



Master 2 Santé publique – Parcours METEORES

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **Septembre 2024**

**Prise en compte des inégalités sociales
et territoriales de santé environnement
par les Contrats Locaux de Santé – Le
cas de Bordeaux Métropole**

Adèle MARQUER

Référente professionnelle : Sarah Gregory

Référent pédagogique : Eric Breton

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier tous les membres de la Direction Animation des Transitions, et plus spécifiquement du Service Santé et Résilience de Bordeaux Métropole pour leur accueil chaleureux et leur bienveillance quotidienne lors de mon apprentissage.

Je remercie Sarah Gregory, Marion Tible et Clémence Chanal-Lagniez pour leur encadrement, leur disponibilité et les divers conseils qu'elles ont pu me donner lors de mon apprentissage et dans le suivi de mon mémoire.

Je tiens également à remercier sincèrement Eric Breton d'avoir pris le temps de m'accompagner pour ce mémoire. Ses conseils et sa disponibilité m'ont été précieux.

Enfin, je remercie les différentes personnes ayant acceptées de s'entretenir avec moi dans le cadre de cette étude.

Sommaire

Introduction	6
1. Etat des connaissances.....	7
1.1. Les inégalités sociales et territoriales de santé.....	7
1.1.1. L'environnement comme déterminant de la santé	7
1.1.2. Origines des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)	9
1.1.3. Origines des inégalités sociales et territoriales en santé environnementale (ISTSE) 11	
1.1.4. Exposition et vulnérabilité.....	12
1.1.5. Comment agir pour diminuer les inégalités ?.....	14
1.2. L'outil Contrat Local de Santé (CLS)	16
1.2.1. Implantation de la santé dans les politiques locales.....	16
1.2.2. Définition d'un Contrat Local de Santé.....	20
1.2.3. Contrat Local de Santé et Santé Environnementale	22
2. Objectifs	24
3. Méthodologie.....	25
3.1. Cadrage de l'étude.....	25
3.1.1. Le territoire de Bordeaux Métropole.....	25
3.1.2. Contexte du CLS de Bordeaux Métropole.....	26
3.2. Recueil des données	27
3.2.1. Documentation	27
3.2.2. Entretiens semi-directifs	29
3.3. Analyse des données	30
4. Résultats	32
4.1. Les ISTSE dans les documents généraux du CLS Bordeaux Métropole	32
4.2. L'intégration des principes généraux des ISTSE dans les actions.....	33
4.2.1. Exposition et territorialisation des actions	34
4.2.2. Vulnérabilité, ressources et gradient social	35
4.2.3. Les citoyens absents du CLS	36

4.2.4. Objectifs généraux des actions	37
4.3. Frein et leviers à la prise en compte des ISTSE	38
4.3.1. Des freins à la prise en compte des ISTSE.....	38
4.3.2. Des leviers à la prise en compte des ISTSE	40
5. Discussion.....	42
5.1. Des pratiques difficilement compatibles avec la lutte contre les ISTSE	42
5.1.1. Une territorialisation des actions nécessaire.....	42
5.1.2. Réflexion sur les populations et leurs différentes caractéristiques	44
5.1.3. Approche par les déterminants de la santé.....	45
5.2. Santé environnementale et inégalités : deux principes complexes	46
5.2.1. La santé environnementale	46
5.2.2. Les inégalités	47
5.2.3. Les inégalités sociales et territoriales de santé environnementale	48
5.3. Limite de l'étude.....	50
6. Conclusion	51
Bibliographie	52
Liste des figures	57
Liste des tableaux	58
Liste des annexes	59

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : Atelier Santé Ville

CCAS : Centre Communal d'Action Social

CLS : Contrat Local de Santé

EIS : Evaluation d'Impact sur la Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

ISS : Inégalités Sociales de Santé

ISTS : Inégalités Sociales et Territoriales de Santé

ISTSE : Inégalités Sociales et Territoriales de Santé Environnement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PNSE : Plan National en Santé Environnement

PRS : Projet Régional de Santé

PRSE : Projet Régional en Santé Environnement

SSE : Statut socio-économique

UFS : Urbanisme Favorable à la santé

URPS : Union Régional des Professionnels de Santé

Introduction

1789, Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

"Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune."(Riqueti de Mirabeau & Mounier, 1789).

2004, Charte de l'Environnement

"Chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé."
(Conseil constitutionnel, 2004).

Le système politique français affiche s'appuyer et défendre ces principes. Pourtant, en France les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) persistent, et les facteurs environnementaux y jouent un rôle important. D'après l'Inserm, « des facteurs environnementaux seraient à l'origine de plus de 70% des maladies non transmissibles », tels que des maladies cardiovasculaires, respiratoires chroniques, métaboliques ou des cancers (Inserm, 2021). Chaque année en France, 40 000 décès sont attribuables à la pollution de l'air selon Santé Publique France (Santé Publique France, 2021b). En 2023, l'Agence nationale de l'habitat estimait le nombre de logements occupés comme potentiellement insalubres à 450 000 (Agence nationale de l'habitat, 2023), malgré les effets sanitaires connus. Néanmoins, les conséquences néfastes des facteurs environnementaux sur la santé touchent majoritairement les populations les plus démunies et défavorisées (Deguen & Zmirou-Navier, 2010a). Ces inégalités sociales et territoriales de santé environnementale (ISTSE) sont très présentes dans le monde et sur le territoire français.

En France, des programmes tentent de répondre à cette problématique de santé publique à différentes échelles. Depuis la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) de 2009, les Contrats Locaux de Santé (CLS) ont été créés pour agir sur des problématiques de santé au niveau local. Plus spécifiquement, les Agences Régionales de Santé (ARS) souhaitent utiliser ce programme pour réduire les ISTS, dont celles de santé environnementale. Cependant, nous ne savons pas dans quelle mesure les CLS réussissent à intégrer les inégalités sociales et territoriales de santé environnement présentes sur le territoire cible lors de leur élaboration et leur mise en œuvre. Ainsi, la pratique répond-elle aux objectifs théoriques affichés par les ARS et les collectivités territoriales ?

L'objectif de ce mémoire est d'apporter une meilleure compréhension de la contribution des Contrats Locaux de Santé sur les inégalités sociales et territoriales de santé environnementale.

1. Etat des connaissances

1.1. Les inégalités sociales et territoriales de santé

1.1.1. L'environnement comme déterminant de la santé

La notion selon laquelle l'environnement impacte la santé est loin d'être récente. Dès la période de l'Antiquité, Hippocrate, également surnommé le « père de la médecine », formulait cette idée dans le traité « Airs, Eaux et Lieux » : « Pour approfondir la médecine, il faut considérer d'abord les saisons, connaître la qualité des eaux, des vents, étudier les divers états du sol et le genre de vie des habitants » (Cicolella, 2010). Avicenne (Xe-XIe siècle), John Snow (XIXe siècle) (Dab, 2021) et bien d'autres scientifiques, ont contribué à établir le lien entre santé et environnement. Ce principe de santé environnementale s'est progressivement intégré dans les réflexions sur la santé des populations. Cela nous amène à la conférence d'Helsinki de 1994. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) y a défini la santé environnementale de la façon suivante : elle « comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle 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. » (Santé Publique France, 2022). Cette définition met en lumière l'importance cruciale des facteurs environnementaux sur la santé humaine, soulignant ainsi leur omniprésence dans notre quotidien et leur influence sur notre état de santé.

