



Master 2 Mention Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé
publique

Promotion : 2020-2021

**Santé environnement : Des ateliers participatifs au cœur
de la transformation et du changement de l'action
publique.**

L'exemple des ateliers « Vers un plan régional santé
environnement 4 » en Île-de-France.

Mathilde Rateau

Août 2021

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à Célia Colombier, coordinatrice du réseau ÎSÉE et tutrice de stage, pour sa bienveillance, ses conseils précieux, la responsabilité et la confiance qu'elle m'a accordée dans le travail collaboratif que nous avons mené au long des six derniers mois.

Également, mes remerciements se tournent vers les personnes de l'équipe de l'ORS Île-de-France, et de L'Institut Paris Région, pour leur engagement, leur disponibilité et les échanges riches que nous avons eus.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à Monsieur Arnaud Campéon, responsable du Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique de l'École des Hautes Études en Santé Publique, pour sa confiance et la qualité des enseignements qu'il permet à ce Master.

J'adresse également mes remerciements à Madame Laurie Marraud, enseignante chercheuse à l'École des Hautes Études en Santé Publique et directrice de mémoire, pour son soutien et ses encouragements.

Je remercie considérablement les professionnels rencontrés les dernières années, sans lesquels ma reprise d'études n'aurait jamais été possible.

Enfin, je tiens tout particulièrement à remercier mes proches, pour leur enthousiasme, leur soutien indéfectible, et sans qui, là encore, ma reprise d'étude n'aurait pas été possible.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 7 |
| Méthodologie | 10 |
| PARTIE 1. La santé environnementale d’hier à aujourd’hui | 12 |
| Chapitre 1. La santé environnementale à travers les Âges | 12 |
| 1.1 D’Hippocrate au milieu du XXème siècle | 12 |
| 1.1.1 Les pensées du corpus hippocratique et leurs évolutions | 12 |
| 1.1.2 L’arrivée de la médecine curative et de l’ère industrielle | 14 |
| 1.2 La santé environnementale à compter de 1950 | 17 |
| 1.2.1 Un temps long de prise de conscience des liens santé et environnement...17 | |
| 1.2.2 Le XXI ^{ème} siècle, un possible changement pour la santé environnementale21 | |
| Chapitre 2. Politiques publiques et planification de la santé environnementale au XXIème siècle | 26 |
| 2.1. Planification nationale et régionale de la santé environnementale | 26 |
| 2.1.1. Les plans nationaux et régionaux santé environnement | 26 |
| 2.1.2. Les critiques actuelles de la planification en santé environnement | 30 |
| 2.2. Dynamiques de la santé environnementale en région Île-de-France | 32 |
| 2.2.1. Les plans régionaux santé environnement franciliens..... | 32 |
| 2.2.2. Le réseau ÎSÉE et les acteurs franciliens de la santé environnementale | 35 |
| 2.2.3. Des ateliers participatifs en vue de l’élaboration du PRSE4 francilien..... | 37 |
| Partie 2. Des ateliers participatifs, un vecteur de transformation et de changement de l’action publique | 42 |
| Chapitre 3. Des ateliers participatifs, facteurs de transformation de l’action publique et d’une approche transverse de la santé environnementale | 42 |
| 3.1. Des ateliers participatifs contribuant à une approche « par le bas » des politiques publiques..... | 42 |

| | |
|--|-----------|
| 3.1.1. La transformation de l'action publique en critique à l'approche « par le haut » des politiques publiques | 42 |
| 3.1.2. Des acteurs impliqués dans les approches « par le haut » et « par le bas » des politiques publiques | 47 |
| 3.2. Le réseau ÎSÉE, un espace d'interactions d'acteurs | 50 |
| 3.2.1. Le réseau ÎSÉE, un réseau d'action publique favorisant les interactions d'acteurs | 50 |
| 3.2.2. Des acteurs volontaires à travailler collectivement, mais qui peinent à établir des transversalités dans leurs activités | 53 |
| Chapitre 4. Le changement, une notion délicate..... | 57 |
| 4.1. Le changement en matière d'action publique et pour le domaine de la santé environnementale | 57 |
| 4.1.1. Les dimensions du changement..... | 57 |
| 4.1.2. Les ateliers participatifs sous le prisme des quatre dimensions du changement | 60 |
| 4.2. Freins et leviers d'action au changement de l'action publique en matière de santé environnementale | 63 |
| 4.2.1. Des ateliers participatifs se confrontant aux obstacles et aux limites du changement | 63 |
| 4.2.2. Des ateliers participatifs, comme facteur de changement graduel de l'action publique en temps de crise..... | 68 |
| Conclusion..... | 73 |
| Bibliographie | 75 |
| Liste des annexes | 81 |
| Annexe n°1 : Grille d'entretien | 81 |
| Annexe n°2 : Grille d'analyse synthétique des dix entretiens menés..... | 87 |
| Annexe n°3 : Cartographie des acteurs participants aux ateliers « Vers un plan régional santé environnement 4 », 1 ^{er} et 11 juin 2021, réseau ÎSÉE..... | 107 |
| Annexe n°4 : Les PNSE et ses interfaces avec les autres plans et stratégies, 2020. . | 108 |
| Annexe n°5 : Échelle simplifiée d'Arnstein, Guide Lisode, 2017..... | 109 |

| | |
|---|------------|
| Annexe n°6 : Les quatre dimensions interdépendantes du changement, Hassenteufel, 2011, p. 247, dans « sociologie politique : l'action publique »..... | 110 |
| Note réflexive | 111 |

Liste des sigles utilisés

| | |
|------------------|---|
| ADN | Acide DésoxiriboNucléique |
| AAP | Appel à projet |
| AMI | Appel à manifestation d'intérêt |
| ARS | Agence régional de santé |
| CNDP | Commission nationale du débat public |
| DIRECCTE | Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi |
| DRAAF | Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture, et de la Forêt |
| DREAL | Direction Régionale, de l'Environnement, de l'Aménagement, et du Logement |
| DREETS | Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités |
| DRIEAT | Direction Régionale et Interdépartementale de l'Environnement, de l'Aménagement et des Transports |
| EQRS | Évaluation quantitative des risques sanitaires |
| EPCI | Établissement public de coopération intercommunale |
| GRAINE | Groupe d'Animation et d'Informations sur la Nature et l'Environnement |
| GRSE | Groupe régional santé environnement |
| GSE | Groupe santé environnement |
| HCSP | Haut Conseil de la Santé Publique |
| Loi HPST | Loi Hôpital Patients Santé Territoire, 2009 |
| Loi NOTRe | Loi portant sur la nouvelle organisation territoriale de la République, 2015 |
| LMSS | Loi de modernisation de notre système de santé, 2016 |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| ORS | Observatoire régional de santé |
| PNSE | Plan national santé environnement |
| PNSE4 | Plan national santé environnement, 4 ^{ème} génération (2021-2025) |
| PRSE | Plan régional santé environnement |
| PRSE1 | Plan régional santé environnement, 1 ^{ère} génération (2006-2010) |
| PRSE2 | Plan régional santé environnement, 2 ^{ème} génération (2011-2015) |

| | |
|--------------------|--|
| PRSE3 | Plan régional santé environnement, 3 ^{ème} génération (2017-2021) |
| PRSE4 | Plan régional santé environnement, 4 ^{ème} génération |
| Réseau ÎSÉE | Réseau Île-de-France Santé Environnement |

Introduction

À ce jour, les questions environnementales prennent de plus en plus de place dans de nombreux secteurs de la société. Cependant, cela n'a pas été toujours le cas. Un acteur du territoire interrogé¹ mentionnait à ce sujet qu'au début du mouvement écologique des années 1970, les militants impliqués étaient qualifiés de « baba cool » voire de « doux rêveurs ». Il ajoutait qu'au XXI^e siècle, l'environnement n'a plus « cet aspect sympathique ». Des tensions persistent entre les « alarmistes » et les « septiques » (Dab, 2020). De la sphère politique, à la sphère économique et sociale, la prégnance des questions environnementales n'est plus à démontrer et imprègne quotidiennement la scène médiatique.

Également, c'est par leur penchant sanitaire, et autrement dit de « santé environnementale », que se reflètent les effets de l'environnement sur la santé de l'homme. Aussi, l'environnement et la santé relèvent de deux biens, individuel et commun, omniprésents, et qu'il serait difficile de séparer tant l'un et l'autre sont interdépendants afin d'assurer la vie sur Terre. Les impacts sanitaires de l'environnement sont colossaux, comme le montrent les chiffres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) selon qui « un quart du fardeau des maladies » dans le monde « est dû à l'environnement » (Dab, 2020). Ces maladies sont aussi bien infectieuses et transmissibles, que chroniques et non transmissibles. Les effets de l'environnement sur la santé humaine sont mis en exergue tant à l'occasion de grandes catastrophes écologiques que de façon sournoise, liés à des expositions répétées à faibles doses et se révélant pathologiquement des années plus tard. Les vastes champs de la santé et de l'environnement amènent à visualiser leurs liens comme multiples et complexes.

Également, la santé environnementale est à saisir à travers une vision qui se voudrait moins anthropocentrée comme effets des activités de l'homme sur l'environnement. La crise de la Covid-19 rappelle à quel point la dégradation des écosystèmes par l'homme peut avoir des conséquences majeures dans le quotidien de chacun mais également sur le fonctionnement du monde en général. Dans cette perspective, l'image forte du concept « One Health » développé au début des années 2000, vise un changement de paradigme de la notion de « santé » en intégrant sous la même égide santé humaine, animale, végétale et de l'ensemble des écosystèmes.

Au sein d'une société où, d'après l'article 1^{er} de la Charte de l'environnement, « chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé », les questions de santé

¹ Acteur du territoire interrogé lors de l'enquête empirique pour ce mémoire.

environnementale sont l'affaire de tous. En ce sens, les préoccupations des français quant aux effets de l'environnement sur leur santé connaissent une forte croissance puisqu'en 2018 ; l'étude Elabe mentionne que « 7 français sur 10 » se disent concernés par ces questions (Rapport d'information du Sénat sur « les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale, mars 2021).

Aussi, la prise de conscience politique des effets de l'environnement sur la santé est un axe fort du XXIème siècle, notamment mise en avant par la place accordée à la planification de la santé environnementale à travers les plans nationaux et régionaux santé environnement. L'élaboration concertée de ces plans implique des acteurs multiples et amène à se questionner sur les aspects démocratiques à l'œuvre dans de tels processus, au sein d'une démocratie française reclassée récemment au rang de « démocratie défailante » (France Inter, 4 février 2021).

Au-delà des aspects démocratiques impliquant la participation des acteurs du territoire dans l'élaboration des politiques publiques de santé environnementale, c'est également le fonctionnement de l'État qui soulève et conduit des interrogations et réflexions.

Il s'agit alors de comprendre les enjeux contemporains de la santé environnementale, les manières de faire et de penser, afin notamment de préserver « la santé des générations futures » d'une cause qui touche chacun d'entre nous quotidiennement. Il s'agit également de questionner la place et les outils de la démocratie française mis à mal notamment durant la période de la crise de la Covid-19. Les transformations de l'État et de l'action publique sont alors au cœur de l'analyse.

Dans ce contexte, il est légitime de poser la question suivante : **De quelle manière, des ateliers participatifs, impliquant des acteurs du territoire, s'intègrent dans les enjeux contemporains de la santé environnementale et mobilisent des variables de transformation de l'action publique ?**

Cette problématique repose sur un faisceau d'hypothèses alimentant les axes de réflexion au fil de ce travail. Ainsi, elles peuvent être illustrées par les quelques lignes qui vont suivre :

- Les liens entre santé et environnement et *in fine* de santé environnementale, sont un concept ancien, datant d'avant notre ère. Quels éléments de l'Histoire ont fait qu'à ce jour, la prise en charge et la considération en la matière n'est que peu effective au point que certains demandent à ce qu'elle devienne « une priorité pour le XXIème siècle » ? (Rapport d'enquête de l'Assemblée

Nationale sur « l'évaluation des politiques publiques de santé environnementale », décembre 2020). Il s'agira de mettre en perspective les filiations, les ruptures, et les enjeux contemporains de santé environnementale au sein de cette histoire longue.

- Les dispositifs participatifs impliquant acteurs et citoyens sont nombreux en France. Cependant, ils souffrent de critiques quant à leur prise en considération réelle au sein d'une démocratie participative peu effective. En ce sens, de quoi relève le fonctionnement de l'État ? Quels sont les mécanismes à l'œuvre dans la transformation de l'État et des politiques qu'il définit ? De quoi relève un changement de la façon de gouverner, notamment en matière de santé environnementale et promouvant la place de la démocratie ? La transformation de l'action publique et l'analyse sous l'angle du changement seront au cœur de ces réflexions.

Pour traiter de ces éléments, il convient d'appréhender une vision large des champs d'étude en matière de santé environnementale, d'action publique et de ses transformations. Également, il s'agira de mettre en perspective ces éléments pour le territoire d'étude, la région Île-de-France, et par l'outil démocratique mobilisé durant ce stage en tant qu'atelier participatif.

Ainsi, la première partie de mémoire se vaudra historique et conceptuelle. Dans un premier temps, elle abordera l'histoire longue de la santé environnementale et ses enjeux contemporains. Le second chapitre s'attachera à la prise de conscience politique notamment par la mise en place de la planification en santé environnementale au niveau national comme régional. Les dernières parties de second chapitre rendront compte du lieu de stage, lui-même créé par une action relevant de la dernière planification en région, et de la mission qui m'a été confiée durant ce stage. Enfin, la seconde partie de mémoire s'attardera sur les mécanismes à l'œuvre en termes de transformation de l'action publique notamment par les ateliers participatifs menés durant ce stage. En ce sens, l'approche « par le bas » des politiques publiques, les interactions d'acteurs, les leviers et les freins au changement de l'action publique et de la façon de gouverner seront mis en avant.

Méthodologie

Différents éléments méthodologiques ont permis l'élaboration de ce mémoire. Tout d'abord, mes réflexions se sont centrées autour de la notion de santé environnementale. Une revue de littérature, non exhaustive sur le sujet, m'a permis d'envisager l'histoire longue de cette notion datant d'avant notre ère. Si l'environnement était pris en compte dans l'exercice de la médecine dès Hippocrate, par quelles raisons la santé environnementale n'est-elle pas aujourd'hui une priorité ? Cette revue de littérature m'a également permis d'envisager l'importance des liens entre santé et environnement pour la santé humaine, mais également pour celle de l'ensemble des écosystèmes qui nous entourent théorisée par le récent concept « One Health ». Aussi, c'est au travers des enjeux sociaux, politiques et économiques en la matière que mon regard s'est tourné. Ces éléments structurent la première partie de ce mémoire à travers l'idée d'une histoire longue faite de filiations, de ruptures, d'éléments scientifiques complexes à envisager et à mesurer, d'enjeux politiques, économiques et de modes de vie qui valoriseraient le progrès et la consommation comme source de bien-être au détriment de ce qui nous entoure. En somme, des liens entre santé et environnement aux enjeux complexes et parfois difficilement compatibles avec le monde dans lequel nous vivons. Cette première partie tentera, également, de mettre en perspective les enjeux contemporains en matière de santé environnementale pour la région Île-de-France, territoire d'étude de ce mémoire. Elle se voudra historique et conceptuelle, et présentera le contexte de stage et la mission qui m'a été confiée en fin de second chapitre. Ce choix d'une approche en entonnoir a pour but de saisir les éléments contextuels à ce mémoire.

Ensuite, les ateliers participatifs menés durant ce stage, m'ont interrogée plus spécifiquement sur les enjeux politiques et démocratiques en matière de « participation ». Mes recherches littéraires se sont concentrées dans un premier temps autour de cette notion. Au fur et à mesure de ces lectures, un élément ne faisait pas le lien entre les ateliers menés, impliquant seulement les acteurs du territoire, et la « participation du public en démocratie » (Blondiaux, Fourniau, 2011). L'élément manquant, pour parler de « participation » dans ces ateliers, était la présence de « citoyens ordinaires » en leur sein. J'ai alors orienté mes réflexions sur l'État, sa compréhension, les différentes approches des politiques publiques. J'avais auparavant touché du doigt l'élément de la participation dans un tout autre domaine, scientifique, lors de travaux de recherche-action participatives, travaux me tenant à cœur. Mes lectures m'ont alors conduites vers la sociologie de l'action publique, la complexité des enjeux liés à sa transformation et à la notion de changement. N'ayant aucun "bagage" en sciences politiques, mais saisissant certains éléments à travers

l'actualité, dans la vie quotidienne, et durant ce stage par les échanges avec ma collègue et les acteurs institutionnels, ces lectures m'ont été riches d'instruction au-delà même de ce mémoire. En ce sens, je n'ai certainement pas saisi tous les éléments et toute la complexité des interrelations entre variables liées à la transformation de l'action publique, ce travail demandant plus de temps d'assimilation. Également, l'enquête empirique par les entretiens menés pour ce mémoire, a contribué à l'élaboration de cette seconde partie. Aussi, celle-ci cherchera non pas seulement une critique de l'État et de ses modes de fonctionnement, mais visera à saisir la complexité des enjeux lorsque ceux-ci deviennent politiques. Également, les interactions d'acteurs y seront centrales. Cette seconde partie contribuera à mettre en perspective les ateliers participatifs menés durant ce stage comme facteur de transformation de l'action publique et de changement.

Au total, dix entretiens ont été menés au cours du mois de juin 2021. Ils ont été retranscrits dans leurs grandes lignes et analysés à travers une grille d'analyse. La grille d'entretien est présentée en annexe n°1 et la synthèse de la grille d'analyse en annexe n°2. Dans l'objectif d'avoir une vision la plus globale possible d'acteurs impliqués dans le domaine de la santé environnementale, malgré les contraintes temporelles, ces entretiens ont répertorié : deux acteurs de l'État, trois acteurs du monde associatif, un acteur du monde de la recherche, un acteur exerçant au sein d'un cabinet d'étude et de conseil, un professionnel de santé, un paramédical, et un acteur représentant des professionnels de santé. Je remercie l'ensemble de ces acteurs et ceux ayant participé aux ateliers menés les 1^{ers} et 11 juin 2021, pour leur implication, leur engagement, leur bienveillance et les échanges riches que nous avons eus. Une cartographie des acteurs participant aux ateliers « Vers un plan régional santé environnement 4 », des 1^{ers} et 11 juin, est présentée en annexe n°3.

PARTIE 1. La santé environnementale d’hier à aujourd’hui

Chapitre 1. La santé environnementale à travers les Âges

1.1 D’Hippocrate au milieu du XXème siècle

1.1.1 Les pensées du corpus hippocratique et leurs évolutions

La symbolique posée par les questions de William Dab dans son ouvrage « Santé et Environnement » en 2020, marque, à elle seule, l’ambiguïté et la complexité du terme « santé environnement », et des problématiques qui y sont reliées. Pour reprendre ses termes concernant la santé environnementale : « s’agit-il de la santé de l’environnement, de l’influence de l’environnement sur la santé, ou des deux ? » (Dab, 2020).

Dans cette première partie historique et conceptuelle, il s’agit par ces questions de préciser la terminologie de santé environnementale. Les termes de santé et d’environnement sont chacun polysémiques et leur relation, théorisée dès Hippocrate au V et IV siècles avant J.C., a évolué au cours des époques. Dans cette perspective, Marie Gaille défend l’idée que « la santé environnementale ne peut s’envisager sans une approche antihistorique » (Gaille, 2018).

Il s’agit d’adopter une vision pluri-séculaire du lien entre la santé, la maladie et l’environnement, et d’en définir les filiations et les ruptures au cours du temps. Le corpus hippocratique en tant qu’ensemble de textes imprégnant l’exercice de la médecine occidentale encore de nos jours, sera une référence. De plus, cette approche historique semble nécessaire dans la définition et la prise en compte actuelle de la santé environnementale, définie par certains comme « une priorité du vingt-et-unième siècle » (Rapport d’enquête de l’Assemblée Nationale sur « l’évaluation des politiques publiques de santé environnementale », décembre 2020). En effet, la santé environnementale reflète une philosophie de la médecine par des schémas de pensées imprégnés des cultures et de visions diverses de la relation entre santé et environnement au cours des époques de l’Histoire.

« Qui veut chercher à appréhender correctement la médecine doit faire ce qui suit : tout d’abord considérer à propos des saisons [...], les effets que chacune d’elles est capable de produire [...], lorsqu’un médecin arrive dans une cité [...], il doit en examiner avec soin la position, la façon dont

elle est située par rapport aux vents, par rapport au lever du soleil ; [...] puis il doit considérer le sol [...] le régime des habitants [...] » (Traité des « Airs, eaux, lieux », Hippocrate, V et IV^{ème} siècles av. J.C.)

Ainsi, dans son traité des « *Airs, eaux, lieux* », Hippocrate met en avant les liens entre la santé et la maladie par l'influence de « causes externes » au corps humain, causes liées à l'environnement naturel qui entoure chaque individu. En rupture avec les civilisations égyptiennes, de Mésopotamie et chinoises, pourtant considérées à l'époque comme les trois civilisations bénéficiant d'une forme de « médecine élaborée » (5000 à 3000 av. J.C.), Hippocrate remet en question les origines « divines » et « surnaturelles » de la maladie (Gaille, 2018). Ce sont alors les éléments externes au corps humain, que celui-ci « ingère ou assimile » de diverses manières, qui provoquent des déséquilibres (Gaille, 2018), ces derniers étant compris en tant que maladies. Ainsi, les « *periodeutes* », médecins itinérants de l'époque, devaient être attentifs aux saisons, à l'exposition de l'habitat aux vents, au soleil, à la composition des sols notamment. La santé s'entend, ici, en tant qu'absence de maladie et en termes d'équilibre entre quatre humeurs que sont : « le sang, le flegme, la bile jaune, la bile noire » (Gaille, 2018). Aussi, il valorise le traitement préventif des maladies. En effet, pour rétablir l'équilibre des quatre humeurs, il prône un « régime alimentaire adapté » ou encore de « l'activité physique » (Gaille, 2018). Les textes du corpus hippocratique relèvent tous de la prise en compte des « causes externes », exogènes au corps humain, comme causes des maladies. Seul le traité sur les « Vents » considère le seul élément du vent (Gaille, 2018). Outre l'environnement, Hippocrate s'intéresse au profil des individus par leur âge et leur sexe. Il s'agit par ces aspects de mettre en perspective la médecine issue d'Hippocrate comme rendant compte, déjà à l'époque, de facteurs de risques liés à l'environnement pour la santé humaine dans un ensemble nommé, de nos jours, « déterminants de la santé » (Promosanté, 2007). Aussi, les textes du corpus hippocratique sont considérés comme des éléments structurants de la médecine occidentale, et comme fondements de « l'art de pratiquer la médecine » (Gaille, 2018).

Durant l'époque romaine, Galien (II^{ème} et III^{ème} siècles après J.C.) reprend les idées d'Hippocrate en s'appropriant la théorie des quatre humeurs et de leur équilibre pour rendre compte de la notion de « tempérament ». Le Moyen Âge verra la filiation de la pensée d'Hippocrate faire « un bon en arrière » (Chastel, 2010), malgré la présence et l'intensité de grandes épidémies telles que la peste noire qui fit disparaître un quart de la population en Europe au XIV^{ème} siècle et la lèpre. En ce sens, la santé retrouve, à cette époque, ces « origines divines ». La notion de santé publique est alors inexistante, les indigents s'entassaient dans les « Hôtels

Dieux », considérés comme des hospices, d'où ils sont emportés par les épidémies et les gangrènes (Gaille, 2018). C'est la Renaissance qui marque le retour à la philosophie de la médecine hippocratique. Aussi, la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb en 1492, favorise la diffusion des épidémies (diphtérie, variole, rougeole qui sévissent en Europe) vers le « Nouveau Monde » (Chastel, 2010). Ce contexte des épidémies au XV^{ème} siècle, n'est pas sans faire allusion au contexte actuel de mondialisation et d'échanges croissants qui auraient favorisé la diffusion du virus de la Covid-19. Cette vision retient la dégradation de l'environnement par les activités de l'homme comme facteur facilitant la rupture de la barrière d'espèces à l'origine de zoonoses, maladies infectieuses d'origine animale transmises à l'homme.

Au XVII^{ème} siècle, William Harvey décrit la circulation sanguine corporelle, que l'on nommera révolution « circulationniste » (Chastel 2010). À la fin du XVIII^{ème} siècle et au début de XIX^{ème} siècle, la pensée de Cabanis, dans la filiation de celle d'Hippocrate, irriguera la médecine occidentale. Elle sera décrite comme « médecine mésologique » attentives aux « circonstances » (Gaille, 2018). Celles-ci sont entendues comme des « éléments externes qui influencent la santé », tel que l'air, le climat, l'eau, la salubrité des villes par exemple (Gaille, 2018). Au côté de Philippe Pinel, et son travail sur ceux qu'il nomme les « aliénés », Cabanis prendra part aux réflexions sur les réformes de l'hôpital du XVIII^{ème} siècle. Il s'intéressera notamment aux conditions de promiscuité dans ces derniers comme vectrices de la propagation de pathogènes et de la contamination des individus (Gaille, 2018). Franck établit, à cette époque, le premier livre des règles d'hygiène. Il s'agira, notamment, de mettre en perspective la notion d'hygiène au XIX^{ème} siècle dans la partie suivante.

1.1.2 L'arrivée de la médecine curative et de l'ère industrielle

Le XIX^{ème} siècle connaît une augmentation importante des connaissances médicales. Il est qualifié, par certains, de « grand siècle des hygiénistes » (Dab, 2020), où « rien ne sépare l'hygiène de la médecine » (Lascombes, 2018). Il voit l'émergence de concepts révolutionnaires dans l'histoire de la médecine. Datent de cette époque trois théories majeures : celle relative à la « sélection naturelle des espèces les mieux adaptées » de Darwin, la théorie « cellulaire » de Schleiden, et la théorie de « l'hérédité » de Mendel (Chastel 2010). Outre ces théories, qui irrigueront le XX^{ème} siècle, c'est à cette époque que se développent les prémices de la médecine curative à travers deux figures pionnières, Robert Koch et Louis Pasteur. Ils identifient « des agents microscopiques pathogènes pour l'homme » (Chastel, 2010) qui seront nommés : virus, bactéries, parasites et

champignons. Leur traitement s'effectuera par sérothérapie qui reflètera ensuite l'antibiothérapie ou par la vaccination. Dans leurs travaux, les éléments externes au corps humain et relatifs à l'environnement sont toujours présents. La médecine expérimentale née ainsi au XIX^{ème} siècle. Elle est mentionnée par certains comme « médecine d'intuition Hippocratique » (Gaille, 2018), puisqu'elle interroge le rôle d'éléments exogènes au corps humain. De plus, en 1854, John Snow mène une étude épidémiologique complète cas-témoin, qui révèle l'eau comme source principale de contamination du choléra (Dab, 2020). Lister quant à lui, se concentre à cette époque sur la notion d'antiseptise et d'aseptise de tous les milieux.

Ainsi, l'hygiène publique est une notion forte du XIX^{ème} siècle, nommé par certains « le siècle de l'hygiène publique » (Collège de France, 2010). La première loi de prévention apparaît en Angleterre en 1848. Il faudra attendre 1902 en France (Dab, 2020).

À cette époque, la santé est envisagée, comme les siècles précédents, par l'absence de maladie. Également, une nouvelle vision des facteurs de risques, comme facteurs favorisant le développement de maladie, apparaît. Furent progressivement prises en compte « les dimensions socio-économiques de l'existence de vie » et notamment de « pauvreté » (M. Gaille, 2018). Les causes « externes » de la maladie ne sont alors plus vues sous le seul angle de l'environnement naturel, mais entendues dans une dimension plus « hétérogène » et « plurielle » (M. Gaille 2018). Se renforce à cette époque l'idée développée par Hippocrate, de ce qui sera nommé dans les siècles suivants, les « déterminants de la santé » (Promosanté, 2007).

Jusqu'à présent, ont été largement évoqués les termes de « santé », de « maladie », d'éléments externes au corps humain comme causes de maladies, et leurs variations. Aussi, il s'agit d'envisager, de manière brève, le terme « environnement ». Tout d'abord, ce terme apparaît et est perçu entre le XV^{ème} et XVII^{ème} siècle en tant que « contour », ce qui « entoure », ce qui « environne » (Gaille, 2018). Cette définition ne fait aucun lien avec la santé. Au XVIII^{ème} siècle, Cabanis, dont les travaux ont été évoqués en amont, envisage les « circonstances environnementales » comme définissant des éléments extérieurs qui influencent la santé (Gaille, 2018). À cette époque, Georges Cuvier parlera de « circonstances d'existences », et Auguste Comte énoncera pour la première fois le terme de « milieu » pour définir l'environnement (Gaille, 2018). Il s'agira notamment de mettre en perspective, dans la partie suivante, l'importance portée à la notion de « milieu » dans la terminologie de la santé environnementale au XX^{ème} siècle.

Ainsi, au terme de cette partie, il s'agit de considérer le corpus hippocratique comme le « squelette théorique structurant » (Gaille, 2018) de la longue histoire de la médecine à compter

du V et IV siècle avant J.C. et jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle. Malgré des variations en fonction des époques, la filiation de la pensée d'Hippocrate est conséquente. Aussi, la santé environnementale, par la prise en compte d'éléments exogènes au corps humain dans la relation entre santé, maladie et environnement, reste prégnante à travers les époques. De plus, le prisme de la santé se veut « anthropologique », centrée sur l'être humain et vue comme l'absence de maladie. Les causes externes au corps humain relèvent toutes de l'environnement naturel dans lequel l'homme évolue, que ce soit la qualité de l'air, de l'eau, l'exposition aux vents, au soleil, l'influence du climat, la promiscuité entre les individus pour n'en citer que certains. Ainsi, la notion de santé environnementale est fortement portée par les hygiénistes du XIX^{ème} siècle, qui développent sous l'influence des réformes haussmanniennes, les premiers réseaux de gaz, d'eau, les égouts et les espaces verts.

Du début à la moitié du XX^{ème} siècle, en parallèle de l'expansion de la médecine moderne curative, trois penseurs apportent une vision différente de la santé et de la maladie. Ainsi, Goldstein met en avant « l'expérience vécue » pour expliquer les états de santé et pathologiques (Gaille, 2018). La santé se définit alors sous l'angle de son « rapport au monde et à autrui » (Gaille, 2018). Canguilhem, quant à lui, interprète ces états selon une « philosophie de vie » (Gaille, 2018). Selon sa pensée, la philosophie de vie, singulière à chaque individu, est conditionnée en accord à ses « valeurs », ses « choix », à « l'évolution de son environnement en fonction de ses besoins et de ses préférences » (Gaille, 2018). Lorsque l'individu accède à ces dimensions, il peut se considérer en « état de santé ». Pour ces deux penseurs, l'être humain ne peut accéder à un état de santé, vu en miroir à un état pathologique, seulement s'il « se taille, un moment, un espace de vie dans lequel il peut vivre » (Gaille, 2018). Dans cette perspective, Merleau-Ponty rendra compte des « perceptions » (Gaille, 2018). Il considère les états de santé suivant les « perceptions au monde » de l'individu, qu'elles relèvent des perceptions de la « nature », de « l'être humain », de la « Terre » ou de la « biosphère » (Gaille, 2018).

