont le bruit.

**Maladies, problèmes et secteurs représentant des priorités
sanitaires et environnementales pour l'OCDE**

Source : OCDE 2001

	Pays de l'OCDE à hauts revenus
Maladies	Maladies cardio-pulmonaires Cancer Dépression
Problèmes	Pollution de l'air Produits chimiques Bruit/Habitabilité
Secteurs concernés	Transports Industrie/Agriculture Logement

Il est à noter que l'effort pour diminuer de quelques points l'émission moyenne de polluants de l'air a un gain sanitaire plus important que d'agir sur les pics de pollution.

1.2 Des niveaux de compétences complexes

La réglementation en santé environnementale s'inscrit davantage dans une politique d'environnement que de santé, à un niveau supranational et national, décliné ensuite au régional et local.

1.2.1 Niveau européen

L'Europe a pris des mesures contraignantes en faveur de l'environnement : directives climat, eau, air, bruit, transports, industries, produits chimiques (REACH), déchets, ... qui concourent à la santé dans le cadre de la lutte contre les pollutions. Le sixième programme européen d'action pour l'environnement (2004-2010) comprend un volet prioritaire environnement et santé visant à « atteindre une qualité de l'environnement qui ne met pas en péril ni influence négativement la santé des personnes ».

³ Conférence internationale de la promotion de la santé d'Ottawa, OMS 1986.

Par ailleurs, la stratégie européenne vise à poser un cadre qui aide à mieux comprendre les relations de cause à effet entre l'environnement et la santé, et à disposer des informations nécessaires pour développer une politique communautaire intégrée. Elle priorise les maladies respiratoires, les troubles neurologiques, les cancers infantiles et les effets des perturbateurs du système endocrinien.

1.2.2 Niveau national

A l'échelle de l'Etat, l'environnement est porté au travers de politiques publiques et de grands plans (énergie et climat, logement, aménagement durable et ressources naturelles, transport, prévention des risques, ...), issus du Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement Durable et de la Mer (MEEDDM), et qui impactent positivement sur la santé en agissant notamment sur la réduction des pollutions.

La santé environnementale a émergé en France dans le PNSE1 (2004 - 2008), porté par quatre secteurs ministériels : santé, écologie, travail et recherche. Il s'inscrit dans la loi de santé publique, ce qui place le PNSE parmi les cinq grands plans de santé publique à renouveler tous les cinq ans, avec les plans cancer, violence, comportement à risques, conduites addictives.

Le PNSE de deuxième génération, ou PNSE2, assure la continuité du PNSE1 et bénéficie de ses enseignements⁴, ainsi que de la concertation nationale du premier Grenelle de l'environnement (juillet à septembre 2007), au travers d'un des groupes de travail « instaurer un environnement respectueux de la santé ». Il couvre la période 2009-2013. La santé est reconnue comme un thème écologique central au même titre que changement climatique ou la protection de la biodiversité.

Le PNSE2 décline les engagements du Grenelle 1.

Il définit un ensemble d'actions communes et concertées, tant au niveau national que local, avec deux grandes orientations :

- Réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé (cancers, maladies cardiovasculaires, pathologies respiratoires, neurologiques),
- Réduire les inégalités environnementales (géographiques, sociales, liées aux vulnérabilités individuelles).

Le PNSE2 n'a pas cependant vocation à intégrer l'ensemble des mesures prises dans le domaine santé environnement, ni à se substituer aux différents plans existants. Le cadre

⁴ évaluation à mi-parcours en 2007 et bilan en 2009

du PNSE2 s'appuie sur une définition plus restreinte de la santé environnementale⁵ que celle de l'OMS.

Traiter les inégalités de santé (territoriales, vulnérabilités individuelles, sociales) est une nouveauté (je citerai l'action sur les points noirs environnementaux qui cumulent des inégalités écologiques). Le PNSE2 introduit également les risques émergents comme les ondes électromagnétiques (OEM) et les nanomatériaux.

Il se compose de 16 fiches thématiques déclinées en 58 actions concrètes et 203 sous-actions dont 12 mesures phares sont extraites⁶.

D'actualité, la loi Grenelle 2 adoptée en mai dernier comprend en matière de santé l'introduction dans le code de l'environnement du principe de surveillance de la qualité de l'air intérieur et le renforcement de l'encadrement réglementaire, de l'information du public, et de la recherche sur les ondes électromagnétiques.

1.2.3 Niveau régional

Les services déconcentrés qui mettent en œuvre sous l'égide du Préfet le PNSE et sa déclinaison en PRSE sont l'ARS, la DREAL, qui pilote plus largement les politiques du développement durable issues du Grenelle de l'environnement et du MEEDDM (comme le plan climat), et la DIRECCTE (qui pilote le plan santé au travail).

Les ARS et leurs directions territoriales héritent des compétences en santé environnement anciennement dévolues aux DDASS / DRASS. Elles portent sur les domaines classiques de la santé environnementale :

- sécurité sanitaire des eaux et aliments : qualité de l'eau d'alimentation humaine, qualité des eaux de baignade, des piscines et des sites de pêche à pied de loisirs, protection de la ressource hydrique,
- environnement intérieur / habitat : qualité de l'air intérieur, lutte contre l'insalubrité dans l'habitat (saturnisme), des agglomérations et autres milieux de vie de l'homme ;
- environnement extérieur : pollution sonore, qualité de l'air extérieur, déchets d'activités de soin, impact sur la santé des activités humaines.

D'autre part, les ARS exercent une compétence en matière de santé publique, le schéma régional de prévention devra inclure des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Ce schéma

⁵ ensemble des interactions entre l'homme et son environnement, et les effets sur la santé liés aux conditions de vie (expositions liées à la vie privée et/ou professionnelle...) et à la contamination des différents milieux (eau, air, sol,...).

⁶ voir les fiches thématiques et les mesures phares en annexe 5 et 6

prévoit également l'observation des risques émergents et la gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire.

1.2.4 Niveau local

Le niveau local regroupe les Conseils généraux, les communautés de communes et les communes. Il n'y a pas de compétences stricto sensu en matière de santé environnementale au niveau local, en revanche les politiques d'aménagement du territoire, de transport, d'habitat, d'assainissement et de gestion des déchets ont un impact sur la santé, via l'environnement et la lutte contre les pollutions. Les communautés de communes émergent à des plans réglementaires, comme le Plan de Protection de l'Atmosphère (PPA) piloté par le Préfet, pour les agglomérations de plus de 100 000 habitants, et le Plan Régional sur la Qualité de l'Air (PRQA). D'autres plans ont un lien avec la santé :

- Le Plan de déplacement Urbain (PDU) : assure l'équilibre durable entre le besoin de mobilité des habitants et la protection de leur environnement et santé,
- Le Plan Local d'Urbanisme (PLU) : définit l'usage des sols sur un territoire intercommunal,
- Le Schéma de Cohérence Territoriale (SCOT) : fixe les organisations fondamentales de l'organisation en matière d'urbanisme d'un territoire
- Le Programme Local de l'Habitat (PLH) : définit la politique de logement.

Les PDU, PLU et SCOT doivent être en cohérence avec le PPA.

Enfin, les agendas 21 locaux⁷, encouragés depuis 2003 par l'Etat, sont les outils de mise en œuvre et de cohérence du développement durable. Ce sont des plans d'action globaux dont les principaux objectifs sont la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la production de biens et de services durables et la protection de l'environnement. Ils se mettent progressivement en place depuis le sommet de Rio⁸, portés par les collectivités et menés en concertation avec tous ses acteurs : élus et personnels, habitants, associations, entreprises, structures déconcentrées de l'Etat, réseaux de l'éducation et de la recherche, etc. Ils peuvent intégrer des actions en santé environnement.

En ce qui concerne les communes françaises, 204 d'entre elles portent des services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), faisant souvent apparaître dans leur dénomination « santé publique et environnement ». Ils sont chargés, sous l'autorité du maire, de l'application des règles relatives à la protection générale de la santé publique,

⁷ villes, communautés et quelques Conseils généraux

⁸ Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement appelé sommet de la Terre, en 1992. Le chapitre 28 du « plan d'action 21 » incite les collectivités à mettre en œuvre un « agenda 21 local ».

telles que définies dans le règlement sanitaire départemental, ce dernier étant régi par le Préfet. En matière d'hygiène, les compétences des communes suffisamment importantes pour porter un SCHS comprennent habituellement l'habitat insalubre, les nuisances sonores, l'hygiène alimentaire, la gestion des nuisibles. En matière de santé publique les villes ont obligation de tenir un fichier vaccinal.

2 Pourquoi un plan local

« La réalisation d'améliorations de l'hygiène de l'environnement au niveau mondial passe par des actions à l'échelon local. Les municipalités sont les administrations qui sont non seulement les plus proches de la population mais également souvent les plus efficaces lorsqu'il s'agit de travailler en partenariat avec les parties prenantes de la localité, ce qui est indispensable au succès de toute initiative en matière d'hygiène de l'environnement. Cependant, l'action locale ne peut aboutir sans soutien extérieur : elle doit bénéficier d'un cadre constitué par des plans nationaux et un engagement international. En raison de la tendance à la décentralisation des services et de la mondialisation des économies, il est d'autant plus nécessaire que les différents niveaux jouent chacun leur rôle. »⁹

« Penser global, agir local », l'OMS illustre là par son fameux adage l'intérêt de porter une politique de santé environnementale à une échelle adaptée à la vie quotidienne.

Au-delà de la démarche de l'OMS, de la volonté de l'Etat d'impliquer les collectivités locales pour sa mise en œuvre, une ville (ainsi qu'une agglomération) a toute légitimité à se saisir de la santé environnementale. Trois raisons principales à cela : elle s'inscrit dans plusieurs de ses politiques publiques, l'efficacité de l'action en santé environnementale dépend du contact de proximité avec les populations, tant en matière de définition des besoins que de l'action, et enfin elle est capable de porter une attention particulière aux publics en situation de précarité.

La ville qui souhaite un PLSE le fait de façon volontariste, avec un engagement politique fort. Une collectivité a la liberté de choisir le contenu de sa politique volontariste, le plan local sera donc bien plus qu'une « déclinaison du PRSE », les besoins locaux diffèrent des besoins régionaux, et les priorités des élus orientent également le contenu.

⁹ Ian D. MacArthur, WHO Regional Publications, European Series, No. 95, 2002, 112 pages, ISBN 92 890 1362 1,

2.1 Enjeux d'un plan local

Les collectivités locales ont une responsabilité en santé environnementale, les activités urbaines étant particulièrement génératrices de pollutions : pollution de l'air extérieur (émissions industrielles, transports) comme intérieur, eau (captage et réseaux), nuisances sonores, insalubrité, exposition aux ondes électromagnétiques...etc. L'enjeu est plus large que celui de la santé, il se situe au niveau de la qualité de vie.

En plus de leurs compétences en hygiène, des villes développent des politiques volontaristes en prévention et promotion de la santé. Sont concernées quelques moyennes et grandes villes par région (moins de 10 en Pays de la Loire) et quelques communautés d'agglomération en France seulement¹⁰. Pour autant, même s'il existe peu de délégations santé dans les municipalités, les élus délégués à la cohésion sociale, l'éducation, la famille, ou l'environnement peuvent porter fortement la santé publique. A noter que les élus des villes sont également élus communautaires pour certains d'entre eux, ce qui rend plus facile l'articulation entre les deux collectivités.