Dès la vie intra-utérine et jusqu'à la fin de sa vie, un individu sera exposé à de nombreux facteurs qui viendront moduler son état de santé. Qu'il s'agisse de facteurs internes propres à chacun tels que la génétique, le sexe ou l'âge, ou bien des facteurs extérieurs tels qu'environnementaux ou socio-économiques, ils pourront impacter positivement ou négativement sa santé. Ce cumul d'expositions environnementales se nomme exposome (Inserm, 2021).

Afin de mieux comprendre ces liens de causalité entre ces facteurs et la santé, le principe de « déterminants de la santé » a été proposé. L'OMS les définit comme étant les « facteurs personnels, sociaux économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (Alla, 2016). Ces différents facteurs sont en perpétuelle interaction entre eux. Plusieurs schémas permettent de l'illustrer. Dans ce mémoire, nous nous

référerons au schéma présenté ci-dessous (Ministère de la Santé et des services sociaux Québec, 2011) lorsque la notion de « déterminants de la santé » sera traitée. Cette « Carte de la santé et de ses déterminants » permet de visualiser les potentielles interactions entre les multiples déterminants de la santé. Les différentes catégories de déterminants sont séparées les unes des autres par des lignes pointillées illustrant les liens entre elles. Ainsi, les contextes globaux vont venir impacter les différents systèmes, qui à leur tour joueront un rôle sur les milieux de vie des individus, puis sur les caractéristiques individuelles, et enfin définir l'état de santé d'un individu ou d'une population. Les différents déterminants de santé sont donc en interaction constante. Ces derniers peuvent se neutraliser ou se potentialiser, ce qui en fait un cumule d'interactions complexes et multiples (Raimondeau, 2018).

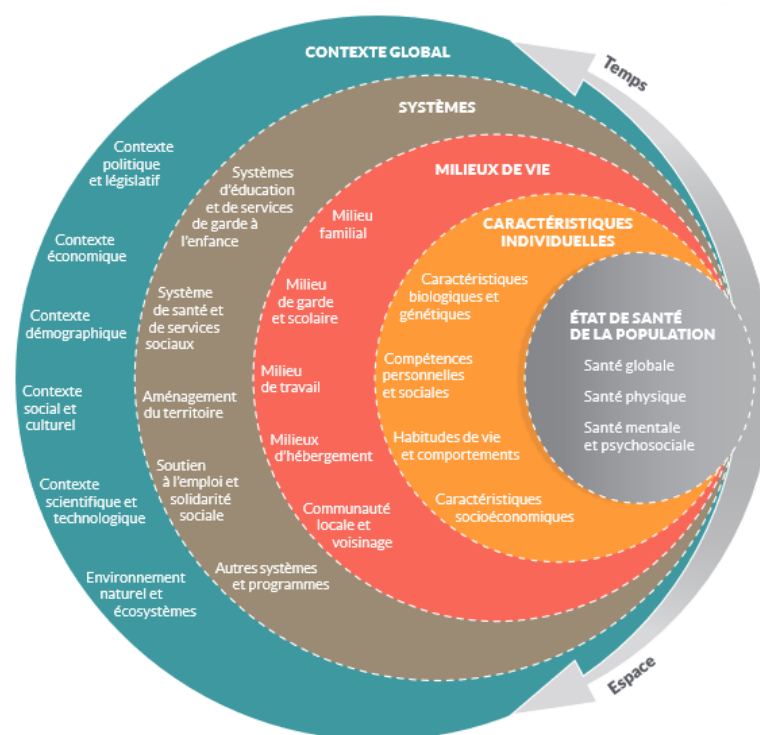


Figure 1 : Carte de la santé et de ses déterminants (Ministère de la Santé et des services sociaux Québec, 2011)

L'ensemble de ces déterminants de la santé peut être divisé en deux catégories. Les déterminants proximaux ou microsociaux correspondent aux facteurs ayant un impact direct sur la santé d'un individu. On retrouve par exemple les habitudes de vie (alimentation, activité physique, etc.) ou encore les conditions de vie (conditions de logement, de travail, etc.). On les distingue des déterminants distaux ou macrosociaux. Ils impactent la santé de la population de façon indirecte, en agissant sur les déterminants proximaux de la santé. Ces déterminants sont plus globaux, et comprennent les différentes politiques de santé publique, le contexte social, économique, etc.

La Figure 1 montre clairement le rôle prépondérant de l'environnement sur l'état de santé des populations. En effet, les enjeux environnementaux sont présents à toutes les échelles des déterminants de la santé. Ils sont à la fois retrouvés dans les déterminants proximaux et distaux de la santé. Au sein des caractéristiques individuelles, la santé environnementale se manifeste dans les habitudes de vie et les comportements, comme le fait d'aérer son logement chaque jour pour améliorer la qualité de l'air intérieur. L'environnement intervient aussi dans les milieux de vie. Les conditions d'hébergement et de travail sont des facteurs pouvant impacter positivement ou négativement la santé. L'aménagement du territoire influence directement les conditions de vie et donc la santé environnementale. Par exemple, l'aménagement d'une ville ou d'un quartier peut agir sur la qualité de vie de leurs habitants, tels que sur la mobilité, les îlots de chaleur, etc. Enfin, l'environnement est un déterminant de contexte global de la santé où des facteurs comme les types de pollution (air, eau, sol, aliments) et les divers agents pathogènes exercent une influence significative sur la santé des populations.

Ainsi, l'environnement est un déterminant majeur de la santé, qui est omniprésent à tous les niveaux de vie des individus et de la société. Sa prise en compte est essentielle pour améliorer la santé de tous. Toutefois, les effets cumulés de ces différents facteurs peuvent être bénéfiques ou néfastes selon les conditions de vie et les prédispositions de chacun. Ces variations de ressources individuelles et collectives peuvent entraîner des disparités importantes en termes de santé, provoquant des ISTSE.

1.1.2. Origines des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)

Le concept de déterminants de la santé permet de mieux comprendre les origines potentielles des ISTS, y compris en santé environnementale.

Santé Publique France définit les inégalités sociales de santé (ISS) comme des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux » (Santé Publique France, 2021a). Elles sont donc définies par deux grands principes : les déterminants de la santé et le gradient social. Les ISS sont très souvent associées aux inégalités territoriales, comme des disparités d'accès aux soins, à des services sociaux ou médico-sociaux. Cela donne naissance aux ISTS.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs modèles ont essayé d'expliquer l'origine des disparités sociales de santé, tels que le modèle génétique, le modèle des parcours ou « Pathways », le modèle d'interactions ou encore le modèle des causes fondamentales (Diez Roux, 2012).

Le premier modèle cherche à mettre en évidence un lien de causalité entre la génétique et les disparités en santé, sans s'intéresser à l'influence sociale. La génétique est un facteur pouvant influencer la santé d'un individu. Toutefois, il a été conclu qu'il était peu probable que la génétique soit une cause majeure des ISS. De plus, ce mémoire s'intéresse aux problématiques sociales et territoriales de santé donc ce modèle ne semble pas le plus adéquat pour le réaliser.

Le modèle des parcours ou « Pathways » s'intéresse aux interactions entre les déterminants distaux et proximaux de la santé. Il se concentre beaucoup sur des expériences et expositions individuelles telles que les habitudes de vie. Avec cette approche plus individuelle, il risque de se concentrer davantage sur les déterminants proximaux et de négliger les distaux tels que les facteurs sociaux et économiques. Cependant, ce mémoire interroge une action de santé publique traitant de questions sociales, et donc potentiellement de déterminants distaux de la santé. Ainsi, ce travail ne s'appuiera pas sur ce modèle.