L'influence de ces trois penseurs est importante. À travers leurs visions, ils apportent une nouvelle dimension au terme de « santé ». Les états pathologiques ne sont plus considérés comme relevant totalement de « causes externes » au corps humain. La santé n'est plus vue sous le seul angle de l'absence de maladie. L'individu, par lui-même, peut façonner son état de santé s'il accède à la conscience de son rapport au monde et à ceux qui l'entourent de façon globale. La définition d'une santé plus « holistique » apparaît en ces termes au début du XX^{ème} siècle. La pensée de Merleau-Ponty, par son rapport à la Terre et la biosphère, nous conduit peut-être à

considérer, dès cette époque, les prémices du concept « One health » connu de nos jours et faisant l'alliance entre santé humaine, animale et de l'ensemble des écosystèmes.

Il s'agira, pour la partie suivante, de mettre en perspective l'influence de ces penseurs dans l'évolution de la dimension de « santé » à partir milieu du XX^{ème} siècle. Aussi, l'industrialisation croissante et les efforts de quantification des effets de l'environnement sur la santé engagés au XIX^{ème} siècle marqueront, pour le siècle suivant, des tournants tant sur le plan strictement sanitaire que pour la relation entre santé et environnement.

1.2 La santé environnementale à compter de 1950

1.2.1 Un temps long de prise de conscience des liens santé et environnement

Les progrès considérables de la médecine au XIX^{ème} siècle, se poursuivent au XX^{ème} siècle par le développement de la médecine curative et de meilleures connaissances scientifiques. Les bénéfices de ces avancées sur le plan sanitaire sont considérables, et notamment visibles par l'augmentation de l'espérance de vie de la population (Ined, 2018). Cependant, les actions amorcées au siècle précédent sur le plan de l'hygiène et de la prévention collective se perdent, quant à elles, peu à peu.

Aussi, le XX^{ème} siècle est marqué par une nouvelle dimension donnée à la santé. Celle-ci n'est plus vue seulement comme l'absence de maladie. L'OMS la définit, en 1946, comme « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » (Constitution de l'OMS, 1946). Cette définition plus globale de la santé prend en compte les « déterminants de la santé ». Ces derniers sont établis comme des « facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. [...] Ils interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur l'état de santé » (Agence de santé publique du Canada, 2007). Les déterminants de la santé sont des facteurs liés tant à la sphère individuelle (sexe, âge, hérédité) qu'à celle des conditions socio-économiques, culturelles et environnementales de l'individu. Ils interagissent chez ce dernier en favorisant ou non son « état de santé » compris comme l'inverse d'un « état pathologique » ou de maladie. La prise en compte des déterminants de la santé est importante pour le sujet de ce mémoire qu'est la santé environnementale. En effet, ils incluent les facteurs de risque environnementaux, exogènes au corps humain, dans l'émergence de pathologies.

Cependant, malgré cette vision renouvelée de la santé, le XX^{ème} siècle marque une éclipse des facteurs exogènes au corps humain comme causes de maladies. Ces facteurs tombent dans la « figure de l'oubli » (Dab, 2020). Il s'agit de rattacher ce fait à plusieurs éléments.

Premièrement, à cette époque, contrairement à la définition de la santé de l'OMS en 1946, la pensée médicale est influencée par la pensée pasteurienne du XIX^{ème} siècle, impliquant un unique facteur comme cause de maladie. Aussi, le milieu du XX^{ème} siècle est marqué par l'arrivée d'une nouvelle science dans le domaine médical : la génétique. Le génome, comprenant notre ADN, pourrait à lui seul expliquer les états pathogènes. Il s'agit de comprendre, dès lors, l'arrivée de la génétique, comme l'un des facteurs d'effacement des facteurs exogènes au corps humain comme causes de maladies. Cependant, la génétique montrera ses limites dans l'explication des pathologies. Elle laissera alors place à « l'épigénétique », qui accorde un retour à la considération des facteurs exogènes au corps humain dans l'explication des maladies. En effet, l'épigénétique définit des « modifications de la séquence ADN », « réversibles » et « induites par l'environnement au sens large » (Inserm).

Deuxièmement, le XX^{ème} siècle est marqué par une industrialisation croissante, les moyens de production se multiplient, le progrès pourrait conduire au bonheur et au bien-être des populations. Ainsi, se développe un nombre important d'industries, l'homme puise dans les ressources naturelles telles que le charbon, le gaz, il investit dans le nucléaire pour s'alimenter en énergie. C'est aussi le début de changements dans les modes de vie de la population : la mondialisation des échanges, de l'économie, la consommation de masse se mettent en place progressivement. De plus, les progrès de la science dans le domaine de la chimie génèrent de nombreux nouveaux produits mis sur le marché. Certains seront utiles dans l'amélioration du confort, des conditions et de la qualité de vie quotidienne des populations. Par cet ensemble, au XX^{ème} siècle, « l'homme a acquis des techniques pouvant modifier considérablement son environnement », que ce soit par la production : « de produits chimiques, d'ondes, de nanomatériaux » (Dab 2020).

Ces éléments, non exhaustifs, apportent des voies d'explication à l'effacement de la prise en compte des facteurs externes et environnementaux dans l'interprétation des pathologies au XX^{ème} siècle. Les progrès en matière d'épidémiologie, à cette période, en font un argument de plus.

En effet, sur le plan médical, en parallèle du développement de la génétique, la science prend conscience du terme de maladies « plurifactorielles ». Dans cette perspective, différents facteurs environnementaux peuvent intervenir simultanément chez un individu, voire même un facteur peut se traduire de façons différentes d'un individu à l'autre (Dab, 2020). De plus, on met en évidence des facteurs environnementaux « invisibles » (Dab, 2020). Ces derniers peuvent interagir avec l'individu à un instant t, de façon sournoise ; leurs conséquences se reflèteront en termes d'états pathologiques des années plus tard. Ces aspects rendent compte de la difficulté de mesure des effets de l'environnement sur la santé de l'homme. L'épidémiologie et la toxicologie, les deux sciences fondamentales dans le domaine de la santé environnementale, se heurtent à des « faiblesses méthodologiques importantes » (Erné-Heintz, 2020). Ceci est remarquable malgré l'arrivée, au XX^{ème} siècle, de techniques de modélisations nouvelles permettant de quantifier les effets de l'environnement sur l'homme. Ces difficultés méthodologiques rendent complexes la mise en évidence des liens de causalité entre un (ou des) facteur(s) lié(s) à l'environnement et leur(s) impact(s) sanitaire(s) sur la santé humaine. Or, sans lien de causalité établi scientifiquement, il est difficile de certifier le niveau d'implication de tel ou tel facteur comme relevant d'état(s) pathologique(s).

Le XX^{ème} siècle est ainsi marqué par la notion « d'incertitude » quant aux effets de l'environnement sur la santé de l'homme. Ici, l'incertitude est comprise comme secondaire. Dans cette perspective, elle ne reflète pas une « absence totale de connaissance sur le sujet » (Dab, 2020) mais renvoie à une « variabilité de faits » qu'il est complexe de prendre en considération de façon simultanée (Dab, 2020).

Cette incertitude a des conséquences en matière de santé environnementale au XX^{ème} siècle. En effet, durant les trois premiers quarts de ce siècle, les effets de l'environnement sur la santé sont plutôt révélés lors de catastrophes. Le drame chimique de Seveso en 1976, l'accident nucléaire de Tchernobyl en 1986, ou encore la crise de la vache folle dans les années 1995, font partie des exemples flagrants.

De plus, l'incertitude scientifique à mettre en évidence les liens entre l'environnement et la santé fait que ces derniers ne sont pas considérés à leur juste valeur, que ce soit pour la population mais aussi pour les gestionnaires et décideurs politiques. « En situation d'incertitude le décideur à tendance à surréagir ou sous réagir » (Dab, 2020). Pour contrecarrer cette incertitude, les politiques ont alors recours dans les deux dernières décennies du XX^{ème} siècle à la production de normes. Il s'agit de mentionner du côté français, un exemple comme la loi sur l'air de 1996 (Dab, 2020). Également, la science met en place de nouvelles méthodes de quantification des effets de

l'environnement sur l'homme. Ainsi, la démarche d'évaluation quantitative des risques sanitaires (EQRS) (Dab, 2020) permet de répondre aux questions en termes d'impact(s) et de gain(s) sanitaire(s), d'exposition tolérable, de cancérogénicité d'une substance (Dab, 2020). Par un protocole rigoureux, l'EQRS « donne un degré de fiabilité et de précisions en fonction de la qualité des données disponibles » (Dab, 2020). Cette technique, développée au début des années 1980, estime les degrés d'incertitude du lien entre les facteurs environnementaux et la santé humaine à toutes les étapes du processus (Dab, 2020). Considérée comme un outil d'aide à la décision publique, elle permet de « traduire de façon intelligible » (Dab, 2020) pour les décideurs publics les effets de l'environnement sur la santé. Seulement, la technique a ses limites. En effet, elle ne peut pas être pratiquée de façon systématique du fait de son coût, du temps long de l'étude, mais aussi des données qui ne sont pas toujours disponibles.

Aussi, l'OMS définit la santé environnementale en 1994 lors de la conférence d'Helsinki, comme comprenant « les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie en général ou celle au travail, [...] déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement » (Déclaration OMS, 1994). Cette définition concerne également « la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures » (Déclaration OMS, 1994). Dans ce champ large accordé à la santé environnementale, les facteurs de risque environnementaux se définissent comme facteurs liés à l'environnement de façon globale et favorisant l'émergence de maladie. Ces facteurs de risque sont divers et impliquent des dimensions multiples qu'il est impossible de répertorier dans leur totalité. L'OMS les définit comme « tout ce qui n'est pas génétique », et comme facteurs de risques environnementaux « modifiables », c'est-à-dire accessibles à la prévention (Dab, 2020).

Il s'agira pour ce mémoire d'appréhender une large vision des facteurs de risques environnementaux. Ainsi, ils comprendront les facteurs exogènes au corps humain et causes de maladie qu'ils relèvent de la qualité des milieux (air, eau, sol), des activités humaines, des conditions de vie, des comportements individuels (Lajarge & all, 2017).

Également, le XX^{ème} siècle relève d'une mobilisation de plus en plus marquée de la population pour les effets de l'environnement sur sa santé. Se créent ainsi des communautés d'intérêt. Celles-ci relèvent de la constitution en groupes de « victimes qui partagent une même souffrance, une même expérience de pollutions ou d'expositions qui nuit à leur santé » (Erné-Heintz, 2020).

Ces communautés, par des mobilisations collectives, rendent compte d'un problème dans l'idée que ce dernier devienne un problème de santé publique et soit pris en compte par les acteurs politiques. La constitution en problème de santé publique permet sa mise à l'agenda politique.

Les deux dernières décennies du XX^{ème} siècle marquent ainsi un retour de la prise en compte des facteurs environnementaux exogènes au corps humain dans l'explication des maladies. Outre la clarification du terme de santé environnement par l'OMS, les progrès de la science et la prise de conscience croissante des effets de l'environnement sur la santé mentionnent un changement. En effet, durant la seconde moitié du siècle, ces effets sont révélés lors de catastrophes, provoquant des intoxications aiguës, à fortes doses, visibles. De façon concomitante, on prend conscience des effets sur la santé de l'homme, d'expositions chroniques et répétées dans le temps, à faibles doses. Ces expositions, à un ou plusieurs agents pathogènes, sont la cause de maladies révélées des années après. Les facteurs environnementaux en cause sont d'autant plus difficilement mesurables. Comme le rappelle Valentine Ern -Heintz (2020), « pour les expositions chroniques, le temps brouille les liens de causalité ».

Dans la partie suivante, il s'agira de mettre en perspective, au XXI^{ème} siècle, le poids des facteurs environnementaux sur le plan sanitaire tant en termes de maladies infectieuses, transmissibles que de maladies chroniques, non transmissibles.  galement, une nouvelle dimension sera donn e à la santé environnementale.

1.2.2 Le XXI^{ème} siècle, un possible changement pour la santé environnementale

Le XXI^{ème} siècle marque l'entrée, dans ce que l'on pourrait nommer une « nouvelle ère » pour la santé environnementale.

Tout d'abord, les efforts de quantification des effets de l'environnement sur la santé humaine, débutés au siècle dernier, ont permis de mettre en évidence de nombreuses maladies impliquant un ou plusieurs facteurs environnementaux. La santé environnementale devient un problème de santé publique. Ainsi, outre les maladies infectieuses, li es aux agents biologiques présents dans l'environnement, et les intoxications aiguës du fait de catastrophes environnementales qui prévalaient au XX^{ème} siècle, le XXI^{ème} siècle interroge les facteurs environnementaux impliqués dans des maladies chroniques, non transmissibles. Selon l'OMS, un quart des maladies et 23% des décès dans le monde peuvent être attribués à des facteurs environnementaux (Levi, 2020). De

plus, il existe des inégalités. En effet, le poids des maladies liées à l'environnement est variable suivant les « pays » et les « politiques de santé » (Sauvant-Rochat, 2018). Dans les pays dits « pauvres », les facteurs environnementaux auraient quinze fois plus de poids dans l'apparition de pathologies que dans les pays dits « riches » (Dab, 2020). En Europe, 15 à 20% du « fardeau des maladies » serait dû à l'environnement (Dab, 2020). De plus, chez les enfants, considérés comme les premiers vulnérables aux facteurs environnementaux, l'influence de ces facteurs sur la santé est cinq fois plus importante chez les moins de cinq ans (Dab, 2020).

En termes de maladies chroniques, un nombre conséquent de cancers sont liés à des facteurs environnementaux. Ainsi, par exemple, l'exposition à des agents pathogènes de l'environnement, comme l'amiante, ceux présents dans l'alimentation, ou par les rayonnements solaires sont des facteurs susceptibles de provoquer cancers et autres pathologies. Également, le poids des facteurs environnementaux se reflète en termes de maladies respiratoires chroniques telles que les allergies et l'asthme, liées à la qualité de l'air ou à la présence de pollens. Quant aux maladies cardiovasculaires, on estime que 40% seraient dues à des facteurs environnementaux (Dab, 2020). Ces facteurs seraient également impliqués dans l'obésité qui touche aujourd'hui de plus en plus d'individus dans le monde. Même si la science n'a encore que peu de résultats dans le domaine, les facteurs environnementaux pourraient aussi avoir un impact sur la santé mentale des individus. Par exemple, la dégradation des paysages relèverait de moindres aménités contribuant à l'équilibre psychique des populations. Les conséquences sanitaires des facteurs environnementaux sont reflétées par un nombre de décès et/ou d'années de vie perdues en bonne santé pour un individu souffrant d'une maladie liée à l'environnement.

De plus, même si les deux dernières décennies du XX^{ème} siècle voient une transition de l'épidémie des maladies infectieuses dues à des facteurs environnementaux vers des maladies chroniques, la crise de la covid-19 rappelle à quel point les maladies infectieuses n'appartiennent pas au passé. En effet, cette zoonose et celles qui devraient suivre, synonymes du passage de la barrière d'espèces et conséquentes des activités de l'homme sur l'environnement, devront être anticipées par la mise en place d'actions en conscience de l'importance des équilibres et de la préservation des écosystèmes.

Outre la mise en évidence de l'impact des facteurs environnementaux sur le plan sanitaire, le XXI^{ème} siècle marque des progrès considérables en termes de santé environnementale.

Tout d'abord, de nouveaux risques apparaissent. Ces risques, nommés « risques émergents », ne sont pas encore tous bien renseignés par la science (Dab, 2020). Ils relèvent notamment des effets du changement climatique, qui ne fait plus de doute, et dont il faut prévoir les impacts directs et indirects, et des stratégies d'adaptation et d'atténuation notamment pour la santé des populations et des écosystèmes. Aussi, la mondialisation des échanges et de l'économie facilite la propagation de vecteurs infectieux, l'urbanisation croissante dégrade d'autant plus les écosystèmes et favorise des conditions de promiscuité des populations, le développement des nouvelles technologies met en avant l'inconnue de leurs effets sur la santé de l'homme.

Le XXI^{ème} siècle marque ainsi une prise de conscience croissante des conséquences de l'action de l'homme sur l'environnement, de son impact sur sa propre santé mais aussi sur celle des organismes vivants qui l'entourent. Dans cette perspective, le concept « d'exposome » est défini par Christopher Paul Wild en 2005. Ce concept a vocation à représenter et évaluer la « totalité des expositions auxquelles un individu est soumis de la conception à la mort ». Il vise une « représentation complexe et dynamique des expositions à laquelle une personne est sujette tout au long de sa vie, intégrant l'environnement chimique, microbiologique, physique, récréatif, médicamenteux, le style de vie, l'alimentation ainsi que les infections » (Jégou, 2020). La volonté de mettre en évidence les effets de l'environnement sur la santé humaine se renforce ainsi au XXI^{ème} siècle.

De plus, au-delà de la santé de l'homme c'est bel et bien la santé de l'ensemble des écosystèmes qu'il est nécessaire de protéger, tous étant connectés les uns les autres. Par cet aspect, la santé prend une toute nouvelle dimension au début XXI^{ème} siècle. Au-delà d'une définition anthropocentrée qu'on lui attribue depuis des siècles, émerge le concept « One Health », ou « Une seule santé » en français. Ce concept donne une dimension plus globale, transversale et multi-échelles de la santé (Cnrs, 2018). Il met en avant l'interdépendance des santé humaine, animale, végétale et de celle de l'ensemble des écosystèmes. Malgré des difficultés de mise en pratique concrète dans les territoires, ce concept marque l'émergence d'un nouveau paradigme en santé comme droit commun et universel.

De façon concomitante aux avancées scientifiques et médicales, le XXI^{ème} siècle marque, en France, une prise de conscience politique mais aussi populationnelle des effets de l'environnement sur l'homme et de leur réciproque.

Sur le plan politique et juridique, le cadre réglementaire lié à la santé environnementale évolue considérablement dès le début du XXI^{ème} en France. À titre d'exemple, naît en 2004 la planification de la santé environnementale par le plan national santé environnement (PNSE) et les plans régionaux santé environnement (PRSE). Cet aspect sera largement développé dans le chapitre suivant. Également, en 2005, la Charte de l'environnement est adossée à la constitution. En tant que texte de valeur constitutionnelle, elle devra être respectée dans l'ensemble des votes législatifs du Parlement. Par son article 1^{er}, « chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé » (Article 1^{er}, Charte de l'environnement, 2004), cette Charte porte des valeurs fortes en matière de santé environnementale. Aussi, elle intègre le « principe de précaution » par son article 5 (Article 5, Charte de l'environnement, 2004). Ce principe est énoncé en rapport au contexte d'incertitude scientifique (se référer au chapitre 1, 1.2.1.) quant aux effets de l'environnement sur la santé de l'homme. En intégrant ce principe, le gouvernement français s'est engagé « à prendre des décisions sans avoir toutes les connaissances de la science » (Dab, 2020). De plus, le concept « d'exposome » s'inscrit, en France, dans la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) de 2016. Celle-ci prévoit par son article L.1411-1 relatif à l'observation, la surveillance de l'état de santé et de ces principaux déterminants que leur identification « s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine » (Article L.1411-1 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé). Enfin, il s'agit d'envisager qu'en matière de planification de la santé environnementale, le dernier PNSE4 (2021-2025), évoque à de nombreuses reprises le prisme du concept « One Health ».

Le XXI^{ème} siècle voit également évoluer la prise de conscience de la population en termes d'effets de l'environnement sur la santé. En effet, en 2018, selon l'Étude Elabe, « près de 7 français sur 10 sont convaincus que l'environnement a un impact sur la santé » (Rapport d'information du Sénat sur « les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale », mars 2021).

Face à ces constats, qu'ils soient relatifs à la croissance et à l'envergure des pathologies impliquant l'environnement, aux prises de conscience politique et citoyenne, il ne fait plus de doute que la santé environnementale ou « l'écosanté » (Dab, 2020) doit être une priorité des prochaines décennies. Cette dernière vise à « améliorer à la fois et simultanément la santé humaine et la salubrité de l'environnement » (IDRC-CRDI, 2010). De plus, cette démarche s'inscrit dans une approche transversale du domaine puisqu'elle consiste « à réunir des scientifiques, des décideurs, et des membres de la collectivité afin qu'ils travaillent ensemble à améliorer la santé

humaine grâce à des solutions passant par la façon dont les gens interagissent avec leur milieu ambiant » (IDRC-CRDI, 2010).

La santé environnementale doit être comprise, aujourd'hui, à double sens, en tant qu'effets de l'environnement sur la santé humaine mais aussi selon sa réciproque comme effets de l'activité de l'homme sur l'environnement et sur l'ensemble des écosystèmes. Dans cette perspective, les domaines impliqués en matière de santé environnementale sont vastes, et il est nécessaire d'adopter une approche systémique et globale de la santé. Également, le concept « One health » en fournit une perspective, voulant mettre à niveau égal la santé de l'homme, des animaux, des végétaux et des écosystèmes. Il amène à envisager l'interrelation entre des nombreux acteurs aux expertises variées. De plus, nombres des facteurs environnementaux sont modifiables, accessibles à la prévention. Cet aspect nécessite un changement de paradigme dans la façon de faire de la santé et pour notre système de santé, constater qu'il envisage encore trop souvent la santé sous son penchant curatif. En 2018, la prévention représentait, seulement, moins de 2% des dépenses de santé en France (OCDE, 2019).

Enfin, il s'agit de conclure ce premier chapitre en mettant en exergue la notion de « territoire », « de plus en plus présente dans les politiques de santé » (Sauvant-Rochat, 2018) françaises depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) promulguée en 2009. Aussi, selon Pierru (2020), pouvoir, en France, « se doter d'une véritable politique de santé » reviendrait à la « définir au plus près du terrain ». Il s'agit d'envisager cette perspective, dans le prochain chapitre, par l'abord des politiques publiques françaises en matière de santé environnementale, leur planification, et par la place accordée aux acteurs du territoire à l'échelle régionale. Également, le chapitre suivant présentera, en fin de partie, le lieu de stage et la mission faisant l'objet de ce travail. Celle-ci alimentera le contenu de la seconde partie de ce mémoire.

Chapitre 2. Politiques publiques et planification de la santé environnementale au XXIème siècle

2.1. Planification nationale et régionale de la santé environnementale

2.1.1. Les plans nationaux et régionaux santé environnement

La France est un État pionnier en matière de politiques publiques de santé environnementale. La partie précédente met en avant les avancées majeures du cadre réglementaire dans le domaine de la santé environnementale au XXIème siècle. Aussi, en 2004 fut créée la Charte de l'environnement, élevée en texte de valeur constitutionnelle l'année suivante. La planification en santé environnement au niveau national voit le jour la même année avec le plan national de prévention des risques pour la santé liée à l'environnement (Ministère de la Transition écologique, 2020). Ce plan est désigné communément : Plan national santé environnement ou PNSE. Il est établi tous les 5 ans, et détermine les orientations des politiques publiques en matière de santé environnementale au niveau national. Depuis 2004, se sont succédés quatre PNSE. Le dernier, le PNSE4 (2021-2025), a été publié le 7 mai 2021. Les nouvelles orientations de celui-ci seront reprises par la suite. Au niveau territorial, le PNSE se décline en région par les plans régionaux santé environnement ou PRSE. Au niveau national comme régional, les plans sont composés de plusieurs axes, eux-mêmes découpés en actions et sous-actions. Chaque plan fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation par des indicateurs relatifs au développement, à la mise en œuvre, et aux résultats des actions engagées. Il s'agira, dans la partie suivante, d'identifier les limites de leur suivi et la complexité à définir des indicateurs quantitatifs en matière de santé environnementale.

Au niveau réglementaire, les PNSE et PRSE sont définis selon les articles L.1311-6 et L.1311-7 du Code de la santé publique. Ainsi, les PNSE impulsent les politiques publiques de santé environnementale, qui, jusqu'au PNSE3 s'intéressent essentiellement à la santé humaine. Les PNSE ont vocation à prendre en compte « les effets sur la santé des agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux, y compris le milieu de travail, ainsi que ceux des événements météorologiques extrêmes » (Art. L1311-6, Code de la santé publique). Les PRSE visent, quant à eux, la « territorialisation » des politiques publiques de santé environnementale définies par le PNSE. La notion de territorialisation envisage les grands axes définis par les PNSE tout en veillant à s'adapter aux spécificités du territoire régional (Art.1311-7, Code de la santé

publique). Ce même article fait également référence au pilotage des PRSE. Ces derniers sont mis en œuvre au niveau régional de façon tripartite par « les services déconcentrés de l'État, les agences régionales de santé (ARS), et les Conseils régionaux, en association avec les autres collectivités territoriales, notamment par le biais des contrats locaux de santé (CLS) ». La partie suivante envisagera les spécificités du PRSE3 (2017-2021) francilien, notamment dans sa dimension de gouvernance. La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) établie en 2016, réaffirme la définition des PRSE par son article 54. L'article 1^{er} de cette même loi, introduit le concept « d'exposome », défini dans la partie précédente. D'après l'article 1^{er}, la mesure de l'état de santé de la population française doit comprendre « l'identification de ses principaux déterminants ». Celle-ci « s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine ». Ainsi, des efforts, notamment dans le domaine de la recherche, sont à mener pour identifier et mesurer les impacts de l'environnement sur la santé humaine de la phase de conception à la fin de vie des individus. Cependant, ces éléments sont difficilement mesurables, comme énoncé dans le chapitre précédent, au vu des multiples et diverses expositions auxquelles chaque individu est soumis quotidiennement et tout au long de sa vie. Des expositions répétées, à faibles doses, peuvent engendrer des pathologies qui se révéleront des années plus tard. Aussi, en termes de santé publique, l'ambition des PNSE se traduit par de meilleures connaissances et mesures des effets de l'environnement sur la santé de l'homme afin de mieux prévenir les pathologies induites et ainsi, améliorer l'état de santé global de la population.

Au niveau national, cinq ministères sont directement concernés par la santé environnementale : le ministère de la Transition écologique, celui des Solidarités et de la santé, de l'Agriculture, celui de l'Industrie, et enfin celui du Travail (Dab, 2020). L'ensemble de ces ministères est représenté dans chaque région par des services tels que les Direction Régionale, de l'Environnement, de l'Aménagement, et du Logement (DREAL), les agences régionales de santé (ARS), les Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture, et de la Forêt (DRAAF) ou encore les Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) devenues Directions Régionales de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS) le 1^{er} avril 2021. Depuis 2009 et l'élaboration du PNSE2 (2009-2013), les PNSE sont pilotés de façon interministérielle entre le ministère des Solidarités et de la santé et celui de la Transition écologique. La partie suivante abordera les limites de cette collaboration interministérielle.

En outre, chacun des ministères, élabore des plans, stratégies ou feuilles de route définissant des orientations nationales pour leurs domaines d'activité. En matière de santé environnementale,

ces plans sont nommés « plan sectoriels » (se référer à l'annexe n°4 : Les PNSE et ses interfaces avec les autres plans et stratégies, 2020). De même que pour les PNSE, presque tous sont déclinés au niveau régional. Ainsi, les politiques publiques définies par les PNSE et PRSE, ne doivent pas être redondantes ou contradictoires quant à celles élaborées par les plans sectoriels. La partie suivante envisagera les propositions faites par le Sénat, en mars 2021, afin d'harmoniser les politiques publiques définies en matière de santé environnementale.

Concernant leurs modalités d'application, les PNSE et PRSE n'ont pas de vocation réglementaire. En effet, ils ne sont « pas opposables » et « n'ont donc aucun lien juridique avec les [...] autres plans sectoriels » (Adam et al, 2020, Note rapide de l'Institut Paris Région). La finalité des PRSE consiste en l'adaptation des ambitions nationales vis-à-vis des spécificités régionales, en s'appuyant sur des acteurs locaux. Aussi, les PRSE valorisent les expérimentations sur les territoires. Les acteurs locaux sont invités à participer à la concertation réglementaire lors de la rédaction du plan. Ils ont la possibilité de piloter ou de contribuer à une action du plan, répondre à un appel à projet (AAP) ou à manifestation d'intérêt (AMI).

La région a été qualifiée de niveau territorial pertinent en matière d'action publique (Rapport d'enquête de l'Assemblée Nationale sur « l'évaluation des politiques publiques de santé environnementale », décembre 2020). À cette échelle, les services déconcentrés de l'État et en premier lieu les ARS ont un certain nombre de leviers. Aussi, les collectivités territoriales, définies en tant que « structures administratives françaises distinctes de l'administration de l'État » (INSEE, 2016), sont les structures au plus proche de la population. Parmi ces entités établies, nous retrouvons les communes qui sont dotées depuis le XIX^{ème} siècle de compétences en matière de salubrité et d'hygiène publique, et d'autres qui ont acquis des compétences au fil du temps. Ainsi, les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ont de plus en plus vocation à prendre en charge les compétences des communes, les départements sont compétents en matière d'action sociale principalement, et de certains aménagements, et les régions ont compétences en matière d'aménagement du territoire, de transport, et d'environnement, mais aussi de formation professionnelle par exemple.

Au-delà, les rédacteurs des plans consultent le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) pour définir des indicateurs de suivi et d'évaluation. Ainsi, pour le PNSE4, le HCSP a défini des indicateurs de mesure composites en santé environnementale. Le groupe santé environnement (GSE), quant à lui, représente l'instance consultative du PNSE. Cette instance est en charge des

réflexions autour des politiques nationales de santé environnementale. Pour cela, elle crée des groupes de travail et assure « une concertation la plus large possible de l'ensemble des parties prenantes » dans l'élaboration du PNSE (Rapport d'information du Sénat sur « les orientations de la gouvernance de la politique de santé environnementale », mars 2021). Les PRSE sont également composés de différentes instances, variant suivant les régions. Tout d'abord, les membres de la gouvernance le plus souvent tripartite (ARS, un service déconcentré de l'État et le Conseil régional), intègrent un comité de pilotage ou comité exécutif. Celui-ci a pour mission de définir les orientations stratégiques du PRSE et les actions à déployer. Ensuite, il existe dans la plupart des PRSE une instance consultative, au nom variable suivant les territoires, mais communément appelée « groupe régional santé environnement (GRSE) ». Cette instance consultative régionale regroupe de nombreux acteurs locaux impliqués dans le domaine de la santé environnementale. De plus, certains PRSE intègrent un comité technique comme en région Bretagne ou Auvergne-Rhône-Alpes. Ce dernier prépare les décisions du comité exécutif et assure la mise en œuvre opérationnelle du plan. La gouvernance et les modes de participation des acteurs locaux au sein du PRSE francilien seront explicités par la suite (se référer au chapitre 2, 2.2.a.).