La mise en place des ateliers santé ville (ASV), volet santé du contrat urbain de cohésion sociale, a permis le développement de la santé publique dans les territoires de la politique de la ville. Ils ont pour objectif de réduire les inégalités de santé. Au nombre de 243, ils traitent pourtant encore peu de la santé environnementale, qui n'apparaît pas comme une priorité dans les quartiers en difficulté, souvent de grandes cités d'habitat social.

2.1.1 Le réseau français des villes santé de l'OMS

L'OMS a initié en 1987 le projet « villes santé » qui se décline au niveau des continents et des nations (voir annexe 3). Le réseau français des villes santé regroupe aujourd'hui 70 villes de toutes tailles et de toutes régions, et a pour ambition de promouvoir la santé et la qualité de vie urbaine.¹¹

Le réseau s'inscrit dans une approche socio-écologique de la santé, considérant que l'environnement, la réduction des inégalités et la participation des populations comme les leviers pour améliorer la santé. Il défend « la santé dans toutes les politiques publiques » (« health in all policies »), qui s'applique si bien à la thématique santé environnementale. Il est véritablement une ressource pour les villes, car il modélise et valorise les expériences innovantes en santé urbaine depuis 20 ans.

¹⁰ *Le Havre, St Quentin en Yvelines, Dunkerque*

¹¹ *En référence à la charte d'Ottawa.*

Une enquête¹² a été réalisée par questionnaire auprès des 70 villes adhérentes (donc déjà fortement sensibilisées à la santé environnementale). 33 villes représentatives de la diversité du réseau ont répondu. J'y ai extrait quelques points concernant l'environnement et la santé.

Les villes considèrent que leur politique de santé s'articule globalement avec l'objectif d'amélioration de la qualité de l'environnement (annexe 4 figure 1). L'intersectorialité fonctionne de façon plus nuancée : l'urbanisme est le secteur le plus difficile à intégrer la santé (à peine la moitié des villes), suivi par la culture, les transports, le logement, l'environnement (2/3 des villes), les sports, l'éducation, l'enfance et l'action sociale (annexe 4 figure 2).

Pour les ¾ des villes, un agenda 21 existe ou est en cours (annexe 4 figure 3), avec un volet santé difficile à formaliser (présent dans 1/3 des cas, pas de réponse pour 1/3, ce qui laisse suggérer que la santé y est traitée transversalement, sans volet spécifique, annexe 4 figure 4). L'action santé dans les agendas 21 concerne avant tout l'environnement physique, la promotion de l'activité physique ne concernant que la moitié des villes (annexe 4 figure 5)

Ce focus de l'enquête sur l'environnement et la santé montre que les villes sont investies dans la santé environnementale, avec ou sans agenda 21.

A la demande de la Direction générale de la santé (DGS), un groupe de travail est en cours d'élaboration d'un guide méthodologique sur santé et environnement.

2.2 Méthodologie

La démarche que j'ai conduite pour répondre à la question « comment passer d'un PRSE à un PLSE » s'est appuyée sur les éléments recueillis et analysés pendant mon stage, ainsi que sur ma connaissance de la culture d'une collectivité.

Compte tenu des éléments de contexte de la santé environnementale décrits plus haut, j'ai identifié des caractéristiques qui introduisent de la complexité, et qui sont par conséquent à prendre en compte particulièrement dans la façon de construire et de conduire l'action, les principales étant l'intersectorialité du domaine d'intervention et la multiplicité des acteurs.

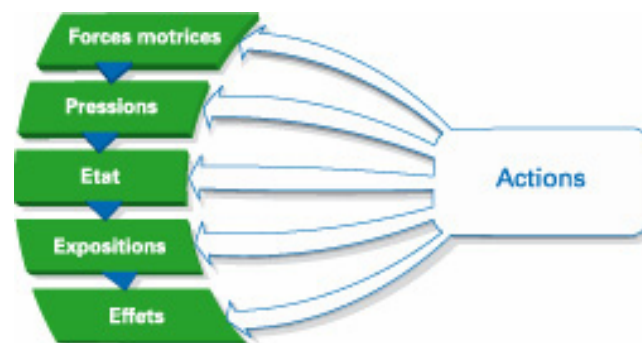
Des modèles spécifiques au champ de la santé environnementale existent, il apparaît intéressant de les présenter pour alimenter la réflexion.

¹² *En cours de réalisation par Erwann Le Goff, doctorant en géographie à l'Université de Rennes2, avec son aimable autorisation.*

2.2.1 Modèle DPSEEA¹³

Un modèle d'analyse a été développé par l'OMS, il permet, pour chaque source de risque identifiée, de réaliser un inventaire méthodique des connaissances selon différentes catégories (éléments moteurs, pressions, état, exposition et impacts). Un éventail d'actions est défini pour chacune de ces catégories. Les actions ayant des rapports coût efficacité les plus intéressants seront ainsi plus aisément identifiables.

Les forces motrices (développement économique, croissance de la population, technologies, etc.) exercent différentes pressions sur l'environnement (production de déchets, émissions de polluants, etc.). Ces pressions modifient l'état de l'environnement (quantité et qualité des ressources disponibles). L'altération de l'environnement a des conséquences en termes d'exposition des populations à certains dangers. Selon la gravité de ces dangers, le niveau et les conditions d'exposition, les dommages sanitaires (effets) seront plus ou moins importants.



A chacune de ces étapes et en fonction des connaissances acquises, des actions peuvent être prises pour éviter, réduire ou réparer les dommages, d'amont en aval :

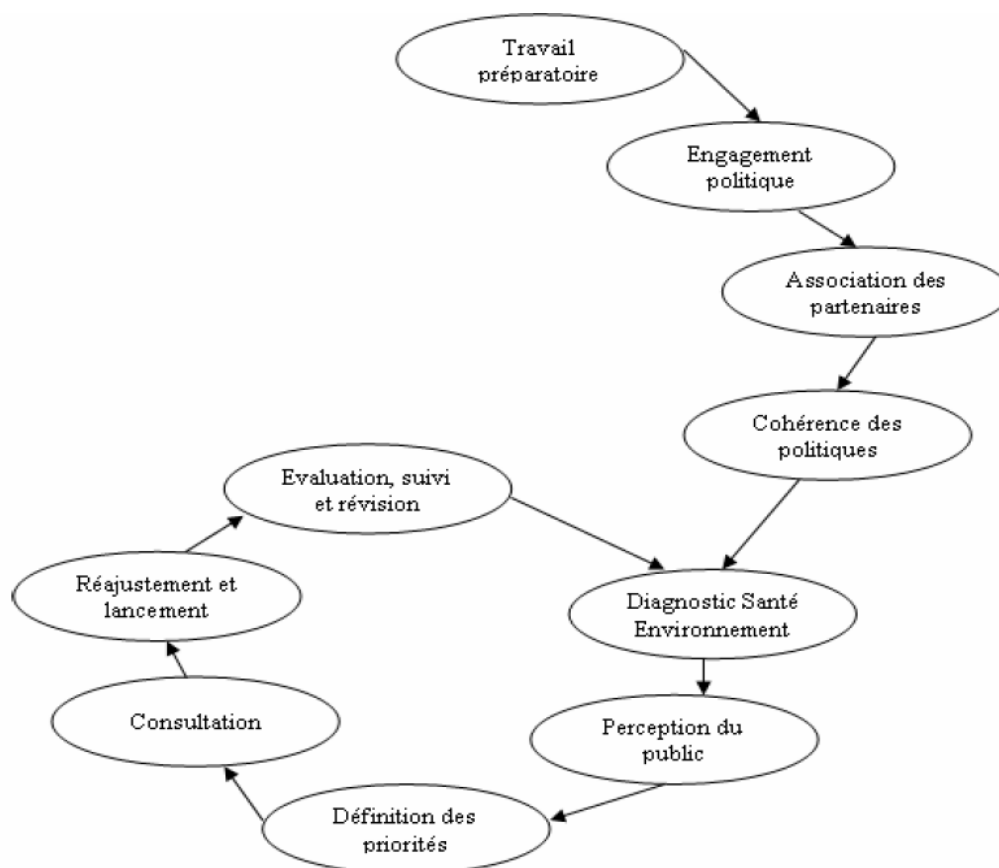
- sur les forces motrices, par exemple en développant les mobilités douces ;
- sur les pressions, en réduisant les émissions de polluants ;
- sur la réduction des expositions, par l'information et la sensibilisation, ou par des dispositions particulières en faveur de populations spécialement vulnérables ;
- sur les effets, par exemple en améliorant l'information, le dépistage ou le traitement médical des personnes victimes des expositions nocives.

Le choix des étapes sur lesquelles porter le plus d'effort peut varier selon les enjeux, les possibilités d'interventions et l'efficacité des mesures envisagées.

¹³ DPSEEA (Driving force-Pressure-State-Exposure-Effect-Action) – 1997, repris en 2004 pour l'élaboration du PNSE1.

2.2.2 Modèle de Mac Arthur

Dans une approche¹⁴ davantage orientée vers la démarche projet et à destination des collectivités, l'OMS propose un modèle de planification pour l'élaboration d'un plan local, à destination des autorités nationales et locales.



2.2.3 Méthodologie proposée pour un plan local

A la lumière de ces modèles et de ma propre expérience de conduite de projet, j'ai choisi de présenter une méthode qui met en avant les éléments les plus importants de la programmation d'un PLSE, en 8 étapes :

1. Engagement
2. Contexte
3. Diagnostic
4. Concertation
5. Priorités
6. Plan d'action
7. Indicateurs
8. Suivi – évaluation

¹⁴ modèle de Mac Arthur (OMS – 2002)

3 Application du modèle à la ville de Nantes

En prolongement de mon stage, j'ai décliné la méthodologie en prenant pour exemple la Ville de Nantes (*parties en italique*), l'objet étant d'illustrer la faisabilité dans les limites du niveau d'avancement du plan.

3.1 Engagement des décideurs politiques

Au minimum les élus portant la santé (délégué à la santé, ou si absence, action sociale, éducation, etc.) et l'environnement, et si possible le logement et les transports doivent se retrouver dans une volonté commune, soutenue par l'ARS, pour impulser la démarche et mobiliser les parties prenantes.

C'est un véritable plaidoyer en faveur de l'intégration de la santé dans les politiques publiques qui est à construire en direction des élus. Les services sont à mobiliser parallèlement.

L'instance de pilotage devra être composée de représentants des différents secteurs de l'activité municipale.

La ville de Nantes s'est engagée dans son programme municipal à mettre en œuvre un plan local d'action en santé environnementale. Pour autant la volonté n'est pas portée par tous les élus, qui restent encore à convaincre.

3.2 Contexte local et enjeux

Il est important de s'approprier le cadre des obligations réglementaires d'une part, les spécificités locales et les acteurs d'autre part, le tout formant un système complexe. Le contexte local permet de dessiner les enjeux.

Contexte de la ville de Nantes, capitale administrative des Pays de Loire comptant 290 000 habitants, et située dans une agglomération de 590 000 habitants, à 50 km de l'estuaire de la Loire. Un passé industriel, commercial et portuaire caractérise son développement. La région qui l'entoure est agricole et viticole.

Le contexte fait état du cadre du PRSE2 et s'enrichit de la perception des habitants de la région sur la santé environnementale.