Dans le modèle des interactions, il est montré que pour comprendre les disparités de santé, il est essentiel de comprendre les liens de causalité entre la génétique et les contextes environnementaux et sociaux. Par son approche principalement génétique, cette théorie semble dépasser le cadre de l'étude et ne pas être adaptée pour l'analyse qui s'intéresse à un dispositif de santé publique, le CLS.

Dans ce mémoire, le choix a été fait de s'appuyer sur la théorie des causes fondamentales proposée par Link & Phelan (Phelan et al., 2010). Cette théorie cherche à comprendre pourquoi les inégalités en santé liées aux statuts socio-économiques persistent dans le temps, malgré les grandes avancées médicales des dernières décennies. Les causes fondamentales sont représentées principalement par les conditions et ressources sociales dont dispose chaque individu. Elles intègrent la situation économique, les connaissances, le pouvoir, le prestige ou encore les liens sociaux. Les personnes ayant un statut socio-économique (SSE) élevé possèdent davantage de ressources leur offrant la possibilité de mobiliser une motivation, des moyens et des actions pour améliorer leur santé. A contrario, les individus ayant un SSE plus faible possèdent moins de ressources et sont moins équipés pour se protéger et conserver leur santé. Ainsi, un gradient social se dessine au sein des populations, jouant un rôle central dans l'origine des ISS. Un gradient social de santé se définit par « une correspondance entre les différences de santé observées et la position dans la hiérarchie sociale » (Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé, 2024).

Contrairement aux autres théories présentées plus tôt, celle de Link & Phelan porte une attention particulière aux causes distales. Cette théorie apparaît comme la plus en lien avec les ISS. En effet, elle questionne la relation entre les disparités socio-économiques et l'accès à diverses ressources. De plus, elle intègre à la fois les déterminants distaux et proximaux de la santé.

1.1.3. Origines des inégalités sociales et territoriales en santé environnementale (ISTSE)

Les ISTSE intègrent les mêmes notions sociales et territoriales que les ISTS, mais elles portent un intérêt spécifique aux problématiques de santé environnementale. Cette formulation permet d'intégrer à la fois les notions d'environnement, de santé, de social et de territoire qui sont étroitement liées. Les ISTSE se réfèrent aux inégalités en santé environnement, contrairement aux ISS qui se réfèrent aux inégalités de santé.

L'origine des inégalités en santé environnement rejoint celles des ISS. Toutefois, plusieurs facteurs leurs sont spécifiques, c'est ce que cette partie va tenter d'illustrer.

Eloi Laurent propose trois typologies différentes afin d'identifier les origines des inégalités environnementales (Laurent, 2021). Une première typologie s'intéresse « aux vecteurs d'inégalités ». Cela intègre la pollution de l'air, la pollution du milieu, l'accès aux ressources naturelles, l'exposition et la sensibilité aux catastrophes sociales-écologiques, etc. Une seconde typologie prend en compte « un critère d'inégalité ». Ces critères concernent davantage des caractéristiques propres à l'individu et son mode de vie, c'est-à-dire son âge, la qualité de son logement, le quartier dans lequel il vit, etc. Enfin, la dernière typologie classe les inégalités environnementales en trois grandes catégories selon leur fait générateur, qui vont être expliqués ci-dessous.

La première catégorie englobe les « **inégalités d'exposition, de sensibilité et d'accès** ». Elle se réfère à la répartition inégale de la qualité de l'environnement entre les populations, aux différentiels de vulnérabilité et aux conséquences des inégalités environnementales sur la future situation sociale d'un individu. Certains groupes peuvent vivre dans des zones avec un environnement de meilleure qualité. Par exemple, cela passe par une bonne qualité des sols, de l'air et un accès simple à des espaces verts. A l'opposé, d'autres sont exposés à des environnements plus pollués et/ou de moins bonne qualité. Ces expositions, selon la période de vie de l'individu, peuvent entraîner des conséquences sur le long terme. Par exemple,

certaines expositions environnementales lors de la vie prénatale ou périnatale peuvent avoir des effets pendant très longtemps. La question de la vulnérabilité est très importante, elle sera développée plus loin dans ce mémoire. La seconde catégorie de cette typologie, « **inégalités distributives des politiques environnementales** », concerne la manière dont les politiques environnementales affectent différemment les groupes sociaux. Ces inégalités peuvent être de deux types. Les « inégalités verticales » se réfèrent à des différences entre des groupes sociaux hiérarchiquement distincts, comme les riches et les pauvres. Les « inégalités horizontales » concernent les différences entre des groupes sociaux de même niveau hiérarchique mais situés dans des contextes différents, comme les résidents de différentes régions ou quartiers. Les « **inégalités dans la participation aux politiques publiques environnementales** » se rapportent à l'accès inégal des différents groupes à la définition et à l'élaboration des politiques environnementales, souvent influencé par le statut social et politique. Les groupes socio-économiques plus élevés ont souvent un meilleur accès aux processus de décision politique, ce qui leur permet de mieux défendre leurs intérêts.

Cette typologie permet de comprendre clairement les différents facteurs pouvant générer des ISTSE. Elle permet d'intégrer un ensemble de déterminants de la santé vaste, allant des déterminants proximaux comme les effets à long terme marqués dans notre organisme, jusqu'aux déterminants distaux comme les politiques mises en place. Ainsi, ce mémoire se basera majoritairement sur la dernière typologie exposée par souci de pertinence et de cohérence. Cette typologie intègre un ensemble plus important de déterminant de la santé et questionne le lien entre inégalités et la mise en place de politiques. Ce mémoire s'intéressant à un outil politique, il apparaît important de pouvoir s'intéresser à cet ensemble de déterminants.

1.1.4. Exposition et vulnérabilité

Les principes d'exposition et de vulnérabilité sont centraux lorsque la question ISTSE est traitée. En effet, « Comme le souligne un rapport récent de l'OMS-Euro, les groupes socio-économiquement défavorisés sont souvent à la fois plus exposés à des nuisances et pollutions environnementales et plus sensibles aux effets sanitaires qui en résultent, en raison d'un état sanitaire comparativement dégradé et d'un moindre accès aux soins » (Deguen & Zmirou-Navier, 2010b)

Toutefois, les populations les plus vulnérables ne sont pas toujours les plus exposées aux agresseurs environnementaux. Un exemple souvent cité est celui de la pollution atmosphérique (Deguen & Zmirou-Navier, 2010a). L'exposition des différentes classes sociales diffère d'une ville à une autre, voire entre quartiers d'une ville. Dans certaines villes, les populations ayant un SSE plus élevé sont les plus exposés à la pollution atmosphérique. Néanmoins, malgré ce constat, les effets néfastes de la pollution sur la santé ne sont pas équivalents selon le SSE. Le principe de vulnérabilité entre en jeu à ce moment. La vulnérabilité d'un individu dépend de plusieurs déterminants, dont ceux biologiques, ceux liés à l'environnement ou encore aux déterminants sociaux. La vulnérabilité environnementale va souvent de pair avec la vulnérabilité sociale (Goupil-Sormany et al., 2023).

Malgré une potentielle exposition des populations les plus défavorisées moins importante, ce sont tout de même elles qui vont être à même de développer davantage de soucis de santé en lien avec cette dernière. Comme le montre la théorie de Link & Phelan, les individus appartenant aux classes sociales favorisées sont davantage en capacité de se prémunir pour protéger leur santé (accès aux soins, argent, mise en place d'action favorable à la santé, etc.) (Diez Roux, 2012). De plus, les populations défavorisées ont généralement un état de santé plus dégradé, plus de comorbidités, des conditions de vie dégradées, etc. (Deguen & Kihal-Talantikite, 2022). Les ISTSE ne peuvent donc pas se résumer uniquement à une variation des niveaux d'exposition entre catégories sociales.