Le PNSE4 (2021-2025) guidera, au niveau national, les politiques du domaine pour les années à venir. Ainsi, pour la première fois dans le contexte français, le PNSE4 s'inscrit dans une philosophie « Une seule santé » d'après laquelle les santés humaine, animale, végétale et des écosystèmes ne font qu'une. La mise en avant de ce concept est un enjeu fort puisque cette démarche se définit comme « une approche collaborative, multisectorielle et transdisciplinaire, le travail étant réalisé sur le plan local, régional, national et mondial, pour obtenir des résultats optimaux en matière de santé et de bien-être, tout en reconnaissant les interconnexions entre les personnes, les animaux, les plantes et leur environnement commun » (One Health Commission, 2019). En effet, alors que les premiers PNSE avaient pour ambition de protéger les Français des effets de l'environnement sur leur santé, ce nouveau plan envisage également les effets des activités humaines sur l'environnement. Le PNSE4 a ainsi pris le nom « un environnement, une santé » (PNSE4, mai 2021) reflétant son objectif : que chacun puisse agir pour un environnement favorable à sa santé. Comme les autres PNSE, il est construit suivant des axes, au nombre de quatre, eux même composés d'actions. Ces quatre axes visent de meilleures connaissances des effets de l'environnement sur la santé, la réduction des expositions affectant la santé humaine et celle des écosystèmes, une meilleure information, sensibilisation, formation de la population et de l'ensemble des acteurs exerçant dans le vaste champ de la santé environnementale en France.

Ainsi, la planification de la santé environnementale, à travers les PNSE et PRSE, procure un cadre aux politiques publiques du domaine depuis le début des années 2000. Il s'agira d'aborder, dans la partie suivante, les freins et les limites à ces ambitions gouvernementales à savoir, faire de la santé environnementale une priorité du XXI^{ème} siècle.

2.1.2. Les critiques actuelles de la planification en santé environnement

À ce jour, de nombreuses limites sont constatables quant aux stratégies françaises en matière de santé environnementale. Celles-ci sont notamment relevées, sous divers aspects, dans le rapport d'information du Sénat sur « les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale » publié en mars 2021.

Aussi, les politiques de santé environnementale françaises souffrent d'un « sous-investissement chronique ». Ce manque de moyens qu'il soit financiers, humains, ou techniques, est présent tant au niveau national que territorial. Pourtant, la santé environnementale demande un lourd investissement en matière de prévention. Or, le budget alloué à celle-ci dans le système de santé français est, rappelons-le, de l'ordre de 2%. De plus, ce sous-investissement au niveau national se reflète inévitablement au niveau territorial dans les moyens attribués aux PRSE.

Par ailleurs, le pilotage interministériel rencontre des difficultés du fait d'une gestion gouvernementale traditionnellement « en silo » (rapport d'information du Sénat sur « les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale », mars 2021). La gestion étanche des institutions et notamment des ministères, rend la transversalité difficile entre secteurs d'activités différents. Certains condamnent un « insuffisant portage politique » (rapport d'information du Sénat sur « les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale », mars 2021) de la santé environnementale, enjeu pour lequel une approche transverse est nécessaire. Ce faible portage politique est aujourd'hui en contradiction avec la prise de conscience croissante des Français quant aux effets de l'environnement sur leur santé. Par-là, la santé environnementale est considérée, à ce jour, comme un problème de santé publique au vu de l'impact en termes sanitaires et financiers que les pathologies liées à l'environnement font peser sur notre système de santé. Aussi, cette approche cloisonnée, « en

silos », s'illustre par le nombre de plans sectoriels élaborés dans le domaine². Les PNSE et PRSE pâtissent ainsi d'un manque de lisibilité et de visibilité parmi ces plans qui abordent une problématique spécifique de santé environnementale. Dans cette perspective, la mise en place d'une feuille de route cohérente aux PNSE et PRSE est envisagée lors de la révision ou de l'élaboration des plans sectoriels (rapport d'information du Sénat sur « les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale », mars 2021).

De plus, les politiques de santé environnementale sont essentiellement mises en place selon « une approche descendante » ou « top down » (Hassenteufel, 2011), laissant une large place aux institutions par rapport à une action plus locale qui émanerait des acteurs du territoire dans les PRSE.

Enfin, malgré la présence d'un organe consultatif tel que le GSE au niveau national, celui-ci pâtit du manque de moyens qu'on lui attribue, mais aussi d'une « absence de pouvoir légal » quant aux décisions dans l'élaboration stratégique des politiques de santé environnementale. Sa composition souffre également d'un manque d'équilibre et de transparence quant à la désignation des différents membres (rapport d'information du Sénat sur « les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale », mars 2021).

Ainsi, malgré une volonté forte des PNSE et PRSE d'élever la santé environnementale au rang de priorité française, les limites évoquées reflètent la difficulté du système gouvernemental à mettre en action de façon concrète cette ambition. Les leviers d'action pour parer à ces difficultés se trouvent à la fois au niveau national et régional. Les PNSE et PRSE auraient alors vocation à devenir des « plans chapeaux » (rapport d'information du Sénat sur « les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale », mars 2021) du domaine et à gagner en visibilité et lisibilité. De plus, le rapport d'information du Sénat relève que, face à l'approche « trop descendante » des politiques de santé environnementale en France, l'implication des acteurs locaux selon une logique « intersectorielle » et « partenariale » est nécessaire. Ce dernier point relève d'un changement de paradigme dans la façon de construire et conduire les politiques de santé environnementale françaises, par une approche qui se voudrait plus « par le bas » (Hassenteufel, 2011), par les acteurs locaux eux-mêmes, et en fonction des spécificités du territoire. La seconde partie de mémoire mettra cet aspect au cœur de l'analyse.

² Les plans sectoriels sont présentés en annexe n°4. On peut citer par exemple : le Plan national de surveillance de la qualité de l'air ambiant, le plan Ecophyto II+, ou encore le Programme national pour l'alimentation.

La partie suivante s'attachera à mettre en perspectives les dynamiques franciliennes en matière de santé environnementale et au sein des PRSE. Aussi, elle présentera la structure et le contexte de stage, mais également la mission qui m'a été confiée durant ces six derniers mois.

2.2. Dynamiques de la santé environnementale en région Île-de-France

2.2.1. Les plans régionaux santé environnement franciliens

La région Île-de-France est le territoire objet de ce mémoire. Ainsi, cette partie sera consacrée aux spécificités régionales des politiques publiques de santé environnementale. Elle abordera les singularités quant à leur composition et l'implication des acteurs du territoire. Cet état des lieux sert de base de travail pour la seconde partie de ce mémoire.

Avec huit départements, la région comprend une forte hétérogénéité territoriale, certains espaces étant densément peuplés comme la mégapole de Paris et d'autres beaucoup moins comme les territoires ruraux de la Seine-et-Marne (21 129 hab.km² pour Paris contre seulement 235 hab.km² pour la Seine-et-Marne). La région héberge ainsi 19% de la population française, soit 12 millions d'habitants, sur seulement 2% du territoire national (12 000 km²) (ARS et DRIEAT, PRSE3 2017-2021 Île-de-France). Les surfaces agricoles couvrent 48% du territoire francilien (Chambre d'agriculture de la région Île-de-France, Chiffres clefs). Ces données expliquent, en partie, les fortes inégalités en termes d'expositions des populations à différents agents environnementaux et polluants ainsi que les disparités relevant de la distribution des aménités environnementales ayant toutes deux un impact sur la santé globale des Franciliens. Parmi les illustrations manifestes, notons les effets délétères de l'urbanisation croissante sur une large part des écosystèmes et leur équilibre, les trafics routiers et aériens intenses sources de pollutions et de nuisances sonores, la transmission d'agents vecteurs de maladies facilitées par les flux humains générés par le tourisme international, l'impact sur les différents milieux d'une agriculture intensive, ainsi que la présence de nombreux sites industriels émetteurs de polluants. Comme pour l'ensemble du territoire français, les impacts du changement climatique ne sont pas négligeables. Aussi, le mal logement par un habitat dégradé et ses conséquences sur la qualité de l'air intérieur est un des enjeux majeurs en matière de santé environnementale en Île-de-France.

Selon les données du PRSE3 (2017-2021)³, 9,3% des Franciliens souffriraient ainsi du mal-logement en 2013.

Le territoire francilien est concerné par une multitude d'enjeux tant sur les effets de l'environnement sur la santé de ses habitants que sur l'impact des Franciliens sur leur environnement. À des disparités environnementales multiples et réparties de façon discriminatoire en région, s'ajoutent des inégalités socio-économiques.

La planification de la santé environnementale en Île-de-France, s'incarne en partie par trois PRSE successifs depuis 2004. Ils couvrent chacun une période de 5 ans : le PRSE1 (2006-2010), le PRSE2 (2011-2015), et le PRSE3 (2017-2021). Les PRSE1 et PRSE2 seront abordés ensuite sous l'angle de leur concertation.

Ainsi, l'une des particularités du PRSE3 (2017-2021) francilien tient à la composition de sa gouvernance. Celle-ci est mentionnée dans les textes comme étant constituée de trois organes, à savoir un comité de pilotage (l'organe exécutif), un groupe régional santé environnement ou GRSE (l'organe consultatif), et un comité d'animation (ARS, DRIEAT, 2016). L'Île-de-France est l'une des trois régions françaises, avec l'Occitanie et la région Auvergne-Rhône-Alpes, où le Conseil régional est absent de la gouvernance définie pour les PRSE dans le Code de la santé publique. Ainsi, la gouvernance francilienne des PRSE est co-pilotée par l'ARS et la Direction régionale et interdépartementale de l'environnement, de l'aménagement et des transports (DRIEAT), le service déconcentré du ministère de la Transition écologique et solidaire. Cette direction est issue de la fusion entre la Direction régionale et interdépartementale de l'environnement et de l'énergie (DRIEE) et la Direction régionale et interdépartementale de l'équipement et de l'aménagement (DRIEA), en mars 2021.

L'objet du PRSE n'est pas d'établir un cadre réglementaire mais d'appuyer le déploiement en région des politiques publiques définies en matière de santé environnementale en s'adaptant aux spécificités du territoire. De ce fait, les acteurs du territoire ont une place privilégiée au sein des PRSE et du PRSE3 francilien en particulier. En effet, un large panel d'acteurs du territoire impliqués en santé environnementale, sont sollicités pour définir les actions inscrites dans la stratégie. Ce sont des acteurs institutionnels, des collectivités territoriales, des antennes locales des agences de l'État, mais aussi des professionnels de santé, du secteur économique, du monde

³ Source des données : Insee, Ined, Cilpi, Drihl, exploitation par l'IAU, 2013

de la recherche, ou encore des associations, fondations ou instituts. Ils sont mobilisés au sein du PRSE3 de façon variable. Ainsi, certains sont pilotes ou partenaires de l'une des actions définies dans ce plan, ou encore ils sont à l'initiative d'expérimentations ou territoires pilotes dans le cadre d'AAP ou d'AMI. Les acteurs du territoire sont ainsi des moteurs incontournables du PRSE3 francilien.

De plus, pour ce qui a trait des collectivités territoriales, la loi portant une nouvelle organisation territoriale de la République (loi NOTRe) d'août 2015 renforce les compétences de la Région dans plusieurs domaines. Parmi elles, nombreuses sont en lien avec des secteurs du domaine de la santé environnementale. Ainsi, la Région se voit conférer des compétences élargies en matière d'aménagement durable du territoire, de transport, ou encore d'éducation dans la gestion des lycées, leviers reconnus en matière de santé environnementale. Cependant, comme évoqué en amont, le Conseil régional d'Île-de-France ne souhaite pas intégrer le pilotage du PRSE francilien, ne considérant pas la santé environnementale comme une compétence propre.

Par ailleurs, une particularité de la gouvernance du PRSE3 francilien réside autour de l'organe consultatif, le GRSE. Cet organe, regroupant de nombreux acteurs franciliens impliqués en matière de santé environnementale, est mentionné comme organe donnant des avis consultatifs sur la construction, l'avancement et la réorientation des PRSE (Ministère de la Transition écologique, 2020). Il était impliqué dans l'élaboration du PRSE2 (2011-2015), par quatre groupes de travail « réunissant les différentes parties prenantes au niveau local selon la gouvernance du Grenelle de l'Environnement » (ARS, DRIEE, Arrêté n°2011208-0017, PRSE2 Île-de-France, 2011), ayant ainsi permis à des nombreux acteurs du territoire de prendre part à l'élaboration de ce plan. De plus, des groupes de travail au sein même de cet organe ont été mis en place lors de l'élaboration du PRSE3 (2017-2021), cinq ans plus tard. Cependant, aujourd'hui, le GRSE francilien est en sommeil. Les membres impliqués sont difficilement indentifiables malgré l'existence d'une liste de diffusion non officielle, et le GRSE n'a d'activité que lors de manifestations annuelles ou biennuelles.

Enfin, la mobilisation et la participation des acteurs du territoire à l'élaboration du PRSE relève de la « concertation règlementaire » définie par le Code de l'environnement et celui de l'urbanisme. Il est ainsi prévu une « concertation préalable » dans « l'élaboration de certains projets et documents de planification [...] susceptibles d'avoir un impact sur l'environnement » (Cerema, Concertation préalable « Code de l'environnement », 2020). L'objectif est d'associer « le public le

plus en amont possible » dans l'élaboration de plans tels que le PRSE. Ces concertations permettent de dialoguer autour des différents aspects du plan, « objectifs [...], caractéristiques et orientations principales » et de « trouver des solutions alternatives » le cas échéant (Cerema, Concertation préalable « Code de l'environnement », 2020). Un aspect temporel est ajouté à ces concertations qui doivent respecter une durée de « 15 jours à 3 mois » et être publicisées pendant une « période de 15 jours avant le début de la concertation » (Article L. 123-9 et L. 123-14, Code de l'environnement).

Poursuivant ces éléments contextuels aux PRSE franciliens, la partie suivante s'attachera à présenter la structure hébergeant ce stage ainsi que ces liens avec le PRSE3 (2017-2021) Île-de-France.

2.2.2. Le réseau ÎSÉE et les acteurs franciliens de la santé environnementale

Le réseau ÎSÉE, pour Île-de-France Santé Environnement, objet du stage, a été créé dans le cadre de l'action 1.3. du PRSE3 (2017-2021) francilien. L'ARS, la DRIEAT, l'Institut Renaudot et le GRAINE Île-de-France (Groupement d'Animation et d'Information sur la Nature et l'Environnement) ont participé à la constitution du réseau. Le réseau est animé et hébergé dans les locaux de l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Île-de-France. Celui-ci est le premier créé en France en 1974, et « conduit en toute indépendance scientifique, de nombreux travaux qui dressent le portrait de la santé des Franciliens dans tous ses aspects » (ORS), tant par le recueil et l'analyse des données, que sous l'angle de l'accompagnement par son expertise reconnue à éclairer les politiques de santé publique, ou encore d'information par présentations de ses travaux dans différentes instances. À ces débuts, l'ORS a été constitué en tant que mission d'études auprès du Préfet de Région, puis intégré, par les souhaits du Conseil régional, l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région parisienne. Celui-ci est nommé à ce jour L'Institut Paris Région par sa refonte juridique en 2019. Anciennement fondation, L'Institut est devenu association loi 1901. Il a pour mission de « réaliser des études et des travaux nécessaires à la prise de décision de la Région Île-de-France et de partenaires » (L'Institut Paris Région). Il regroupe des départements variés œuvrant sur le territoire dans les domaines de l'urbanisme et des transports, de l'environnement, ou encore de l'économie et de la société. Ainsi, à leurs côtés, le réseau ÎSÉE prend part à l'expertise pluridisciplinaire de L'Institut, celle-ci permettant de traiter à 360° les problématiques de développement des territoires franciliens. L'Institut Paris Région est financé par des fonds publics provenant du Conseil régional à hauteur de 50%. Quant au réseau ÎSÉE, il est financé

jusqu'à la fin de l'année 2021 grâce aux subventions de l'ARS et de la DRIEAT dans le cadre du PRSE3 francilien, celles-ci faisant l'objet d'une convention tripartite avec L'Institut.

Créé en 2019, il y deux ans, le réseau ÎSÉE a vocation à rassembler et fédérer les acteurs franciliens impliqués en santé environnement, que ce soit de leur métier ou qu'ils aient développé des bonnes pratiques en la matière, dans l'objectif de créer une culture commune entre acteurs d'origine très variée.

Pour ce faire, le réseau ÎSÉE vise à favoriser, de diverses manières, la mise en relation, les interactions et les collaborations entre acteurs du territoire. Ainsi, une plateforme virtuelle est accessible uniquement aux adhérents, elle est dédiée au partage d'informations, de connaissances et de compétences. Celle-ci se compose de vingt-trois « sphères d'échanges » organisées autour de thématiques balayant de nombreux sujets en lien avec les effets de l'environnement sur la santé. Elles englobent des thématiques telles que la qualité des milieux (air, eau et sol), les multi-expositions, l'aménagement favorable à la santé, ou encore les risques émergents comme ceux liés par exemple au changement climatique, aux perturbateurs endocriniens, ou aux ondes électromagnétiques. Par ailleurs, des sphères à caractère général offrant des informations qui s'adressent à tous les membres du réseau sont incluses dans la plateforme. De plus, une sphère est spécialement dédiée au recensement d'appels à projets et autres offres de financement. L'équipe d'animation du réseau est composée d'une coordinatrice et de personnes en appui à savoir : les professionnels du pôle santé environnement de l'ORS, la documentaliste, chargée de communication et de l'organisation des événements de cette même entité. Cette équipe et les membres du réseau sont invités à alimenter la plateforme d'échange de façon régulière en fonction de l'activité de veille que chacun effectue quotidiennement et suivant son temps disponible.

Le réseau ÎSÉE promeut également les actions portées par les membres à travers des publications sur la plateforme, mais aussi en les relayant sur les réseaux sociaux. Pour les acteurs membres, au-delà de la valorisation du projet, c'est l'occasion d'initier de nouvelles collaborations et trouver de l'aide afin de mener à bien leurs projets. Dans cette perspective, à l'initiative des acteurs membres ou de l'équipe d'animation, le réseau ÎSÉE mène des groupes de travail favorisant les réflexions collectives autour d'un sujet ou de la création d'un outil. Ces groupes de travail ont pour objectif une création finale, elle peut prendre la forme d'un rapport, d'un guide de bonnes pratiques, ou encore de modules de formation. Des « sphères projets », espaces de travail dédiés

aux actions, sont mise à disposition sur la plateforme d'échanges pour favoriser les collaborations entre membres d'un même groupe de travail. En ce sens, le réseau ÎSÉE est engagé actuellement dans plusieurs projets collaboratifs tels que la conception d'un guide de consultation à l'attention des médecins sur la qualité de l'air intérieur, la création de deux modules de formation pilotes santé environnementale à destination des professionnels de l'éducation populaire et des professeurs de collège, ou encore l'élaboration d'un tableau de bord régional santé environnement, un outil cartographique permettant la représentation géographique des données sanitaires et environnementales franciliennes.

Par ailleurs, le réseau ÎSÉE propose à ses adhérents différents évènements. Ainsi, chaque d'année, le réseau ÎSÉE organise un colloque, élaboré en collaboration avec les adhérents volontaires. Il vise à explorer une problématique de santé environnementale en mettant en perspective recherche scientifique et retours d'expérience menés sur les territoires. Par exemple, en 2020, le colloque proposait une réflexion autour des enjeux croisant biodiversité et santé, en 2021 il examinera le concept « One Health » et sa mise en pratique sur les territoires. Également, le réseau ÎSÉE a développé des webinaires, les « débats conf'ÎSÉE », depuis le début de la crise sanitaire. Ces conférences en ligne ont été l'occasion d'interroger le rôle de l'environnement sur la santé humaine en lien avec la crise sanitaire. Ils ont permis de mettre en avant certains projets des membres du réseau durant cette crise, et de favoriser la mise et le maintien des relations entre ces derniers.

La partie suivante s'attachera à développer un dernier projet porté par le réseau ÎSÉE, celui-ci faisant l'objet d'une mission de stage qui m'a été confiée au cours des six derniers mois. La présentation de cette mission et de ses enjeux permettront de mettre en perspective la seconde partie de mémoire, qui aura trait à la participation des acteurs du territoire aux politiques publiques de santé environnementale dans une perspective de transformation de l'action publique.

2.2.3. Des ateliers participatifs en vue de l'élaboration du PRSE4 francilien

Le réseau ÎSÉE a été chargé par les pilotes du PRSE3 francilien, l'ARS et la DRIEAT, de mener des ateliers participatifs impliquant les acteurs du territoire en vue de l'élaboration du futur PRSE4. Cette mission a fait l'objet de mon stage. J'ai participé à leur conception, organisation et

restitution, une expérience à partir de laquelle ont pris sources les réflexions et la problématique de ce mémoire.

Tout d'abord, les termes relatifs à la participation du public aux politiques méritent d'être définis. En effet, la participation du public en démocratie (Blondiaux, Fourniau, 2011) renvoie à un champ aux contours flous. Loïc Blondiaux définit même ce domaine de recherche comme « d'allure éclatée » prenant l'apparence d'un « rhizome » au sens de Gilles Deleuze et Félix Guattari dont « l'origine et le centre restent introuvables », et qui « se manifeste dans de multiples directions et dont chaque petit bourgeonnement constitue un foyer d'innovation potentiel » (Blondiaux, Fourniau, 2011). En somme, la participation du public au processus décisionnels en démocratie prend des formes hétéroclites. Le public renvoie, ici, aux citoyens et aux structures représentant la société civile telles que celles au statut d'association loi 1901. Il s'agit également de retenir que le terme de démocratie, en son sens premier de « pouvoir du peuple » (Le Pourhiet, 2011), s'incarne dans sa dimension directe ou représentative par les élections. Ainsi, cette définition renvoie au fait que le citoyen prend part aux débats et au processus d'élaboration des politiques publiques dont il est le bénéficiaire. Cet aspect a été repris sous le terme de « démocratie participative » qui désigne « l'ensemble des démarches qui visent à associer les citoyens au processus de décision politique » (Blondiaux, 2008).

Aussi, différentes formes de participation sont possibles et sont nommées différemment en fonction du public cible, du moment où elles interviennent dans le processus et de leur poids dans les choix décisionnels. Ainsi, l'échelle d'Arnstein (1969), établit une référence en termes de degrés de participation du public au processus décisionnel. Quatre niveaux de participation ont été envisagés allant de la simple information à la codécision (se référer à l'annexe n°5 : Échelle simplifiée d'Arnstein). Cette dernière définit le plus haut degré de participation par une « décision prise avec les acteurs qui ont une responsabilité légale sur le projet » (Guide Lisode, 2017). Entre ces deux niveaux informationnel et codécisionnel se situe la « concertation ». Celle-ci se fixe en amont de la phase décisionnelle d'un projet par le fait de « faire travailler des acteurs afin qu'ils construisent collectivement des propositions sur un projet ». Le troisième niveau définit la « consultation » comme en aval de la phase décisionnelle, et qui vise à « demander l'avis des acteurs sur un projet » (Guide Lisode, 2017).

Le contexte de ces ateliers participatifs se situe autour du PNSE4 (2021-2025), tout juste publié, et retardé dans son édition par des remaniements dus à la crise de la Covid-19 qui alimente les

débats en matière de santé environnementale chez les acteurs étatiques. En conséquence, ce retard entrave le début de l'élaboration de la nouvelle génération de PRSE. Dans cette perspective, les acteurs institutionnels pilotes du PRSE francilien ont souhaité mettre ce « temps long à profit » pour entamer les échanges avec les acteurs du territoire en vue de l'élaboration du futur PRSE4.

Cependant, ces ateliers ne peuvent être définis comme relevant de la « concertation » des acteurs du territoire à l'élaboration du PRSE4. En effet, ils n'entrent pas dans le cadre réglementaire de la concertation définie par le Code de l'environnement et de l'urbanisme, notamment au sens où la commission nationale du débat public (CNDP) doit être informée et saisie, et fixe une durée de « 15 jours à 3 mois » pour la concertation qui doit être préalablement publicisée (Articles L121-1 à L127-10 du Code de l'environnement). Ces ateliers ont, ainsi, pris le nom « d'ateliers participatifs vers un plan régional santé environnement 4 » de façon à ne pas créer de confusion avec la concertation réglementaire.

L'équipe d'animation du réseau ÎSÉE a ainsi mené ces ateliers participatifs de leur élaboration à leur tenue les 1ers et 11 juin 2021. Les contraintes d'un format en distanciel dû à la situation sanitaire à ce moment-là, ont permis deux sessions identiques impliquant chacune une cinquantaine de participants.

Un large panel d'acteurs du territoire a investi ces ateliers participatifs puisque des acteurs du domaine associatif, du monde de la recherche, des acteurs institutionnels, des collectivités territoriales, des agences de l'État, des bureaux d'étude, des professionnels de santé, ou encore des centres de ressources et d'informations ont pris part à ce travail collectif (se référer à l'annexe n°3 présentant la cartographie des acteurs participants aux ateliers). Pour ces ateliers, un format en trois temps a été choisi : un premier temps de présentation des PNSE, PRSE avec un rappel des objectifs de l'atelier en plénière ; un second temps de travail en petits groupes autour de deux questions ; et un dernier temps de mise en commun des réflexions. Ainsi, quatre groupes de travail constitués d'acteurs de nature hétérogène ont été formés pour chaque session d'atelier.

Les deux questions posées lors des travaux en petits groupes se situaient autour de la volonté forte, des commanditaires et acteurs institutionnels, de faire émerger de ces ateliers les problématiques rencontrées sur le terrain et les retours d'expérience des acteurs franciliens. Ainsi, aucun axe directeur relevant d'un « mouvement descendant » (Blondiaux, 2008) des

autorités publiques, l'ARS et la DIREAT, n'en a été moteur. Les deux questions ont été énoncées tel que :

- À partir de votre expérience de terrain, quelles seraient les problématiques à traiter dans le prochain PRSE francilien ?
- Quels seraient les acteurs à associer au PRSE4 pour répondre à ces problématiques et comment les impliquer ?

Aussi, les suites envisagées à ces ateliers participatifs ont longtemps été incertaines du côté institutionnel. Il a été établi entre le réseau ÎSÉE et les commanditaires, que ces ateliers alimenteraient la contribution du réseau ÎSÉE à l'élaboration du futur PRSE4 francilien. Leur poursuite pourra être envisagée sous l'angle d'ateliers de même type au second semestre 2021 visant la définition de stratégies d'action et/ou la constitution de groupe(s) de travail au sein du réseau. À ce jour, l'analyse des contributions des ateliers a permis d'identifier cinq enjeux transversaux évoqués de façon plus récurrente s'articulant autour de sept thématiques prioritaires. Dans la perspective de favoriser la participation et le consensus entre les participants, ces enjeux et thématiques ont été soumis à un sondage à destination des participants et de l'ensemble des membres du réseau ÎSÉE, afin de les prioriser. Par ailleurs, les acteurs participants ont affirmé leur souhait de poursuivre les ateliers sous l'une ou l'autre des deux formes citées. De plus, ils soulignent également la nécessaire transversalité dans l'élaboration des actions du PRSE4. Cet aspect met en avant la volonté forte des acteurs du territoire à interagir et travailler de façon collaborative afin de répondre aux enjeux en matière de santé environnementale. En ce sens, la santé environnementale doit devenir « une priorité du XXIème siècle » (Rapport d'information du Sénat sur « les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale », mars 2021), car « chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé » (Article 1^{er}, Charte de l'environnement, 2004).

Après une mise en contexte et un rappel historique, cette première partie de mémoire a mis en avant les enjeux présents et à venir de la santé environnementale ainsi que la mobilisation des acteurs du territoire dans la définition de l'action publique régionale. Celle-ci se voudrait « par le bas » (Hassenteufel, 2011) valorisant les acteurs du territoire, leurs interactions et leurs collaborations, dans l'élaboration des politiques régionales de santé environnementale.

Par ailleurs, malgré les lois successives de décentralisation et de déconcentration des dernières années et la volonté de plus de démocratie participative, la façon de gouverner de l'État français

reste fortement centralisée. Dans cette perspective, il est attribué à l'État une approche « descendante » (Blondiaux, 2008) dans l'élaboration des politiques publiques qu'il applique dans les territoires. Cette approche des politiques publiques, nommée aussi « top down », place les autorités publiques comme moteurs et décisionnaires, cela se reflète notamment par des écarts dans la prise en compte des besoins du territoire et de la population, pourtant bénéficiaires premiers de ces politiques publiques.

Aussi, coconstruire des politiques publiques avec les citoyens et les acteurs du territoire selon une approche « ascendante » (Blondiaux, 2008) permettrait d'améliorer la qualité, le contenu, la réalisation de ces dernières, et de rétablir la confiance de la population envers les politiques menées par le gouvernement.

Dans le domaine de la santé environnementale, il s'agit de pointer la part que chacun doit investir pour continuer à vivre dans un environnement équilibré qui préserve sa santé et celle des écosystèmes, afin notamment de permettre aux générations futures d'en apprécier ses bienfaits à leur juste valeur.

De plus, la place accordée à la mobilisation des acteurs du territoire par les ateliers participatifs menés, met ainsi en avant une « approche par le bas » (Hassenteufel, 2011) des politiques publiques. Cette démarche s'inscrit dans la volonté de s'appuyer sur les territoires pour construire des politiques publiques, une tendance à rebours de la traditionnelle verticalité française. Ainsi, nous allons désormais interroger l'impact des ateliers organisés dans le cadre de mon stage, sur l'orientation de l'action publique, en tant qu'initiative visant à favoriser la participation des acteurs locaux.

Ainsi, la seconde partie de mémoire s'attachera à saisir et à développer la complexité des variables qui entrent en jeu dans les deux types d'approches « par le haut » et « par le bas » des politiques publiques françaises. Elle visera également à envisager les ateliers participatifs menés en vue de l'élaboration du PRSE4 francilien comme facteur de transformation de l'action publique et moteur de changement. Les leviers d'action, les limites et les freins de cette démarche seront également mis en perspective.

Partie 2. Des ateliers participatifs, un vecteur de transformation et de changement de l'action publique

Chapitre 3. Des ateliers participatifs, facteurs de transformation de l'action publique et d'une approche transverse de la santé environnementale

3.1. Des ateliers participatifs contribuant à une approche « par le bas » des politiques publiques

3.1.1. La transformation de l'action publique en critique à l'approche « par le haut » des politiques publiques

Le terme de « politiques publiques » renvoie à l'action d'une « autorité publique » (Lascoumes, Le Galès, 2018) et se réfère aux « diverses formes de régulation sociale et politique des enjeux sociaux » (Lascoumes, Le Galès, 2018) d'un État. Les politiques publiques émanent d'une situation posant problème pour la société ou pour un groupe particulier. Lorsque les acteurs politiques s'emparent du problème, il devient public ce qui signifie qu'il est mis à l'agenda politique. Le terme de « public » définit la « place centrale de l'État » au sens où « est public tout ce qui relève de la sphère de l'État » (Hassenteufel, 2011). La mise à l'agenda politique permet de définir un programme d'actions visant à trouver des solutions afin de traiter le problème de départ. Celui-ci peut imposer un cadre réglementaire par la production de lois ou de normes dont l'application est obligatoire. Également, il peut permettre la définition d'orientations stratégiques, d'objectifs à mettre en œuvre sur le territoire. Tel est le cas pour la planification de la santé environnementale, prenant les formes de PNSE et PRSE, en tant que « cadres d'action » établissant des stratégies et des objectifs. Également, les bénéficiaires des politiques publiques relèvent des citoyens ou du groupe(s) considéré(s) comme posant le problème de départ. En ce sens, par la définition de politiques publiques, l'État vise à « résoudre des problèmes au nom du bien commun » (Lascoumes, Le Galès, 2018). Dans cette perspective et en matière de santé environnementale, le « bien commun » renvoie aux enjeux croisés de santé et d'environnement. La santé peut être considérée comme bien individuel et communautaire, l'environnement comme bien universel. Il

s'agit, ainsi, de saisir l'envergure des échelles des problèmes à traiter. Pour en donner quelques exemples, ces problèmes relèvent des pollutions et contaminations des milieux (air, eau, sol) par des agents multiples et leurs effets sur la santé, du cadre et des conditions de vie, ou encore des impacts du changement climatique sur la santé des populations. La diversité des secteurs et des populations touchés par ces enjeux nécessite l'implication de chacun dans une dynamique collective et transversale. Dans cette perspective, c'est également la définition de politiques publiques adaptées à la résolution des problèmes de santé environnementale qui est en jeu.