3.2.1 Point d'avancement du PRSE2 des Pays de la Loire (au 30 juin)

Le groupe régional santé environnement (GRSE), créé par le Préfet¹⁵, s'est organisé en groupes de travail, 10 propositions d'actions en émanent, actuellement soumises à la

¹⁵ Circulaire du 16 octobre 2008

consultation des services de l'Etat, collectivités, associations, représentants du monde économique et grand public. Le plan sera validé par le GRSE à l'automne 2010.

Projet d'action du PRSE2 des Pays de la Loire

- 1 - réduire l'exposition aux substances chimiques et allergisantes de l'air extérieur
- 2 - protéger la qualité de la ressource en eau destinée à la consommation humaine
- 3 - améliorer la qualité de l'eau distribuée dans les réseaux publics et les réseaux intérieurs
- 4 - réduire les expositions à l'amiante
- 5 - protéger les populations, en particulier les plus sensibles, des pollutions à l'intérieur des bâtiments
- 6 - optimiser l'organisation et la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'habitat indigne
- 7 - identifier les zones de cumul d'exposition aux nuisances environnementales et agir pour diminuer l'impact sur les populations
- 8 - maîtriser et réduire les nuisances sonores à travers l'aménagement du territoire
- 9 - prévenir les risques auditifs liés à l'écoute de la musique amplifiée
- 10 - développer des actions de prévention et d'éducation à la santé environnementale

3.2.2 Baromètre régional santé environnement

La mise en œuvre du PRSE1 a produit une dynamique locorégionale, c'est ainsi qu'un baromètre régional santé environnement¹⁶ a exploré la perception des risques pour la santé de facteurs environnementaux, dans une approche centrée sur la qualité de vie et l'habitat. En voici une synthèse¹⁷ :

- Une moitié s'estime bien informée des risques sur la santé liés à l'environnement, l'autre moitié non, avec un sentiment variable selon les thèmes : plutôt bien informé sur la qualité de l'eau du robinet (75 %), l'air extérieur, le bruit, mitigé sur les téléphones portables (60 % bien informé), et plutôt mal informé sur la pollution de l'air intérieur ou des sols,
- Des risques pour la santé perçus comme élevés pour l'amiante, le monoxyde de carbone, le soleil pour plus de 80 % des ligériens, et moins élevés pour l'air intérieur, les cosmétiques et l'eau du robinet (moins de 50 %), et à contrario des risques pour sa propre santé jugés plus faibles, ce qui corrobore les enquêtes d'opinion sur la santé, où le risque est souvent jugé plus faible pour soi-même que pour les autres,
- Une confiance mitigée dans l'expertise scientifique et un jugement critique sur l'action des pouvoirs publics,

¹⁶ réalisé en 2007 pour la DRASS par l'observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire auprès de 2 300 personnes de 18-75 ans interrogées par téléphone.

¹⁷ voir résumé tiré du document projet du PRSE2 en annexe

– *Un intérêt pour s'investir dans des mesures limitant la pollution de l'air extérieur.*

3.2.3 Politique municipale de santé publique

La ville décline de façon volontariste une politique de santé publique qui s'inscrit dans une démarche globale de promotion de la santé et de qualité de vie urbaine. Elle s'appuie sur un enjeu fort de cohésion sociale et de réduction des inégalités de santé et vise notamment à favoriser la prévention et l'accès aux soins pour les publics en situation de précarité particulièrement dans les quartiers prioritaires, agir sur les déterminants de santé, les modes de vie et les comportements, et favoriser l'information et le débat public.

3.3 Concertation

Un plan en santé environnementale est une opportunité pour développer le dialogue entre les élus et les acteurs locaux (associations, entreprises, habitants et usagers).

Des associations d'usagers et de consommateurs sont mobilisées depuis longtemps sur les préoccupations des habitants, et sont dans l'action concrète, reconnues dans une "expertise d'usage". D'autres associations sont des ONG de défense de l'environnement, qui militent pour dénoncer des risques sanitaires et appliquer le principe de précaution (champs électromagnétiques, bisphénol A, etc.), souvent avec une forte pression sociale. Enfin l'habitant lambda doit également pouvoir s'exprimer en tant que citoyen.

Le processus de concertation permet au minimum une écoute et une consultation des ces acteurs. Le niveau de participation peut être plus important, il importe de le définir au préalable (diagnostic, animation, gouvernance, suivi, évaluation), ainsi que les instances et les outils (charte).

La question de l'environnement est prégnante dans les conseils de quartier récemment créés (instance consultative), qui doivent tenter de dépasser la demande autour des détails de la vie quotidienne pour s'attacher à remplir un mandat autour des thèmes où l'environnement est prédominant : transports et déplacements, environnement et développement durable, urbanisme et habitat, lien social et animation de quartier.

3.4 Diagnostic partagé

Il s'agit de recueillir de la connaissance du territoire et des enjeux locaux (données probantes¹⁸, recensement des actions conduites, dynamique partenariale, attentes et

¹⁸ *données probantes : utilisation de données quantitatives et qualitatives rigoureuse et fondée sur des disciplines et méthodes scientifiques.*

besoins), de l'analyser en suscitant une réflexion collective, de dégager les points forts et faibles. Le diagnostic est alimenté par des données sur l'état de santé de la population, la qualité des milieux, les ressources, les aménagements et activités. Il prendra également en compte les incertitudes scientifiques et la perception du public. De nombreuses actions sont à l'œuvre, sont-elles efficaces, suffisantes ?

Les données épidémiologiques sont souvent disponibles au niveau régional et parfois départemental (par l'ORS), elles sont souvent disparates ou inexistantes au niveau local.

En ce qui concerne la qualité des milieux, il existe de nombreuses données locales fournies par des dispositifs réglementaires de surveillance des émissions de polluants, comme l'observatoire de la qualité de l'air.

Ces indicateurs seront à compléter par des éléments plus positifs concernant la qualité de vie, comme les pistes cyclables et autres aménagements urbains favorables à la santé.

Par ailleurs des enquêtes populationnelles peuvent être réalisées (toutefois avec un certain coût) pour recueillir des ressentis. L'analyse pourra aussi s'enrichir des regards croisés de sociologues, urbanistes, architectes, botanistes, enseignants etc.

La question des inégalités de santé doit apparaître en transversalité dans l'ensemble du diagnostic.

Dans le recensement des actions existantes, on cherchera davantage à mettre en exergue leur cohérence et les jeux d'acteurs qu'à réaliser un catalogue.

Enfin les attentes vis-à-vis de l'action à conduire seront recueillies par une consultation des acteurs.

3.4.1 Recensement de l'action publique locale

Parmi les actions de l'agenda 21 en lien avec la santé, la politique de déplacements urbains a entraîné une diminution de 80% du monoxyde de carbone en centre ville depuis le début des années 1990, elle se traduit aujourd'hui par 300 km de pistes cyclable, des vélos en libre service, un service d'offre de co-voiturage. Peuvent être également cités un plan de réduction de la consommation de pesticides, la création de nouveaux parcs et jardins, la construction d'un écoquartier, la création de jardins familiaux, la promotion des écogestes à l'école, l'introduction de lait bio dans les cantines scolaires, etc. Par ailleurs, Nantes Habitat, principal bailleur social sur la ville, met également en œuvre un agenda 21. La question des cumuls des inégalités écologiques fait actuellement l'objet d'une réflexion partagée, elle a été récemment traitée dans le cadre de la politique de la ville.

En dehors des agendas 21, la politique de logement, et notamment les actions de lutte contre l'habitat indigne, s'intègrent dans le diagnostic, car les risques sanitaires sont très importants, voire aigus (saturnisme, mais aussi intoxications au monoxyde de carbone, qualité de l'air intérieur, nuisances comme le bruit ...).

Enfin, des actions sont mises en œuvre par la santé publique:

Une campagne de mesure du gaz radon a été réalisée en 2007 et 2008, suite à la découverte d'un taux élevé dans une école. Au-delà des travaux effectués, un questionnement sur l'exposition des familles habitant à proximité de l'école a conduit à la distribution de dosimètres et à une sensibilisation aux pratiques favorables à un air intérieur sain et exempt de radon. L'action est à développer.

Un cycle de conférences sur la santé environnementale a traité les thèmes de l'habitat sain, des pollutions extérieures et de la qualité de l'alimentation,

Une charte de téléphonie mobile est en œuvre depuis 2002 avec les opérateurs de téléphonie mobile et des associations.

3.4.2 Initiatives associatives

Il est important de recueillir l'exhaustivité de l'action des associations (non présentée ici). Peuvent être citées des initiatives comme celle de la CLCV¹⁹, association de consommateurs et d'usagers, qui agit en direct auprès de groupes de population lors d'ateliers sur l'air intérieur et l'utilisation des produits domestiques. Ou encore les associations pour le maintien d'une agriculture paysanne (AMAP) qui favorisent les circuits courts et l'accès à une alimentation favorable à la santé (légumes bio notamment) et qui se développent actuellement.

Par ailleurs, il existe à Nantes un Centre Permanent d'Initiatives pour l'Environnement (CPIE)²⁰, Ecopôle, qui regroupe et anime un réseau de 80 associations agissant pour l'environnement et le développement durable. Elle compte aussi parmi ses adhérents des collectivités locales, des établissements scolaires, des personnes. Ecopôle constitue au niveau de l'agglomération nantaise un espace d'information, d'échange et de médiation entre acteurs de l'environnement.

Elle anime depuis mars 2009 une commission santé environnement, suite à la demande de la ville, de Nantes Métropole, financeurs, et d'associations adhérentes. Elle a pour

¹⁹ Confédération de la Consommation, du Logement et du Cadre de Vie

²⁰ initiative des ministères chargés de l'environnement, de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports et de l'agriculture dans les années 70. Les 80 associations labellisées agissent en faveur du développement durable dans les domaines de la sensibilisation et l'éducation de tous à l'environnement et l'accompagnement des territoires au service de politiques publiques et de projets d'acteurs.

objectifs de diffuser de l'information et de favoriser le débat. Cette instance représente un espace de dialogue entre acteurs.

3.4.3 Observation de la santé des nantais

La ville est en cours d'élaboration d'une observation de la santé, qui a pour objectifs de produire et partager la connaissance de la réalité de terrain, et d'aider à orienter les politiques.

Parmi les indicateurs d'état de santé des populations concernant en lien avec l'environnement, figurent l'état de santé des populations, les émissions de polluants et aussi sur un registre plus positif les aménagements qui améliorent la qualité de vie et favorisent l'activité physique (voir indicateurs ci-dessous).

3.5 Priorités

Le diagnostic détermine les atouts et faiblesses, les attentes et propose des axes de progrès, qu'il s'agira de valider et prioriser. Que doit-on renforcer, corriger, supprimer ? L'enjeu est de pouvoir éclairer les élus dans leurs choix politiques et mobiliser l'ensemble des acteurs concernés.

Les priorités seront hiérarchisées en fonction de l'ampleur de la problématique avec des critères à choisir parmi la fréquence ou la gravité des pathologies, l'impact socioéconomique, la perception sociale, la faisabilité. Devront être également prises en compte les capacités humaines, techniques, financières sur lesquelles on peut s'appuyer pour engager le projet.