Cette vulnérabilité peut être résumée selon trois prismes. L'explication matérialiste fait référence à la défavorisation, c'est-à-dire à une privation d'avantages. Cela signifie que les personnes en situation de pauvreté plus importante ont moins la capacité de mobiliser des ressources, comme évoqué plus tôt. Ensuite, on a le prisme du parcours de vie durant lequel des désavantages et des expositions néfastes se sont accumulées dans la vie passée d'un individu. Selon son exposome, un individu sera plus ou moins vulnérable à certains facteurs environnementaux. Puis, il y a l'explication néo-matérialiste selon laquelle les conditions structurelles viennent impacter l'état de santé de la population. Cela fait référence à des politiques publiques qui ne sont pas toujours en faveur de la santé des populations. Par conséquent, le principe de vulnérabilité est complexe et dépend de divers facteurs internes et externes à l'individu (Goupil-Sormany et al., 2023).

Pour ces raisons, est important de ne pas strictement séparer exposition et vulnérabilité. Selon les situations elles peuvent être dépendantes ou indépendantes l'une de l'autre.

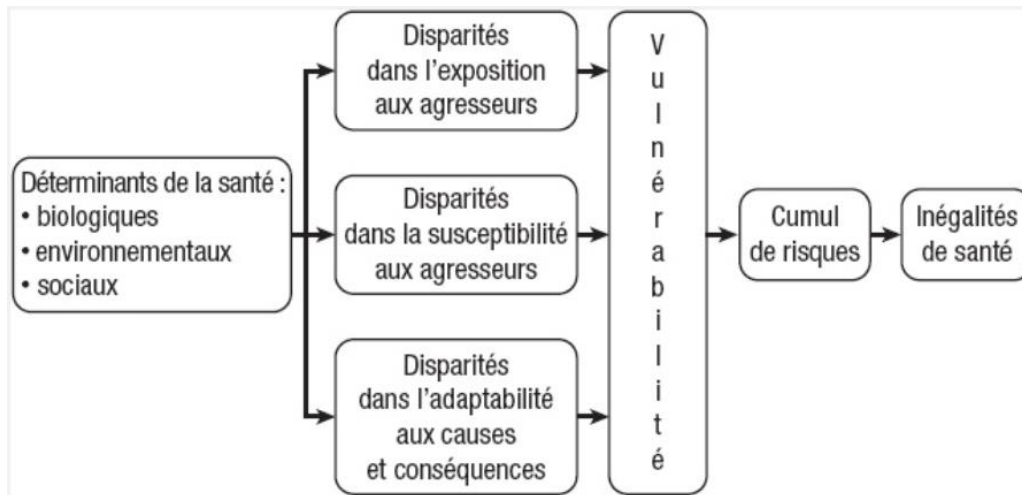


Figure 2 : Schématisation des différents concepts associés à l'étude de la vulnérabilité (Goupil-Sormany et al., 2023)

1.1.5. Comment agir pour diminuer les inégalités ?

Une fois l'origine de ces ISTSE décrite, il est intéressant de se pencher sur les différentes approches envisageables pour les limiter. Ces inégalités découlent souvent de déterminants distaux comme les facteurs socio-économiques, géographiques et politiques. Elles se traduisent par une exposition et une vulnérabilité disproportionnée des populations défavorisées aux risques environnementaux. Les inégalités sont donc multifactorielles (Deguen & Kihal-Talantikite, 2022) et les traiter nécessite une réflexion approfondie sur les stratégies possibles.

Trois manières de les envisager vont être présentées (Mantoura & Morrison, 2016). La première met **l'accent sur les groupes défavorisés**. Cette approche cible spécifiquement les populations les plus vulnérables, en leur fournissant des ressources et des services supplémentaires pour améliorer leur état de santé. Néanmoins, cette stratégie a une portée limitée, elle ne touche qu'une part réduite de la population. De plus, elle risque de marginaliser les populations situées juste au-dessus de cette catégorie qui ne bénéficient pas de l'action et de stigmatiser les populations vulnérables (Breton, 2015). Ainsi, elle peut être intéressante en étant associée à d'autres démarches. La seconde stratégie met **l'accent sur les écarts en santé**. Elle s'intéresse à réduire les écarts entre les plus favorisés et les plus défavorisés. Cependant, elle tend à ignorer les inégalités de santé qui existent le long du gradient de santé et les personnes situées juste au-dessus des plus démunis. En effet, cette stratégie est basée sur deux situations extrêmes, d'un côté les privilégiés et de l'autre les plus défavorisés. Elle cible de nouveau que les plus défavorisés mais en mettant en évidence des écarts entre ces

deux sous-groupes de population. Enfin, la dernière approche prend en considération **l'ensemble du gradient de santé**, et n'agit pas uniquement sur les différentiels entre individu. Elle prend en compte les différences systématiques dans les chances d'épanouissement, le niveau et le mode de vie selon les positions inégales des gens dans la hiérarchie socio-économique. Elle vise à améliorer la santé de toute la population. Elle tend à une approche populationnelle plutôt que par catégories sociales en agissant sur le gradient social. Cela lui permet d'avoir un périmètre d'action plus important en ne laissant aucune population hors de la réflexion.

Mantoura & Morrison soulignent qu'il est important de distinguer les « déterminants sociaux de la santé » et les « déterminants sociaux des inégalités de santé ». Les premiers font référence aux conditions de vie, de travail et au système de soins auquel un individu a accès. Puis, les déterminants sociaux des inégalités de santé sont associés aux déterminants structurels, comme le contexte politique, économique, culturel et social. Pour réduire efficacement les ISS, il est important de penser selon un gradient social afin de ne pas créer de nouvelles inégalités. Agir sur les déterminants sociaux de santé peut permettre de réduire les écarts entre groupes de population. Agir sur les « déterminants sociaux des inégalités de santé », sur les causes structurelles, permet d'impacter la répartition de facteurs à l'origine des ISTS. Il apparaît comme essentiel d'agir sur les déterminants structurels de la santé pour lutter contre les ISTS (Breton, 2015; Mantoura & Morrison, 2016). Cette approche permet d'obtenir un effet plus durable sur le long terme. La figure 3 permet de mieux comprendre ce concept.

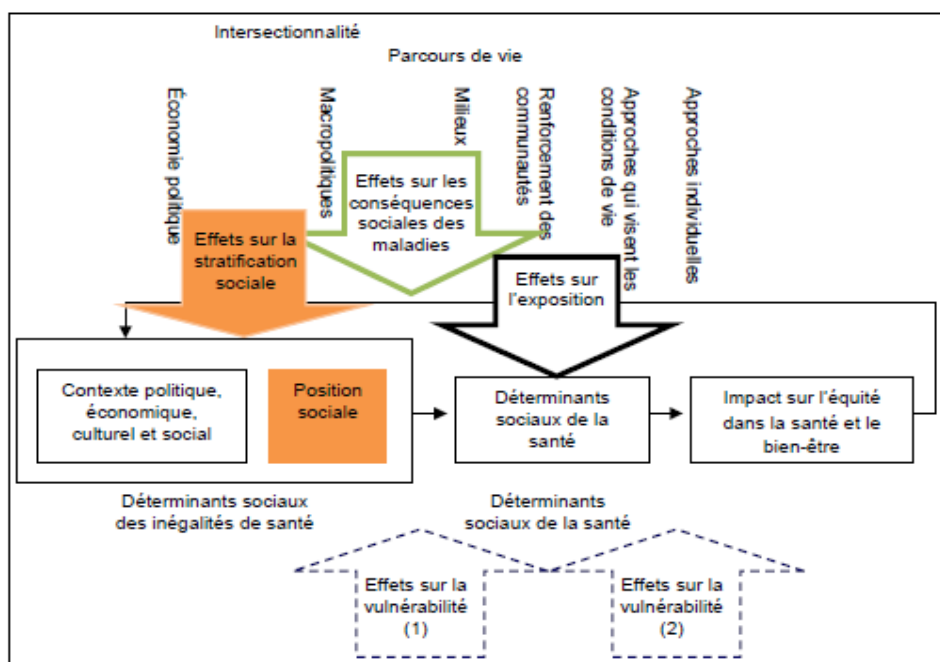


Figure 3 : Les effets potentiels des approches politiques selon leur point d'entrée (Mantoura & Morrison, 2016)