Aussi, l'analyse des politiques publiques reflète les « pratiques concrètes de l'État » (Lascoumes, Le Galès, 2018). Elle envisage le fonctionnement de l'État, les politiques qu'il édite, la manière dont celles-ci sont construites, mises en œuvre, et les résultats qu'elles produisent. En ce sens, c'est « l'analyse de ces transformations » (Lascoumes, Le Galès, 2018) qui est à l'œuvre dans l'action publique et des aspects démocratiques. Dans ce chapitre, afin de saisir les transformations au sein de l'État dans la définition des politiques, il s'agit d'explicitier ces transformations, à travers le temps, en termes d'approches par « le haut » et « par le bas » des politiques publiques. Il s'agit également de mettre en perspective le basculement contemporain du terme de « politiques publiques » vers la notion « d'action publique » (Lascoumes, Le Galès, 2018).

Ainsi, jusque dans les années 1970, l'administration publique française est guidée par le « modèle traditionnel wébérien » (Bherer, 2011). Ce modèle décrit l'État comme « l'institution qui possède [...] le monopole de la violence légitime » (Weber, 1919). En ce sens, « entrer en politique c'est participer à des conflits dont l'enjeu est la puissance [...] on s'oblige à se soumettre aux lois de l'action, fussent-elles contraires à nos préférences [...] on conclut un pacte avec les puissances infernales, on se condamne soi-même à la logique de l'efficacité » (Weber, 1919). L'État forme alors un « gouvernement plus ou moins centralisé » qui mène « l'essentiel des actions sur des secteurs bien délimités » (Lascoumes, Le Galès, 2018). Cette vision wébérienne de l'État et des administrations publiques, valorise la place dominante de la « bureaucratie ». Les politiques publiques sont alors définies par « une élite politico-administrative » (Bherer, 2011), seul acteur dans l'espace politique et social capable de « maîtriser les règles » et les « cadres cognitifs » (Bherer, 2011) afin d'assurer la « gouvernementalité » (Lascoumes, Le Galès, 2018) de la société. La notion de « gouvernementalité » relève alors de « l'art du bon gouvernement » analysé par Michel Foucault. Le modèle wébérien prône la « responsabilité » de cette élite, celle-ci définie dans sa propre « sphère » (Bherer, 2011) d'activité. Cette responsabilité permettrait de « réduire les décisions arbitraires » (Bherer, 2011) et chaque administration fonctionnerait de façon

solitaire au sein de son propre domaine d'activité. Nommée « gestion en silo » de l'administration publique (Rapport d'information du Sénat sur « les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale », mars 2021), il existe alors peu d'interaction entre acteurs au sein même de cette élite. Par conséquent, l'élaboration des politiques publiques suit le même schéma.

Les critiques accordées à la planification de la santé environnementale (cf. chapitre 2, 2.1.2.) relèvent encore aujourd'hui d'une « gestion en silo ». Celle-ci est notamment visible par l'interministérialité peu effective entre les ministères de la Transition écologique et des Solidarités et de la santé, pilotes du PNSE.

Globalement, le modèle wébérien valorise le rôle central de l'État par un « idéal type de la bureaucratie rationnelle légale » (Hassenteufel, 2011) régit par trois principes majeurs. Ces derniers relèvent de la « neutralité » dans le respect des règles, de la « spécialisation » des tâches et des compétences, de la « hiérarchie » par « l'obéissance aux règles et le contrôle des fonctionnaires » (Hassenteufel, 2011). Dans cette perspective, cette élite serait le seul acteur capable de définir des politiques publiques au bénéfice des « ressortissants » (Hassenteufel, 2011). En ce sens, selon Patrick Hassenteufel, Philippe Warin désigne les ressortissants comme « les individus, les groupes socio-professionnels et les institutions à qui les politiques (publiques) sont destinées » (Hassenteufel, 2011).

Cette approche des politiques publiques est qualifiée de « par le haut » ou « top down » (Hassenteufel, 2011), « dans la mesure où elle part des décisions prises au sommet de l'administration et vise à mettre en avant les conditions favorables à la bonne mise en œuvre des décisions » (Hill, Hupe, 2009). Elle ne permet pas le débat démocratique. En effet, l'espace de négociations est restreint à cette seule élite. Le citoyen n'intervient dans l'espace politique que par le « vote » (Bherer, 2011) lors des élections.

Il est ainsi nécessaire de s'intéresser à « l'ouverture de ces espaces » en tant « qu'espace de négociations » (Bherer, 2011) pour d'autres acteurs et citoyens dans un objectif démocratique et vers un « rééquilibre des pouvoirs » (Bherer, 2011).

Ainsi, dès les années 1960, de nombreux chercheurs, analystes et théoriciens des politiques publiques émettent des critiques du modèle wébérien de l'administration et des interventions de l'État (Lascoumes, Le Galès, 2018). Ils dénoncent des « stratégies de maximisation des intérêts des fonctionnaires par l'accroissement de leur domaine d'intervention et de leurs budgets »

(Buchanan, Musgrave, 1999). L'approche « par le haut » des politiques publiques est ainsi remise en cause par des choix qualifiés de « routiniers » et favorisant le propre intérêt de hauts fonctionnaires. Également, les critiques mettent en évidence les échecs réguliers des politiques publiques à atteindre leur objectif qui est « aléatoire et souvent faible » (Lascoumes, Le Galès, 2018). L'accent est également mis sur les « écarts » constatés entre « les programmes publics et leur mise en œuvre » (Lascoumes, Le Galès, 2018). Ces écarts sont mis en exergue en termes « d'inefficacité » par la faiblesse des résultats obtenus des politiques publiques, « d'ineffectivité » par défaut de mise en œuvre, et « d'inefficience » constatant des coûts inégaux par rapport aux bénéfices attendus. Ces échecs des politiques publiques englobent donc le champ politique, social, et économique.

Face à ces constats, une transformation de l'État s'amorce lentement et l'approche « pas le bas » des politiques publiques (Hassenteufel, 2011) est invoquée. Cette approche privilégie « les acteurs en action », les « échanges », et les « mécanismes de coordination » (Lascoumes, Le Galès, 2018) des politiques publiques. Elle considère que les « acteurs plus diversifiés et moins systématiquement étatiques, sont les acteurs majeurs des politiques publiques, du fait de leur rôle central dans leur concrétisation » (Hassenteufel, 2011). Ce large panel d'acteurs, aux ressources et intérêts multiples, est nommé « système d'action concret » par Patrick Hassenteufel (Hassenteufel, 2011). Il s'agit de mettre en évidence le raisonnement « par le bas » des politiques publiques comme ouverture de « l'espace de négociations » (Bherer, 2011), et en conséquent, de la place donnée à de nouveaux acteurs, non étatiques, dans la définition des politiques publiques. Il s'agit par ailleurs d'une redynamisation du processus démocratique. En effet, l'approche « par le bas » rompt avec la « hiérarchie traditionnelle » des politiques publiques car « moins hiérarchique, rationnelle et étatique » (Lascoumes, Le Galès, 2018). Elle promeut plus d'horizontalité et en ce sens symbolise le passage de la « gouvernementalité » à la « gouvernance ». Celle-ci est définie comme « un processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux, d'institutions pour atteindre des buts discutés et définis collectivement » (Lascoumes, Le Galès, 2018).

Pour fournir des réponses aux problèmes publics, l'approche « par le bas » permettrait une nouvelle définition de l'action publique en tant « qu'action collective qui participe à la création d'un ordre social et politique, à la direction de la société, à la régulation de ses tensions, à l'intégration des groupes et à la résolution des conflits » (Lascoumes, Le Galès, 2018). Le terme « d'action publique » est alors préféré à celui de « politiques publiques » car il permet de « mieux comprendre les actions qui agissent à des niveaux multiples » (Lascoumes, Le Galès, 2018).

L'approche « par le bas », en visant des modifications dans la façon de gouverner de l'État, est un des éléments qui participe à la « transformation de l'action publique » par son objectif de « construction collective » (Hassenteufel, 2011). Enfin, en ouvrant l'espace de négociations, elle permet au processus démocratique de trouver place dans la définition des politiques publiques qui concernent chacun au quotidien.

Il s'agissait dans cette partie de poser le cadre de la transformation de l'action publique sur lequel se base l'argumentaire qui va suivre. Les différentes perspectives de l'action publique que donnent à voir les approches « par le haut » et « par le bas » des politiques publiques peuvent être visualisées à travers « une métaphore musicale » (Lascoumes, La Galès, 2018). Les interprètes et l'auditoire s'incarnent par les acteurs du territoire, qui joueraient une partition qu'ils se seraient appropriés et qu'ils auraient « mise en couleur ». Le seul rôle du compositeur, en l'occurrence l'État et des institutions, ne suffirait pas à créer une mélodie harmonieuse. Il s'agit alors d'envisager la mobilisation des acteurs au centre de l'approche « par le bas » des politiques publiques. Dans cette perspective, les ateliers participatifs menés durant ce stage participent à l'espace de négociations en matière de santé environnementale en région Île-de-France et contribueraient à la transformation de l'action de publique.

La partie suivante s'attachera à mettre en perspective les points de vue des acteurs interrogés lors de l'enquête empirique⁴ menée pour ce mémoire sur les approches « par le haut » et « par le bas » des politiques publiques. Également, il s'agira de saisir si la mobilisation des acteurs du territoire est réellement prise en considération lors des processus d'élaboration des politiques régionales de santé environnement.

⁴ L'enquête empirique pour ce mémoire est constituée de dix entretiens. Souhaitant recueillir les points de vue du large panel d'acteurs impliqués dans le domaine de la santé environnementale et participants aux ateliers menés durant mon stage, cette enquête a rassemblé : deux acteurs étatiques, un acteur issu du monde de la recherche, trois acteurs associatifs, un acteur exerçant en cabinet d'étude et de conseil, un acteur professionnel de santé, un paramédical et un acteur représentant des professionnels de santé. La partie « Méthodologie » de ce mémoire explicite l'ensemble de la démarche.

3.1.2. Des acteurs impliqués dans les approches « par le haut » et « par le bas » des politiques publiques

Les critiques accordées à l'approche « par le haut » des politiques publiques font notamment échos, comme il a été souligné en amont, aux écarts constatés entre les décisions, les stratégies et les moyens d'action décidés pour la résolution des problèmes sociaux. Ainsi, l'approche « par le bas » permettrait de réduire « l'inefficacité », « l'ineffectivité », et « l'inefficience » (Lascoumes, Le Galès, 2018) des politiques publiques. Dans cette perspective, les acteurs concernés sont mobilisés et inscrits « dans l'espace de négociations » (Bherer, 2011). Les ateliers participatifs menés durant ce stage s'inscrivent dans cet espace, et visent à prendre en compte les retours d'expérience et les problématiques rencontrées sur le terrain par les acteurs du territoire en vue de l'élaboration des prochaines politiques régionales de santé environnement. Pour ces ateliers, un large panel d'acteurs s'est mobilisé, tous impliqués dans des secteurs professionnels variés. Les ateliers participatifs étaient composés d'acteurs de l'offre de soins, de professionnels de santé, d'associations et de réseaux, d'acteurs du secteur privé, du monde de la recherche ou encore des collectivités territoriales, et des services publics. Un acteur interrogé expliquait les bienfaits apportés pour la construction de tels plans de « mettre les acteurs autour de la table »⁵.

Lors des entretiens, les approches « par le haut » et « par le bas » des politiques publiques ont porté à des échanges au contenu riche. Ainsi, concernant le gouvernement, le « manque de portage politique » en matière de santé environnementale a été mentionné à de nombreuses reprises. Celui-ci, notamment visible en région francilienne par la mention des « grands absents » du PRSE que sont « le Conseil régional et les collectivités territoriales ». Le retrait du Conseil régional est « regretté et incompris » par plusieurs des acteurs interrogés. Aussi, au sujet de la sensibilité des acteurs étatiques à l'approche « par le bas » des politiques publiques, un acteur du territoire énonçait « que ça n'est pas dans la culture des institutions », un autre reprochait « à l'État centralisé d'être déconnecté du terrain » et par-là, de ne pas pouvoir résoudre « les échecs » de mise en œuvre des politiques publiques (Lascoumes, Le Galès, 2018). En ce sens, la France « reste dans un système très centralisé malgré les lois de décentralisation et déconcentration » menées depuis 1982. Il s'agit ici de mettre en avant une transformation de l'action publique peu aisée dans le système politique français. Cette idée appuie la notion « d'inertie » des institutions françaises (Lascoumes, Le Galès, 2018).

⁵ Dans cette partie de mémoire, tout ce qui est entre « guillemets », et non suivi de mention à un auteur, fait référence à des verbatims issus des entretiens.

Également, selon un acteur, le manque d'attrait pour une approche « par le bas » des politiques publiques constaté au niveau national se reflète de façon « hétérogène suivant les territoires ». En ce sens, en région Île-de-France, malgré le désengagement du Conseil régional dans le PRSE francilien, les institutions pilotes du plan, l'ARS et la DRIEAT, sont « bienveillantes » et s'attachent à mobiliser les acteurs du territoire. De plus, les ateliers menés « vont dans ce sens » et « montrent que quelque chose change » selon deux acteurs. À ce sujet, un acteur mentionne que les PRSE précédents étaient « trop top down » et « qu'il fallait sortir de ce travers pour avoir un document mieux pris en charge et appliqué ». Durant la phase de concertation du PRSE3 (2017-2021), les « orientations » étaient « déjà très structurées, cadrées » en amont par les acteurs institutionnels. Les derniers ateliers participatifs, n'ayant aucune directive institutionnelle, et ayant vocation à valoriser les retours d'expérience et l'émergence des problématiques rencontrées sur le terrain, seraient un atout de plus dans la prise en compte de la mobilisation des acteurs du territoire. De plus, « le fait de travailler en associant des échelons régionaux » serait « une manière de faciliter la prise en compte locale ». Aussi, ces ateliers participatifs, intervenus en amont du processus d'élaboration du prochain PRSE4 francilien, permettraient « de faire mieux lors de la concertation règlementaire » selon un acteur du territoire.

Dans cette perspective d'approche « par le bas » des politiques publiques de santé environnementale franciliennes, plusieurs acteurs interrogés mentionnent les bénéfices d'une telle approche pour un PRSE qui serait « plus lisible », « plus compréhensible », « plus saisissable », par faire « quelque chose de plus proche du terrain », et pour un plan « qui répondrait aux besoins des acteurs ». Aussi, plusieurs acteurs interrogés avancent les atouts d'un plan coconstruit entre acteurs du territoire et acteurs institutionnels. Ces aspects renvoient à la notion de coconstruction, à comprendre en termes de « construction collective de l'action publique » (Hassenteufel, 2011) où l'État, et les institutions qui le représentent, ne seraient pas les seuls décisionnaires des politiques publiques définies.

Nuançant ces atouts, des freins ont également été notés par les enquêtés. À nouveau, le manque de portage politique en matière de santé environnementale est considéré comme un frein à ce type d'approche « par le bas ». Également, plusieurs acteurs mentionnent l'aspect temporel. La coconstruction d'un plan « par le bas » demande « plus de temps ». Cette variable temporelle ne correspondrait pas au temps court, politique, contraint par la durée de mandat des acteurs politiques. De plus, les acteurs énoncent des contraintes liées aux « financements » et au manque

de « moyens matériels » alloués au PRSE francilien. Ces éléments ne permettraient pas de prendre en compte les problématiques soulevées par les acteurs du territoire mobilisés dans des processus participatifs ou de concertation.

Également, dans leur ouvrage « sociologie de l'action publique » (2^{nde} éd., 2018), Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès suivent l'idée de « Gouverner c'est hériter » avancée par Richard Rose et Philip L. Davies (Rose, Davies, 1994). Les politiques publiques sont soumises à des « contraintes budgétaires » (Lascoumes, Le Galès, 2018), au sens où une « grande partie des dépenses d'un gouvernement est reconduite d'une année sur l'autre » (Lascoumes, Le Galès, 2018). Il est alors inenvisageable de permettre le financement d'une politique publique pour un public cible ou un groupe particulier et d'en couper les financements alors qu'elle est en place. En effet, le public bénéficiaire se sentirait lésé et cette démarche serait contreproductive. Ainsi, au sein d'un « cadre budgétaire contraint » (Lascoumes, Le Galès, 2018), les moyens alloués aux politiques publiques dépendent du « poids des choix passés » (Hassenteufel, 2011). Ceci est d'autant plus prégnant en matière de santé environnementale dont les actions, en termes de prévention, sont essentielles. Or, à ce jour, comme souligné dans la première partie de mémoire, le système de santé français fonctionne majoritairement sur le modèle curatif médical. Comme le mentionne un cardiologue, « la France est le dix-huitième pays au monde pour la prévention, avec un budget de 1 à 2% insuffisant pour faire de la prévention sur les problèmes de santé » (Rapport d'enquête de l'Assemblée Nationale sur « l'évaluation des politiques publiques de santé environnementale », décembre 2020). Il s'agit de mettre en évidence les contraintes budgétaires comme ne relevant pas du seul PRSE francilien et des acteurs institutionnels pilotes. Le problème se situe au niveau étatique et dépend des choix passés. En effet, par exemple, c'est notamment grâce à l'arrivée de « l'État-providence » dans les années d'après-guerre que les conditions de vie et l'état de santé de la population française s'est considérablement amélioré.

De plus, l'incertitude des acteurs institutionnels pilotes du PRSE francilien, quant à la poursuite des ateliers participatifs et leur impact dans le processus d'élaboration du prochain PRSE4, a été relevée comme un frein à l'efficacité d'une approche « par le bas » des politiques publiques de santé environnementale en région. Ainsi, un acteur se questionne sur « le maintien de la mobilisation à long terme » des acteurs du territoire pour de telles démarches. Également, appuyant la nécessaire prise en compte des ateliers participatifs, plusieurs acteurs mentionnent ces ateliers comme « des outils à valoriser », et la nécessité de « faire vivre ces démarches ». Un acteur énonce également qu'il serait contreproductif que les institutions, en charge du PRSE,

établissent seules un plan « valable pendant quatre ans » et de dire aux acteurs du territoire, œuvrant dans le domaine, « de se débrouiller pour le mettre en œuvre ».

Enfin, il s'agit de comprendre que même valorisant une approche « par le bas » des politiques publiques de santé environnementale franciliennes, les acteurs du territoire interrogés ne rejettent pas la place de l'État et des acteurs institutionnels. Les approches « par le haut » et « par le bas » des politiques publiques seraient « complémentaires » (Hassenteufel, 2011) et ne pourraient s'affranchir l'une de l'autre. Cette notion est portée par plusieurs des acteurs interrogés. En effet, ils notent la place des acteurs institutionnels en tant « qu'arbitres », ou « de sélection » des idées émergentes des ateliers. En ce sens, sans leur présence, le risque serait « d'avoir trop de choses (en termes d'idées émergentes) et que cela ne devienne un fourre-tout » improductif à l'élaboration du PRSE4. Les connaissances et compétences des acteurs institutionnels leur permettraient cet arbitrage, faisant en sorte que ces espaces de dialogue ne soient pas entachés par le « lobbying » de certains acteurs, aux ressources et intérêts divers.

Il s'agissait, dans cette partie, de capitaliser sur l'expérience des ateliers participatifs et de comprendre les raisons pour lesquelles l'approche par le bas représente un bénéfice pour l'action publique. Pour autant, les personnes interrogées ne négligent pas le rôle de l'État et des acteurs institutionnels. Comme le souligne Patrick Hassenteufel, c'est l'équilibre des approches « par le haut » et « par le bas » des politiques publiques qui serait nécessaire à la « construction collective de l'action publique » (Hassenteufel, 2011).

Dans cette perspective, la partie suivante s'intéressera à une variable notable de l'approche « par le bas » des politiques publiques que sont les interactions d'acteurs (Hassenteufel, 2011). Le réseau ÎSÉE contribuera à l'espace de dialogue et d'échanges des acteurs en tant que réseau d'action publique.

3.2. Le réseau ÎSÉE, un espace d'interactions d'acteurs

3.2.1. Le réseau ÎSÉE, un réseau d'action publique favorisant les interactions d'acteurs

La partie précédente a permis de mettre en évidence les ateliers participatifs menés comme facteur de transformation de l'action publique par une approche « par le bas » des politiques publiques. Cette approche met au centre de l'analyse les acteurs du territoire considérés comme

acteurs « du bas » et « en interaction » (Hassenteufel, 2011). Il s'agit, pour les ateliers participatifs, d'envisager que ces derniers ont impliqué majoritairement des acteurs du territoire membres du réseau ÎSÉE. En ce sens, l'interaction des acteurs peut être comprise au sein même du réseau ÎSÉE en tant que « réseau d'action publique » (Hassenteufel, 2011). Les réseaux d'action publique renvoient à l'approche « par le bas » des politiques publiques au sens où « les politiques publiques ne sont pas seulement construites par l'État mais par un ensemble plus large d'acteurs (publics ou privés) en interaction » (Hassenteufel, 2011).

La notion de « réseau d'action publique » émerge à partir des années 1970 et se poursuit durant le processus de transformation de l'État en critique à l'approche « par le haut » des politiques publiques. Ces réseaux concentrent en leur sein des acteurs étatiques et non, issus des secteurs publics ou privés. Ils promeuvent la « coopération » des acteurs, aux intérêts et aux ressources multiples du fait de leurs activités et de leurs stratégies diverses. Aussi, la « stabilité de l'interaction » (Hassenteufel, 2011) entre membres du réseau se situe autour de « valeurs partagées » et « d'un intérêt commun » (Hassenteufel, 2011). En ce sens, selon Patrick Hassenteufel, Hass (1992) propose quatre traits caractéristiques des réseaux d'action publique. Ainsi, afin de favoriser des interactions stables entre acteurs pluriels, les réseaux se cristallisent selon une logique d'action à travers « des valeurs communes » entre membres, une « croyance causale partagée », des « notions validantes partagées » autour de savoirs experts, et un « mode opératoire commun » fait de pratiques communes.

Par ces aspects, les membres d'un réseau d'action publique partagent un « même système de représentations ». Ils parlent ainsi « le même langage », « se comprennent mutuellement », et « connaissent la logique d'action de chacun » (Hassenteufel, 2011). À ce sujet, un acteur étatique mentionnait, par expérience, le frein central à la coopération des acteurs « mis autour de la table » par des difficultés à trouver un langage commun. « C'est comme une tour de Babel où les gens ne parlent pas le même langage » disait-il. Dans ce cadre-là, « les défauts de compréhensions » amènent, parfois même, des personnes à se « sentir attaquées » alors que ce n'est pas le cas. Selon ce même acteur, les leviers à « un travail en relation » demandent du temps et de l'investissement au sens où il faut « aller vers l'autre, se parler, se comprendre et comprendre ce que l'autre fait » afin de tendre vers une construction collective. De plus, « l'interaction stabilisée » (Hassenteufel, 2011) autour d'acteurs collectifs et interdépendants au sein d'un réseau d'action publique permet « une gouvernance horizontale faiblement hiérarchisée » (Hassenteufel, 2011). En ce sens, la notion de gouvernance, énoncée dans la partie précédente, est considérée en tant que réponse aux critiques accordées à la « gouvernementalité » de l'État.

Dans ces perspectives, selon Patrick Hassenteufel, la grille d'analyse proposée par Marsh et Rhodes (1995) distingue les réseaux d'action publique selon trois catégories : « la composition du réseau », le « degré d'intégration et de cohésion » et les « rapports de pouvoir » en leur sein (Hassenteufel, 2011). Loin de catégoriser les réseaux, cette grille envisage les réseaux d'action publique « le long du continuum entre les deux pôles opposés » que sont les « réseaux d'enjeux » et les « communautés de politiques publiques » (Hassenteufel, 2011).

En ce sens, le réseau ÎSÉE peut être alors entendu comme un réseau d'action publique. En effet, il intègre une centaine de membres, un nombre relativement conséquent d'acteurs au vu de son jeune âge, et tout particulièrement, il comprend un large panel d'acteurs des secteurs public et privé, impliqués à un niveau national ou territorial. L'organisation et les valeurs portées par le réseau ÎSÉE pour une « culture commune » entre acteurs membres, valorisent les espaces de partages et de mutualisation des connaissances. Aussi, le consensus des acteurs est toujours recherché dans les projets mis en œuvre. En ce qui concerne les ateliers participatifs, les participants et l'ensemble des membres du réseau ÎSÉE ont établi, par sondage, les priorités des enjeux relevés lors de l'analyse des ateliers. Autour d'autres projets, force est de constater que la fréquence et l'intensité des interactions entre membres sont variables. Cet élément est à pondérer puisque le réseau a été créé il y a seulement deux ans et qu'en partie, de ce fait, il manque de visibilité.

Enfin, la répartition des ressources et des interactions s'établit de façon égalitaire au sein du réseau ÎSÉE puisque l'adhésion, sous forme de Charte, en fait le cadre règlementaire commun et il n'y a pas de cotisation financière à l'adhésion. C'est sur la base du volontariat que les acteurs membres partagent de l'information, des connaissances, proposent ou intègrent des projets collectifs, ou encore ont participé aux ateliers.

Un acteur interrogé mentionnait le réseau ÎSÉE comme « vecteur d'échanges », « de mise en relation », favorisant les liens « des uns avec les autres pour pouvoir faire de projets communs ». Un autre acteur regrettait que le réseau « ne soit pas assez connu », et valorisait les réseaux comme « toujours riches : de partages, de différentes compétences, de différents horizons ». Également, le réseau aurait permis « un profond bon en avant » par les événements qu'il organise permettant « de connaître d'autres acteurs et d'autres projets ». Ceci a été relevé également durant la période de la crise de la Covid-19 où « il était difficile de se rencontrer ».

Par ces aspects, le réseau ÎSÉE peut être considéré comme se situant le long du continuum différenciant les types de réseaux d'action publique. Par sa vocation à créer une culture commune en santé environnementale sur le territoire, par les espaces de dialogue, d'échanges et de coconstruction de projets, il favorise une approche « par le bas » des politiques publiques du domaine. Également, par le large panel d'acteurs qu'il mobilise, par les interactions d'acteurs qu'il permet, le réseau ÎSÉE a les atouts pour contribuer à une approche transverse en matière de santé environnementale en région francilienne. Il peut ainsi être considéré comme participant à la transformation de l'action publique dans sa forme de « construction collective ».

Dans la partie suivante, il s'agira de s'intéresser aux interactions réelles des acteurs au sein du réseau ÎSÉE pour comprendre les leviers d'une construction collective de l'action publique. Les interactions ne vont pas toujours de soi, malgré une forte volonté des acteurs du territoire. Enfin, il s'agira de mettre en perspective le chemin à parcourir pour une approche transverse de la santé environnementale en Île-de-France.

3.2.2. Des acteurs volontaires à travailler collectivement, mais qui peinent à établir des transversalités dans leurs activités

Le réseau ÎSÉE en tant que réseau d'action publique valorise une approche « par le bas » des politiques publiques, et met ainsi au premier plan les acteurs « en interaction » (Hassenteufel, 2011). Ces acteurs « du bas », nommés pour ce mémoire « acteurs du territoire » franciliens impliqués en matière de santé environnementale sont donc centraux en tant qu'acteurs du processus de « concrétisation des politiques publiques » (Hassenteufel, 2011). L'approche « par le bas » prône la présence « d'acteurs multiples » (Hassenteufel, 2011) au sein d'espaces de « négociations » et de « conflits » (Hassenteufel, 2011). Ces espaces visent à structurer la mise en œuvre des politiques publiques et à réduire les « écarts entre besoins sociaux, intentions politiques et effets observés » (Lascoumes, Le Galès, 2018) de ces dernières. Aussi, il s'agit de comprendre que ces acteurs « du bas » (Hassenteufel, 2011) ont une certaine autonomie et sont caractérisés, selon Patrick Hassenteufel par Fritz Scharpf (1997), comme ayant « des capacités spécifiques, des perceptions spécifiques et des préférences spécifiques » (Hassenteufel, 2011). De plus, la relative autonomie d'un acteur en matière de politiques publiques révèle que même « contraint par un contexte organisationnel [...], il participe à (leur) construction par le déploiement d'actions stratégiques » (Hassenteufel, 2011). Ainsi, trois grands types de

déterminants stratégiques de l'action publique, impliquant les acteurs, ont été mis en évidence : les « ressources » relevant de leur « capacité d'action », les « systèmes de représentations » orientant les stratégies en fonction de la vision qu'ils ont du problème à traiter, et les « intérêts poursuivis » en termes de préférences et de finalité d'action (Hassenteufel, 2011). En ce sens, la notion de ressources ne se cantonne pas aux seules ressources financières, mais elle est à comprendre comme une « variété de ressources sur lesquels les acteurs peuvent s'appuyer pour agir » (Knoepfel, Larrue et Varone, 2001). Ainsi, ces ressources sont de types « positionnel » c'est-à-dire qu'elles font référence à la position occupée par l'acteur dans l'action publique ; « matériel » selon ses moyens financiers, humains et opérationnels ; « de savoirs » relevant des informations et des connaissances dont il dispose dans l'établissement de stratégies d'action ; « politique » entendu comme possibilité de parler au nom de l'intérêt général et d'une légitimité politique ; « sociale » en termes de reconnaissance sociale ; et également « temporel » relativement au temps consacré à l'action publique (Hassenteufel, 2011).

Il ne s'agit pas de faire une analyse de l'ensemble des grands types de déterminants stratégiques des acteurs impliqués au sein du réseau ÎSÉE et participants aux ateliers participatifs. Les paragraphes suivants tenteront de mettre en perspective les positions et les intérêts divergents des acteurs à participer à la construction de l'action collective, et les types d'interactions entre acteurs membres du réseau ÎSÉE. Il s'agit également de saisir les atouts et les freins d'une approche transverse de la santé environnementale francilienne.