Les priorités peuvent être définies par milieux :

- air extérieur et intérieur ;
- logement ;
- bruit (plusieurs niveaux : bruit routier, de voisinage, musique amplifiée) ;
- eau (captation, production, eaux de loisirs) ;
- risques émergents : champs électromagnétiques.

Les priorités peuvent également être définies par secteur : transports, déplacements, logement etc.

L'approche par milieux peut être affinée avec des entrées plus spécifiques : par pathologie (allergies, légionelles, risques solaires) par exposition (pesticides) etc.

Enfin, une entrée par les déterminants de santé permet par exemple l'articulation avec le plan national nutrition santé (PNNS), avec les thèmes qualité de l'alimentation, déplacements doux et activité physique.

Les priorités thématiques dans lesquelles la ville souhaite s'engager sont d'une part la qualité de l'air intérieur et l'habitat et d'autre part l'accès à une alimentation saine et la promotion de l'activité physique. En ce qui concerne l'implantation d'antennes relais de téléphonie mobile, la ville souhaite renforcer l'effort pour obtenir des mesures de champs électromagnétiques au dessous d'un seuil concerté défini comme acceptable par chacune des parties.

3.6 Plan d'action

La définition des priorités réalisée en s'appuyant sur la concertation entre élus, techniques et société civile permet de construire des orientations stratégiques pouvant répondre à une obligation légale mais aussi aux besoins identifiés.

Il peut s'agir de mesures de protection des milieux, de gestion de risques, d'aménagements, mais aussi d'information et de sensibilisation à des conditions de vie saine.

Les orientations seront déclinées en objectifs opérationnels permettant de définir un calendrier et les moyens concrets de mise en œuvre.

La collaboration des partenaires doit être définie précisément.

L'engagement de la ville dans un PLSE permet de faire levier pour « introduire » de la santé dans l'ensemble des politiques publiques. De façon complémentaire, la ville souhaite poursuivre le développement, dans le cadre de sa politique propre de santé publique, de stratégies en faveur de l'adoption de comportements et de modes de vie sains vis-à-vis de l'impact de l'environnement sur la santé, au travers d'actions de prévention, d'éducation et de communication.

Le plan portera une attention particulière à la question des inégalités, prégnantes dans ce domaine : vulnérabilité particulière des enfants, prise de risques accrue par certains publics (exemple de l'utilisation de mode de chauffage à risques pour des familles en situation de précarité, ou de l'accès à une alimentation saine). Ces inégalités seront à traiter également au niveau du micro-territoire, au moyen du dispositif atelier santé ville (ASV).

Objectif général : Promouvoir un environnement favorable à la santé des nantais, protéger la santé et la qualité de vie des nantais

Le PLSE pourra comprendre 2 volets :

1. Un volet concertation, avec 1 objectif opérationnel : agir sur les politiques publiques ayant une influence sur la santé

et 4 objectifs spécifiques :

1. Développer une culture et des connaissances communes en santé environnementale
2. établir un diagnostic partagé en consultant l'ensemble des acteurs et la population
3. Favoriser des prises de décision favorables pour la santé dans l'ensemble des politiques publiques, inciter des initiatives en la matière
4. valoriser les actions et les initiatives dans le PLSE et les mettre en cohérence

modalités d'action : sensibilisation des élus dans le cadre d'instances existantes + groupe de travail (pouvant évoluer vers une commission), le but étant d'intégrer des objectifs santé dans les agendas 21 et politiques concernées

2. Un volet action vers et avec les nantais, avec 2 objectifs opérationnels :

1. prévenir et réduire les risques sur la santé liés à des facteurs environnementaux
2. favoriser des comportements favorables pour la santé

Population cible : population générale, groupes de population vulnérables : enfants, publics en situation de précarité, habitants de zones sensibles

modalités d'action

- Accès à l'information en santé environnement
- Actions de prévention, de sensibilisation, d'éducation en santé environnementale
- Gestion et suivi de risques (habitat)
- Suivi d'indicateurs de santé environnementale dans le cadre de l'observation de la santé des nantais et veille

3.7 Indicateurs

Des indicateurs utiles pour le diagnostic, le suivi et les résultats seront choisis pour chacun des objectifs. Chaque indicateur doit faire l'objet d'une fiche descriptive.

Exemples d'indicateurs qui seront proposés pour figurer dans l'observation de la santé :

- Indicateurs de veille sanitaire : intoxication au monoxyde de carbone, saturnisme, légionelloses, toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) ;

- *Etat de santé : espérance de vie en bonne santé, mortalité prématurée, incidence et prévalences de pathologies, avec un focus sur les facteurs de risque (obésité), les maladies cardiovasculaires et les cancers ;*
- *Consommation de soins, par exemple dans l'allergie (les données sont disponibles dans les CPAM, la difficulté étant de géolocaliser les données sur un micro territoire) ;*
- *Auxquels on ajoutera des indicateurs sociaux, permettant notamment de mesurer des disparités de santé, et des indicateurs de santé au travail ;*

De nombreux indicateurs de qualité des milieux sont disponibles dans le cadre de surveillances réglementaires :

- *Air : indice atmo (agglomérations de plus de 100 000 habitants), émissions industrielles et liées aux transports : dioxyde de soufre (SO₂), les oxydes d'azote (NO et NO₂), l'ozone (O₃) et les particules en suspension (PM₁₀, PM_{2.5}²¹) ;*
- *Cartes de bruit routier (agglomérations de plus de 250 000 habitants) ;*
- *Nombre de plaintes liées aux nuisances sonores ;*
- *indicateurs de lutte contre l'habitat indigne ;*

Et enfin des indicateurs de qualité de vie et de développement durable donnant sens en promotion de la santé : déterminants environnementaux de qualité de vie :

- *Surface d'espace vert par quartier et par habitant ;*
- *Nombre de km de voies piétonnes, de pistes cyclables ;*
- *fréquentation des transports en commun ;*
- *Nombre de licenciés sportifs par quartier ;*
- *Nombre d'AMAP et marchés ;*
- *Sites publics accessibles aux personnes handicapées, etc. ;*
- *bio-indicateurs comme la biodiversité des lichens.*

3.8 Suivi - évaluation

Le suivi permet de mesurer l'efficacité de la mise en œuvre du plan, de rendre compte de ce qui est fait par rapport au calendrier défini et de maintenir la dynamique du processus. L'évaluation est à prévoir dès le début du projet, elle permet, par son regard rétrospectif, de réintroduire dans le processus les leçons de l'expérience, et réajuster l'action.

L'évaluation en promotion de la santé est complexe, l'impact direct sur la santé se mesure à long terme, pas moins d'une dizaine d'années.

²¹ *Particule en suspension d'un diamètre inférieur à 10μ / 2,5 μ*

Dans la mise en œuvre du plan, il est pourtant à prendre en compte que la durée du mandat d'un élu local exige une visibilité rapide, d'où un processus de suivi et d'évaluation adapté.

Une méthode d'évaluation intéressante pour l'action en santé environnement est le modèle de catégorisation des résultats²². Il est prévu pour analyser des situations complexes, ce qui en fait un outil adapté à la promotion de la santé, également intéressant pour la planification et le suivi. Il est fondé sur l'hypothèse que la santé ne peut être atteinte qu'en passant par un certain nombre de stades intermédiaires, et il considère la santé comme un processus d'apprentissage de l'individu, mais aussi des groupes et des organisations. Il permet surtout de mettre en évidence les interrelations qui existent entre ces différents systèmes, ce qui va ouvrir la discussion entre les différents partenaires ayant des intérêts différents dans le programme.

Pour la ville, l'outil de catégorisation des résultats serait adapté pour suivre le plan et prévoir son évaluation.

²² Don Nutbeam, *Promotion Santé Suisse, 2000, adapté par l'INPES*

4 Discussion et enseignements

4.1 Articulation des différents plans

Pour le PNSE, ne figurent que les mesures phares, jugées prioritaires.

Thème	PNSE (12 mesures phares)	Projet PRSE	Projet PLSE
Qualité de l'air extérieur (QAE)	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire PM 2.5 (1) - Réduire 6 substances dans l'air et l'eau (1) - Protection aires captage eau (4) - Rejets de médicaments (5) 	Exposition aux substances chimiques et allergisantes (1)	Relais d'information sur la qualité de l'air extérieur (QAE)
			prévenir les allergies aux pollens
			prévenir les risques solaires (plan cancer)
			Prévenir les effets liés à la canicule
Eau		Qualité ressource + distribution (2-3)	Protection des captages
Qualité de l'air intérieur (QAI) habitat sain	<ul style="list-style-type: none"> - Etiquetage sanitaire (2) - Contrôle produits (8) - Réduire expositions habitat accueillant enfants (9) - Réseau de conseillers habitat santé (10) 	Protection populations sensibles (5)	Sensibiliser la population sur la qualité de l'air intérieur et les bonnes pratiques
			Poursuivre la sensibilisation aux risques radon
			améliorer la qualité de l'air dans les bâtiments accueillant des enfants
			Contribuer à la prévention des intoxications au monoxyde de carbone
			promouvoir les pratiques d'achat durable à la ville
logement	- lutte contre l'habitat indigne (11)	lutte contre l'habitat indigne (6)	lutte contre l'habitat indigne
transports	- Mobilités douces (3)		PDU, en lien avec la métropole
Bruit		Nuisances sonores (8) Prévention risques musique amplifiée(9)	chartes bruit (bars, discothèques, bâtiments ... etc)
			qualité acoustique dans les écoles et les crèches
Cumul nuisances	- Points noirs environnementaux (12)	Cumul d'exposition aux nuisances (7)	Etude sur zones urbaines, en lien avec les inégalités sociales de santé
Veille sanitaire	- Biosurveillance sanitaire (6)		Observation de la santé des nantais
CMR et santé au travail	- Traçabilité des expositions professionnelles (7)	Exposition amiante (4)	
		Education à la santé environnementale (10)	Transversal à l'ensemble des thématiques traitées par la ville
Activité physique		(articulation plan activité physique)	promouvoir l'activité physique dans les écoles et les quartiers (synergie avec PNNS)
Qualité alimentation		(articulation PNNS et PROA)	promouvoir une alimentation de proximité, de saison et de qualité
			Promouvoir des aliments bio dans les cantines scolaires
Ondes électromagnétiques (OEM)			poursuite de la mise en œuvre de la charte de téléphonie mobile
			éducation aux bonnes pratiques d'utilisation du téléphone portable et des bornes wifi
Pesticides Produits ménagers bricolage			Sensibilisation aux bonnes pratiques d'utilisation des pesticides, produits ménagers et de bricolage
Prévention des risques		Figurait dans le PRSE1	prévention risques légionelles dans les bâtiments ville

Ce qui ressort de ce croisement

Les mesures du PNSE2 qui me paraissent les plus en articulation avec les villes sont les mobilités douces, l'habitat indigne, le bruit, l'eau (protection des captages et distribution) les bâtiments accueillant des enfants (la gestion des écoles relève des villes), les points noirs environnementaux qui sont souvent urbains, et enfin l'information.

La plupart des thématiques déclinées par le projet du PRSE2 se retrouvent dans le plan local, excepté la mobilité douce et l'amiante (davantage du ressort du champ santé au travail). La thématique de l'air extérieur (de compétence plutôt communautaire) s'articule avec les transports, pour la diminution des pollutions et la prévention de maladies respiratoires. L'Etat et les collectivités territoriales collaborent depuis longtemps sur ces questions. L'incitation à développer des mobilités douces et l'activité physique n'est pas inscrite dans le projet du PRSE2, alors que l'enjeu peut être important en terme de prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers. Le fait de figurer dans le PNSE ne suffit pas pour déployer un plaidoyer en direction des villes, le relais régional me paraît incontournable car il renforce l'incitation.