Enfin, il est important de noter qu'agir sur toute la population peut également augmenter les inégalités si le programme vise les caractéristiques individuelles (niveau de connaissance, attitudes, compétences, etc.) (Breton, 2015). L'universalisme proportionné propose des actions universelles destinées à la population générale et d'adapter l'intensité de celle-ci selon un gradient social (Deguen & Kihal-Talantikite, 2022). Il est largement défendu dans la littérature scientifique comme étant l'approche la plus adéquate pour lutter contre les inégalités sociales de santé (ISS), et donc les ISTSE. Deux types de stratégies sont proposés (Breton, 2015). La première consiste à mettre en place des interventions qui auront davantage de bénéfices pour les personnes les plus défavorisées, et cela en suivant un gradient social. Ces interventions permettent de générer des ressources chez les bénéficiaires. La deuxième stratégie part de la mise en place d'une mesure universelle qui sera ensuite complétée par une série d'actions adaptées aux populations en ayant le plus besoin, c'est-à-dire en suivant le principe de gradient social.

Pour conclure, selon les méthodes déployées, une politique peut accentuer les ISTS si elle n'est pas vigilante sur les principes qui viennent d'être évoqués. Ainsi, l'approche d'universalisme proportionné semble la plus pertinente pour réduire les ISTSE. Elle permet d'agir sur toute la population tout en adaptant les actions proposées selon les difficultés rencontrées par chacune. Ainsi, personne n'est laissé de côté.

1.2. L'outil Contrat Local de Santé (CLS)

Maintenant que les principes des ISTS et ISTSE ont été présentés, nous souhaitons nous pencher sur les démarches développées à l'échelle locale pour agir contre les ISTSE.

1.2.1. Implantation de la santé dans les politiques locales

L'organisation des politiques sociales et de santé en France a connu de nombreux ajustements depuis la deuxième moitié du XXe siècle. Cela fait de la mise en place de ces politiques au niveau local en France un sujet complexe. Afin de bien comprendre l'apparition des CLS permis par la loi HPST de 2009, ainsi que leurs objectifs, un point historique est nécessaire.

1.2.1.1 L'évolution de la place de l'Etat dans le champ de la santé et du social

Dans les années 60, la France est un pays dans lequel les pouvoirs sont très centralisés au niveau des corps d'Etat regroupés à Paris. Avec le temps, une déconcentration et une décentralisation en matière de santé et de social a eu lieu. A partir des années 1970, plusieurs mouvements de territorialisation se mettent en place (Le Bihan, 2022). Par souci de clarté, les politiques sociales et les politiques de santé vont être distinguées pour cette partie.

a. Politiques sociales

Dans les années 80, François Mitterrand est Président de la République et incarne des valeurs de solidarité et de cohésion sociale. Pendant cette période, un phénomène de **décentralisation** commence à prendre son ampleur grâce à l'Acte I (1982-1983). Cela signifie qu'il y a un transfert de compétence et de moyens de l'Etat vers les collectivités territoriales. Ces dernières sont représentées par les « communes, les départements, les régions, les collectivités à statut particuliers et les collectivités d'outre-mer » (Vie Publique, 2023). Ainsi, les villes héritent de l'urbanisme, les régions de l'économie et les départements de l'aide sociale. En 2004, l'Acte II vient clarifier la répartition des blocs de compétences entre les collectivités territoriales. Cet Acte conforte la place centrale du département en politique sociale, qu'il possédait déjà historiquement. Toutefois, il est important de noter qu'une catégorie de collectivité est désignée comme actrice centrale d'un secteur mais cela ne signifie pas que les autres catégories de collectivités territoriales ne sont plus concernées par ce dernier. Le département est donc le coordinateur sur les questions d'aide sociale, des allocations pour les personnes âgées ou encore l'accompagnement des personnes en situation de handicap, mais il n'est pas exclu aux autres collectivités territoriales comme les communes ou les régions d'agir sur ces thématiques. Par exemple, les communes peuvent agir sur les aides sociales via les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS). En effet, il n'y a pas de transfert de capacité décisionnelle totale sur les questions de politique sociale (Le Bihan, 2022). L'Etat définit un cadre normatif et les lois nationales afin d'assurer une égalité sur l'ensemble du territoire national. Les départements possèdent ensuite une marge de manœuvre afin de les adapter aux problématiques présentes sur leur territoire. Puis les autres collectivités territoriales peuvent également intervenir à leur échelle. En 2014, les métropoles apparaissent avec la loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (LOI n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (1), 2014). Elles possèdent des compétences

distinctes en matière de sociale, comme en agissant sur les logements, ou encore dans les politiques de la ville (LégiFrance, 2024b).

b. Politiques de santé

En matière de santé, l'intervention de l'Etat peut se diviser en deux périodes. Jusqu'en 1945, l'Etat n'intervenait pas, ou très peu, sur le champ de la santé. Au XIXe siècle, les autorités communales se saisissent des problématiques en matière d'hygiène. Elles prennent l'initiative de mettre en place des services municipaux d'hygiène (Le Goff, 2011). Au début du XXe, les municipalités continuent d'agir localement en créant des dispensaires pour lutter contre des maladies comme la tuberculose. A cette même époque, il y a un essor de la médecine de ville, avec un manque de légitimité de l'Etat à intervenir dans le secteur de la santé. Les médecins s'imposent comme principaux acteurs de la santé. Tout cela peut s'expliquer par le fait que la santé était pensée de manière privée et non collective. Il n'y avait pas de structuration de politique de santé publique.

L'année 1945 constitue un tournant dans l'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé. La sécurité sociale est créée. Elle « garantit à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes » (Assurance Maladie, 2024). Puis, à la fin du XXe siècle, des crises sanitaires ont davantage poussé l'Etat à intervenir dans le secteur de la santé et à réfléchir pour l'intérêt commun, c'est-à-dire dans une dimension collective. Il reconnaît la santé comme une préoccupation majeure et s'affirme progressivement. Avec ce passé, les médecins sont définis comme ceux devant soigner les populations. L'Etat a ainsi davantage un rôle de prévention, de lutte contre les ISS et de gestion de d'urgences sanitaires. Des lois, comme la loi de transfusion sanguine, viennent confirmer cette place. La santé publique se dessine au fur et à mesure par l'application de lois.

Dans les années 1990, un mouvement de **déconcentration** des politiques de santé débute au sein de l'administration de l'Etat. Plusieurs lois viennent définir l'organisation des politiques de santé publique. En août 2004, la première loi de santé publique entre en application. Actuellement en France, l'Etat est l'acteur central de la définition de la politique de santé de la nation. Selon l'article 2 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique « La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat. » (LégiFrance, 2004). Elle participe à la régionalisation de la politique de santé qui se traduit par un transfert de pouvoir en matière de santé aux

régions. Elle intègre également des problématiques comme la réduction des ISS. Puis, en 2009 la loi HPST permet la création des ARS en 2010, un service déconcentré du ministère de la santé. Leur rôle est « d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système » (ARS, 2024).