Les entretiens menés mettent en lumière des intérêts et positions divergents à participer aux ateliers. Un acteur mentionne l'espace des ateliers comme un outil pour « faire remonter des réflexions au niveau institutionnel ». Un autre évoque le fait de pouvoir ainsi « toucher des gens décisionnaires ». En ce sens, en matière de santé environnementale, la remontée des problématiques rencontrées sur le terrain au niveau régional comme au niveau national semble constituer un besoin faisant consensus entre plusieurs acteurs du territoire interrogés. Au niveau national, un acteur étatique relève que « l'information ne revient pas jusqu'à nous », et en conséquent il existe « un problème de remontée des informations au niveau national ». De plus, comme évoqué dans le second chapitre, la santé environnementale souffre d'un manque de coordination des deux ministères pilotes du PNSE. En ce sens, ce même acteur pointe une santé environnementale « désarticulée » au niveau ministériel, et par conséquent « pas bien articulée en région ». Cet aspect est également mentionné par les acteurs du territoire pour qui « l'État encore trop centralisé » est « déconnecté de la réalité du terrain ». Un acteur ajoute que « des

personnes travaillent bien dans leur coin, c'est bien mais c'est dommage de ne pas en faire partager les autres », freinant ainsi « une vue globale du sujet ». Également, au niveau territorial, le risque serait que ces espaces deviennent des espaces à « faire du lobbying » où les acteurs du territoire, aux ressources et aux projets les plus conséquents et les plus solidement construits, ne soient les seuls à tirer profit de ce dialogue. Ainsi, même si les ateliers menés en vue des prochaines politiques régionales de santé environnementale relèvent d'une volonté de construction collective de l'action publique, celle-ci ne serait que partielle du fait de ressources et d'intérêts divergents des acteurs à participer à ces ateliers. Également, la partialité d'une construction collective de l'action publique serait due à des problèmes structurels au sein des institutions de l'État.

Dans le cadre d'une approche « par le bas » des politiques publiques et d'acteurs « en interaction » (Hassenteufel, 2011), il s'agit alors de comprendre à quels types d'interactions ont recours les acteurs membres du réseau ÎSÉE dans le but de développer une approche transversale de la santé environnementale en Île-de-France.

Les entretiens mettent en évidence une volonté affirmée des acteurs du territoire à travailler collectivement. Le réseau ÎSÉE est, selon un acteur, une « interface attractive et favorisante » d'interactions entre acteurs. Il serait un « réel moteur » dans la recherche d'information auprès « d'autres organismes ». Cependant, ce même acteur énonce le manque d'utilisation de la plateforme d'échanges par les membres du réseau. Pour un autre, les adhérents ne « se connaissent et travaillent très peu entre eux », ils « se rencontrent peu », deux constats qui s'expliquent en partie par les conditions défavorables imposées par la crise de la Covid-19. Un acteur expliquait à ce sujet « des liens [...] plus difficiles à faire à distance ». Aussi, même si certains acteurs interrogés mentionnent travailler en interrelation sur certains projets, cette collaboration s'effectue dans leur seul domaine d'activité et non pas en interaction avec d'autres spécialités du domaine de la santé environnementale. Par exemple, un acteur impliqué dans la cause des nuisances sonores aériennes expliquait travailler avec d'autres acteurs, mais œuvrant eux aussi pour cette même cause, dans l'élaboration des plans bruits. Un autre exerce quotidiennement en interaction avec d'autres acteurs, mais urbanistes eux-aussi. De plus, dans ce large champ, les acteurs ont des connaissances et compétences variables. Il ressort des entretiens que les acteurs étatiques auraient des connaissances plutôt globales en matière de santé environnementale, tandis que les acteurs du territoire des connaissances plutôt spécifiques se limitant à leur domaine d'activité. Ainsi, malgré une volonté réaffirmée des acteurs du territoire à travailler de façon collective et en interaction, c'est notamment en raison d'un manque de « ressources temporelles » (Hassenteufel, 2011) que ces derniers n'y accèderaient que peu ou

pas. En effet, plusieurs acteurs évoquent des emplois du temps chargés, et en conséquent, le manque de projets collectifs « venant des acteurs eux-mêmes ». Aussi, les acteurs institutionnels jouent alors le rôle de « moteurs » dans la proposition de projets impliquant les acteurs du territoire.

Enfin, plusieurs acteurs interrogés regrettent que la santé environnementale en région Île-de-France souffre « d'un cloisonnement encore assez fort » selon une approche par thématique. Aussi, ils mentionnent qu'ils ne sont « pas très visibles les uns des autres ». Dans cette perspective, il s'agit de comprendre que malgré l'intérêt d'une approche transverse nécessaire face aux enjeux de santé environnementale, celle-ci n'est que peu ou pas effective sur le territoire. En ce sens, un acteur réaffirmait les bienfaits d'un « portage politique suffisant » et « d'une ligne budgétaire » pour atteindre l'objectif de transversalité au niveau national comme régional.

Ce troisième chapitre visait à mettre en avant la transformation de l'action publique par une approche « par le bas » (Hassenteufel, 2011) des politiques publiques. Contrairement au modèle classique « top down » partant « des sommets de l'État » (Lascoumes, Le Galès, 2018), cette approche valorise les interactions entre acteurs multiples. Il s'agissait de relever les atouts et les limites d'une approche « par le bas » au sein des ateliers participatifs menés durant ce stage du point de vue des acteurs impliqués au niveau national et territorial. Également, il s'agissait de mettre en évidence le réseau ÎSÉE comme réseau d'action publique, favorisant l'espace d'interaction entre acteurs membres tout en se confrontant à ses limites. Enfin, la mise en exergue d'interactions partielles entre acteurs démontre la mise en œuvre difficile et incomplète d'une approche transverse en matière de santé environnementale au niveau national et régional sur le territoire français.

Face à ces freins constatés pour une construction collective de l'action publique, et dans la perspective d'une approche transverse de la santé environnementale, le quatrième et dernier chapitre de ce mémoire envisagera la notion de changement.

Chapitre 4. Le changement, une notion délicate

4.1. Le changement en matière d'action publique et pour le domaine de la santé environnementale

4.1.1. Les dimensions du changement

Par ce dernier chapitre, il s'agit de mettre en évidence les ateliers participatifs menés comme facteur de transformation de l'action publique sous l'angle du changement. Le changement sera ainsi envisagé en termes d'action publique et pour les politiques publiques de santé environnementale. Aussi, cette partie visera à expliciter la notion de changement comme relevant de variables multiples et complexes.

Tout d'abord, le changement met en avant les acteurs politiques par leur « capacité d'action » (Hassenteufel, 2011). Cet aspect est fortement présent dans notre société contemporaine au vu du nombre de réformes engagées par ces acteurs dans leur programme ou leur mandat. Cependant, la faible effectivité de la mise en œuvre de ces réformes renvoie à l'inefficacité des politiques publiques, présentées dans le chapitre précédent. Aussi, la volonté de changement des acteurs politiques serait plutôt synonyme « d'affichage politique au détriment de la mise en œuvre effective » (Hassenteufel, 2011).

Les théories du changement prennent en compte différentes variables nommées « dimensions » (Hassenteufel, 2011) du changement. Ainsi, selon Patrick Hassenteufel, Peter Hall (1993) analyse le changement des politiques publiques selon trois ordres. Le changement de premier ordre se visualise en termes « de mode d'utilisation d'un instrument », le second par « la création d'un nouvel instrument », et le troisième ordre par un changement « d'orientation générale » de la politique publique considérée (Hassenteufel, 2011). Les instruments d'action publique sont considérés comme « traceurs de changement » (Hall, 1993). Ils sont définis comme « dispositif à la fois technique et social qui organise les rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires, en fonction des représentations et des significations dont il est porteur » (Lascombes, Le Galès, 2004). La mise en place d'instruments par les gouvernements découle du concept anglais du « New Public Management » (Lascombes, Le Galès, 2018). Ce concept envisage une nouvelle forme de gestion de l'action publique basée sur la « diffusion des normes inspirées des entreprises privées », impliquant « performance, rentabilité et équilibre budgétaire » par la définition des critères et d'objectifs par l'État. Aussi, même si l'État a perdu sa « capacité d'action

autonome » (Hassenteufel, 2011) par l'avènement progressif de la transformation de l'action publique et l'arrivée de multiples acteurs dans l'espace de négociation des politiques publiques, il reste néanmoins présent par un renforcement de ses capacités de contrôle, d'audit, d'évaluation et de pilotage à distance. Cet aspect met en évidence un « État régulateur » qui interviendrait « plus indirectement que directement », dans une logique de « faire, faire » plutôt que de « faire » (Hassenteufel, 2011) par des instruments mis en œuvre dans les territoires par les acteurs locaux mais pilotés à distance par l'État. La planification de la santé environnementale, par les PNSE et PRSE, peut être considérée comme un instrument d'action publique, au sens où elle relève d'un « instrument contractuel par l'État » renvoyant à un « document d'orientation » ou un « contrat de projet au caractère opérationnel » (Hassenteufel, 2011) pour les acteurs du territoire.

Cependant, l'analyse du changement centrée sur les instruments d'action publique élaborée par Peter Hall (1993), néglige le rôle des acteurs pourtant au centre de ce mémoire. Il s'agira ainsi de considérer la grille d'analyse du changement développée par Patrick Hassenteufel (Hassenteufel, 2011). Celle-ci appréhende « les principales dimensions des changements de l'action publique à l'œuvre en France depuis les années 1980 et leurs ambiguïtés » (Hassenteufel, 2011). Aussi, avant de présenter les différentes dimensions au changement de cette grille d'analyse, il s'agit de comprendre le contexte français.

Dans cette perspective, les « dynamiques des changements de l'action publique en France » (Hassenteufel, 2011) sont proposées, selon Patrick Hassenteufel, par Pierre Muller (1992). Ainsi, trois dynamiques sont abordées et relèvent des pratiques et des fonctionnements de l'État français au cours des dernières décennies. Tout d'abord, les changements de l'action publique française s'expliquent par un changement « d'orientation globale » (Hassenteufel, 2011) des politiques publiques. Cet aspect se réfère à celui, abordé plus haut, par l'arrivée de nouveaux acteurs issus du monde économique dans l'espace de négociations politiques. Cet élément a conduit à la mise en place « d'un nouveau référentiel » au sein de l'État, valorisant des logiques « de marché », la concurrence et la compétitivité. Par l'arrivée de nouveaux acteurs dans le jeu politique et institutionnel, l'État aurait ainsi perdu sa « centralité » (Hassenteufel, 2011) depuis les années 1980. Le second élément de transformation d'action publique dans le contexte français relève des processus de « décentralisation » (Hassenteufel, 2011) et de déconcentration à l'œuvre depuis les premières « lois Defferre » (Vie publique.fr, 2020) des années 1980. Ces lois successives ont permis aux acteurs du territoire, et notamment aux collectivités territoriales une certaine

« autonomie » (Hassenteufel, 2011), au sens où a été envisagée la « suppression de tutelle exercée par le préfet sur les collectivités territoriales » (Vie publique.fr, 2020). De plus, ces lois organisent les « transferts du pouvoir exécutif » et « de compétences et de moyens » (Hassenteufel, 2011), notamment financiers, aux Conseils régionaux et départementaux. Enfin, la perte de centralité de l'État peut sembler empreinte d'ambiguïtés par ce « nouveau cadre d'intervention » valorisant la « multiplication des acteurs » (Hassenteufel, 2011) du fait des contraintes relevant de la contractualisation par les instruments d'action publique, présentés en amont.

L'État n'est plus alors « l'impositeur de l'intérêt général » et « du bien commun » (Hassenteufel, 2011) mais « devient l'acteur qui définit les procédures d'interaction pour les acteurs impliqués par une politique publique » (Hassenteufel, 2011). Il s'agit de saisir ces notions comme facteur de changement de l'action publique française, mais également d'en apprécier leurs ambiguïtés dans le cadre « d'une action publique construite de manière collective » (Hassenteufel, 2011). La « reconfiguration de l'État » (Hassenteufel, 2011) s'entend par son « retrait » laissant place à de multiples acteurs et par l'ambiguïté de ce retrait du fait d'un « État régulateur » qui pilote les territoires à distance grâce à des outils contraignants.

Cet élément est d'autant plus prégnant pour les politiques publiques de santé environnementale. En effet, l'État garderait d'autant plus un rôle régulateur dans les politiques publiques liées aux « nouveaux risques » (Hassenteufel, 2011) tel que les nanoparticules ou le changement climatique par exemple. En ce sens, « les risques environnementaux [...] correspondent à une dynamique qui concerne l'ensemble des politiques publiques dans une logique transversale » (Hassenteufel, 2011). L'incertitude liée à ces risques conduit l'État à agir au nom « du principe de précaution » et de « sauvegarde de la planète » pour les « générations futures » (Hassenteufel, 2011). L'État réaffirme ainsi son rôle et ses responsabilités sous l'angle du « risque sanitaire » devenant une « nouvelle obligation régaliennne » (Benamouzig, Besançon, 2008). Cet aspect est d'autant plus flagrant depuis la loi HPST de 2009 créant les ARS, définies par Patrick Hassenteufel comme de « nouvelles bureaucraties techniques renforçant la capacité d'expertise de l'État » (Hassenteufel, 2011). Le rôle renforcé de l'État a été d'autant plus réaffirmé durant la crise de la Covid-19.

La grille d'analyse développée par Patrick Hassenteufel (2011) établit ainsi quatre dimensions du changement à prendre en compte pour le contexte français (Hassenteufel, 2011) (Se référer à l'annexe n°6 : Les quatre dimensions interdépendantes du changement, Hassenteufel, 2011). Par la première dimension qu'il définit, Patrick Hassenteufel rejoint la première dimension élaborée

dans la grille de Peter Hall, présentée précédemment, par les « instruments », leur création et leurs usages. La seconde est liée aux « acteurs » et leurs interactions en termes d'équilibre pouvant être modulés par « le renforcement, l'affaiblissement, l'émergence, et la disparition » de certains acteurs dans l'espace de négociation de l'action publique. La troisième dimension s'intéresse au « cadre d'interaction » défini par les « règles du jeu institutionnel ». Enfin, la quatrième dimension situe le changement selon « l'orientation globale de la politique publique » par la « hiérarchie des objectifs et systèmes de représentations sous-jacents » (Hassenteufel, 2011).

Cette partie introductive au changement, visait à expliciter la complexité du changement en termes de variables à prendre en considération. De plus, il s'agissait d'envisager des objectifs formels et informels, parfois contradictoires, aux outils mis en place par l'État dans une perspective de changement comme dans la prise en charge des « nouveaux risques » (Hassenteufel, 2011). Ces éléments sont illustrés par la contractualisation, via les PSNE et PRSE, en matière de santé environnementale depuis 2004. Les objectifs formels et informels de l'utilisation des instruments d'action publique sont également à mettre en perspective du fait de contraintes budgétaires à la prise en charge de ces « nouveaux risques » (Hassenteufel, 2011) par l'État.

La partie suivante présentera l'application des quatre dimensions du changement, décrites par la grille d'analyse de Patrick Hassenteufel (2011), aux politiques de santé environnement franciliennes et aux ateliers participatifs « Vers un plan régional santé environnement 4 ». Également, elle s'intéressera aux limites et aux obstacles du changement à travers les notions « d'incrémentalisme » (Lindblom, 1959) et de « path dependence » (North et Pierson, 1990, 1993, 1994, 2000, 2004).

4.1.2. Les ateliers participatifs sous le prisme des quatre dimensions du changement

Les « quatre dimensions interdépendantes du changement » (Hassenteufel, 2011), élaborées dans la grille d'analyse de ce même auteur, peuvent être envisagées pour les politiques de santé environnement en Île-de-France et pour les ateliers participatifs en vue des prochaines politiques régionales.

Aussi, la première dimension au changement relève des « instruments » d'action publique, de leur création et de leurs usages (Hassenteufel, 2011). Dans cette perspective, la planification de la

santé environnementale prévue par les PNSE et les PRSE est considérée comme un « instrument d'action publique » (Hassenteufel, 2011). En ce sens, les PNSE et PRSE sont pilotés par l'État dans le cadre d'une contractualisation. Aussi, au niveau régional, les PRSE sont définis par des axes, des actions, des objectifs, des indicateurs de résultats que les acteurs pilotes d'une action doivent renseigner et faire remonter aux acteurs institutionnels pilotes du PRSE en région. Au-delà de la critique accordée à l'État, dans un processus de « faire faire » plutôt que de « faire » (Hassenteufel, 2011), un acteur envisage la mise en place des PNSE, au début des années 2000, comme posant « un cadre » à l'action publique en matière de santé environnementale.

Parmi les instruments envisagés en tant que « technologie du gouvernement » (Lascoumes, Le Galès, 2018), cinq grands types ont été identifiés (Lascoumes, Le Galès, 2004). Les PNSE et PRSE ne relèveraient pas d'un instrument « législatif, réglementaire » (Lascoumes, Le Galès, 2018) puisqu'ils n'ont pas cette vocation. Cependant, les PNSE et PRSE comprendraient les trois autres formes d'un instrument d'action publique. En ce sens, ils renvoient à une « utilité collective » cherchant une « efficacité économique et sociale » de par des actions mises en place dans le territoire au bénéfice des populations concernées par des problèmes de santé environnementale. Ensuite, ils relèvent « d'instruments conventionnels et incitatifs » par la recherche d'engagement direct des acteurs du territoire lors des phases de concertation réglementaire mais également dans la mise en place des actions (Hassenteufel 2011). Enfin, ils renvoient à des instruments de type « informatif et communicationnel » (Hassenteufel, 2011) visant la responsabilisation des acteurs du territoire, et également de type « normes, standards, Best Practices » (Hassenteufel, 2011) par la présence d'acteurs multiples dans des « espaces socio-techniquement négociés » tels que l'on peut l'envisager lors des phases de concertation réglementaire.

De plus, les ateliers participatifs menés impliquant les acteurs du territoire, peuvent être envisagés comme un élément au changement dans le cadre de la planification. En effet, le changement des politiques publiques peut « passer par les instruments [...] sans accord sur les finalités » (Lascoumes, Le Galès, 2018). Les ateliers participatifs, considérés comme instrument d'action publique, et mis en place en amont de la concertation réglementaire, peuvent être ainsi considérés parmi les « combinaisons possibles » (Lascoumes, Le Galès, 2018) de changement d'instrument. En ce sens, ils mettent en perspective un changement d'instrument « sans changement de but » puisque l'objectif du PRSE reste le même, mais induisent une « modification du degré d'utilisation d'instrument existant » car visent à modifier l'utilisation de la concertation sous sa forme non réglementaire. Les acteurs du territoire soulignent cet élément lors des entretiens. Ainsi, un acteur évoque que par ces ateliers participatifs que « quelque chose

change » dans l'élaboration du PRSE francilien. Contrairement aux concertations antérieures dans leur cadre réglementaire, pour ces ateliers « aucune directive institutionnelle » n'a été établie « en amont ». Plusieurs acteurs mentionnent également les ateliers comme « un outil intéressant à valoriser » pour un « plan plus proche des enjeux locaux ».

Ensuite, c'est en termes « d'acteurs » (Hassenteufel, 2011) que les ateliers participatifs menés font référence au changement de l'action publique. En ce sens, un acteur mentionne qu'ils ont permis de « mettre autour de la table » des acteurs aux compétences et expertises variées. De plus, plusieurs acteurs participants n'avaient pas participé aux concertations réglementaires lors des précédents PRSE. Le PRSE1 (2006-2010) francilien avait permis un « travail de réflexion collective » mais n'avait rassemblé que « peu de gens du terrain » se concentrant autour d'acteurs du monde de la recherche et du domaine médical. Les concertations du PRSE2 (2011-2015) ont été menées par le GRSE visible et actif à ce moment-là. Celles du PRSE3 (2017-2021) ont mobilisé les acteurs mais « les acteurs institutionnels sont arrivés avec des orientations très structurées, cadrées » contrairement aux derniers ateliers menés. Aussi, ces ateliers, impliquant de nouveaux acteurs du territoire au sein de l'espace de négociation en vue des prochaines politiques régionales de santé environnementale, intègrent un changement en termes « d'acteurs » (Hassenteufel, 2011). L'équilibre établi préalablement dans l'espace de négociation serait alors mouvant par « l'émergence », « le renforcement », « l'affaiblissement », ou « la disparition » (Hassenteufel, 2011) de certains acteurs. Un nouvel équilibre serait à créer entre acteurs, aux intérêts et ressources diverses, dans le processus d'élaboration des politiques publiques.

La troisième dimension au changement mobilisée lors des ateliers participatifs se situe au niveau du « cadre d'interaction » lié au « jeu institutionnel » (Hassenteufel, 2011). Ainsi, en modifiant « les règles qui régissent les interactions d'acteurs » (Hassenteufel, 2011) par la création d'un espace de négociation en dehors du cadre réglementaire de la concertation, les ateliers participatifs permettent un nouveau « cadre d'interaction », facteur de changement. De plus, par la volonté forte de tenue de ces ateliers, et même si les suites sont incertaines, les acteurs institutionnels pilotes du PRSE se sont engagés à prendre en compte les propositions et les recommandations du réseau ÎSÉE dans le processus d'élaboration du prochain PRSE4 francilien. En ces termes, les ateliers participatifs, en tant que « recours à un instrument d'action publique » (Hassenteufel, 2011) conditionnent de façon indirecte et selon une intensité plus ou moins élevée l'élaboration du PRSE4 Île-de-France.

Enfin, les ateliers participatifs peuvent être envisagés dans la quatrième dimension du changement comme modification « d'orientation globale de la politique publique ». Ainsi, la « modification de l'usage » et de la « définition » de la concertation, considérée en tant qu'instrument de l'action publique, met en avant, de façon indirecte et informelle, une modification globale des politiques publiques de santé environnementale franciliennes et de leur planification. Par un instrument de dialogue hors du cadre réglementaire de la concertation, ces ateliers envisagent cette quatrième dimension du changement. Aussi, un acteur évoquait à ce sujet que « le changement viendra d'en bas, c'est sûr, mais il faut qu'en haut les choses soient visibles ».

Dans cette partie, il s'agissait de mettre en perspective les ateliers participatifs menés en vue de l'élaboration des prochaines politiques régionales de santé environnementale comme contribuant aux quatre dimensions du changement de l'action publique. Aussi, le changement introduit par la modification de l'usage de l'instrument d'action publique qu'est la « concertation », est un outil que valorisent les acteurs eux-mêmes.

La dernière partie de ce mémoire envisagera les limites et les obstacles au changement en matière d'action publique dans le domaine de la santé environnementale. Également, il valorisera les ateliers participatifs comme vecteur d'un changement « graduel » (Hassenteufel, 2011).

4.2. Freins et leviers d'action au changement de l'action publique en matière de santé environnementale

4.2.1. Des ateliers participatifs se confrontant aux obstacles et aux limites du changement

L'analyse du changement de l'action publique s'intéresse également aux limites et aux obstacles à celui-ci. Ainsi, selon Patrick Hassenteufel, les dimensions « d'incrémentalisme » (Lindblom, 1959) et de « path dependence » (North et Pierson, 1990, 1993, 1994, 2000, 2004) seront les variables prises en compte en termes d'obstacles et de limites au changement.

L'incrémentalisme relève de la multiplicité des acteurs impliqués au sein de l'espace de négociation des politiques publiques. Il vise la « rationalité limitée » des processus décisionnels

par des choix qui seraient « routiniers » (Hassenteufel, 2011), et selon des acteurs préférant le « statut-quo » du fait des « aléas de l'information » et de « l'absence de perspective et de vision d'ensemble » (Hassenteufel, 2011). En ce sens, les politiques publiques « évoluent le plus souvent de façon graduelle et par un mécanisme de petits pas » plutôt que sous la forme de « changement radical » (Jönsson, 2014). Les aléas de l'information sont relevés dans les ateliers participatifs menés notamment en termes de problèmes liés à la remontée de l'information. Cet aspect a été évoqué précédemment (cf. chapitre 3, 3.2.2.). En effet, les acteurs de terrain ont du mal à « porter leur voix au niveau national ». Également, ces ateliers ont mis en évidence le besoin, pour les acteurs du territoire et pour la population, de mise à disposition « d'une information fiable » en matière de santé environnementale. Un acteur mentionnait la nécessité « d'un canal validé » d'information de prévention pour le grand public donnant des « éléments actualisés », et il valorisait la « transparence » de l'information.

De plus, l'incertitude quant à la poursuite des ateliers participatifs est prégnante. Celle-ci induit un obstacle en tant que « manque de perspective et de vision globale » pour les acteurs du territoire impliqués. Même si les acteurs institutionnels semblent être « bienveillants » à ce type de démarche, cette volonté semble entravée par des « verrous institutionnels » (Hassenteufel, 2011) et politiques.

La notion de « path dependence » se réfère, quant à elle, au poids des choix passés des politiques publiques mises en œuvre. De plus, elle explicite l'inertie au changement de l'action publique. Comme évoqué dans le chapitre trois, le « poids des choix passés » (Hassenteufel, 2011) est compris selon des contraintes budgétaires liées aux investissements antérieurs des politiques publiques. L'inertie au changement peut être entendue en termes d'équilibre d'acteurs en interaction et des institutions. Ainsi, toute nouvelle politique ajoute « une couche sur un millefeuille de normes, de règles, et de manière de faire des professionnels et des groupes, de clientèles » (Lascoumes, Le Galès, 2018). Selon Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès, pour Paul Pierson les obstacles au changement de l'action publique, liés à la notion de « path dependence », sont entendus comme « processus d'auto-renforcement d'un choix initial dont l'irréversibilité croît avec le temps » (Lascoumes, le Galès, 2018). Dans cette perspective, les contraintes budgétaires sont évoquées, à de nombreuses reprises, par plusieurs acteurs du territoire et étatique. Le « budget insuffisant » des PNSE est constaté au niveau national. Celui-ci renverrait aux manques des moyens alloués à la prévention au sein du système de santé français. En conséquence, cet élément s'étend aux PRSE. Un acteur mentionne, au niveau régional, les moyens alloués aux PRSE comme « insuffisants [...] pour développer et aller au bout des actions ».

De plus, ce manque de visibilité budgétaire contribuerait à « l'absence de vision globale » en matière de santé environnementale en France et reflèterait une « vision désarticulée » dans le domaine aux niveaux national et régional.

Également, l'inertie au changement des politiques publiques par la notion de « path dependence » relève de verrous au changement « cognitifs » et « institutionnels » (Hassenteufel, 2011). Selon Patrick Hassenteufel, pour Paul Pierson ces verrous sont compris à travers « deux ensembles de raisons » qui relèvent des « quatre aspects fondamentaux de la vie politique » et des « mécanismes de correction des choix initiaux en économie peu efficaces en politique » (Hassenteufel, 2011). En ce sens, les ateliers menés mettent en avant des obstacles au changement liés aux « quatre aspects fondamentaux de la vie politique » (Hassenteufel, 2011). En effet, même si ces ateliers promeuvent l'importance de « l'action collective » (Hassenteufel, 2011), ils sont dépendants des coûts initiaux engagés dans les PRSE antérieurs. Un acteur évoquait en ce sens l'importance de reconduire et de faire perdurer les actions déjà mise en œuvre sur le territoire par le PRSE3 (2017-2021). Ensuite, les acteurs institutionnels à l'origine du lancement de ces ateliers, du fait qu'ils n'aient pas les directives nationales à respecter en région en raison de la publication récente du PNSE4, ne pouvaient connaître les « lignes budgétaires » qui seraient allouées à celui-ci au moment des ateliers. Le manque de cadre budgétaire au prochain PRSE4, les verrous politiques liés à la publication récente du PNSE4 et à l'absence de directives nationales, peuvent être compris en tant qu'obstacles au changement en matière de planification et de prise en charge de la santé environnementale au niveau national et en région.

Aussi, la « forte densité institutionnelle » (Hassenteufel, 2011) faisant, *in fine*, que les « institutions structurent les actions » est un point visible des entretiens. Un acteur mentionne le rôle d'arbitre dans la sélection des idées émergentes des acteurs institutionnels. Ensuite, dans l'ensemble des PRSE menés depuis 2006 en région francilienne, les acteurs institutionnels ont toujours gardé la main sur le processus décisionnel dans l'élaboration des PRSE. Ces mêmes acteurs sont la plupart du temps à l'origine des actions du PRSE. En ce sens, un manque de « projets » émanant « des acteurs du territoire » est noté par plusieurs des acteurs interrogés. Selon un acteur, « les acteurs de terrain sont plus suiveurs que moteurs ». Il ressort des entretiens que c'est par « manque de temps », manque d'interconnaissance, et par « facilité » qu'une « forte densité institutionnelle » (Hassenteufel, 2011) est présente en matière de politiques publiques de santé environnementale en région francilienne.

Enfin, d'importantes « ambiguïtés » et « opacités » (Hassenteufel, 2011) sont présentes en tant qu'obstacles au changement de l'action publique pour les ateliers menés. Ainsi, en témoigne l'incertitude pesant sur leur poursuite. De plus, il n'existe pas de certitude quant à la prise en compte des recommandations faites par le réseau ÎSÉE, tirées de l'analyse des ateliers. En ce sens, l'absence de directives ministérielles et le changement de direction de l'ARS Île-de-France, effectif au mois d'août 2021, permettent de visualiser des « verrous politiques » et « électoraux » pour les acteurs institutionnels en charge du PRSE francilien, l'ARS et la DRIEAT, à pouvoir énoncer et préciser la poursuite de ces ateliers. Il s'agira d'aborder cette notion dans le paragraphe suivant, qui s'attardera aux temporalités du changement et aux variables « exogènes » et « endogènes » (Hassenteufel, 2011) à l'action publique elle-même.

Le rôle accordé au « contexte » (Hassenteufel, 2011) est ainsi au centre de l'analyse des variables « exogènes » au changement de l'action publique. L'idée centrale est qu'une « modification du contexte ouvre une fenêtre d'opportunité qui permet la transformation d'une politique publique, les plus souvent sous la forme d'une adaptation à ce nouveau contexte » (Hassenteufel, 2011). Aussi, le contexte est notamment entendu comme contexte « politique » et « supranational » à la politique publique menée (Hassenteufel, 2011). En ces termes, le contexte supranational ne sera pas envisagé pour ce mémoire. La variable contextuelle se centrera au niveau national et au niveau territorial régional. Il s'agit alors de mettre en perspective les ateliers participatifs, dans leur « contexte politique ». Celui-ci se réfère à la « faveur de changement au lendemain d'une victoire électorale » (Hassenteufel, 2011). Ainsi, comme évoqué précédemment, les ateliers participatifs ont été menés durant la période des élections régionales de juin dernier. Il s'agit de rappeler que le Conseil régional est absent du pilotage du PRSE francilien, induisant un « manque de portage politique » en matière de santé environnementale prégnant en région Île-de-France. De plus, un nombre minime d'acteurs exerçant au sein du Conseil régional ont participé aux ateliers, malgré de nombreuses relances. La majorité sortante ayant été reconduite pour la région Île-de-France lors des dernières élections, rien n'est certain quant à la réorientation de l'implication de la Région dans le PRSE qui néanmoins affiche nouvellement son intérêt pour la santé environnementale. En effet, la Région a lancé, fin mai 2021, la troisième session de son « budget participatif écologique et solidaire » où l'un des six thèmes pouvant faire l'objet d'un financement est la santé environnementale (Rapport cadre, Budget participatif écologique et solidaire, Conseil régional d'Île-de-France, 2021). Un acteur interrogé signifiait, à ce sujet et en amont des élections, « on va attendre les nouvelles élections et voir ce qui va se passer » et il ajoutait que « sans changement, on risque aussi d'avoir un absent », faisant référence au Conseil

régional. De plus, un autre acteur énonçait qu'il « ne fallait pas oublier l'échéance des prochaines élections présidentielles » où un travail tel que les ateliers participatifs menés « peut porter ». Ensuite, les pilotes du PRSE francilien, commanditaires des ateliers participatifs et représentants des services déconcentrés de l'État, ARS et DRIEAT, sont fortement influencés par le climat politique actuel au niveau national comme au niveau régional. Des « verrous politiques » et « institutionnel » (Hassenteufel, 2011) peuvent être mentionnés à ce niveau-là sans en saisir exactement toutes les variables et les enjeux.