Certaines thématiques développées par le plan local ne figurent pas dans les plans Etat, ou y figurent dans le cadre de l'articulation transversale avec d'autres plans : plan écophyto pour les pesticides, plan cancer pour les risques solaires, PNNS pour la qualité de l'alimentation. Au total 22 plans sont cités dans le PRSE2, davantage dans le PNSE2, ce qui interroge sur l'effectivité de l'articulation quand l'action ne figure pas nommément dans le PNSE / PRSE.

Pour illustrer la synergie :

Une des thématiques où la ville possède des leviers concrets d'action est la qualité de l'air intérieur, de par ses compétences en terme d'hygiène (lutte contre l'habitat indigne) et ses capacités à faire de la prévention au cœur des quartiers, des écoles, par exemple :

- information sur les polluants de l'air intérieur et sensibilisation aux bonnes pratiques pour réduire l'exposition : aération, matériaux à faible taux d'émission de COV, utilisation de produits ménagers, de bricolage, phytosanitaires ;
- sensibilisation aux risques d'intoxication au monoxyde de carbone pour les utilisateurs de poêle à pétrole ;
- campagnes radon, réalisées en partenariat avec l'ARS ;
- mesure de confinement dans des écoles et crèches (expérimentations sur Nantes, Marseille et Clermont-Ferrand), l'intérêt étant en cas de taux élevé de prévoir des mesures correctives sur le bâtiment, mais aussi d'avoir une action pédagogique vis-à-vis des personnels.

La prise en compte des inégalités

Le PNSE2 comporte un axe fort sur la réduction des inégalités environnementales, c'est-à-dire la réduction des nuisances écologiques susceptibles d'induire ou de renforcer les inégalités de santé. Il a une approche spécifique des publics écologiquement vulnérables (enfants, femmes enceintes, personnes souffrant de maladie chronique), des publics vivant dans un habitat indigne ou dans une zone polluée.

La prise en compte des inégalités de santé est fondamentale en santé publique. En effet, la France jouit d'un très bon état de santé, mais l'écart de santé entre des groupes de population est important²³, il existe 3 gradients : homme/femme, Nord/Sud, et niveau social élevé/bas. Les inégalités sociales de santé sont les plus importantes, et les populations en situation de précarité peuvent cumuler une résidence dans une zone dont le sol est pollué, à proximité d'une industrie polluante, sans espace vert ni équipement sportif de proximité, dans un habitat humide, soumis aux bruits des transports, éloignée (géographiquement et financièrement) d'une offre alimentaire de qualité, éloignée aussi des messages de prévention, car moins réceptive de par ses difficultés au quotidien. Au delà de la noirceur du tableau, il s'agit d'associer l'intervention sur l'environnement (dépollution, rénovation logements, etc.) à l'éducation à la santé environnementale, et de les mettre en cohérence.

C'est pourquoi la préoccupation forte des villes est de porter une attention particulière aux populations en situation de précarité, en diffus (habitat indigne) mais aussi dans certains quartiers prioritaires. L'atelier santé ville apparaît là comme un bon outil pour porter des actions de sensibilisation des acteurs du quartier et des habitants, et par exemple faciliter l'intervention des conseillers médicaux en environnement intérieur, ou relayer les messages de l'INPES, destinés à la population générale et pas toujours adaptés à certaines populations à risques.

Les risques émergents

On remarque la difficulté de l'Etat à intégrer les risques émergents dans sa stratégie, car l'action en est au stade de la recherche de connaissance scientifique, pas encore de l'évolution de la norme. En ce qui concerne les champs électromagnétiques, le PNSE2 promeut la recherche, mais n'incite pas au développement de chartes de téléphonie mobile, outils pourtant très intéressants de concertation avec le public, qui pourront faire avancer les pratiques.

²³ *L'un des plus importants parmi les pays riches d'Europe*

Dans ce contexte de méconnaissance il importe également d'informer le public sur le risque, et faire la part des choses entre le danger d'une exposition et le risque (qui peut être mal évalué par la population, par exemple elle ne boira pas d'eau du robinet contenant des nitrates alors que le taux est bien plus important dans des carottes, même bio). Dans un deuxième temps il s'agit de diffuser les bonnes pratiques pour réduire l'exposition aux risques.

4.2 Analyse réflexive

La réflexion autour de la santé environnementale nécessite de s'intéresser à des champs à priori culturellement assez éloignés de la santé comme l'urbanisme ou l'habitat, d'accepter les incertitudes de la science à faire un lien de causalité entre un risque et une maladie, d'analyser sous l'angle éthique le danger par rapport au risque, ou comment se saisir des incertitudes, où placer le curseur du principe de précaution ?

La place du MISP est facile à trouver dès lors qu'il peut se déconnecter du soin, laisser une bonne part de l'expertise, celle des normes, aux ingénieurs sanitaires, et bien s'approprier la charte d'Ottawa. C'est donc une ouverture extraordinaire en matière de santé publique.

L'action conduite avait pour ambition de mettre en cohérence la volonté d'action réglementaire et la volonté d'action politique sur l'aménagement de la ville et sur les comportements individuels, en s'appuyant sur une méthodologie. Je me suis retrouvée en tant que MISP stagiaire à l'interface entre l'Etat et une collectivité territoriale, avec en ligne de mire les citoyens-usagers. Il a parfois été difficile de changer de posture, de passer de la ville à l'Etat et inversement, mais j'ose croire que mon travail a été équilibré et a pu rendre compte de la vision de l'Etat et de sa stratégie à convaincre une collectivité, et celle de la collectivité qui remonte les besoins et agit au plus près de ses concitoyens.

L'enjeu stratégique d'un plan local santé environnement est de s'interroger sur les effets sur la santé des politiques et de mettre en cohérence les diverses actions produites par des secteurs qui ne parlent pas le même langage, et qui peuvent dès lors changer leurs habitudes de travail en y introduisant de la transversalité. Les habitudes des institutions sont encore trop souvent verticales, et pas assez transversales (sauf justement dans le secteur du développement durable), un plan aussi global que le PLSE entraîne une évolution culturelle profonde.

Au total l'abord du dossier ne peut se faire que dans une approche systémique, expérience particulièrement enrichissante.

4.3 Compétences mobilisées :

Dans le cadre de ce mémoire je me suis positionnée en tant que professionnelle de santé publique définissant une stratégie de promotion de la santé et mettant en œuvre la programmation d'un plan global et intersectoriel. J'ai mis en application plusieurs compétences : analyse d'un déterminant de santé, définition d'une stratégie et conception d'un dispositif d'action pour prévenir un problème de santé, et expertise dans cette conception. Ces compétences sont nécessaires autant dans la programmation stratégique d'un schéma de prévention que dans la mise en œuvre d'une politique locale de promotion de la santé. Je me suis également intégrée dans une équipe pluridisciplinaire, la collaboration interprofessionnelle étant indispensable dans cette thématique transversale, et ai véritablement ressenti la complémentarité avec les ingénieurs sanitaires, ces derniers étant davantage positionnés dans l'expertise réglementaire. Je crois avoir apporté au groupe projet du PRSE2 mon regard prévention et ma connaissance de modèle organisationnel tel une municipalité.

J'ai aussi enrichi mon expertise en santé environnementale et en promotion de la santé, cela m'a aidé à avoir une vision globale des déterminants de santé et des problématiques, ainsi que de la cartographie des acteurs en présence. J'ai aussi abordé les concepts d'intersectorialité, de politique intégrée, de concertation, qui seront amenés à se développer dans les futurs projets de santé.

Conclusion

La santé environnementale a émergé il y a à peine plus qu'une vingtaine d'années, portée par l'environnement et le développement durable. Pourtant, les villes « font de la santé urbaine » depuis toujours, avec une conscience plus ou moins aigüe. La légitimité des collectivités locales se place sur tous les champs de la santé environnementale, dès lors qu'ils touchent à la vie quotidienne et à la qualité de vie des habitants.

Sous l'impulsion de l'Europe, l'Etat met en œuvre un, puis dans la continuité un deuxième plan national santé environnement, avec des déclinaisons régionales. Les politiques urbaines s'en sont saisies au travers notamment des agendas 21, déjà reconnus comme des outils concrets de mise en œuvre progressive du développement durable à l'échelle d'un territoire. La santé n'est pas loin ... mais quand elle y est c'est encore confidentiel.

L'Etat incite au travers des plans de 2^{ème} génération les collectivités à développer des plans locaux. La démarche d'un PLSE est volontariste, cette légitimité est donc à conquérir. Il s'agit de convaincre les élus ainsi que les services, parfois éloignés de l'idée

qu'ils font de la santé, qu'ils vont encore améliorer la santé de la population s'ils sont dans la conscience d'agir pour elle.

Dans la déclinaison locale, c'est une démarche visant à actionner des leviers et impulser de l'action. L'Etat a bien sûr tout intérêt à « vendre » son PRSE pour augmenter le rapport des forces en jeu et apporter de la cohérence.

Il y a convergence entre l'incitation de l'Etat à élaborer des PLSE, et les villes, qui travaillent de plus en plus autour des déterminants de santé, notamment impulsés par les ateliers santé ville. Elles commencent à traiter la santé environnementale, car elles portent déjà des politiques-clés en la matière. Grenoble, Villeurbanne, Rennes, Nantes, élaborent ou mettent en œuvre un plan local. Cela suppose un décroisement, une évolution culturelle des organisations vers moins de verticalité et plus de transversalité, ce qui ne va pas de soi.

Intégrer la santé dans les dispositifs qui au départ ne la prennent pas en compte, favoriser la perspective du développement durable, faciliter les partenariats, les échanges d'expérience entre professionnels et toute forme de travail en réseau, favoriser le débat et la participation des citoyens constituent des pistes pour promouvoir la santé à travers les politiques locales.

Des modèles méthodologiques adaptés peuvent être utiles pour accompagner de tels projets, qui tendent à utiliser des approches de planification locale et de participation sociale dans la gestion et la prise de décision.

La question des inégalités de santé reste cruciale, les études de mortalité prématurée et d'espérance de vie en fonction de la catégorie sociale montrent à quel point elles sont délétères. C'est une collectivité locale qui peut le mieux porter une attention particulière aux populations défavorisées, qui cumulent souvent des inégalités écologiques, et qui les cumulent de surcroît avec des inégalités sociales. L'ASV a tout intérêt à se saisir de cette problématique, même si elle est jugée moins prioritaire, par méconnaissance de la question par la population d'une part, et parce que d'autres problèmes apparaissent plus importants : accès aux soins, prises de risques, souffrance psychique.

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

LOI n° 2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement (1), Journal officiel du 5 août 2009. Disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020949548>

Ouvrages

AFSSET, 2008, cancer et environnement, Paris : Inserm, 893p.