Ce point historique permet de voir que l'intervention de l'Etat dans les politiques de santé, ainsi que l'apparition de la santé publique en France sont relativement récentes. De plus, le principe de territorialisation de ces problématiques semble désormais ancré dans le décor avec la présence des ARS depuis 2010. Ces informations vont permettre de mieux situer la création des CLS et leurs objectifs.

1.2.1.2 Des programmes de santé inspirants

Les politiques de santé locale en France se sont territorialisées avec le temps. Les initiatives des Villes-Santé de l'OMS et des Ateliers Santé-Ville ont joué un rôle crucial dans le développement des CLS, contribuant à une meilleure adaptation des politiques de santé aux besoins spécifiques des territoires.

En 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, initiée par l'OMS, met en avant l'importance des environnements locaux pour la santé. C'est dans ce cadre que naît le mouvement des Villes-Santé de l'OMS, visant à intégrer la santé dans toutes les politiques municipales pour améliorer le bien-être des populations locales. Les Villes-Santé de l'OMS encouragent les villes à adopter une approche globale et participative de la santé, en intégrant la promotion de la santé dans les politiques urbaines et en mobilisant une large gamme de partenaires locaux.

En France, les Ateliers Santé-Ville (ASV) sont créés au début des années 2000 dans le cadre de la politique de la ville. Leur objectif est de réduire les ISTS en intégrant les questions de santé dans les projets de renouvellement urbain. Les ASV permettent une concertation entre les acteurs locaux (collectivités, ARS, associations, etc.) pour élaborer des diagnostics partagés et des actions concrètes.

Les ASV et les Villes-Santé ont contribué à la conception des CLS. Les CLS, apparus en 2010, s'inspirent de ces initiatives en visant à adapter les politiques de santé aux besoins spécifiques des territoires. Ils encouragent une approche participative et territoriale de la santé, réunissant divers acteurs pour co-construire des solutions adaptées.

1.2.2. Définition d'un Contrat Local de Santé

1.2.2.1 Objectifs d'un CLS

Dans la continuité de ces dynamiques locales, la loi HPST de 2009 permet aux ARS et collectivités territoriales de déployer des CLS. Législativement, ce dispositif n'est que très peu encadré. En voici l'extrait légal à son sujet « La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de CLS conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. » (LégiFrance, 2009). Les CLS découlent donc de l'existence d'un Plan Régional de Santé (PRS). Ce plan définit pour cinq ans au niveau régional les objectifs d'une ARS en matière de santé et les mesures pour y répondre. Il s'inscrit dans cette volonté d'adapter la stratégie nationale de santé aux problématiques régionales. Les PRS tentent de répondre à plusieurs enjeux, dont celui de réduire les ISTS (ARS, 2023b). Néanmoins, cet objectif n'est pas explicite dans les textes de loi faisant référence aux CLS.

Pourtant, les ARS affichent la réduction des ISTS comme étant l'objectif central des CLS (ARS, 2023a). Comme expliqué dans la partie portant sur l'origine des ISTS, celles-ci sont étroitement liées aux déterminants de la santé. Ainsi, les CLS s'inscrivent dans une dynamique de vision globale de la santé et souhaitent intervenir sur ces déterminants (ARS, 2023a). Par ce dispositif, il y a une volonté de soutenir les dynamiques locales de santé en lien avec la territorialisation des politiques de santé et de développer un mouvement intersectoriel allant au-delà du champ de la santé seul.

1.2.2.2 Le déploiement d'un CLS

Cette partie a comme objectif d'exposer l'organisation habituelle d'un CLS. Il est important de noter que les phases présentées ne sont pas réglementées. Des divergences peuvent donc exister entre les différents CLS. Les éléments présentés ci-dessous se basent sur une généralité observée dans la littérature et sur le terrain (ARS Centre-Val-de-loire, 2020).

La mise en place du CLS peut être décomposée en plusieurs phases :

- Une phase d'élaboration
- Une phase d'application
- Une phase d'évaluation et de reconduction potentielle

Pendant la phase d'élaboration, l'objectif est d'identifier les problématiques prioritaires de santé d'un territoire. La définition des actions qui composeront le contrat se baseront sur ces constats. Très souvent, les ARS et collectivités territoriales se réfèrent à des documents produits par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), des rencontres avec des acteurs du territoire sont organisées (élus, professionnels, associations, habitants, etc.). Toutes ces données, idéalement qualitatives et quantitatives, sont analysées pour définir les axes stratégiques du CLS. Historiquement, ces axes sont ensuite structurés en actions, chacune répondant à une ou des problématiques identifiées sur le territoire. Il est toutefois important de noter qu'il y a de plus en plus une volonté de se détacher des actions et d'organiser les axes stratégiques en objectifs. Cela offrirait une adaptabilité dans le temps plus importante. Les choix effectués tout au long de cette première phase sont idéalement issus d'un travail collectif et collaboratif. Ce travail aboutit sur la signature du CLS.

Un CLS est signé à minima par une ARS et une collectivité territoriale pour une durée de 3 à 5 ans. Des signataires supplémentaires, tels que la préfecture, des associations, des services de l'Etat ou d'autres acteurs de santé, peuvent être associés. Ces signataires auront un pouvoir décisionnel sur la mise en œuvre du CLS. Parallèlement, des partenaires seront sollicités afin d'assurer une cohérence et une mise en œuvre efficace du programme. Concernant le périmètre géographique d'application, il est souvent plus grand que les dispositifs comme les ASV ou Ville-Santé OMS. Pour cette raison et son caractère contractuel, il se différencie de ces derniers (Harpet et al., 2019).

Lors de la phase d'application, les actions sont déployées sur le territoire cible par les acteurs de terrain. Les actions sont suivies par les groupes de travail et le ou la coordinatrice du CLS. Si besoin, des ajustements peuvent être actés en cours de CLS par les comités techniques et de pilotage.

A la fin du contrat, il est recommandé d'effectuer une évaluation finale du travail effectué sur toute la durée du contrat. Elle peut être réalisée par exemple par le coordinateur CLS ou un prestataire externe. Lors de cette phase d'évaluation, l'atteinte des objectifs pourra être analysée. Il est tout de même important de noter que le concept de contractualisation du CLS n'engage aucune obligation de résultats. Si les objectifs ne sont pas atteints, cela n'aura pas de répercussion (Harpet et al., 2019). Une décision de reconduction du CLS peut ensuite être prise.

1.2.3. Contrat Local de Santé et Santé Environnementale

Maintenant que l'objectif principal et le fonctionnement général d'un CLS sont exposés, revenons au sujet central : CLS et ISTSE.

Les ARS, actrices centrales de la santé au sein des régions, élaborent tous les 5 ans un Plan Régional de Santé Environnement (PRSE). Ce plan a un rôle de territorialisation des politiques de santé environnement de l'Etat en déclinant le Plan National de Santé Environnement (PNSE) à l'échelle régionale. Il se compose d'actions ayant pour objectif d'améliorer la santé des populations en lien avec la qualité de leur environnement. Chaque PRSE s'articule autour de grands enjeux, qui sont redéfinis tous les 5 ans. Comme pour le PRS, le CLS est un outil utilisé par les ARS pour mettre en œuvre leur PRSE (LégiFrance, 2024a).