Également, la crise actuelle de la Covid-19 aurait pu être envisagée comme une seconde variable « exogène », par un « choc exogène » (Hassenteufel, 2011) favorable au changement du fait de la « déstabilisation économique » (Hassenteufel, 2011) et sociale qu'elle a provoqué. En ce sens, un acteur relève de cette crise « une occasion loupée de faire de la prévention, de l'éducation à la santé et à l'hygiène des populations », exprimant par-là une opportunité manquée de faire de cette crise un élément de changement notamment en matière de santé environnementale. Selon ce même acteur, les « erreurs multiples de communication » du gouvernement « ont accentué et précipité le déclin de confiance des populations pour leurs gouvernants ». Au lieu de favoriser les prises de conscience de la population aux enjeux et aux liens entre santé et environnement, l'État, durant cette crise, aurait « fonctionné seul » selon un acteur interrogé. Celui-ci rappelle pourtant que la « crise de la Covid-19 a fait beaucoup évoluer les mentalités » au niveau de la population. Aussi, selon cet acteur, l'État n'a pas toujours tenu compte de l'avis des « experts » réunis au sein des conseils scientifiques créés spécialement en vue d'une aide à la décision du gouvernement dans la gestion de cette crise. Un autre acteur regrette le manque de mobilisation d'outils démocratiques durant cette crise par « l'absence de concertation avec le monde citoyen », et ce malgré la présence d'un « outil » tel que « la conférence nationale santé ». Dans ce contexte démocratique restreint, les ateliers menés seraient un « exemple de démocratie » par le fait « de pouvoir s'exprimer et prendre part à un plan commun » selon un acteur. Ainsi, le changement de l'action publique et de prise de conscience des enjeux de santé environnementale par « choc exogène » (Hassenteufel, 2011) du fait de la crise de la Covid-19, n'aurait pas eu lieu.

Enfin, des variables « endogènes » relevant de « variables cognitives » (Hassenteufel, 2011) sont à prendre en compte dans l'explication du changement de l'action publique. Selon Patrick Hassenteufel, pour Peter Hall celles-ci renvoient à une « crise de paradigme » des politiques publiques (Hassenteufel, 2011). En ce sens, la notion de « paradigme » correspond à un « système de représentation dominant à une période donnée » (Hassenteufel, 2011). L'idée centrale repose sur « une remise en cause des fondements cognitifs d'une politique publique par accumulation

d'anomalies » (Hassenteufel, 2011). Il s'agit de considérer les ateliers menés, impliquant de nouveaux acteurs dans l'espace de négociation, aux visions et aux idées diverses, comme moteurs des « variables cognitives » (Hassenteufel, 2011) au changement.

Cette partie a permis de mettre en évidence les limites et les obstacles au changement, contrebalançant la partie précédente où les ateliers participatifs étaient considérés comme facteurs de changement de l'action publique dans ses quatre dimensions. Ainsi, même si les ateliers menés peuvent être envisagés comme « moteur » au changement, ils se heurtent aux obstacles relevant de variables contextuelles liées à la crise de la Covid-19, à la période électorale, et d'un « verrouillage politique ». Ces ateliers participatifs peuvent alors être envisagés comme « une introduction au changement » qui resterait « à la marge » (Hassenteufel, 2011).

La dernière partie de ce mémoire rendra compte de la variable temporelle au changement de l'action publique en matière de santé environnementale. De plus, elle envisagera les ateliers participatifs menés comme facteur d'un changement qui se voudrait « graduel » (Hassenteufel, 2011).

4.2.2. Des ateliers participatifs, comme facteur de changement graduel de l'action publique en temps de crise

L'action publique se voit ainsi aujourd'hui, « reconfigurée » (Lascoumes, La Galès, 2018) par trois types de « proliférations ». Tout d'abord, les « problèmes sociaux semblent infinis » et les découpages « sectoriels » des années 1980 laissent place à des « enjeux devenus transversaux » (Lascoumes, Le Galès, 2018). Ensuite, les acteurs et les espaces de négociation se sont multipliés faisant que l'État n'est plus le « seul organisateur de l'intervention publique régulatrice » et laisse place à des « niveaux locaux, de proximité, régionaux et interrégionaux » dans l'action publique qui, cependant, « rendent compte de problèmes de coordination » (Lascoumes, La Galès, 2018). Enfin, les techniques d'intervention de l'État ressemblent à une « boîte à outil » faite d'empilement d'instruments diversifiés depuis cette même époque (Lascoumes, Le Galès, 2018). Aussi, pour certains domaines comme celui de l'adaptation au changement climatique, et par conséquent de la santé environnementale, « les représentations d'enjeux sont incertaines, la légitimité des acteurs est floue, les échelles d'intervention contrastées, et les manières de faire sont à inventer » (Lascoumes, La Galès, 2018).

En ce sens, la variable temporelle en termes d'analyse du changement de l'action publique est affirmée. Deux types de temporalités sont relevées selon un temps court provoquant une rupture brutale et un changement soudain de l'action publique, et un temps long, continu, reflétant un changement que se voudrait « graduel » (Hassenteufel, 2011). Selon Patrick Hassenteufel, celui-ci est décrit par Lindblom au sein du processus décisionnel des politiques publiques qui « débouchent sur des changements très progressifs dans une logique de correction progressive des erreurs par apprentissage mutuels et par tâtonnements successifs » (Hassenteufel, 2011). Ce temps long amenant des changements « graduels » de l'action publique est alors considéré comme « temporalité clef » des politiques publiques (Hassenteufel, 2011). Il se distingue des temporalités courtes « politiques » dues aux périodes de mandats ou d'élections considérées comme obstacles au changement. Il permettrait de « mieux appréhender les causes, [...] les effets et donc par-là de caractériser de manière plus pertinente le changement » (Hassenteufel, 2011). Aussi, selon Patrick Hassenteufel, Paul Pierson (2004) définit trois processus au changement de longue durée relevant « d'effet cumulatif », « d'effet seuil », et « d'effet d'enchaînement » (Hassenteufel, 2011). L'effet cumulatif renvoie à des changements « très graduels » qui « n'ont un impact que sur la longue durée », tandis que « l'effet seuil » met en avant une « accélération du changement du fait d'une accumulation sur la longue durée » (Hassenteufel, 2011). Enfin, « l'effet d'enchaînement » valorise le changement en termes « d'accélération des temporalités » (Hassenteufel, 2011).

En matière de santé environnementale et de participation des acteurs du territoire aux politiques publiques du domaine, la littérature et les entretiens menés dans le cadre de ce mémoire mettent en perspective des changements de l'action publique que l'on peut qualifier sur le long terme comme étant « graduels » (Hassenteufel, 2011). Aussi, un acteur énonce que « dans les années 1980, [...] il n'y avait rien », les pathologies liées à l'environnement, comme le saturnisme, « étaient un véritable problème » mais « on n'avait pas de cadre ». Selon ce même acteur, le cadre en matière de santé environnementale s'est construit « au fur et à mesure », tout d'abord par la mise en place d'un « cadre médical » favorisant le repérage, des analyses et des enquêtes pour comprendre les impacts sanitaires des pathologies relevant des liens entre santé et environnement. Ensuite, les acteurs impliqués se seraient saisis « des outils » permis par ce cadre pour mettre en place des actions sur le terrain. Également, à cette époque « aucun cadre réglementaire » n'est présent mis à part « le règlement sanitaire départemental type, un peu flou ». La santé environnementale s'élabore alors « au jour le jour » par la recherche, à travers ce nouveau cadre médical et la mise en place d'actions. Les préoccupations politiques pour le sujet apparaissent dans les dernières années du XX^{ème} siècle, notamment à travers, selon cet acteur,

un « rapport demandé par le ministère sur la qualité de l'air des bâtiments ». Cette préoccupation politique est réaffirmée en 2004 par l'élaboration de la planification en santé environnementale et la publication du premier PNSE1. D'après ce même acteur, l'élaboration concertée du PNSE1 (2004-2008) a permis, « pour la première fois, de mettre les acteurs autour de la table et d'essayer de se comprendre ». Tout en ajoutant, « ce n'est pas toujours évident, mais quand même ça permet de le faire, ce qui n'était pas le cas avant ». Selon lui, la planification de la santé environnementale « a permis le cadre politique qui manquait dans le domaine » et il ajoute à ce sujet que « l'on peut critiquer les PNSE : dire qu'il n'y a pas de gouvernance, dire qu'ils n'ont pas apporté beaucoup de chose mais [...] ils ont permis aux acteurs de terrain de travailler ensemble, de développer des actions et d'améliorer un peu les choses ». Le PNSE1 a donc ancré la prise de conscience politique émergente des années précédentes, a permis un cadre budgétaire en matière de santé environnementale, et le début de concertations entre acteurs du domaine.

Aussi, au niveau régional, les PRSE franciliens ont vu une diversification et un renforcement des modes de concertation lors de leurs élaborations successives. En effet, le PRSE1 s'est ancré autour d'un « travail de réflexion collective » selon un acteur ayant participé, sous forme de « grand forum où les idées fusent » mais avec, finalement, « peu de gens de terrain ». Étaient surtout présents des « chercheurs de l'Inserm, des toxicologues ». Le PRSE2 a été établi, par le GRSE, selon une forme inédite « en concertation avec les six collèges : les élus, les associations environnementales, les professionnels de santé, les représentants des employeurs et des salariés de l'État » (Actu-Environnement, septembre 2011). Selon un acteur, le PRSE3 francilien a, quant à lui, mobilisé de « nombreux acteurs dans des groupes de travail », mais ajoute la notion de directives établies en amont par les acteurs institutionnels. Enfin, les ateliers participatifs menés durant ce stage peuvent être qualifiés de pré-concertation au PRSE4 francilien. En impliquant un large panel d'acteurs du domaine de la santé environnementale et ayant vocation à recueillir les retours d'expérience et problématiques repérées sur le terrain, sans directive institutionnelle en amont, ces ateliers sont un élément de plus au changement de l'action publique en matière de santé environnementale et de participation des acteurs dans les politiques publiques du domaine.

Par ces différents aspects, il apparaît des changements « graduels » (Hassenteufel, 2011) par « effets cumulatifs » (Hassenteufel, 2011) en termes d'action publique de santé environnementale au niveau national comme régional. De plus, il s'agit de mettre en évidence « un effet d'enchaînement à partir d'une cause initiale » (Hassenteufel, 2011), liée à la nécessité de prendre en charge les problématiques de santé environnementale et de participation des

acteurs aux politiques publiques du domaine. Il s'agit également de relever un « effet d'enchaînement », correspondant « à une accélération des temporalités » (Hassenteufel, 2011), en se rappelant les siècles passés depuis Hippocrate sans prise en considération effective des liens entre santé et environnement. Cet élément renforce les ateliers participatifs menés comme contribuant au changement de l'action publique. Aussi, il est possible de considérer une réflexion quant à « l'effet seuil » que pourraient produire ces changements « graduels » et « cumulatifs », dans les prochaines années, en matière de politiques publiques de santé environnementale mais également selon des changements dans nos modes de vie, dans nos façons de penser la société et les liens entre santé et environnement. En ce sens, les ateliers participatifs peuvent être compris comme participant à « l'effet seuil » du changement de l'action publique. Cet aspect pourrait se refléter sur le long terme selon des changements transformateurs au sens où ces derniers relèvent de « changement dans les comportements, les pratiques, la législation, où les visions du monde et les notions de bonne qualité de vie qui, par leur ampleur et leur capacité d'adhésion des différents pans de la société, permettent le renversement de tendances mortifères » (Cahier de propositions, Conférence « Une seule santé : en pratique ? », 17 mars 2021).

Ainsi, changer nos façons de penser et de faire de la santé environnementale, et plus largement de la santé, demanderait un changement de paradigme face aux enjeux présents et à venir. Ce changement se voudrait pour une santé moins anthropocentrée et reflétant l'équilibre essentiel avec le monde et les écosystèmes qui nous entourent. Par cet aspect, le concept « One health » est un levier d'action déjà validé, qui manque aujourd'hui de mise en pratique concrète sur les territoires. A côté de celui-ci, valorisant plutôt la santé humaine et animale (Morand, Carabin, 2021), se développe « l'Ecohealth » englobant d'autant plus la santé des écosystèmes et le concept « Planetary Health » se centrant sur l'aspect économique des trois santés. Ces concepts, tendant à se rejoindre, seraient finalement « trop techno-centrés », impliquant une politique du risque dépourvue de sciences sociales, et viseraient une santé toujours « individuelle » (Morand, 2021). Le changement voudrait alors un « nouveau One Health » aux « fondements communautaires et collectifs » (Morand, 2021), dans un esprit de démocratie par « l'adhésion de tous à des valeurs et des pratiques communes » (Morand, 2021). En ce sens, il s'agit « d'apprendre à penser et gouverner autrement » par des politiques du risque laissant place aux sciences humaines et sociales (Carabin, 2021). C'est alors par une « socio-écologie du bien vivre ensemble » que se fonderait ce « nouveau One Health » (Morand, 2021).

Conclusion

Le large champ de la santé environnementale et de ses enjeux présents et futurs, rappelle à quel point l'homme est vulnérable face à l'environnement et qu'il contribue, encore à ce jour, à sa dégradation. La crise de la Covid-19 a mis, de nouveau, en exergue cette dimension par le passage d'espèces d'un virus provoquant une pandémie qui touche chacun d'entre nous quotidiennement et l'ensemble des secteurs d'activités, depuis plus d'un an. Au-delà des risques que l'environnement peut provoquer sur la santé de l'homme, ses bienfaits sont également à envisager afin que chacun prenne conscience du nécessaire équilibre et de la protection des écosystèmes qui nous entourent. Aussi, aujourd'hui, il s'agit de penser la santé sous un autre paradigme qui se voudrait moins anthropocentré, et illustré par le concept « On health ». Dans cette perspective plus holistique et humaniste de la santé, l'application en pratique de ce concept est à envisager sur le long terme. Comme le souligne Hassenteufel (2011), « le changement se voudrait graduel ».

Aussi, les enjeux transversaux dont relève la santé environnementale amènent à imaginer une nécessaire collaboration et interdisciplinarité des acteurs impliqués dans le domaine, à toutes les échelles territoriales. De plus, dans la perspective d'une prise de conscience et d'une action collective, la participation des acteurs et plus largement de la population aux politiques publiques qui les concernent, interviendrait au-delà des processus électoraux. Au sein d'une « démocratie française défailante » (France Inter, février 2021), de nombreux outils valorisant le processus démocratique existent. Cependant, les critiques leurs accordent une apparence morcelée voire « éclatée » (Blondiaux, 2008) et donc peu effective.

Dans ce contexte, le fonctionnement de l'État, ses transformations et celles, en conséquence, de l'action publique sont à envisager comme relevant de complexités, de stratégies et d'actions entravées d'objectifs informels, de verrous et d'ambiguïtés.

Ce travail, à travers l'exemple d'ateliers participatifs impliquant des acteurs du territoire francilien en vue des prochaines politiques régionales de santé environnementale, témoigne d'une nécessaire « construction collective » de l'action publique (Hassenteufel, 2011) face aux enjeux multiples et transversaux, présents et à venir, des liens entre santé et environnement. De plus, il envisage un équilibre des approches « par le haut » et « par le bas » (Hassenteufel, 2011) des politiques publiques au sens où la place accordée aux acteurs du territoire et à l'État respecterait

une équité. Cet aspect sous-tend l'idée d'une coconstruction accentuée par des projets menés collectivement. Contrebalançant alors les critiques accordées aux échecs des politiques publiques, une « mélodie harmonieuse » serait à créer. Celle-ci envisagerait les acteurs du territoire, comme interprètes et auditoire, jouant une partition qu'ils se seraient appropriée et qu'ils auraient « mise en couleur ». L'État tiendrait le rôle du compositeur, mais seul, ne pourrait prétendre à voir naître cette harmonieuse mélodie (Lascoumes, La Galès, 2018).

Malgré des freins notamment politiques, institutionnels, budgétaires dépendant des choix passés, et temporels inhérents à de tel processus, ce travail vise à illustrer une transformation de l'action publique sous l'angle du changement. Ainsi, chaque petits pas le long d'un continuum, pour une prise en compte effective des enjeux transversaux de santé environnementale d'une part, et d'autre part en termes de démocratie par la participation du public et des acteurs du territoire aux politiques dont ils sont les principaux bénéficiaires, contribuerait au changement graduel pour atteindre ces perspectives. De plus, le changement est à projeter en termes de changement transformateur pour la société, dans ses modes de vie, sa notion du bien-être et de qualité de vie. Cet ensemble contribuerait alors à faire des liens entre santé et environnement « la priorité du XXIème siècle » (Le Monde, décembre 2020) et pour chacun d'entre nous.

« Vivre c'est changer, voilà la leçon que les saisons nous enseignent », Paulo Coelho.

Bibliographie

Ouvrages

- Benamouzig D., Besançon J. (2008). Politique publique 1, La France de la gouvernance européenne, Chapitre 10 : Les agences de nouvelles administrations publiques ? Presses de Sciences Po « Académique ».
- Blondiaux L. (2008). Le nouvel esprit de la démocratie. Actualité de la démocratie participative. Seuil.
- Dab W. (2020). Santé et environnement. Que sais-je ?
- Gaille M. (2018). Santé et environnement. Puf « philosophies ».
- Hassenteufel P. (2011). Sociologie politique : l'action publique. Armand Colin.
- Hippocrate. (Vème et IVème siècle avant J.C.). Traité des « Airs, Eaux, Lieux ».
- Jönsson A. (2014). Dictionnaire des politiques publiques. Incrémentalisme. p. 3217-325. Presses de Science Po « Références ».
- Knoepfel P., Larrue C., Varone F., Savard J.F. (2015). Analyse et pilotage des politiques publiques : France, Suisse, Canada. 1^{re} éd. Presses de l'Université du Québec.
- Lajarge E., Debiève H., Nicollet Z., Piou S. (2017). Santé publique, chapitre 11 : la santé environnementale. Dunod.
- Lascoumes P.(2018a). Action publique et environnement. Presses Universitaires de France.
- Lascoumes P., Le Galès P. (2018b). Sociologie de l'action publique - 2e éd. Armand Colin.
- Weber. (1919). Le savant et le politique. Paris : Union Générale d'Éditions, 1963. Collection : Le Monde en 10-18.

Études et rapports

- Assemblée Nationale. (2020). Rapport d'enquête sur « l'évaluation des politiques publiques de santé environnementale ».
- ARS, DRIEE. (2011). Arrêté n°2011208-0017, portant l'approbation du deuxième plan régional santé environnement (PRSE2) de la région Île-de-France.
- ARS Île de France, DRIEAT. (2016). Modalités d'évaluation du troisième Plan Santé Environnement d'Île de France, GRSE, 2016.
- ARS Île de France, DRIEAT. (2017). PRSE3, Île de France 2017-2021.
- Bherer L. (2011). « Les relations ambiguës entre participation et politiques publiques ». Participations 1(1) : 105-33.

- Blondiaux L., Fourniau J-M. (2011). « Un bilan des recherches sur la participation du public en démocratie : beaucoup de bruit pour rien ? » *Participations* 1(1) : 8.
- Blondiaux L., Fourniau J-M., Bacqué M-H. (2011). *Démocratie et participation un état des savoirs*. Bruxelles: De Boeck.
- Buchanan, James M., Richard A. Musgrave. (1999). *Public Finance and Public Choice: Two Contrasting Visions of the State*. Cambridge, MA, USA : MIT Press.
- Chastel C. (2010). « Une brève histoire de la médecine » : In *La Santé*, Éditions Sciences Humaines, 11-21.
- CNRS. (2018). *One Health. Ambitions, défis et difficultés d'une approche incontournable pour la santé*.
- Commission Européenne. (2019). *State of Health in the EU, France, profil de santé par pays 2019*.
- Conseil régional d'Île-de-France. (2021). *Budget participatif écologique et solidaire. Rapport cadre*.
- Cygler C. (2011). « Région Ile-de-France : le deuxième plan régional santé environnement validé ». *Actu-Environnement*.
- Erné-Heintz V. (2020). « La santé environnementale : un autre regard sur le risque ou comment le savoir profane s'invite dans l'évaluation du risque ». *Amnis* (19).
- Hall P. (A. 1993). « Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain ». *Comparative Politics* 25(3): 275-96.
- Hill, Michael J., Peter L. Hupe. (2002). *Implementing Public Policy: Governance in Theory and Practice*. London ; Thousand Oaks, Calif : Sage.
- Isped. (2021). Webinaire. *One Health : un défi pour la santé et l'environnement*. En présence d'Hélène Carabin, de Serges Morand et de Jean-François Guégan. Consulté à l'adresse suivante : <https://irepsna.org/one-health-un-defi-pour-la-sante-et-lenvironnement/>
- Jégou B. (2020). « Le paradigme de l'exposome : définition, contexte et perspective ». *Médecine/sciences* 36(11): 959-60.
- Le Pourhiet A.M. (2011). « Définir la démocratie ». *Revue française de droit constitutionnel* 87(3) : 453.
- Lévi Y. (2020). « Les considérables progrès de la santé environnementale ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 204(9) : 1061-68.
- Lisode. (2017). *Guide de concertation territoriale et de facilitation*.
- Mandard S. (2020). « La santé environnementale doit devenir « une priorité du XXIe siècle », alerte un rapport parlementaire ». *Le Monde.fr*.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de la Transition écologique. (2021). *4ème plan national santé environnement, "un environnement, une santé" »*.
- Ministère de la Transition écologique. (2020). *Les plans régionaux santé environnement (PRSE)*.
- Nioche J.P. (1983). « Padioleau J. G. : L'État au concret ». *Politiques et Management Public* 1(2).

Note rapide de L'Institut Paris Région. (2020). « La planification régionale face aux enjeux de santé environnementale ». n°877.

OMS. (1946). Constitution de l'Organisation mondiale de la santé.

OMS. (1994). Helsinki Declaration Action Environment Health in Europe.

Pierru F. (2020). Santé environnementale : la prévention permettra-t-elle d'économiser le soin ?

Richard Rose, Philip L. Davies. (1997). Inheritance in Public Policy. Change Without Choice in Britain. Revue française de science politique : 5.

Sauvant-Rochat, Marie-Pierre. 2018. « Santé, environnement, territoire ... ». La revue préventive : 2.

Sénat. (2021). Rapport d'information sur "les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale".

Wild, Christopher Paul. 2005. « Complementing the Genome with an "Exposome": The Outstanding Challenge of Environmental Exposure Measurement in Molecular Epidemiology ». Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers 14(8): 1847-50

Actes juridiques

Articles L1311-6 à L1311-7 du Code de la santé publique. Chapitre 1er bis : Plan national de prévention des risques pour la santé liée à l'environnement. Consulté à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171046/#LEGISCTA000006171046

Articles L120-1 à L127-10 du Code de l'environnement. Titre II : Information et participation des citoyens. Consulté à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074220/LEGISCTA000006143733/

Charte de l'environnement. Consulté à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/charte-de-l-environnement>

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) ». (2016b). Consulté à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000031913200>

Sitographie

ARS, DRIEAT. Plan Régional Santé Environnement, « Le réseau ÎSEE ». Consulté à l'adresse : <http://www.ile-de-france.prse.fr/le-reseau-isee-r5.html>

Centre de recherche pour le développement international, CRDI. (2010). L'écosanté, pour améliorer la santé humaine et préserver l'environnement ». Consulté à l'adresse :

<https://www.idrc.ca/fr/recherche-en-action/lecosante-pour-ameliorer-la-sante-humaine-et-preserver-lenvironnement>

Cerema. (2020). Outil de l'aménagement, « La concertation préalable code de l'environnement ».

Consulté à l'adresse : <http://outil2amenagement.cerema.fr/la-concertation-prealable-code-de-l-environnement-r1070.html>

Chambre d'agriculture de la région Île -de-France. Chiffres clefs. Consulté à l'adresse :

<https://idf.chambre-agriculture.fr/la-chambre/lagriculture-francilienne/chiffres-cles/#top>

France Inter, Haski P. (2021). La France une "démocratie défailante" : la faute au covid, mais pas seulement ». Consulté à l'adresse :

<https://www.franceinter.fr/emissions/geopolitique/geopolitique-04-fevrier-2021>

Insee. (2016). Définition - Collectivité territoriale / Collectivité locale ». Consulté à l'adresse :

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1353>

Inserm, La science pour la santé. Épigénétique. Consulté à l'adresse :

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/epigenetique>

Institut national d'études géographiques, Ined. (2018). L'espérance de vie en France ». 2018. Consulté à l'adresse :

<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>

La vie des idées, Roux T. (2010). Le siècle des hygiénistes. Consulté à l'adresse :

<https://laviedesidees.fr/Le-siecle-des-hygienistes.html>

L'institut Paris Région. Consulté à l'adresse : <https://www.institutparisregion.fr/>

Les services de l'État en région. Consulté à l'adresse : <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/Le-savez-vous/Quelles-sont-les-competences-d-une-region>

Observatoire régional de santé d'Île-de-France. Consulté à l'adresse : <https://www.ors-idf.org/ors.html>

Plan régional santé environnement, Bretagne. (2017). Son pilotage et sa gouvernance, PRSE Bretagne.

Consulté à l'adresse : <http://www.bretagne.prse.fr/son-pilotage-et-sa-gouvernance-a68.html>

Plan régional santé environnement, Auvergne Rhône Alpes. (2027). La gouvernance du PRSE3

Auvergne-Rhône-Alpes. Consulté à l'adresse : <http://www.auvergne-rhone-alpes.prse.fr/la-gouvernance-du-prse3-auvergne-rhone-alpes-a64.html>

Préfecture de la région d'Île de France, DRIEAT. (2021). Création de la DRIEAT. <http://www.driee.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/creation-de-la-drieat-a4424.html>

PromoSanté, Centre des ressources et des pratiques en promotion de la santé. (2007). Déterminants de la santé. Consulté à l'adresse :

<http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/determinants-de-la-sante/>

Sénat. (2014). Projet de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République, étude d'impact.

Consulté à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/Media/Files/autour-de-la->

[loi/legislatif-et-reglementaire/etudes-d-impact-des-lois/ei_art_39_2014/ei_nouvelle_organisation_territoriale_cm_18.06.2014.pdf.pdf](#)

Vie publique.fr. (2015). Loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République.

Consulté à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/loi/20721-loi-notre-loi-du-7-aout-2015-nouvelle-organisation-territoriale-de-la>

Vie publique.fr. (2018). Quels sont les principes consacrés par la Charte de l'environnement de 2004 ?

Consulté à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/fiches/19567-charte-de-lenvironnement-principes-droits-et-devoirs>

Vie publique.fr. (2019). L'intercommunalité, une constante des réformes territoriales. Consulté à

l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/38665-lintercommunalite-une-constante-des-reformes-territoriales>

Territoire engagé. (2020). Le Plan National Santé Environnement et ses interfaces avec les autres plans

et stratégies. Consulté à l'adresse : <https://territoire-environnement-sante.fr/plan-national-sante-environnement-et-ses-interfaces-avec-les-autres-plans-et-strategies-2020>

Vie publique.fr. (2020). Quelles sont les compétences des départements. Consulté à l'adresse :

<https://www.vie-publique.fr/fiches/19620-queelles-sont-les-competences-exercees-par-les-departements>

Vie publique.fr. (2020). Qu'est-ce que l'acte I de la décentralisation ? Consulté à l'adresse :

<https://www.vie-publique.fr/fiches/19608-quest-ce-que-lacte-i-de-la-decentralisation-les-lois-defferre>

Liste des annexes

Annexe n°1 : Grille d'entretien

Acteurs franciliens de la santé environnement

- Structure :
- Fonction :
- Domaine d'expertise de la structure :
- Rôle particulier en région Îdf :

La santé environnement

Connaissances globale ou spécifiques dans votre domaine

- Pourriez-vous me décrire quelles sont vos **connaissances en santé environnement** ?
 - Plutôt des **connaissances spécifiques** dans votre domaine d'activités ?
 - Ou des **connaissances plus globales** sur les facteurs environnementaux impactant la santé ?
 - Comment **positionnez-vous le déterminant de santé « environnement » parmi les déterminants de santé** ?
 - Pensez-vous que l'environnement a un fort impact sur la santé ?
 - Si oui, quelles en sont les raisons selon vous ?
 - Si non, pour quelles raisons selon vous ?

Enjeux et perspectives à venir de la SE en général et spécifiquement en Île de France

- Selon vous, quels sont les **enjeux liés à la santé environnement**, à ce jour ? demain ?
- Selon vous, quelles **perspectives pour la santé environnement** ?
 - La crise Covid-19 marque-t-elle un tournant dans la prise en compte de la santé environnement ?
 - Si oui, le(s) quel(s)
 - Si non, quels en sont les freins ? les blocages ?

- **Quelles perspectives pour une l'approche intégrée et globale de la santé « une seule santé »** faisant alliance entre santé humaine, animale et des écosystèmes ?
- **Le niveau d'information, de sensibilisation, de connaissances de la population** vous paraît-il convenable ?
 - Si oui, quelles en sont les raisons selon vous ?

Si non, quels en sont les manques ? les freins ?

- Quels seraient **les leviers d'action pour amener des changements profonds populationnels** de nos modes de vie et de nos comportements dans une société contemporaine, ultra consommatrice qui altère profondément l'équilibre des écosystèmes ?
- Comment **définiriez-vous la prise en compte de la santé environnement en Île-de-France ?**
 - Une **approche cloisonnée** par thématiques ou **systemique** prenant en compte de façon transverse les problématiques de santé environnement ?
 - Pour chacune, préciser : exemples précis
 - Quelles thématiques fortes ?
 - Quels acteurs mobilisés ?
- Quelles **enjeux et perspectives**, selon vous, pour la **santé environnement en Île-de-France ?**

Le réseau ÎSÉE = comme réseau d'acteurs et d'expertises

Motivations et intérêts à adhérer

- Que **recherchez-vous en adhérents au réseau ÎSÉE ?**
 - Vos motivations et intérêts à adhérer au réseau ?

Les apports du réseau et les interrelations entre membres

- **Que vous apporte le réseau :**
 - Dans **votre domaine d'activité ? en tant que professionnel de la SE**
 - **Individuellement ?**
 - Dans les **relations que vous avez pu tisser** avec d'autres acteurs de la santé environnement du territoire francilien ?
 - Des **espaces d'échange entre acteurs parlant un même langage ?**
 - Un **partage de connaissances et de savoirs ?**
 - Une **culture commune** de la santé environnement ?

- Des **leviers d'action** pour intégrer la santé environnement dans une culture partagée ?
- Selon vous quels sont les **atouts du réseau ÎSEE** ? Quels en sont **ces manques** ?
- Quelles **perspectives pour la mobilisation des acteurs du réseau** ?
 - Quels freins à ces perspectives ?
- Pourrait-on penser que le **réseau devienne un réseau d'experts de la santé environnement** en Île de France ?
 - Si oui, quelles en sont les leviers d'action selon vous ?
 - Si non, quels en sont les freins ?