BARTON H., TSOUROU C., 2004, Urbanisme et santé, un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants, Rennes : S2D-Association internationale pour la promotion de la Santé et du Développement Durable, 178p. Disponible sur internet : <http://www.euro.who.int/fr/what-we-publish/abstracts/healthy-urban-planning>

BOURDILLON F., BRUCKER G., TABUTEAU D. et al, 2007, Traité de santé publique, 2ème édition, Paris : Flammarion, 745p

GERIN M., GOSELIN P., CORDIER S. et al, 2003, Environnement et santé Publique, fondements et pratiques, Paris, Québec, Lavoisier Tec & Doc Edisem, 1023p.

MAC ARTHUR I., 2002, local environmental health planning, guidance for local and national authorities, WHO regional publications, European series n°95, 122p.

TASCON-MENNETRIER C., 2007, Villes, santé et développement durable, Paris : La Documentation française, 550p.

Articles

GINOT L., 2008, « Développement durable et promotion de la santé. Développement durable et inégalités de santé : une question de solidarité ». Santé de l'homme, 2008/05-06, n°395, pp. 23-25.

GOMBERT D., SQUIZANI F., GUERBET M., et al., « environnement intérieur – dossier ». Le concours médical, 2010, vol 132, n° 9, pp 363-378

Plans et rapports

MINISTERE DE L'ECOLOGIE, DE L'ENERGIE, DU DEVELOPPEMENT DURABLE ET DE LA MER, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE, 2009, 2ème Plan National Santé Environnement. Disponible sur internet : <http://www.developpement-durable.gouv.fr/Deuxieme-Plan-National-Sante,12029.html>

PASCAL M., 2010, Impacts sanitaires du changement climatique en France. Quels enjeux pour l'InVS ? 80p.

ARS PAYS DE LA LOIRE, 2010, Projet de plan régional santé environnement 2010-2013 (PRSE 2). Disponible sur internet : http://www.pays-de-la-loire.developpement-durable.gouv.fr/rubrique.php?id_rubrique=671

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE, 2009, Baromètre santé environnement Pays de la Loire 2007, 240 p. Disponible sur internet : http://www.sante-pays-de-la-loire.com/Environnement_et_sante.434.0.html

Nguyen-Thanh V., Richard J.-B. Novembre 2009, Les connaissances, perceptions et comportements des français vis-à-vis des risques liés à la téléphonie mobile. Saint-Denis : INPES, 77 p. Disponible sur internet : <http://www.inpes.sante.fr/>

Thèses et mémoires

THEBAULT H., 2007, Le Plan Local Santé Environnement : un outil d'intégration des priorités santé environnement dans les politiques d'une communauté d'agglomération. L'exemple de Caen la mer. Mémoire d'Ingénieur du Génie sanitaire : EHESP, Rennes, disponible sur internet : <http://ressources.ensp.fr/memoires/2007/igs/thebault.pdf>

Brochures

Ministère de la santé de la jeunesse des sports, 2010, « Téléphones mobiles : santé et sécurité ». Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité. 8p

AGENCE NATIONALE DE SECURITE SANITAIRE, DE L'ALIMENTATION, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU TRAVAIL (ANSES), 2004, fiches santé environnement. Disponible sur internet : <http://www.afsse.com/index.php?pageid=1260&parentid=619>

Sites internet

Etat

<http://www.sante-sports.gouv.fr/environnement-et-sante.html>

<http://www.sante-environnement.fr/>

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/-Pollution-qualite-de-l-.html>

<http://www.stats.environnement.developpement-durable.gouv.fr/>

http://www.afsset.fr/index_2010.php

www.invs.sante.fr

www.ademe.fr

Associations

<http://www.villes-sante.com/datas/som01.htm>

<http://www.asef-asso.fr/>

<http://www.reseau-environnement-sante.fr/>

www.fne.asso.fr

<http://leciss.org>

Autres

http://www.sante-environnement-travail.fr/minisite.php3?id_rubrique=1062&id_article=4702

Liste des annexes

ANNEXE 1	La charte d'Ottawa.....	II
ANNEXE 2	SYNTHESE BAROMÈTRE SANTÉ ENVIRONNEMENT.....	V
ANNEXE 3	LE PROJET DES VILLES SANTE OMS.....	VII
ANNEXE 4	QUESTIONNAIRE VILLES SANTE OMS.....	VIII
ANNEXE 5	Les 12 mesures phares du PNSE 2.....	X
ANNEXE 6	Les 16 fiches-actions du PNSE 2.....	XI
ANNEXE 7	Etablissements publics en santé environnement.....	XII

ANNEXE 1 La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé,

OMS, Genève, 1986

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en ce 21e jour de novembre 1986, émet la présente Charte pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà.

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

Conditions préalables à la santé

Les conditions fondamentales et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, l'éducation, la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

Promouvoir l'idée

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion des idées.

Conférer les moyens

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

Servir de médiateur

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé. Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

L'intervention en promotion de la santé signifie que l'on doit :

1. Élaborer une politique publique saine

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard. Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants. La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

2. Créer des milieux favorables

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale. L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables. L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé – et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement – est indispensable ; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

3. Renforcer l'action communautaire

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

4. Acquérir des aptitudes individuelles

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci. Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

5. Réorienter les services de santé

6. Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé. Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains. La réorientation des services de santé

exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des **changements** au niveau de l'éducation et de la formation professionnelle. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

7. Entrer dans l'avenir

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé. L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

L'engagement face à la promotion de la santé

Les participants de cette conférence s'engagent :

- à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs ; – à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate ; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements ;
- à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés ;
- à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leur famille et leurs amis ; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être ;
- à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même ;
- à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie. Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

Appel pour une action internationale

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé. Les participants de la Conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette Charte, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.

ANNEXE 2 SYNTHÈSE BAROMÈTRE SANTÉ ENVIRONNEMENT

PAYS DE LA LOIRE, 2007 ORS des Pays de la Loire Septembre 2009.

L'enquête Baromètre santé environnement Pays de la Loire permet de décrire les opinions des habitants de la région à l'égard de l'environnement et des risques sanitaires associés. Elle aborde différents thèmes (pollution de l'air, de l'eau, des sols, bruit, téléphonie mobile, produits ménagers, de bricolage et de jardinage). Cette enquête, également conduite au niveau national, permet d'extraire les spécificités des habitants de la région dans ce domaine. Plus largement, par les éléments de contexte rassemblés en introduction à chaque chapitre, ce document apporte aux décideurs publics des éléments susceptibles de contribuer à l'orientation de leurs politiques en matière d'environnement et de santé. Il s'adresse également à toutes les personnes concernées par ces problèmes, industriels ou agriculteurs, professionnels du bâtiment ou de l'urbanisme, professionnels de la santé ou de l'environnement, chercheurs ou acteurs associatifs, ou encore citoyens. Elle a concerné dans la région 2 294 individus âgés de 18 à 75 ans. Cette étude a été mise en oeuvre par l'ORS des Pays de la Loire grâce à un cofinancement de l'Etat (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) et du Conseil régional des Pays de la Loire.

L'étude est disponible auprès de l'Observatoire des Pays de la Loire et est accessible sur internet :

www.santepaysdelaloire.com.

Les 3 premiers chapitres du document balayent la méthodologie et la perception des habitants de la région quant à leur environnement global, les chapitres suivants s'attachent à une thématique : 1) présentation de l'enquête et des méthodes statistiques, 2) cadre de vie et habitat, 3) représentations, 4) information et craintes à l'égard des risques environnementaux, 5) pollution de l'air, 6) pollution de l'eau, 7) pollution des sols, bruit, 8) risques émergents.

Le chapitre 3 permet une approche d'ensemble des perceptions des habitants de la région en matière de santé environnement. Il met en regard les réponses relatives aux différents thèmes détaillés dans les chapitres suivants, décrit les opinions de la population à l'égard de ces problèmes d'environnement et de leurs éventuels effets sur la santé. L'essentiel des résultats de ce chapitre sont rappelés ci-après :

Une forte sensibilité à l'environnement, et un souci de sa préservation

Les habitants de la région, comme les Français, sont sensibles à l'environnement : sur une échelle de 1 à 10, plus de 70 % des Ligériens évaluent leur sensibilité entre 7 et 10. Cette sensibilité est associée à des représentations de l'environnement centrées sur sa préservation. Ainsi, pour 40 à 45 % des habitants de la région, parmi une liste de sept propositions, l'environnement évoque, en premier lieu, « l'état de l'environnement dont vont hériter les générations futures », « la protection de la nature », et « la responsabilité de chacun à améliorer l'environnement ».

Une satisfaction à l'égard de l'information qui diffère selon les thèmes

Concernant leur information sur différents problèmes environnementaux et leurs éventuels effets sur la santé, le jugement des habitants de la région est partagé. L'information sur des problèmes connus et médiatisés depuis plusieurs décennies (pollution de l'eau, de l'air extérieur ou bruit), recueille environ 70 % d'opinions favorables. L'information sur des problèmes plus spécifiques, tels que le monoxyde de carbone, les légionelles ou les peintures au plomb, dont les effets sur la santé sont bien documentés, réunit 50 à 60 % de jugements positifs. A l'inverse, les avis concernant l'information sur des problèmes peu médiatisés et faisant l'objet d'une préoccupation plus récente (pollution de l'air intérieur) ou plus difficiles à appréhender (pollution des sols) sont plus divisés, avec un peu moins de la moitié d'opinions favorables. Le radon se distingue très nettement des autres thèmes proposés. Il représente le problème au sujet duquel les Ligériens se déclarent les moins bien informés : plus de 60 % disent ne jamais en avoir entendu parler, et plus du quart s'estiment mal informés.

Des risques sanitaires liés à l'environnement jugés élevés pour la collectivité...

Au moins la moitié des Ligériens considèrent que la grande majorité des problèmes environnementaux proposés dans l'enquête, présentent un risque élevé pour la santé de la population. L'amiante, le monoxyde de carbone et l'exposition au soleil sont les facteurs environnementaux jugés les plus à risque, par environ 90 % des Ligériens. Viennent ensuite la pollution de l'air extérieur et les peintures au plomb, qui présentent un risque élevé pour environ 80 % des Ligériens. Entre 65 % et 75 % de la population régionale portent le même jugement sur la pollution des sols, l'utilisation de produits ménagers, de bricolage et de jardinage, les légionelles, les incinérateurs et le bruit. La qualité de l'eau du robinet, les cosmétiques et la pollution de l'air intérieur semblent moins inquiéter, considérés comme à risque par 40 % à 50 % de la population régionale.

... et plus faibles au niveau individuel

Les Ligériens sont en revanche moins nombreux à penser courir un risque personnel élevé d'être affecté par des pathologies en lien avec leur environnement. Les trois problèmes de santé suscitant le plus de crainte sont le cancer (46 % des Ligériens considèrent courir un risque personnel élevé de contracter un cancer du fait de leur environnement), l'anxiété, le stress et les troubles du sommeil (31 %), et les allergies respiratoires et l'asthme (28 %). Les problèmes de stérilité sont moins souvent cités, de même que les pathologies liées à des expositions spécifiques (intoxication au monoxyde de carbone, légionellose) ou à certaines activités professionnelles (maladies liées à l'amiante, maladies professionnelles).