Dans une dynamique de santé globale et d'intervention de promotion et prévention de la santé, les déterminants environnementaux de la santé sont des cibles pertinentes d'action pour les CLS. En effet, comme montré plus tôt, les facteurs environnementaux jouent un rôle dans la présence d'ISTSE sur les territoires. Nous avons cherché à savoir quelle était la proportion de CLS intégrant ces questions dans leur plan d'action.

Une étude a été menée sur 75 CLS issus de 5 régions différentes, sur la période de 2010 à 2017. Selon les années, il en est ressorti que 50 à 75% des CLS intégraient des actions en santé environnement (Harpet et al., 2019). La prise en compte de ces problématiques semble dépendre des territoires. Par exemple, en Guadeloupe, 83% des CLS présentaient au moins une action de santé environnementale, contre 40% dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les scientifiques expliquent cette disparité par les spécificités environnementales de chaque territoire. Certains de ces chiffres datent de plus de 10 ans. La santé environnementale étant une thématique en plein essor depuis quelque année, il serait intéressant d'avoir des données plus récentes à ce sujet. Toutefois, dans le cadre de cet apprentissage à Bordeaux Métropole, un recensement des axes présents dans les CLS de 22 grandes agglomérations ou métropole françaises a été réalisé. La moitié d'entre elles ont un CLS en vigueur. Un seul de ces CLS ne possédait pas d'action en lien avec la santé environnementale. Ce recensement s'intéressait majoritairement à des territoires urbains. Cela montre tout de même que sur ces territoires urbains la santé environnementale apparaît comme une préoccupation des acteurs ayant participé à l'élaboration de ces CLS.

Le CLS est un dispositif guidé par une dynamique partenariale, touchant à une multitude de déterminants de la santé. Il apparaît pour certains comme un outil pertinent pour agir sur les

ISTSE (Ministère des affaires sociales et de la santé & Ministère de l'économie, du développement durable et de l'énergie, 2014).

2. Objectifs

Le système français a connu de grandes réorganisations en termes de santé. Depuis la fin du XXe siècle, il tente de territorialiser ces démarches afin de répondre davantage aux problématiques locales de santé et de santé environnementales. Le CLS s'inscrit dans cette volonté en souhaitant réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, et de santé environnement. Ces dernières peuvent s'expliquer par des facteurs de ressources, d'exposition, de vulnérabilité et de gradient social. Il est possible d'agir sur ces éléments.

Néanmoins, en l'état il est difficile de savoir si la façon dont sont déployés les CLS permet de répondre à l'objectif des ARS de réduire les ISTS, dont fait partie la santé environnementale. Ainsi, ce mémoire **interroge la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé environnementale dans les CLS dans son élaboration et sa mise en œuvre**. Pour se faire, le cas du CLS première génération de Bordeaux Métropole sera étudié.

Pour répondre à cette problématique, les objectifs sont les suivants :

- i. Analyser la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé environnementale en évaluant l'intégration des principes d'exposition, vulnérabilité, ressources des populations et gradient social dans le CLS de Bordeaux Métropole
- ii. Identifier les freins et les leviers à une bonne prise en considération des inégalités territoriales dans un CLS
- iii. Émettre des recommandations pour le prochain CLS de Bordeaux Métropole, notamment pour le prochain axe santé environnementale

3. Méthodologie

Dans cette partie, les approches et méthodes utilisées pour répondre aux objectifs cités ci-dessus seront présentés.

3.1. Cadrage de l'étude

Afin de répondre aux objectifs cités ci-dessus, ce mémoire s'intéresse spécifiquement au cas du CLS de Bordeaux Métropole. Ce choix s'explique en partie par le fait que mon apprentissage portait sur le volet santé environnement de ce CLS, au sein du service Santé et Résilience de Bordeaux Métropole.

3.1.1. Le territoire de Bordeaux Métropole

Le territoire de Bordeaux Métropole se situe dans la région Nouvelle-Aquitaine, dans le sud-ouest de la France. La métropole se compose de 28 communes regroupant environ 830 000 habitants. D'après l' « Etat des lieux santé-environnement de Bordeaux Métropole » réalisé par l'ORS Nouvelle-Aquitaine, ces communes possèdent des profils sociaux, sanitaires et environnementaux variés (ORS Nouvelle-Aquitaine, 2020). En effet, elles peuvent être divisées en 4 catégories selon ces critères :

- 8 communes sont triplement favorisées sur le plan social, sanitaire et environnemental *(représentées en vert sur la Figure 4)*
- 11 communes sont doublement favorisées sur le plan sanitaire et social mais avec des dégradations environnementales *(représentées en jaune sur la Figure 4)*
- 8 communes sont défavorisées au niveau sanitaire et social et sont marquées par des pollutions industrielles *(représentées en rouge sur la Figure 4)*
- La commune de Bordeaux est plutôt favorisée socialement mais en situation sanitaire et environnementale défavorable *(représentées en orange sur la Figure 4)*

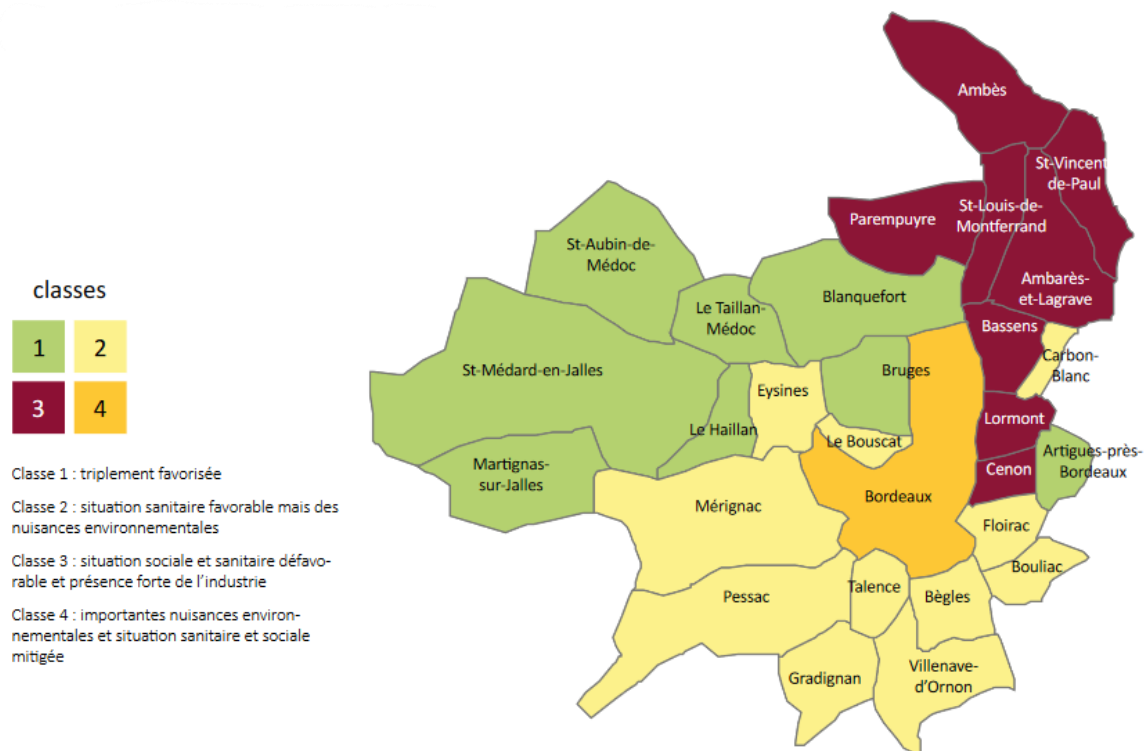


Figure 4 : Typologie des communes de Bordeaux Métropole : analyse croisée du cadre de vie, de l'état de santé et de l'environnement des populations (ORS Nouvelle-Aquitaine, 2020)

Ces disparités sociales, sanitaires et environnementales sur le territoire de Bordeaux Métropole soulignent des prédispositions à la présence de risques ISTSE sur le territoire de Bordeaux Métropole. Ainsi, le territoire de Bordeaux Métropole apparaît comme pertinent pour étudier ces inégalités.