Le PRSE – connaissances, communication / tensions entre acteurs de territoire et acteurs institutionnels, approche bottom-up, un plan nourri par les acteurs et parties prenantes en termes de faisabilité et d'effectivité, acteurs ressources et experts

Connaissances

- Comment évalueriez-vous **vos connaissances du PRSE francilien** ?
 - Savez-vous qu'il existe un PRSE ? un PNSE ?
 - Pourriez-vous m'en dire d'avantage sur :
 - Sa Visibilité ? Sa lisibilité ?
 - Son rôle et ces objectifs ?
 - Qui pilote le PRSE en Île de France ?
 - Les thématiques abordées ?
 - Les actions ?
 - Ses relations avec les plans sectoriels abordant des thématiques spécifiques en santé environnement ?
- Comment évalueriez-vous la **communication entre les acteurs institutionnels et les acteurs de territoire** ?
 - **Existe-t-il des tensions** ?
 - Entre acteurs institutionnels (pilote du PRSE) et acteurs de territoire ?
 - Au sein même des acteurs de territoire ?
- Estimez-vous que le **PRSE prend en compte les problématiques rencontrées sur le terrain** par les acteurs de territoire ?
 - Si oui, de quelles manières ?
 - Si non, est-ce une question nécessaire à vos yeux ? Quels seraient les leviers d'action ?
- Estimez-vous que le **PRSE est plus nourri par une approche descendante** (des institutions) ? **ou par une approche ascendante** (par le bas, le terrain, ses acteurs et ses populations cibles) ?
 - Si approche descendante :
 - Cela vous convient-il ?

- Quels en sont les atouts ? les inconvénients ?
- Quels leviers d'actions pour parer à ces inconvénients ?
- Si approche ascendante ?
 - De quelles manières ?
 - Totalement ? dans l'idée d'une véritable co-construction avec les acteurs de terrain ?
 - En partie ? seulement par certains de ces aspects
 - Quels atouts d'un plan coconstruit (à toutes les étapes de son élaboration, mise en œuvre, suivi, évaluation) entre les acteurs institutionnels et les acteurs de territoire ?
 - Quels freins à cette co-construction ?
 - Quels leviers d'action ?
 - Quels moyens nécessaires ?

Le PRSE mentionne la territorialisation des actions et la place des acteurs de territoire

- **Êtes-vous pilote ou prestataire d'une (de plusieurs) actions ?**
 - Si vous : laquelle ?
Pouvez-vous m'en dire plus ?
- **Comment voyez-vous la place des acteurs de territoire dans le PRSE ?**
 - Sont-ils **concertés et/ou consultés** lors de son élaboration ?
 - **Quels rôles tiennent-ils dans ce plan ?**
 - Au niveau de la mise en place des actions
 - A d'autres niveaux
 - Préciser
 - **Intégrer activement les acteurs de territoire à toutes les échelles du PRSE**, est ce nécessaire selon vous ?
 - Si oui, pouvez-vous m'en dire davantage ?
 - Si oui, à quels niveaux selon vous ?
 - L'élaboration ?
 - La gouvernance ?
 - Le pilotage ?
 - La mise en œuvre ?
 - Le suivi et l'évaluation ?
 - Quels leviers d'action pour cette intégration ?
 - Si non, préciser

Perspectives

- Quels sont, selon vous :
 - Les atouts du PRSE ?
 - Les manques du PRSE ?

- De quelles manières, le **PRSE**, pourrait jouer un rôle incontournable en matière de santé environnement dans la région ?
- De **quelles manières les acteurs de territoire pourraient se placer** en tant que « **ressources** » et « **experts** » de la santé environnement en région ?
 - Selon vous, les acteurs de territoire :
 - Se connaissent suffisamment ?
 - Partagent leurs connaissances et leurs savoirs entre eux ?
 - Si oui, par quels moyens ?
 - Si non : quels en sont les freins ?
 - Travaillent-ils en interrelation ?
 - Si oui, pourriez-vous me donner un exemple concret ?
 - Si non,
 - Quels en sont les freins ?
 - Les leviers d'action ?
 - Portent-ils leurs voix de façon commune vers les acteurs institutionnels en région ?
- Que pensez-vous de **l'apport de savoirs « profanes »** (des citoyens « ordinaires »)
 - De façon générale ?
 - Pour un tel plan ? (*L'environnement et ses conséquences sur la santé est une préoccupation croissante des français. 1 / 3*)
- En termes de **faisabilité et d'effectivité du PRSE**, pouvez-vous imaginer les **atouts et les freins de démarches participatives intégrant l'ensemble des parties prenantes** à toutes les étapes du plan (*de son élaboration à son évaluation*) ?

Les ateliers participatifs en vue de l'élaboration du PRSE 4 francilien

- **Pour les participants**
 - Quelles sont vos **motivations à participer** à cet atelier ?
 - **Qu'attendez-vous** de cet atelier :
 - Individuellement ?
 - Collectivement ?
 - Comment **envisagez-vous les suites donner à cet atelier** ?
 - Poursuites des ateliers au 2nd semestre
 - Création de GT
 - Prise en compte dans l'élaboration du futur PRSE 4 francilien ?
 - Si oui : par quels moyens ?
 - Si non : quels en sont les freins selon vous ? les leviers d'action ?

- **Pour les non participants**

- Avez-vous eu connaissances des ateliers participatifs organisés par le réseau ÎSÉE en vue de l'élaboration du PRSE 4 ?
 - Si oui, avez des raisons de motivations à ne pas participer ?
 - Si non, *Renvoi invitation + parler des ateliers futurs si date tardive*

Annexe n°2 : Grille d'analyse synthétique des dix entretiens menés

| Sujets abordés | Commentaires |
|--|--|
| Santé environnement et connaissances en santé environnement | <p>Connaissances en SE variables suivant les acteurs interrogés.</p> <p>Remarques : Ceux qui ont travaillé à une échelle nationale semble avoir plus de connaissances globales en SE que les acteurs locaux.</p> |
| Santé environnement avant les PNSE et PRSE (avant 2004) | <p>Histoire des PNSE et de la SE (de 80' à nos jours)</p> <p>== A intégrer dans le Grand I</p> <ul style="list-style-type: none"> - En 1980 on « n'avait rien », « pas de cadre » à part le règlement sanitaire départemental qui était flou. « Là SE s'est construite au jour le jour » en faisant de la « recherche et de l'action ». - 1996, rapport demandé par le Ministère de la santé sur la QA dans les établissements. A conduit à la création de l'observatoire de la QAI. - En 2004 : 1^{er} PNSE dont le sujet phare = légionellose. - les PNSE ont permis de mettre en place « un cadre » = « de structurer les choses mais aussi pour que les gens travaillent ensemble » = A permis de « mettre tous les acteurs autour de la table et d'essayer de se comprendre », ce qui n'avait jamais été fait auparavant. <p>Critique des PNSE : « pas de gouvernance, n'ont pas apportés beaucoup de choses » MAIS « ont permis aux acteurs de travailler ensemble, de développer des actions et d'améliorer un peu les choses »</p> <p>→ Du rien dans les années 80' au PNSE qui permettent : un cadre, de rassembler les acteurs autour de la table, de développer des actions communes</p> |

| | |
|--|---|
| Problème de la formation médicale en santé environnementale | <p>Problème de la formation médicale en SE :</p> <p>Problème récurrent : Aucune formation dans le cursus, « il faut chercher des formations » par soi-même.</p> <p>Problème : les médecins « sont confrontés aux questions du patient et n'ont pas d'éléments pour répondre ».</p> <p>Des formations qui commencent à émerger (le GRAINE Îdf, formation AI pour professionnel de l'ETP) MAIS aucun cadre dans les formations initiale et continue.</p> <p>→ Axe à développer et repris dans les ateliers PRSE 4 : MOOC, atelier, FI et FC en // de l'information et sensibilisation du grand public</p> <p>→ Professionnels de santé comme relais de l'information et acteurs de la prévention et sensibilisation en SE</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Perspectives de la santé environnementale | <ul style="list-style-type: none"> - Portage politique plus important - La crise Covid a fait bouger les mentalités et mis en avant le SE mais il ne faudrait pas que ce soit « qu'une passe » dans la mise en avant de la SE = nécessité que ça se transforme au niveau décisionnel. « Grande avancée, la santé est vraiment apparue comme un élément indispensable de la lutte contre cette crise ». - Enjeux de respects des normes : exemple baisse de la pollution de l'air mais la France (Îdf ++) ne respecte par les seuils OMS - Prise en compte des perceptions des riverains sur les nuisances qu'ils subissent → les « prochaines politiques publiques vont être amenées à prendre compte les perceptions des riverains ». - Formation : « il ne s'agit pas de rendre tout le monde expert » mais « avoir une formation de base, des éléments repères ». « Les gens ont zéro repère, même les professionnels de santé ». - Question de faire entrer la zoonose due au Covid-19 dans les SE ? = la question |
|--|---|

| | |
|---|--|
| | <p>de faire rentrer l'infectieux dans la SE ? qui a pour beaucoup des pathologies non transmissibles</p> <p>- le SE fonctionne toujours sur le mode de sa mise en avant par des catastrophes « les catastrophes réveillent certains sujets », + la part des médias « des grandes affaires ne peuvent que faire une recrudescence pour la thématique d'intérêt », « les grandes affaires mettent en lumière »</p> <p>- Enjeux de concertation de l'ensemble des parties prenantes et citoyens « y'a des choses à creuser, il va falloir être plus déterministes par rapport au fait de construire ou pas des projets par le cadre des concertations »</p> <p>- QAI, automobile</p> <p>- SE transversale et transposable à l'ensemble de la population « tout le monde est concerné » « c'est l'affaire de tous »</p> |
| <p>Information / Connaissances de la population</p> | <p>Population consciente et sensible au sujet de la SE</p> <p>« Vrai intérêt de la population : qui est exigeante [...] il y a un véritable changement de philosophie »</p> <p>Mais manque : d'information fiable, de sensibilisation, de formation + Manque d'éducation à la santé + à la santé environnement</p> <p>« Véritable travail à faire à toutes les strates »</p> <p>« Il ne s'agit pas de rendre tout le monde expert, mais d'avoir une formation de base, des éléments repères »</p> <p>- Les « moyens de communications actuels » → Rôle des médias et réseaux sociaux dans l'information des populations</p> <p>!! Attention à donner une information fiable : « l'interrogation se situe au niveau des preuves non fournies des effets sur la santé dans certains domaines »</p> <p>« Trop d'information [...] il y a tout et n'importe quoi »</p> <p>« Des messages divers, les réseaux sociaux et internet ne font qu'augmenter l'offre d'information mais ni sa qualité ni sa fiabilité. "Quand on va chercher sur le net une info on trouve l'information que l'on veut".</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>« Clairement les gens sont mal informés »</p> <p>- L'aspect environnement n'est plus « sympathique », a aujourd'hui une autre connotation. Les militants ne sont plus considérés comme « baba cool »</p> <p>Le Ministère de l'environnement = 1970 = avait peu de moyens et peu d'audience au départ = ce n'est plus le cas aujourd'hui</p> <p>Des formations existent de « façon diffuse »</p> <p>Rôle des médias, presse (crises et rapports)</p> <p>Les personnes les plus intéressées = les personnes engagées et mobilisées (asso, ONG) = qui sont capables « de parler en réunion publique »</p> <p>Leviers pour une information claire et des changements populationnels en SE :</p> <p>- « Un canal validé » = Donner « des éléments actualisés d'un sujet, être transparent. »</p> <p>= Problème de communication</p> <p>- « L'école » = Exple des « cours de morale » avant. « C'est un peu tard mais je pense que les enfants commencent à savoir, être informés un peu mieux que nous. Et peut-être ils vont essayer de faire bouger les choses."</p> <p>- Éducation à la santé et à l'environnement dès le plus jeune âge</p> <p>- Concertation des habitants dans les projets</p> <p>- Ateliers : Rendre plus sain son environnement au quotidien + intérêt financiers (pour les populations en situation de précarité)</p> <p>- Crise Covid comme « occasion loupée » de faire de la prévention, de l'éducation à la santé et à l'hygiène des populations. == Problème de communication = Erreur du gouvernement = « On leur dit ne mettez pas de masque et 2 mois après mettez en un » → "la population a du mal à comprendre, et ça change tout le temps" "ils l'ont mal pris car on leur a imposé des choses et des mesures qui ont évolué dans le temps"</p> <p>→ « On est parti sur un faux départ, et il n'y a pas pire qu'un faux départ ou un mauvais passage de relais pour revenir dans la course »</p> |
| <p>Approche de la santé environnementale en Îdf</p> | <p>Grande région, 8 départements, mais « au niveau du préfet de région, ce n'est pas du tout une préoccupation » (la SE).</p> <p>Une approche « cloisonnée par thématiques », « c'est encore en silo » pour la</p> |

| | |
|------------------------------|--|
| | <p>plupart. Lorsque des acteurs parlent d'une approche transversale, on se rend compte que cela renvoie à des travaux en collaboration avec d'autres acteurs mais seulement dans leur domaine d'activités. L'éducation à la SE semble avoir une approche plus transversale que les autres disciplines de SE « quand on est sur des approche de recherche ou d'action [...] on est sur les choses plus transversales »</p> <p>Leviers : « Comment mettre de la santé dans toutes les disciplines » qui touche à l'environnement ou la SE</p> <ul style="list-style-type: none"> - la généralisation des EIS pour les collectivités (= acteur en urbanisme) <p>Freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les outils règlementaires = les plans sectoriels « l'évaluation environnementale est rendue obligatoire sur différents projets (dans les plans sectoriels = au nombre de 36 = bruit, air, ...) [...] ici la dimension santé est relativement absente finalement » <p>Ville de Paris = Seule ville avec un propre plan SE</p> |
| <p>PNSE (et PRSE)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Travaux sur les indicateurs « composites » pour le PNSE 4 - Travaux en cours d'évaluation des PNSE et PRSE depuis 2004 (sur 4 thèmes : pollution atmosphérique, environnement extérieur, risques chimique et risques émergents) <p>= comprend des auditions d'acteurs nationaux et locaux : ARS, Asso de terrain + documentation</p> <p>Objectif : « Voir comment se fait l'articulation entre un plan national et régional » « c'est là où on a beaucoup de surprises »</p> <p>Depuis 2004 : qu'en est-il de ces plans ? à quoi ont' ils servent ? Qu'est-ce qu'ils ont apportés ? À quoi on sert ces plans nationaux ? Ont-ils fait changer les choses sur les thèmes choisis ? Que s'est-il passé au niveau régional ? N'y avait-il pas des actions antérieures ? N'y avait-il pas une continuité d'actions antérieures à ces plans ?"</p> <p>PNSE : Un « cadre », un « plan phare », ne fait « que cristalliser les actions » « reprises dans les PRSE pour mieux articuler et structurer les actions », « le PRSE s'approprie au niveau locale les actions » en concomitances « aux enjeux locaux », « ne fait que structurer la démarche réglementaire » faite dans les</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>plans sectoriels »</p> <p>« Plan phare et stimulateur » « au niveau local, y'a une mobilisation des acteurs qui se regroupent, travaillent ensemble et se mobilisent »</p> <p>PRSE « prendre en compte les problématiques locales et évincer les enjeux qui ne concernent pas le territoire », « on va prendre des enjeux purement locaux donc il y a une mobilisation des acteurs »</p> <p>Freins : Recueil de données au niveau national - « on voit que les choses ont du mal à bouger » même si des actions sont mise en place dans un domaine « le nombre de cas ne diminue pas forcément »</p> <p>- Problème de la remontée d'information au niveau national : « ... »</p> <p>PNSE faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Budget insuffisant pour développer des actions au niveau régional et aller au bout - Gouvernance interministérielle : plusieurs interlocuteurs, chacun pense différents, compréhension des sujets différentes entre chaque Ministères + faiblesse du Ministère de la Santé en matière de prévention - Règlementations nationales et européennes = blocage parfois en région où « on ne peut pas aller plus loin localement et on est obligé de faire remonter au niveau national » - Aspects de sensibilisation variables des populations - Peu d'implication des professions médicales dans la SE « on le sait depuis le début, ce n'est pas nouveau, ça continue » - Problème de remontée des informations au niveau national <p>« Au niveau national on a du mal à récupérer les données » « La santé environnementale apparait désarticulée entre les Ministère, et donc pas bien organisée en région »</p> <p>« L'information ne revient pas jusqu'à nous » « ça serait bien d'avoir une photographie de l'existant du type d'actions menées, les publics touchés pour qu'effectivement on se dise : tiens aux ils font ça, on peut s'intégrer dans leurs actions ou leur demander de l'aide. « y 'a des gens qui travaillent bien dans leur coin, c'est bien pour vous mais dommage de ne pas en faire partager les autres et qu'on n'est pas une vue globale du sujet".</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de portage politique |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>« Au niveau national que ce n'est pas "encore bien stabilisé" et "ça se ressent au niveau local" [...] "au niveau local, les acteurs de terrains agissent pour le mieux et tenter d'avancer sur certains sujets".</p> <p>- Incertitude = « Avoir une politique de l'incertitude »</p> <p>« Quand on est incertitude totale sur un sujet : "on n'a pas de politique qui dit : en cas d'incertitude voilà ce qui faudrait faire". Le principe de précaution l'a agacé : "on prend ceinture, bretelle mais ça n'est pas une politique".</p> <p>Critiques propres au PNSE 4 :</p> <p>- Plan « pauvre et squelettique » « ce n'est pas lui qui va nous aider à porter des actions au niveau régional »</p> <p>Les + : un plan axé sur le citoyen : son information et comme acteur de son environnement</p> <p>MAIS : cela ne peut pas se faire seulement au niveau individuel « il faut que ce soit au niveau collectif et qu'il entre dans un esprit collectif pour mettre en place tel ou tel action. Pour la sensibilisation individuelle, "y'a un certain nombre d'outils ».</p> <p>« Une seule santé » = communication, slogan. Des noms ont été trouvés pour tous les PNSE, les PNSE 2 « les inégalités territoriales et de santé », le PNSE 3 « l'exposome », « il fallait trouver un nom au PNSE 4, ça a été : mon environnement, ma santé »</p> |
| <p>Connaissance du PRSE</p> | <p>- Niveau de connaissances variables des acteurs. On logiquement plus de connaissance s'ils travaillent au niveau national, sont pilotes ou prestataire d'une action PRSE3, travaille déjà en lien avec les acteurs institutionnels (ARS) sur d'autres sujets.</p> |
| <p>Communication Acteurs de territoires / Acteurs institutionnels</p> | <p>Communication avec les acteurs institutionnels (ARS DRIEAT) uniquement dans le cadre de projets liés au PRSE. « On communique uniquement avec ces acteurs dans le cadre du PRSE3 ». « Entre ceux qui sont présents, un noyau restreint d'acteurs, la communication est plutôt bonne ».</p> <p>Mais pas d'approche directe « on n'a pas l'approche directe avec les acteurs institutionnels »</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>La communication est facilitée sur les acteurs locaux travaillent déjà avec l'ARS sur d'autres sujets.</p> <p>Au niveau national : difficulté de porter sa voix aux institutions « c'est un gros problème de pouvoir se faire entendre des pouvoirs publics »</p> <p>Les acteurs de territoire en SE ne connaissent peu. Lorsque qu'ils se connaissent et travaillent ensemble, c'est dans leur domaine d'activité. = Peu de transversalité entre les différents secteurs de la SE.</p> <p>Leviers :</p> <p>- ARS et/ou Réseau ÎSEE pour « décloisonner » « créer des liens professionnels (entre acteurs) » qu'ils n'ont pas forcément par « manque de temps », « manque de visibilité »</p> <p>Les « évènements » même s'ils ont une approche descendante créés « des espaces de rencontres et d'échanges entre acteurs »</p> |
| <p>Leviers de remontée des problématiques de terrain</p> | <p>« Coconstruire avec les acteurs »</p> <p>Se Doter de moyens matériels : humains, financiers, techniques</p> |
| <p>Approches descendante / Montantes PRSE PNSE</p> | <p>Total: Les acteurs interrogés ont valorisé l'importance d'une approche ascendante dans la construction des politiques de SE. Pour eux, cette approche nécessite « un portage politique », « une volonté politique encore hétérogène suivant les territoires », « une sensibilisation des pouvoirs publiques à cette démarche », et « il faut qu'ils puissent l'entendre »</p> <p>Cet aspect rejoint la difficulté énoncée des acteurs de « porter leur voix au niveau national » et la faible remontée des actions local à ce niveau.</p> <p>« Le côté local permet aussi de pouvoir être plus à l'écoute des acteurs. » Malheureusement, les directives nationales sont moins territorialisées et du coup un peu plus distant du terrain ».</p> <p>Dans la lignée des lois de décentralisation / déconcentration « il doit vraiment y avoir un échange entre les structures institutionnelles locales et les Ministères ».</p> |

Mais en //, une approche descendante semble nécessaire pour poser « un cadre », « alimenter les financement », trancher dans la décision finale dans des motivations et intérêts diverse des acteurs. Le cadre national règlementaire permet aussi de « légitimer ses actions » auprès de sa Direction.

En Idf : Les institutions « sont plutôt bienveillantes à intégrer les acteurs » « dans le bon chemin, mais il faut être attentif à ce que l'essai se transforme en pratiques ». « Quand on a des projets, on peut les amener »

« Ça fait naitre des idées mais à un moment **il faut un arbitrage** » = un arbitrage au-dessus sinon vous allez sélectionner les gens qui passent le plus de temps à monter leur projets" (intérêts financiers).

- Rôle de la « **remontée des éléments de terrain** » (bottom up) **mais l'approche « top down est aussi importante pour faire redescendre ce qui se dit dans les instances »**

→ 3 échelons : « **Région, Interco, Communes** » = « **Bon échelon pour travailler ensemble** » = « ça va assez vite, c'est des gens qui se connaissent »

Freins : Finalement peu de projets sont proposés par les acteurs eux-mêmes « dans une volonté d'orchestrer tout ça » « les acteurs sont plus suiveurs que moteurs » « il faut être proposant sinon il ne se passe rien »

Atelier PRSE 4 comme un + « la démarche qui est en train de se créer est plus facile pour faire émerger des idées venant du terrain »

Le PRSE comme atout de démarche de ce type car non règlementaire (et des institutions bienveillantes en région) : Exple le PRSE 3 « Cette prise en compte du terrain a été faite de façon très concertée et à l'écoute. Je pense que « le PRSE3 a été construit dans cet esprit ».

« Au plan régional, il y a des mobilisations des acteurs, des assos, des gens qui font des choses » « je pense que certaines choses ont été prise en compte quand même »

Leviers d'action :

| | |
|---|---|
| | <p>« Ce n'est pas nous qui décidons, en bas : il faut des financements, un volonté politique présente »</p> <p>« Il faut une concertation, et que la réflexion parte du terrain. Quand c'est descendant : on n'a pas forcément le reflet des difficultés, d'autres manières de s'organiser, de comment les gens ils voient les choses sur le terrain, les publics" »</p> |
| <p>Quid du GRSE ?</p> | <p>« Chambre d'enregistrement », on ne peut pas dire que ce soit « une instance décisionnaire ». C'est « une instance qui s'informe mais elle n'irait pas à l'encontre de ce qui a été décidé »</p> <p>« Est-ce que ça sert à quelque chose ? je ne sais pas. Mais s'il n'y en avait pas tout le monde dirait que ... »</p> |
| <p>Co-construction PRSE</p> | <p>Absence de culture institutionnelle et État centralisé :</p> <p>« Ça n'est pas dans la culture des institutions » mais nécessaire.</p> <p>« « on reproche à l'état centralisé d'être déconnecté du terrain : pour construire de tels plans et d'autres textes : l'État devrait aller beaucoup plus à la source (villes, départements) pour être vraiment connecté avec le ressenti de la population ».</p> <p>Leviers :</p> <p>- Accentuer les lois de décentralisation / déconcentration</p> <p>« Un travail au niveau des grosse région est-il suffisant ? » « N'aurait-on pas besoin de déconcentrer aussi ces échanges à un niveau plus local, départemental ? »</p> <p>Comme cela reste au niveau régional : la conséquence est un nombre limité d'acteurs qui peuvent participer.</p> <p>- Rôle +++ des CD, des délégation territoriales ARS et DRIEAT</p> <p>« Les actions qui peuvent avoir un impact sur la SE vont se faire au niveau local ». On va avoir les "grands plans régionaux" (PRSE) mais concrètement la mise en œuvre, "ce qui va faire bouger les choses, ce n'est pas la région, c'est au niveau local".</p> <p>- Importance d'une démarche régionale mais importance d'avoir « une démarche plus locale »</p> <p>- Remontée de plus d'action du terrain</p> |

| | |
|----------------------|---|
| | <p>Un plan coconstruit : "une démarche idéale" de co-élaboration, co-suivi, co-évaluation</p> <p>Les atouts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bien pour "générer des idées" mais il "faut un arbitrage au-dessus" - « L'ADEME et l'ARS ont toutes les connaissances nécessaires pour faire le document hors sol" Mais je pense qu'il serait mal appliqué car des choses ne seraient pas comprises (par les acteurs de terrain)." - le PRSE c'est justement trop top down et il faut sortir de ce travers là pour avoir un document mieux pris en charge et appliqué". - « Le fait de travailler en associant les échelons infrarégionaux : ce sera une manière de faciliter la prise en compte locale » - D'animation annuelle ou biennuelles. Le réseau ÎSEE a un rôle à jouer là-dedans. « On apprend beaucoup et c'est une manière de faire remonter des éléments. « S'il y avait plus de communes dans le réseau, elles pourraient participer pendant toute la vie du document. - « Le changement viendra d'en bas c'est sûr mais il faut qu'en haut les choses soient visibles » - Des outils pour alimenter les données : C'est d'avoir un outil que l'on alimenterait avec nos données au fil de l'eau qui soit visible des différents acteurs et de l'ARS. Ce qui pourrait permettre d'avoir une visibilité constante, réelle, de faciliter les bilans. Ça serait intéressant d'avoir un outil comme ça". |
| <p>Atouts</p> | <p>Atouts indéniables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelque chose « de plus proche du terrain » et » qui peut servir plus à la population », « S'il est plus utile aux acteurs locaux, ils le seront à la population ». Ça va permettre d'avoir une « meilleure visibilité de la problématique et des actions en SE ». - Échanges entre pairs |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Un plan plus riche, plus proches des problématiques et besoins locaux - Prise en compte et reconnaissances de la population et de leurs besoins « ça atténuerait le fait que les décisions sont prises (A.N., Gouvernement) par des gens qui ne connaissent pas la réalité » - Exemple de démocratie « pouvoir d'exprimer et prendre part à un plan commun » en // à un manque de prise en compte de la parole citoyenne et des acteurs durant la crise covid <p>« On a une démarche qui s'appuie sur les scientifiques, les experts" "Après il faut trouver les moyens de mobiliser, concerter les citoyens : c'est vrai que c'est difficile"</p> <p>« L'épidémie de Covid et l'absence de concertation avec le monde citoyens. Alors qu'il y a un outil : la conférence nationale santé".</p> |
| <p>Freins</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Plus de temps, de travail, de financements, de moyens matériels - Démarche de nos politiques actuels : « c'est à la mode de vouloir associer au maximum la population » mais d'un autre côté les hommes / femmes politiques ont « la sensation qu'on leur prend un peu de pouvoir » = côté paternaliste et « considèrent leurs électeurs comme des enfants » - Maintenir l'adhésion et la motivation à long termes des acteurs et citoyens impliqués - Les outils pour mener ce processus à long terme : CLS, Atelier Santé ville = « où les acteurs locaux sont moteurs pour des projets de leur collectivité, de leur ville, de leur quartier » - Temporalités différentes : Plus de temps et calendrier des élus « courts » sur leur mandat |
| <p>Apports de savoir profanes</p> | <p>Comment ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convention citoyenne sur l'environnement et la santé à l'échelle régionale - Des patients experts ? qui ferait l'objet d'une enquête après les avoir établis les problématiques émergentes - Valider ces savoirs profanes ? « On peut avoir des savoirs scientifiques pour valider ces savoirs profanes et avoir quelque chose de plus coconstruit, plus |

| | |
|--|--|
| | <p>riche »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus de richesse par la co-construction et l'apport de savoir profane <p>Freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment faire adhérer les personnes ? = question de la légitimité des personnes - Maintenir la mobilisation des personnes sur le long terme - Mobiliser des personnes qui ne font pas engagée dans des asso ou ONG <p>« Avec la population, comme toujours des experts citoyens qui en savent beaucoup : impliqués dans des associations, etc ... » « Eux ils viennent vraiment enrichir le débat, les élus les écoutent beaucoup » « Mais les personnes moins informées [...] dans la majorité ne participent pas au débat. » « Les éléments qu'on discute ne leur reviennent pas forcément » « ça serait intéressant qu'ils puissent y participer même s'ils n'ont pas toutes les connaissances pour s'acculturer. »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les temps et lieu des concertation : présentiel, distanciel, horaire et jour |
| <p>Niveau de concertation / consultation des acteurs dans le PRSE</p> | <p>Concertation et consultation des acteurs pour le PRSE « uniquement dans la phase d'élaboration » → Exple : pour le PRSE 3, une concertation avec plusieurs groupes de travail mais lorsque celle-ci a été finie « toute une période où les acteurs n'ont pas été sollicités » malgré leur demande et motivation de continuer le GT de l'axe 1 dans la mise en place des actions « on a beaucoup sollicité » les acteurs institutionnels « mais on n'a pas eu d'échos » « Plusieurs mois, voire une année sans retour de leur part » « ça s'est fait entre eux » « puis on a été sollicité une fois que tout a été bouclé » donc « on a pu apporter des éléments seulement à la marge ».</p> <p>→ « Difficulté institutionnelle à ce moment à ? » ou « façon volontaire de maintenir la décision entre eux ? »</p> <p>« 1 fois le plan voté, dans sa mise en œuvre, ça serait bien de réactiver les GT », c'est dans le cadre seulement du comité de pilotage du réseau ÎSEE que « notre GT a été réactiver »</p> <p>« Ça a été fait mais tardivement, 1 an après [...] et de façon ascendante, de la base »</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>En // : des « institutions bienveillantes » à ce type de démarche en Idf « les associations sont aussi présentes »</p> <p>PRSE 1 : Également « travail de façon collective » mais sous forme de « grand forum, om les idées fusent » et « avec peu de gens de terrain » « étaient surtout présents des chercheurs, des toxicologues ... »</p> |
| <p>Les acteurs de territoire :</p> <p>connaissances et travail en interrelation</p> | <p>Les acteurs se « connaissent et travaillent très peu entre eux » « se rencontrent très peu ». Même si parfois des ont pour but de « mettre en lien des acteurs [...] ça a duré 1 année puis on est revenu à une approche thématique »</p> <p>« Le cloisonnement est encore assez fort » « On n'est pas très visible les uns des autres »</p> <p>Le covid a aussi joué « les liens plus difficiles à faire à distance »</p> <p>Freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le désengagement de l'État sur l'accompagnement des communes » fait avant avec les DDT et la préfecture <p>« Aujourd'hui la commune construit son document avec un cabinet de Conseil [...] et on consulte les personnes publiques, la moitié du temps, tout à la fin lors de la consultation publique »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Diminution de la qualité de la concertation » depuis quelques années avec « tous ces acteurs public » <p>Levier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le réseau ÎSEE a « été un profond bon en avant » même pendant le Covid avec les débats Conf'ÎSEE « permet de connaître d'autres acteurs, de nouveaux sujets, de les recontacter après » |
| <p>Impact sur la décision finale</p> | <p>PRSE 3 : Les acteurs concertés et consulté « uniquement durant la phase d'élaboration » puis absence de réponse quant à la proposition de maintenir les GT dans la mise en œuvre → « Difficulté institutionnelle ? » « Façon volontaire de maintenir la décision entre eux ? »</p> <p>Prise en compte du travail effectué dans les GT mais réduction de l'ambition de</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>départ :</p> <p>« Le travail [...] a eu un impact sur le décision » mais « l'ambition de départ a été énormément réduite parce qu'en face il y avait les acteurs institutionnels »</p> <ul style="list-style-type: none"> - la « parole a tout de même du poids dans la décision » - La « parole a été entendue mais in fine, c'est l'ARS et la DRIEAT qui détiennent les rennes » - perte « d'un an » - Manque de connaissance des « budgets » - Faire un « travail commun mais la décision revient à l'État » → CF. « il faut un arbitrage » <p>Changement dans la prise en compte des concertations les dernières années :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les années précédentes « on l'a fait, puis au final comme on est élus on peut passer outre ce qu'il se dit » <p>→ <u>Leviers au changement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réseaux sociaux, des échanges publics plus facilement accessibles - « il n'y a plus de décisions en catimini » « ça peut enrichir la manière dont on conçoit les projets » et « responsabiliser les gens qui y participent » - Un monde de plus en plus concerté - Une nouvelle génération d'élus → ont compris « qu'il y a <u>quand même besoin d'associer les habitants pour expliquer</u> » - De + en + besoin de pédagogie dans les projets - « la participation n'est pas juste un habillage ou un médicament pour faire passer les pilule », les élus « il veulent marquer les esprits [...] mais ont compris <u>qu'il fallait qu'ils fassent attention aux retours de bâtons</u> » « l'exemplarité c'est très bien mais il faut que ce soit profitable » |
| <p>Leviers / Freins élaboration PRSE</p> | <p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire remonter le ressenti de la population (par les asso par exemple) - Intégrer les institutionnels locaux : Mairie et CD « les mairies de sentent souvent loin des Ministères » « On s'aperçoit que l'environnement est l'un des principaux objectifs des candidats » (élections dont régionales récentes) - donner plus la parole aux acteurs locaux « qui ont un lien direct avec la réalité |

de terrain », les acteurs de « la base », à l'échelon local (dont asso et particuliers)