Confiance dans l'expertise scientifique, jugement plus critique sur l'action des pouvoirs publics

Les Ligériens font le plus souvent confiance aux experts scientifiques : l'amiante et la pollution de l'air extérieur, sont les thèmes au sujet desquels la population accorde le plus souvent sa confiance (environ les trois quarts des Ligériens). L'expertise scientifique dans les autres domaines (pollution de l'air intérieur, des sols, pesticides et autres substances chimiques, téléphonie mobile) est jugée favorablement par au moins la moitié des habitants de la région, bien qu'il s'agisse de sujets de préoccupation plus récents, qui font parfois l'objet de débats au sein de la communauté scientifique. L'opinion à l'égard de l'action conduite par les pouvoirs publics est plus divisée : seule l'amiante recueille plus de la moitié de jugements favorables (61 %). Le classement des thèmes proposés est globalement le même que pour l'expertise scientifique, avec un jugement plus favorable sur les thèmes pris en compte depuis plusieurs années et qui font notamment l'objet de réglementations importantes (amiante et pollution de l'air extérieur).

La lutte contre les problèmes environnementaux : alternatives à la voiture en premier lieu

Parmi les mesures proposées dans l'enquête pour améliorer la qualité de l'environnement et la santé, l'utilisation de solutions alternatives à la voiture (transports en commun, bicyclette, marche à pied ou covoiturage) est la mesure la plus souvent mise en œuvre, par près de 60 % des Ligériens. Environ 40 % des habitants de la région déclarent prendre en compte les émissions polluantes lors de l'achat de matériaux de bricolage, de construction ou de décoration (peintures, vernis...). Les deux autres mesures de lutte proposées dans l'enquête sont moins souvent adoptées. Environ 20 % des Ligériens déclarent boycotter les entreprises qui polluent et ne respectent pas les réglementations en matière de santé et d'environnement, et la même proportion dit s'impliquer dans la vie de sa commune, participer à des réunions d'information ou avoir un engagement associatif. L'éventualité d'une contribution financière permettant d'améliorer la qualité de l'environnement ou la santé est également bien accueillie : au moins 60 % des Ligériens s'y disent favorables. C'est pour manger des fruits et des légumes sans pesticides ou avoir une voiture moins polluante que les Ligériens se disent le plus souvent prêts à payer 10 % plus cher (plus des trois quarts). Environ 60 % des habitants de la région accepteraient la même contrainte financière pour une eau de meilleure qualité ou pour avoir des appareils ménagers moins bruyants.

Des représentations différentes selon le milieu socioprofessionnel

De manière générale, les milieux moins favorisés sont plus critiques à l'égard de l'information : les personnes les moins diplômées s'estiment plus souvent mal informées ou déclarent plus fréquemment ne jamais avoir entendu parler des différents problèmes de santé-environnement. Elles portent également plus souvent un jugement négatif sur l'expertise scientifique et l'action des pouvoirs publics. Par ailleurs, les milieux les moins favorisés perçoivent des risques plus élevés pour la santé des Français et surtout pour eux-mêmes, ces résultats témoignant d'une inquiétude plus marquée de ces populations à l'égard des problèmes de santé-environnement. Enfin, ces personnes sont en proportion un peu moins nombreuses à indiquer mettre en œuvre des mesures de lutte contre les problèmes environnementaux ou à se déclarer prêtes à accepter une contrainte financière pour améliorer leur environnement et leur santé.

Les Ligériens un peu moins inquiets que les Français

Les représentations des Ligériens peuvent être rapprochées des spécificités environnementales de la région. En effet, malgré le développement des secteurs industriels et agricoles, la région bénéficie globalement d'un air et d'une eau de bonne qualité. Ainsi, pour les Ligériens, l'environnement évoque moins souvent « l'air des villes », représentation à connotation plus négative. En revanche, ils associent plus souvent l'environnement à « la responsabilité de chacun pour améliorer l'environnement », ce résultat témoignant d'une certaine forme d'engagement des habitants de la région, confirmée par d'autres résultats de l'enquête. Par ailleurs, « la qualité de vie, là où vous vivez » est une représentation de l'environnement plus fréquemment citée par les Ligériens que par les Français. Dans l'ensemble, les habitants de la région semblent plus souvent satisfaits que les Français de l'information dont ils disposent sur les problèmes environnementaux et leurs effets sur la santé. Ce jugement plus positif sur l'information est associé à une crainte moins marquée des risques sanitaires collectifs et individuels. Mais, ces résultats ne révèlent pas une moindre sensibilité des Ligériens à l'égard de ces problèmes comme en témoignent l'ensemble des résultats du Baromètre santé environnement et surtout la plus forte implication des habitants des Pays de la Loire dans les solutions alternatives à la voiture ou le boycott des entreprises polluantes, par rapport au niveau national.

La ville, lieu privilégié pour expérimenter et diffuser la politique de la Santé pour Tous.

La politique de l'OMS se fonde sur une appréhension positive et très large de la santé qui la situe bien au-delà de l'absence de maladie. Dans cette conception dynamique et globale, chercher à améliorer la Santé pour Tous et à réduire les inégalités, c'est s'attaquer aux facteurs qui se conjuguent pour que la santé se gagne ou se perde. Ce sont aux conditions de vie (logement, habitat, transport, nourriture), aux conditions de travail, à la qualité de l'environnement et des relations sociales, à la culture qu'il faut s'intéresser pour développer cette approche qui peut être considérée comme une socio-écologie de la santé.

La Promotion de la Santé intègre bien entendu les soins et la médecine, mais elle cherche à en élargir le champ en y associant prévention, éducation pour la santé, développement d'un milieu favorable, qu'elle englobe dans une dynamique commune.

Il apparaît tout naturel que l'OMS et les tenants du mouvement de Promotion de la Santé se soient tournés vers les villes. Reprenant la formule qui dit que : "la santé se gagne ou se perd à la maison, à l'école, au travail, là où l'on vit...". On peut ajouter sans aucun risque de se tromper : dans les villes...bruyantes, polluées, dangereuses, lieux de misère, d'isolement, d'exploitation..., les villes peuvent concourir à détruire la santé et l'homme lui-même parfois, mais aussi lieu de vie, de culture, de promotion sociale, d'échanges, de loisirs, de création..., elles appellent la santé et l'épanouissement de tous.

Promouvoir la santé, c'est une dynamique, et cette dynamique, les villes la possèdent, même si elles ne l'exploitent pas toujours au mieux. Les responsables urbains, dans leur très grande majorité, œuvrent pour le bien-être, la qualité, la santé de leur ville. Les moyens dont ils disposent leur donnent des atouts particulièrement favorables pour agir dans ce sens et développer la santé urbaine ; ils sont proches des habitants et connaissent bien les conditions de leur vie quotidienne.

Les pouvoirs très étendus, très divers des Maires, permettent à ceux-ci d'agir sur la plupart des éléments de la vie quotidienne des habitants. Ces pouvoirs facilitent la mise en oeuvre de démarches concertées et interpartenariales, ce qui est le fondement même de la démarche de la Promotion de la Santé.

Le Programme Villes-Santé propose donc aux villes considérées comme des organismes vivants, de décider d'agir pour améliorer leur santé et celle de leurs habitants, en envisageant l'environnement comme une ressource fondamentale à protéger et à enrichir de manière solidaire, dans une perspective aussi bien locale que mondiale.

"Penser globalement, agir localement" slogan bien connu, retenu dès l'origine par le projet Ville-Santé et repris pour la Journée Mondiale de l'OMS consacrée au thème "Santé-Environnement".

Le développement du mouvement Villes-Santé, à travers les réseaux, permet d'évoluer en commun dans ce sens.

On définit une Ville-Santé comme une ville qui :

- améliore constamment la qualité de son environnement,
- favorise le développement d'une communauté solidaire et qui participe à la vie de la cité,
- agit en faveur de la santé de tous et réduit les inégalités,
- développe une économie diversifiée et innovante,
- donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité.

On reconnaît une Ville-Santé

- à sa volonté de répondre aux besoins essentiels des citoyens (eau, nourriture, logement, travail, sécurité, statut social),
- à la qualité de son environnement,
- à la force de son tissu social,
- à l'utilisation la meilleure possible des ressources naturelles,
- à la richesse de la vie culturelle,
- à la vigueur et la diversité de son économie,
- aux conditions d'accès aux services publics et privés,
- au degré de contrôle que les habitants exercent sur les décisions qui les concernent,
- à l'état de santé de la population.

Plus d'information : <http://www.villes-sante.com/datas/som01.htm>

Figure 1
Principes des Villes-santé et compétences des villes en matière de santé

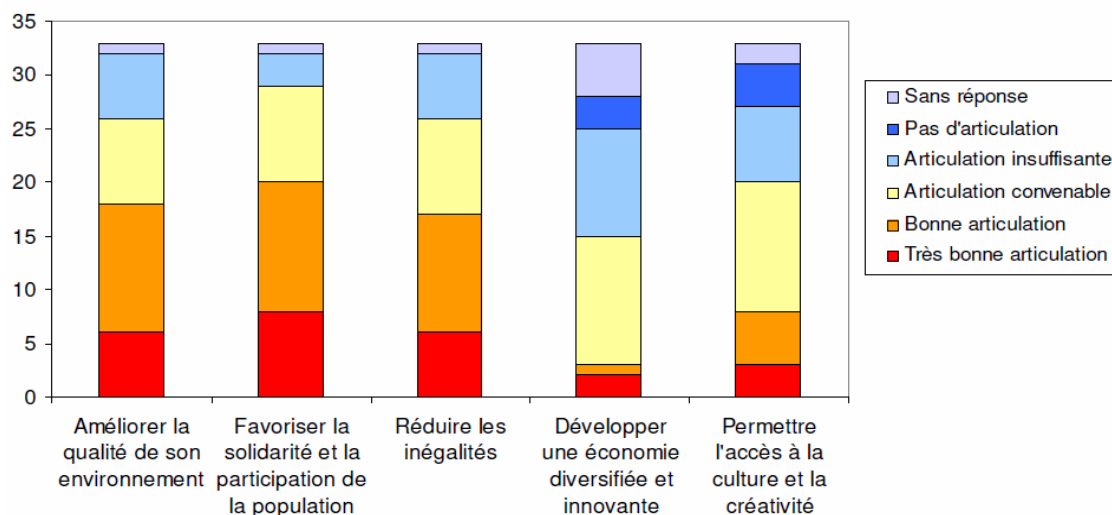
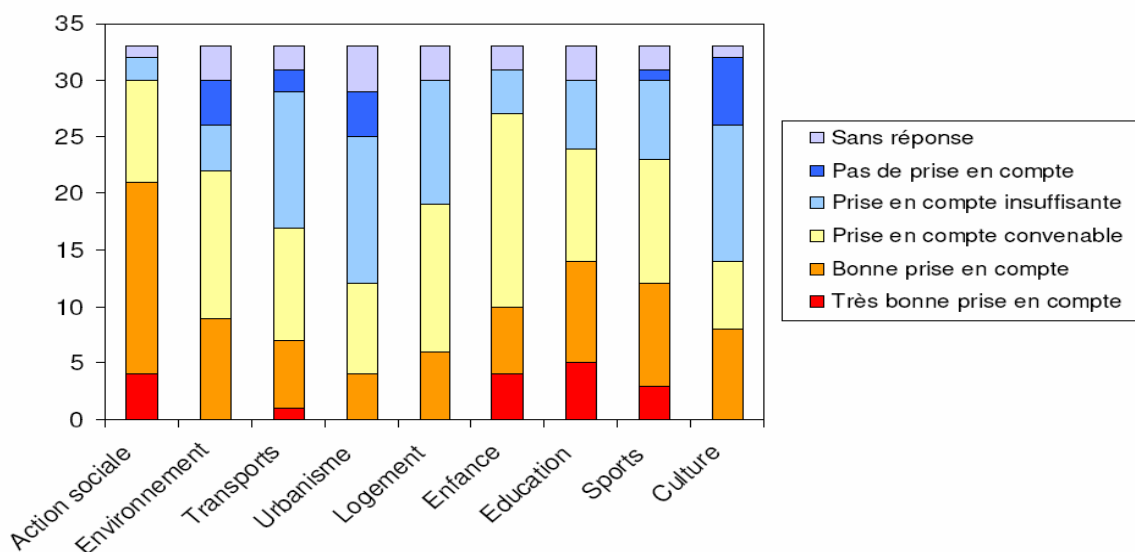