- Les CLS : « comment peuvent-ils s'emparer de la SE ? » c'est dans le texte mais absent sur le territoire
- Pour une approche ascendante « Comment on amène les CLS à faire des propositions qui pourraient remontées jusqu'au PRSE ? »
- Les ateliers PRSE 4 : « je me suis dit que quelque chose avec changé » en rapport au PRSE 3 où les acteurs institutionnels sont arrivés avec des choses déjà très cadrées
- Développer le PRSE de manière « collective » mais le « soucis de fond c'est le budgets »

Freins :

- Un **système très centralisé** malgré les lois de décentralisation et déconcentration des décennies précédentes (depuis 1982)
- **Temps institutionnel** « délais de réponse des institutions » « notre système administratif est lent » → Délais de réponse permet aux administrés de dire qu'ils sont « déconnectés de la réalité »
- **Manque d'ambition politique : « CR mais aussi CD »** « C'est aberrant de penser que l'État tout seul dans son coin, sur le telles dimensions (la SE), peut continuer à penser seul »
- Besoin de « **travailler avec l'ensemble des collectivités territoriales** »
- **Pour le PRSE 3**, les acteurs institutionnels sont « arrivés avec des orientations très structurées, cadrées »
- PRSE 3 : Malgré une démarche active vers le CR pour aller présenter le bilan à mi-parcours » « cette proposition n'a pas été relayée »
- « tout ça reste trop au sein des acteurs institutionnels »

Acteurs de territoire dans la gouvernance :

- « **une bonne idée** »
- « si l'on **diversifie les profils** on évite les effets de lobbying »
- Distance entre l'échelle régional et l'échelle locale « les documents régionaux peuvent paraître loin des élus locaux » « c'est **probablement une bonne chose** qu'il y ait à **minima des représentants des communes et interco** »
- **Rôle de « remontée d'élément de terrain »** (bottom up) mais en // l'approche

| | |
|---|--|
| | <p>« top down est importante pour faire redescendre ce qui se dit dans les instances » → 3 échelons : Région, Interco, communes = « bon échelon pour travailler ensemble » « ça va assez vite, ce sont des gens qui se connaissent bien »</p> |
| <p>Place du conseil régional</p> | <p>Absence regrettée et incomprise par les acteurs de territoires eux même.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tentative de présentation du bilan à mi-parcours PRSE 3 mais « l'information ne semble pas avoir été relayée » - Absence de volonté politique - « on a l'impression qui ne sont pas totalement absents » = le réseau ÎSEE dépend de l'ORS qui lui-même dépend de l'Institut Paris Région (financé pour 50% en grande partie par le Région) - Trouver un modèle économique pérenne au PRSE = « L'implication de la Région » et « implication politique forte » - Grands absents du PRSE : « le Conseil Régional et les collectivités territoriales » - « tout un tas de plans (bruit, air, urbanisme) au niveau régional et « de façon étonnante le CR ne s'implique pas dans le PRSE » « pourtant le Grand Paris va modifier beaucoup de choses » au niveau environnemental qui auront des impacts sur la santé des franciliens - les PRSE « peut-être ces plans ne sont pas assez politiques et se veulent trop techniques ? » |
| <p>Le PRSE un plan visible</p> | <p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une « ambition éducative importante » - Un PRSE « visible de la population » - Plus de temps dans l'élaboration « c'est tout le problème de ces plans qui sont établis sur peu de temps, on ne va pas plus loin pour des questions politiques, financières ou autres » - Plus de Budgets alloués - Plus de relais avec les acteurs de territoire « les relais avec les acteurs est un peu mince » - Meilleures connaissances des liens entre santé et environnement - Une couverture médiatique « des sujets grand public et sujets de société » |

Atelier PRSE 4

PRSE 3 : les acteurs institutionnels sont « arrivés avec tout de cadrée » → Ces **ateliers PRSE 4 « quelque chose change »** aucune directive institutionnelle en amont « faire émerger des problématiques de terrain »

Renvoie aux atouts de « **coconstruire avec les acteurs** »

-- > Ces ateliers « **vont dans ce sens** »,

Pour un « **plan plus riche par une approche collective** », plus proche des enjeux locaux, mieux compris par les acteurs de territoire.

« **Dialoguer collectivement** autour du PRSE 4, plus on sera en **capacité de faire mieux** dans la phase de **concertation règlementaire** »

« Tout à fait dans le **bon sens** de pouvoir faire quelque chose **de concerté** et de l'ouvrir **aux acteurs locaux**. » « Faire quelque chose de plus proche du terrain »

Induira : « une **meilleure connaissance du PRSE** par les acteurs de terrain » et donc « un plan **plus lisible** », **compréhensible et saisissable**.

- **Mieux se connaître, réfléchir et travailler avec d'autres acteurs**

- **Regret des grands absents : CR et collectivités territoriales**

(Vrai : présents mais en nombre restreint, démarche active, relance pour faire participer des acteurs du CR)

- « **voir comment les acteurs locaux s'approprient le PNSE 4** » pauvre, seulement 20 actions », « il n'y a pas grand-chose, beaucoup de plans sectoriels (36) » « quelqu'un qui ne lierait que le PNSE 4 aurait une vision restreinte de la SE »

- **Dimension collective** pour traiter les sujets

- Mettre des gens autour de la table et faire des propositions (en lien avec l'idée des PNSE dès le PNSE 1)

- Établir un plan qui « **répond aux besoins des acteurs de terrain** »

Les moins :

- **Peu de temps de discussion** « des idées multiples et peu de temps pour en parler »

- des « **gens qui viennent vendre leur produits** »

- Danger « **c'est d'avoir trop de chose et que ça devienne un fourre-tout** » « faire plaisir à un tel sur un sujet, à l'autre aussi et finalement on met tout ça ensemble et on appelle ça un « PRSE » »

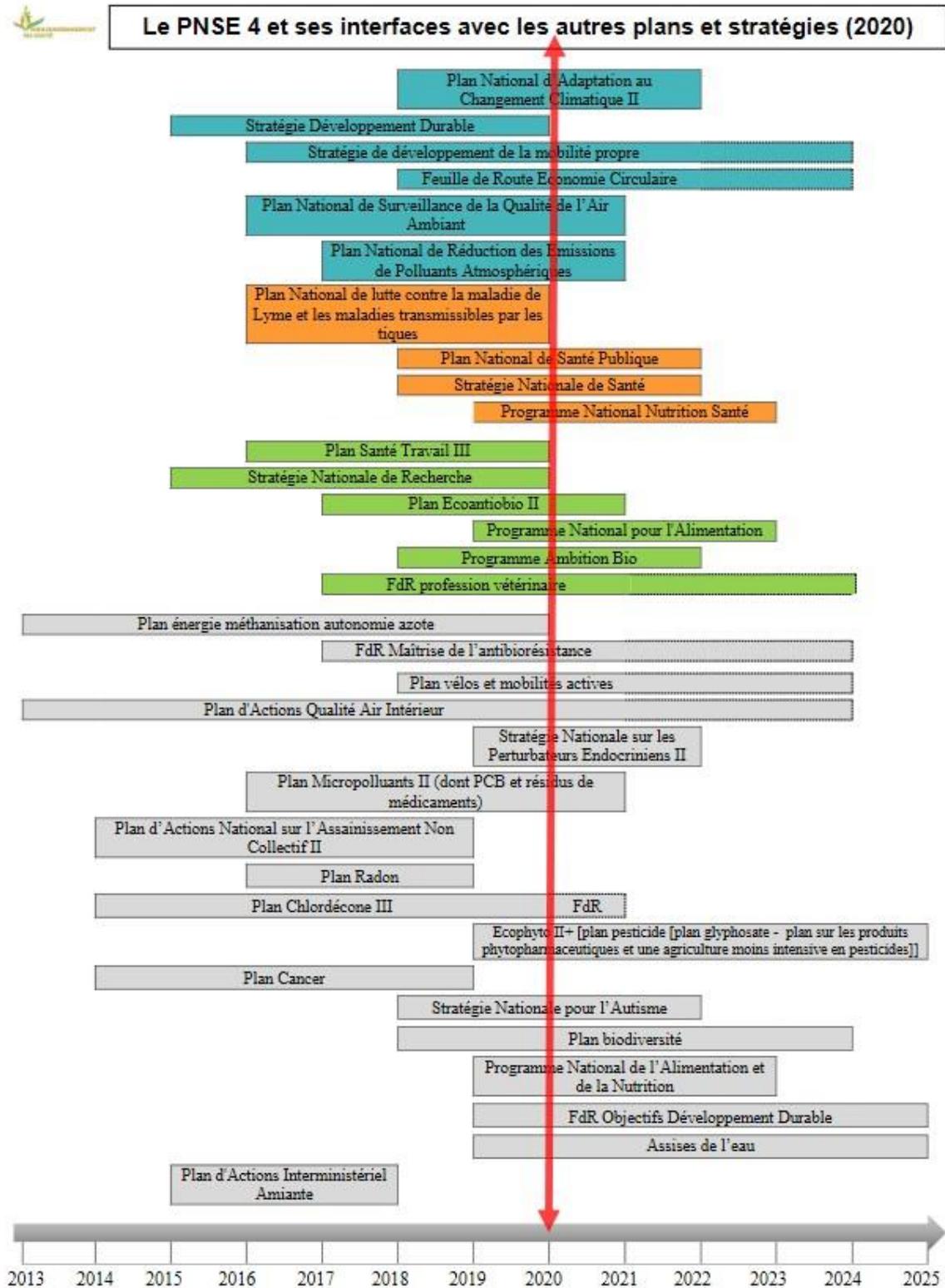
| | |
|------------------------------|--|
| | <p>En // des ateliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire un « bilan réel du PRSE 3 » ce qui a fonctionné et moins bien - prendre en compte les REX - Répertorier les enjeux locaux et les prioriser <p>Les ++++ : faire travailler les acteurs de terrains, les mettre autour de la table, faire émerger des problématiques locales rencontrées au quotidien + faire une hiérarchie des sujets qui ont un impact important +++ "on objective les raisons de nos choix"</p> |
| <p>Suite ateliers</p> | <p>« Continuer »</p> <p>Au moins pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La remontée des réflexions au niveau institutionnel : « Des travaux comme ça remonteront au niveau institutionnel et seront pris en compte » « Continuer ce genre de travaux et faire remonter » - Comme outils intéressant : Un outil à valoriser » - Ne pense pas que cela soit laisser à l'abandon mais « sélection des sujets les plus pertinents par les acteurs institutionnels » qui « recontacteront les personnes susceptibles de les développer » - « Faire naitre des idées » et « arbitrer ensuite » - Engagement institutionnel ? « Ne pas pondre un document valable pendant 4 ans, et après débrouillez-vous pour rentrer dedans et el mettre en œuvre » - Faire « vivre des démarches » - format « hybride » : se réunir à un moment et en Visio à un autre - « Toucher des gens qui sont décisionnaires » - « Avoir une approche globale » <p>Les moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de connaissance du budget qui sera alloué au PRSE 4 - Manque d'ambition politique - Absents : CR et collectivités territoriales <p>« C'est aberrant de penser que l'État tout seul dans son coin, sur de telles dimensions, ne peut continuer à penser seul" "il a besoin de travailler avec l'ensemble des collectivités territoriale : pour que ce soit des co-acteurs".</p> |

| | |
|------------------------------|--|
| | <p>Format distancié :</p> <p>« Moins de spontanéité » mais « on s'écoute, on est tous ensemble »</p> <p>Klaxoon : « très bien ça guide les échanges »</p> |
| <p>Le réseau ÎSEE</p> | <p>Un réseau qui « fonctionne bien », à qui il faut « donner une suite » et que « ça ne s'en arrête pas au PRSE 3 »</p> <p>« Mise en lien avec d'autres acteurs de la SE »</p> <p>« Faire du lien »</p> <p>« On reste peut-être entre acteurs qui étaient pressentis à la SE »</p> <p>« On n'a pas encore touché tout le monde » « il reste une large part à faire là-dessus »</p> <p>« On ne travaille pas forcément ensemble »</p> <p>Les débats conf'ÎSEE « on ne se connaît pas tous, les évènements jouent beaucoup dans la rencontre entre acteurs »</p> <p>La période à distance n'a pas aidé à faire du lien et se rencontrer entre acteur mais importance des débats Conf'ÎSEE durant cette période</p> <p>Continuer</p> <p>Rôle de la coordination et animation du réseau</p> <p>Model économique pérenne : implication de la Région</p> <p>Plus de temps</p> <p>« Faire des liens les uns les autres pour pouvoir faire des projets communs »</p> <p>Promotion auprès des communes et services</p> <p>Rôle ++ de l'interface Whaller dans le partage d'info</p> <p>« Un centre ressource » « c'est ce qui va faire faire que la population adhère à la SE » « une structure à part entière du réseau »</p> <p>Faire devenir un « réseau public » : biface « tourné vers le grand public, de formation, de mise à disposition d'informations, d'accès documentaires sélectionnés » et « tourné vers les acteurs » = « Un réseau Janus » mais « c'est peut-être un peu utopique »</p> |

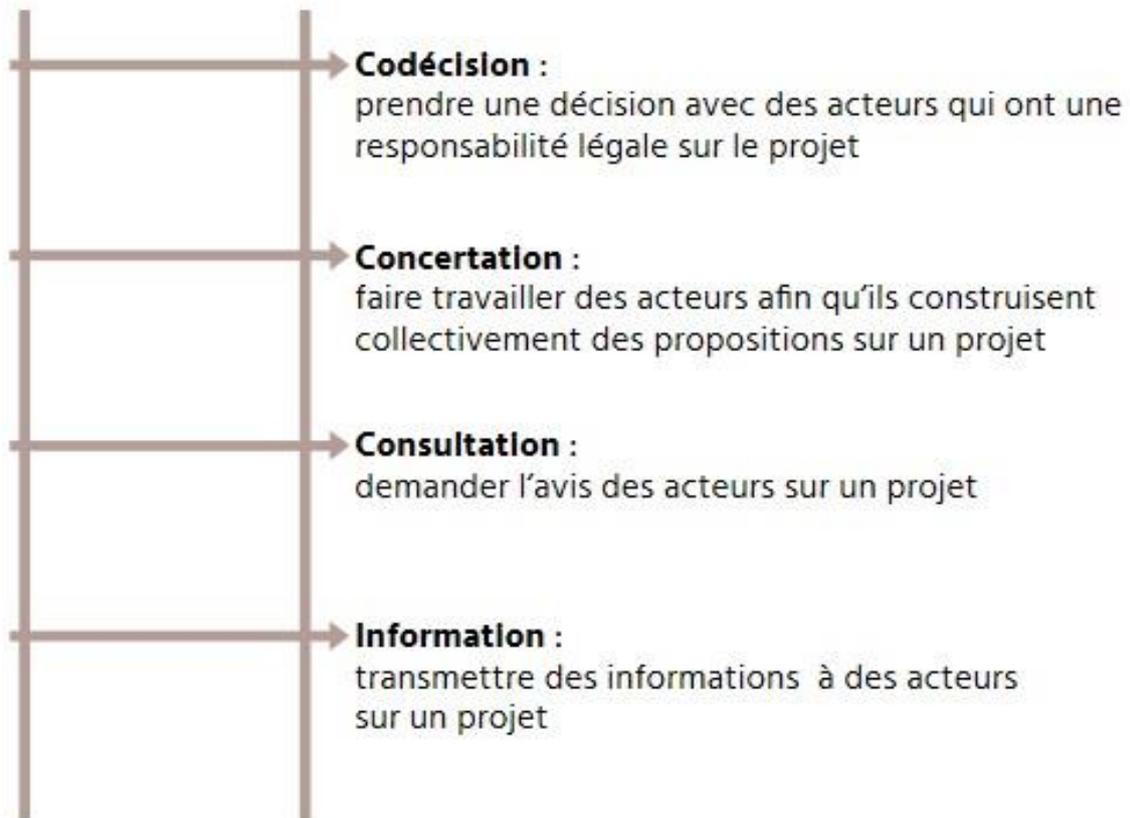
Annexe n°3 : Cartographie des acteurs participants aux ateliers « Vers un plan régional santé environnement 4 », 1^{er} et 11 juin 2021, réseau ÎSÉE



Annexe n°4 : Les PNSE et ses interfaces avec les autres plans et stratégies, 2020.



Annexe n°5 : Échelle simplifiée d'Arnstein, Guide Lisode, 2017.



Annexe n°6: Les quatre dimensions interdépendantes du changement, Hassenteufel, 2011, p. 247, dans « sociologie politique : l'action publique ».

| Dimension du changement | Niveau d'action publique | Impact potentiel sur les autres dimensions |
|--|--|---|
| Instruments (Usage et création) | Modalités concrètes (Mise en œuvre) | - Modification des interactions entre acteurs - Rend possible la reformulation des objectifs |
| Acteurs (Renforcement / affaiblissement, émergence / disparition) | Politique (au sens de <i>polity</i> : rapport de pouvoir) | - Usage et définition des instruments - Redéfinition du cadre institutionnel - Redéfinition des objectifs |
| Cadre d'interaction (Règles du jeu institutionnelles) | Institutionnel | - Modalité d'usage et de définition des instruments - Redéfinition des positions et des ressources des acteurs - Modalité de définition des objectifs |
| Orientation de la politique publique (Hiérarchie des objectifs et système de représentation sous-jacent) | Cognitif | - Usage et définition des instruments - Redéfinition des positions et des ressources des acteurs - Redéfinition du cadre institutionnel |

Note réflexive

I. Généralités

1. La recherche de stage

Le master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique (PPASP) de l'EHESP ouvre un large champ de possibilités en matière de thématiques de santé publique à aborder durant un stage et dans un futur professionnel. Dans ce cadre, des choix finalement peu aisés sont à effectuer entre de nombreux et intéressants domaines d'activité. Aussi, la période de recherche de stage m'a avant tout permis une réflexion sur moi-même, sur mes perspectives professionnelles, en termes de sujets à aborder donnant du sens à mes valeurs personnelles, ma vision du monde, et de la santé publique. La santé et l'environnement me sont alors apparues comme une évidence mais plus encore le concept « One health ». Souhaitant travailler le sujet de la santé environnementale moins sur le penchant « technique » que par une vision globale incluant la dimension politique et la coordination des acteurs du territoire, c'est par une candidature spontanée que j'ai envisagé ce stage au sein du réseau ÎSÉE. Par l'échange riche et les missions proposées lors de l'entretien, j'ai pensé le réseau comme une véritable opportunité, englobant l'ensemble des perspectives que je m'étais imaginées pour ce stage et dans mon futur professionnel.

2. Le lieu de stage

Mon stage de fin d'étude au réseau ÎSÉE s'est étalé sur six mois, de mars à la fin août 2021. Animé par l'observatoire de santé (ORS) Île de France, les bureaux du réseau se situent au même étage au sein de L'Institut Paris Région auquel appartient l'ORS et par conséquent le réseau ÎSÉE. L'Institut, anciennement « Institut d'aménagement et d'urbanisme », regroupe de nombreux départements régionaux œuvrant dans le domaine des transports et de l'urbanisme, de l'environnement, de l'économie et de la société. L'Institut Paris Région offre ainsi une expertise pluridisciplinaire rare permettant de traiter à 360° les problématiques de développement des

territoires franciliens. C'est, pour moi, une véritable chance d'avoir pu intégrer un lieu propice au partage et à la mutualisation des connaissances et compétences.

Malgré les contraintes sanitaires dues à la crise de la Covid-19 j'ai pu, tout au long du stage, être présente dans les locaux au moins deux jours par semaine. Ceci m'a véritablement aidé, alimentant les échanges, et le travail collaboratif avec ma collègue notamment. Ces échanges auraient été certainement différents au seul format distanciel. Cela a été aussi l'occasion de rencontrer l'ensemble de l'équipe de l'ORS et des personnes des autres départements de L'Institut Paris Région. J'ai pu travailler, avec certaines de ces personnes, de façon transverse pour la mission de stage et les autres tâches qui m'étaient confiées.

3. La mission

Ma mission s'est centrée, jusqu'à début juillet sur l'élaboration, la communication, la mise en place, la tenue et l'analyse des ateliers participatifs « Vers un plan régional santé environnement 4 », impliquant des acteurs du territoire et en vue de l'élaboration du prochain PRSE4 francilien. Les objectifs de ces ateliers ont été construits collectivement entre les commanditaires, l'ARS et la DRIEAT, et l'équipe d'animation du réseau ÎSÉE, en l'occurrence ma collègue et moi. Cette phase m'a permis de découvrir et de toucher du doigt des « jeux » et « verrous » institutionnels et politiques. Les objectifs et les perspectives de ces ateliers ont été mouvants. Ne rentrant pas dans la « concertation règlementaire » à l'élaboration du PRSE, l'incertitude quant à leur poursuite à perduré jusqu'à leur analyse, où finalement il a été décidé que le réseau ÎSÉE poursuivrait ces ateliers de façon autonome. Aussi, l'assurance, que ce qu'il en ressortirait serait, en partie, pris en compte lors de la phase d'élaboration propre du prochain PRSE, fut actée puis remise en question dans sa forme. Dans ces conditions, comment maintenir la motivation à long terme des acteurs participants ? Comment communiquer ? Que leur dire ? Comment garder légitimité et crédibilité après un tel engagement ? Tels sont mes questionnements qui ont suivis ces aléas. De plus, le désengagement en matière de santé environnementale du Conseil régional en Île-de-France a permis de renforcer mes réflexions. Nous étions tout de même satisfaites que deux personnes issues du Conseil régional participent aux ateliers, après plusieurs relances mails et un dialogue qui semblait impossible. Mes étonnements et réflexions autour des acteurs politiques, du fonctionnement de l'État, de la participation des acteurs et/ou de la population aux décisions qui les concernent et plus largement à la vie démocratique, ont donné source à la problématique de ce mémoire. De plus, il ne m'apparaissait pas possible de ne pas présenter l'histoire longue de la santé environnementale, qui reflète véritablement, à mon regard, ce que certains auteurs

énoncent comme « le coût de l'inaction » mais plus largement des façons de penser la société, de faire de la santé publique et des politiques.

Les deux sessions d'ateliers ont été tenues les 1^{ers} et 11 juin 2021. Aussi, du fait des contraintes sanitaires en vigueur à ce moment-là, les ateliers ont été menés au format dématérialisé, en trois temps, incluant un temps de travail en petits groupes. J'ai passé quelques semaines au choix, test et à la préparation de l'outil de travail collaboratif en distanciel. Cependant, le temps passé est un temps bénéfique pour de prochains ateliers de ce type mais également, cela nous a permis de proposer une courte formation pratique et un temps de partage de connaissances à nos collègues des autres départements de L'Institut Paris Région.

De plus, nous avons sollicité, par téléphone, certains membres du réseau pour participer à ces ateliers. Ces temps d'échanges ont été une expérience riche et m'ont permis de me présenter, de dialoguer, de nouer les premiers liens, et de commencer à connaître certains membres du réseau ÎSÉE. Le réseau compte, à ce jour, une centaine d'adhérents. En temps distancié, c'était une véritable opportunité de pouvoir échanger de la sorte autrement que par mail. L'équipe d'animation des ateliers a également compté trois membres du réseau, issues de structures différentes. Ils nous ont apporté de précieux conseils au travers de temps de partages riches d'expériences.

Au-delà, de cette mission qui m'a été confiée durant ce stage, j'ai contribué à la vie, aux activités du réseau de manière transverse et aux projets futurs à partir du mois de juillet.

II. Perception de l'institution et de mon rôle au sein du réseau ÎSÉE

Le réseau ÎSÉE ne comptait qu'une personne à mon arrivée, ma collègue et tutrice de stage. Nous avons mené un véritable travail collaboratif durant ce stage à travers des échanges riches, des visions et perspectives souvent partagées. Aussi, ce cadre m'a permis de prendre confiance, de trouver ma place au fur et à mesure du stage. De plus, l'équipe de l'ORS bienveillante, et celle de L'Institut Paris Région ont contribué aux conditions de travail agréables pour ce stage.

Ce stage a donc été d'une grande richesse. Il m'a permis de découvrir un domaine et des projets pour lesquels je donne beaucoup de sens. Le fait d'intégrer un réseau permet également de faciliter la mise en relation, les échanges, les rencontres et les retours d'expérience qui, selon

mon avis, offrent une véritable plus-value à son travail quotidien. L'entente avec ma collègue a également contribué à la richesse de ce stage.

Concernant le mémoire, j'aimerais qu'il ne soit pas envisagé comme une seule critique de l'État et de ses institutions, mais considéré comme « un petit pas de plus » au changement dans nos façon de faire et de penser la santé, la santé environnementale, les politiques publiques, et la démocratie.

III. Bilan professionnel

J'ai eu l'opportunité de rapidement quitter ma place de stagiaire et d'intégrer l'équipe d'animation du réseau ÎSÉE en tant que collègue. Aussi, j'ai apprécié les points très réguliers avec ma collègue et l'intégration sur de nouveaux projets. Ce stage très opérationnel m'a permis d'acquérir autonomie, d'être force de proposition, de m'épanouir dans mes missions et mon travail au quotidien.

Aussi, j'ai pu développer de nombreuses compétences :

- des compétences organisationnelles : le fonctionnement du réseau est établi sur le mode projet. Également, par la mission confiée, le respect des différents timings à toutes les étapes de l'élaboration des ateliers participatifs a été essentiel : de la phase d'élaboration, du choix et préparation de l'outil collaboratif, du lancement des invitations, de la recherche d'acteurs hors réseau, de la création des groupes de travail, à la tenue des ateliers et leur analyse ;
- des compétences techniques : conduite de projet de A à Z, outils de communication et de travail collectif au format dématérialisé ;
- Des compétences sociales : telle que celles que j'évoquais précédemment.

IV. Perspectives

Pour la mission considérée dans ce stage, le réseau ÎSÉE poursuivra les ateliers participatifs en vue de l'élaboration du prochain PRSE4 francilien de manière autonome. Leur format, soit sous l'angle d'ateliers de même type ou par la mise en place de groupe(s) de travail au sein du réseau ÎSÉE, sera envisagé prochainement.

Aussi, mon expérience riche au sein du réseau ÎSÉE va se poursuivre puisque je suis recrutée à la suite de ce stage. Ravie, je peux envisager et débiter au cours de cet été 2021 les nouvelles missions qui me sont confiées. Également, n'ayant pas eu de congés durant la période de stage, j'ai pu bénéficier d'un temps entre la fin de stage et le début du contrat, l'équipe là encore bienveillante à ce sujet.

En conclusion, avoir pu intégrer le master PPASP à l'EHESP a été une véritable chance. Malgré les contraintes sanitaires, cette année qui conclut mon cursus universitaire fut riche d'expériences, de rencontres, de partages, d'acquisition de connaissances et de compétences, et donne les perspectives que j'avais envisagées à ma vie professionnelle. Aussi, je recommande vivement ce master.

| | | |
|---|-----------------|-------------------|
| Rateau | Mathilde | 01/09/2021 |
| Master 2 | | |
| Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique | | |
| Santé environnement : Des ateliers participatifs au cœur de la transformation et du changement de l'action publique. | | |
| L'exemple des ateliers « Vers un plan régional santé environnement 4 » en Île-de-France. | | |
| Promotion 2020-2021 | | |
| <p>Résumé :</p> <p>L'histoire longue de la santé environnementale rappelle à quel point l'homme est vulnérable face à l'environnement et qu'il contribue, encore à ce jour, à sa dégradation. La crise de la Covid-19 a mis, de nouveau, en exergue cette dimension par le passage d'espèces d'un virus provoquant une pandémie qui touche chacun d'entre nous quotidiennement et l'ensemble des secteurs d'activités, depuis plus d'un an. Dans une perspective plus holistique et humaniste de la santé, la santé environnementale doit devenir une « priorité du XXIème siècle » au sens où « chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé » (Charte de l'environnement, 2004).</p> <p>Les enjeux transversaux dont relève la santé environnementale amènent à imaginer une nécessaire collaboration et interdisciplinarité des acteurs impliqués dans le domaine, à toutes les échelles territoriales. De plus, dans la perspective d'une prise de conscience et d'une action collective, la participation des acteurs et plus largement de la population aux politiques publiques qui les concernent interviendrait au-delà des processus électoraux.</p> <p>Dans ce contexte, le fonctionnement de l'État, ses transformations et celles, en conséquent, de l'action publique sont à envisager comme relevant de complexités, de stratégies et d'actions entravées d'objectifs informels, de verrous et d'ambiguïtés.</p> <p>Ce travail, à travers l'exemple d'ateliers participatifs impliquant des acteurs du territoire francilien en vue des prochaines politiques régionales de santé environnementale, témoigne d'une nécessaire « construction collective » de l'action publique (Hassenteufel, 2011) et d'un changement qui se voudrait graduel face aux enjeux multiples des liens entre santé et environnement.</p> | | |
| <p>Mots clés :</p> <p>Santé environnement, planification, participation, démocratie, acteurs du territoire, politiques publiques, action publique, transformation, changement, One Health.</p> | | |

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