Figure 2
La santé dans les politiques de la ville



²⁴ Résultats non publiés, avec l'aimable autorisation de Erwann Le Goff, doctorant en géographie à l'Université de Rennes2,

Figure 3

Agenda 21 local

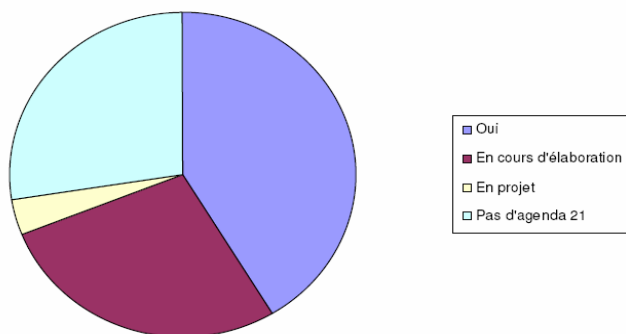


Figure 4

Présence d'un volet santé dans l'Agenda 21

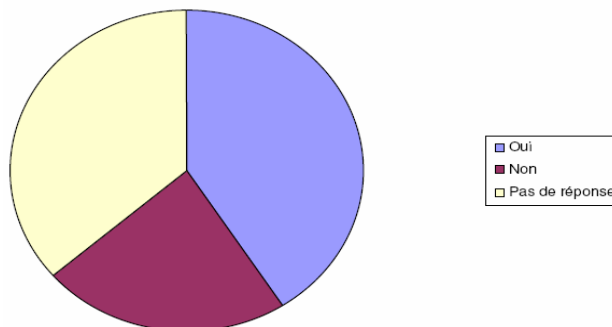
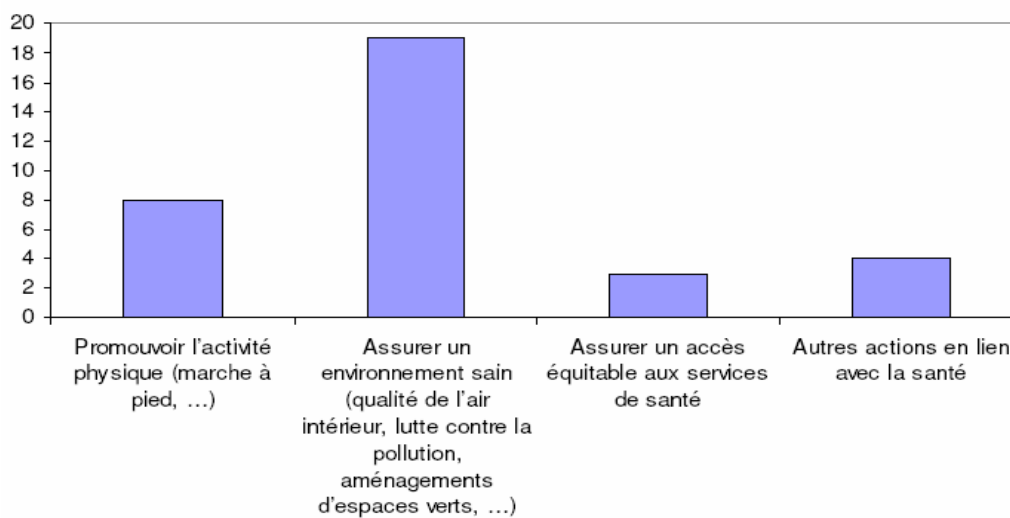


Figure 5

Agenda 21 local et santé



ANNEXE 5 Les 12 mesures phares du PNSE 2

1. Réduire de 30 % les émissions de particules fines dans l'air et diminuer les émissions dans l'air et dans l'eau de 6 substances toxiques d'ici 2013 : mercure, arsenic, hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), benzène, perchloroéthylène et PCB/dioxines.
2. Mettre en place un étiquetage sanitaire des produits de construction, de décoration ainsi que des produits les plus émetteurs de substances dans l'air intérieur des bâtiments et rendre obligatoire l'utilisation des produits et matériaux les moins émissifs dans les écoles et crèches.
3. Favoriser les mobilités douces en sécurisant les zones pour les piétons et les cyclistes et en intégrant cette problématique dans les outils de planification.
4. Assurer la protection des aires d'alimentation des 500 captages d'eau les plus menacés.
5. Améliorer la connaissance et réduire les risques liés aux rejets de médicaments dans l'environnement en engageant, dès le mois de juillet 2009, les travaux en vue de l'élaboration d'un plan d'action national et en installant le comité de suivi et de pilotage de ce plan.
6. Mettre en place, dès 2010, un programme de biosurveillance sanitaire de la population.
7. Expérimenter un dispositif de traçabilité des expositions professionnelles dans 4 régions.
8. Renforcer le contrôle des substances, mélanges et articles mis sur le marché en France, notamment sur les produits destinés aux enfants, et développer la recherche et l'information sur les substances toxiques pour la reproduction et les perturbateurs endocriniens.
9. Réduire l'exposition aux substances préoccupantes dans l'habitat et les bâtiments accueillant des enfants : une expérimentation de surveillance de la qualité de l'air dans 300 crèches et écoles est lancée depuis la rentrée 2009 ainsi qu'un programme d'identification et de traitement des crèches et des écoles construites sur des sols pollués, engagé en accord avec les collectivités locales concernées.
10. Développer des conseillers habitat santé ou en environnement intérieur pouvant se rendre au domicile des personnes souffrant de certaines maladies pour leur proposer des mesures ciblées destinées à améliorer leur environnement de vie.
11. Poursuivre le programme de résorption de l'habitat indigne, avec un objectif de 20 000 logements traités par an.
12. Identifier et gérer les points noirs environnementaux qui sont des zones susceptibles de présenter une surexposition à des substances toxiques, en particulier en mettant en place des actions d'identification de ces zones.

ANNEXE 6 Les 16 fiches-actions du PNSE 2

1. Plan particules
2. Réduction des substances toxiques dans l'air et dans l'eau
3. Qualité de l'air intérieur
4. Réduire l'exposition aux substances CMR (ayant un effet cancérigène, mutagène ou reprotoxique en milieux de travail)
5. Santé et transports
6. Protéger la santé et l'environnement des enfants
7. Protéger la santé et l'environnement des personnes vulnérables du fait de leur état de santé
8. Lutte contre l'habitat indigne
9. Protéger la population des contaminations environnementales liées à l'eau
10. Lutte contre les « points noirs environnementaux »
11. Diminuer l'impact du bruit
12. Réduire l'exposition au radon et à l'amiante naturellement présents dans l'environnement
13. Risques émergents
14. Recherche
15. Expertise
16. Formation et information

ANNEXE 7 Etablissements publics en santé environnement

L'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) créée en 1991, est placée sous la tutelle des ministères chargés de la recherche, de l'environnement et de l'énergie. Elle oeuvre dans le champ de la protection de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie par son implication dans la définition et la mise en oeuvre des politiques publiques et par son dialogue avec les différentes composantes de la société. Elle est notamment très présente dans les domaines de la gestion des déchets, des transports, de la qualité de l'air, de la lutte contre le bruit, de l'agriculture ou de la maîtrise de l'énergie et des énergies renouvelables. www.ademe.fr

L'Agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs (ANDRA) créée en 1991, est placée sous la tutelle des ministères en charge de l'industrie, de la recherche et de l'environnement. Elle est chargée de la gestion à long terme des déchets radioactifs produits en France. www.andra.fr

L'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) est né de la fusion de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset). Il en reprend les missions, les moyens et le personnel, ainsi que les acquis et les valeurs - compétence scientifique, indépendance dans l'évaluation des risques, ouverture de l'expertise - pour les mettre au service d'une lecture plus globale et transversale des questions sanitaires.

L'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) est placée sous l'autorité des ministères chargés de la santé, de l'environnement et de l'industrie. Elle est constituée de la Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection (DGSNR) et de ses onze divisions (DSNR) situées au sein des DRIRE dans certaines régions. Elle assure le contrôle de la sûreté nucléaire et de la radioprotection pour protéger des risques liés à l'utilisation du nucléaire les travailleurs, les patients, le public et l'environnement. Elle contribue également à l'information des citoyens dans ce domaine. www.asn.gouv.fr

Le Bureau de recherches géologiques et minières (BRGM) créé en 1959, est placé sous la tutelle des ministères de la recherche, de l'industrie et de l'environnement. Il participe au développement de ressources nécessaires à la prévention des risques naturels et des pollutions, et à l'aménagement du territoire. Les domaines de l'eau, des sols et du sous-sol figurent dans ses principaux champs d'activité. www.brgm.fr

Le Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB) créé en 1947, est placé sous la tutelle du ministère chargé du logement. Il intervient dans le domaine des effets des bâtiments sur la santé et l'environnement en réalisant des études sur la qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments et sur la qualité sanitaire des produits de construction. Il assure la coordination de l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur. www.cstb.fr

L'Institut français de recherche pour l'exploitation de la mer (IFREMER) créé en 1984, est placé sous la tutelle des ministères chargés de la recherche, de l'agriculture et de la pêche, de l'équipement, des transports et du logement et de l'environnement. Il est chargé notamment de la surveillance de l'environnement littoral et du contrôle de la qualité des produits de la mer. www.ifremer.fr

L'Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS) créé en 1990, est placé sous la tutelle du ministère chargé de l'environnement. Il a pour mission d'évaluer et de prévenir les risques accidentels ou chroniques pour l'homme et l'environnement, liés aux installations industrielles, aux substances chimiques et aux exploitations souterraines. Il effectue des activités de recherche et d'expertise à la demande des pouvoirs publics et des industriels. L'INERIS dispose de 6 implantations régionales. www.ineris.fr

L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi ses missions initiales à la participation à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives et à la formation à l'éducation pour la santé. www.inpes.sante.fr/

L'Institut de veille sanitaire (InVS) est un établissement public, créé en 1998 et placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Il a pour mission de surveiller en permanence l'état de santé de la population et d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique. Il comporte notamment un département santé-environnement et un département santé-travail. Il est représenté au niveau régional par les 16 cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE), installées au sein des DRASS. www.invs.sante.fr

L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) créé en 2002, est placé sous la tutelle des ministères chargés de la santé, de l'environnement, de l'industrie, de la recherche et de la défense. Il est chargé de recherches, d'expertise et de travaux dans les domaines de la sûreté nucléaire, de la protection contre les rayonnements ionisants, du contrôle et de la protection des matières nucléaires et de la protection contre les actes de malveillance. Il existe 10 antennes de l'IRSN en France.