3.1.2. Contexte du CLS de Bordeaux Métropole

En 2019, Bordeaux Métropole a signé son premier CLS avec l'ARS Nouvelle Aquitaine pour une durée initiale de 4 ans. Il a ensuite été prolongé pour 1 an, l'amenant à se terminer en 2024. L'ARS Nouvelle-Aquitaine et la Métropole de Bordeaux se sont donné un objectif général en lançant le processus de développement du CLS. Il était « d'améliorer le bien-être et la qualité de vie des habitants du territoire cible » (Bordeaux Métropole, 2019).

En 2024 se termine le CLS de Bordeaux Métropole. Pour cette étude, cela permet d'avoir un recul sur l'élaboration de ce CLS, sur les actions qui ont été menées pendant ces cinq années et ainsi de pouvoir réfléchir à la prise en compte des ISTSE dans l'entièreté de ce programme.

De plus, Bordeaux Métropole reconduira en 2025 son CLS. Cette temporalité semble intéressante pour proposer une analyse de la problématique des inégalités afin de fournir à cette collectivité territoriale des pistes de travail supplémentaires pour améliorer le volet santé environnement de son prochain CLS.

3.2. Recueil des données

3.2.1. Documentation

Depuis les débuts de l'élaboration de son CLS, Bordeaux Métropole a connu un turn over important au niveau du poste de « Coordinatrice Contrat Local de Santé ». Les coordinatrices CLS actuelles sont à leur poste depuis septembre 2023 et décembre 2023. Par souci de fiabilité des données, le recueil de données est effectué uniquement sur des documents « officiels », sur des documents ultérieurs à septembre 2023, ou bien antérieure à cette date uniquement si les informations pouvaient être validées par des acteurs impliqués dans le CLS. Ce choix a été fait afin d'éviter toute mauvaise interprétation due à un manque d'information.

L'accès à ces documents internes a été permis dans le cadre de mon apprentissage au sein de Bordeaux Métropole.

3.2.1.1. Accord cadre et Plan d'action

L'accord-cadre est un document essentiel d'un CLS. Il contient des informations sur les conditions d'application du CLS de Bordeaux Métropole. C'est un document stratégique permettant de formaliser le contrat établi entre l'ARS, la collectivité territoriale et les signataires supplémentaires. Il contextualise le CLS et permet de mieux comprendre les problématiques auxquelles tente de répondre le CLS. Il présente les signataires, les partenaires et le périmètre géographique du contrat. Les engagements de chaque partie prenante y sont également inscrits. De plus, il fournit des informations sur les modalités de gouvernance, les instances et la coordination du CLS. Enfin, les conditions de durée du contrat, de sa révision, de son suivi et de son évaluation y sont détaillées. Il semble intéressant d'intégrer ce document dans le corpus de textes analysés.

La seconde partie de ce document comprend le plan d'action. Les différentes fiches-actions y sont intégrées. Ces fiches-actions permettent d'obtenir les données suivantes :

- Constats et enjeux du territoire métropolitain qui ont poussé à l'élaboration de l'action
- Le descriptif de l'action, et donc ses objectifs
- Les publics ciblés par l'action, ainsi que les publics qui bénéficieront indirectement de l'action
- L'organisation de la gouvernance de l'action, tels que son pilote, les partenaires associés et les partenaires financiers potentiels
- Des indicateurs de suivi

Le CLS est un document travaillant sur diverses problématiques de santé, dont la santé environnementale. Ainsi, toutes les actions de ce CLS ne seront évidemment pas traitées. L'objectif du mémoire étant d'analyser la prise en compte des ISTSE par le CLS, seuls les actions de la santé environnementale seront traitées. Afin de prendre la problématique dans sa globalité et rendre l'analyse davantage pertinente, tout sujet de santé environnementale abordés dans ce CLS seront traités. Pour cela, la définition de santé environnementale exposée dans la partie « Etat des connaissances » de ce mémoire servira de repère.

L'axe 1 « Promouvoir des environnements favorables à la santé » se compose uniquement d'actions s'inscrivant dans les thématiques de santé environnement. Elles ont donc toutes été sélectionnées pour ce travail. L'axe 2 « Favoriser l'adoption de modes de vie favorable à la santé » n'est pas aussi spécifique que le premier. Seules deux actions de cet axe seront étudiées. D'après sa fiche-action, l'action 6 « Concevoir des territoires bienveillants » s'intéressait à l'urbanisme favorable à la santé (UFS). Cette démarche intègre pleinement les questions de santé environnement, l'action a donc été retenue. L'action 7 « Promouvoir une alimentation saine et durable » présente dans cet axe de travail tentait de répondre à une problématique liée à l'alimentation. D'après la définition de l'OMS, l'alimentation trouve entièrement sa place en santé environnementale. Elle a donc été retenue pour ce travail.

3.2.1.2. Bilan intermédiaire

En 2020, un bilan intermédiaire a débuté afin d'analyser différentes avancées du CLS depuis son lancement. Il sera analysé afin de voir si la prise en compte des ISTS avait été évaluée, et si oui, ce qu'il en était ressorti.

3.2.1.3. Les bilans finaux du CLS

Arrivant à son terme, en septembre 2023 Bordeaux Métropole et l'ARS Nouvelle-Aquitaine ont initié une démarche de bilan du CLS. Celui-ci est décomposé en deux volets. Un premier, réalisé par le Service Santé et Résilience de Bordeaux Métropole chargé de la coordination du CLS. Il revenait individuellement sur chacune des actions et évaluait l'atteinte des objectifs fixés par les fiches actions, la pertinence et la cohérence de l'action, puis le respect des coûts. Pour cela, un travail de recensement des actions, des Groupes de Travail (GT) ayant eu lieu, et l'analyse de ces données a été effectuée. Les documents disponibles sur les serveurs de Bordeaux Métropole, ainsi que sur la réalisation d'entretiens semi-directifs avec les pilotes d'actions ont permis d'alimenter ces informations. Des données qualitatives et quantitatives selon les actions préalablement établies ont été recueillies.

Le second volet de l'évaluation a été confié à un prestataire externe. Ce dernier est spécialisé dans l'audit et le conseil dans divers domaines dont la santé. Il avait pour mission de réaliser un bilan sur la gouvernance, la coordination et le pilotage du CLS première génération de Bordeaux Métropole. L'évaluation du CLS effectué par un prestataire externe portait sur trois grands axes de travail :

- Axe 1 : Efficacité du dispositif CLS au regard des « fonctions du CLS »
- Axe 2 : Organisation et fonctionnement du CLS
- Axe 3 : Plus-value de l'outil CLS pour le projet métropolitain de santé

Pour recueillir les informations nécessaires, quatorze entretiens individuels avec des acteurs des institutions signataires, sept entretiens individuels avec des pilotes d'action, puis quatre entretiens collectifs rassemblant les élus et techniciens en santé de dix communes de la métropole. Des données documentaires viennent également compléter ces informations. L'ORS a également alimenté cette partie du bilan en diffusant un questionnaire d'évaluation à plus d'une centaine d'acteurs du territoire. Pour cette analyse, l'Axe 3 dont une des questions évaluatives était la suivante « Dans quelle mesure le CLS de Bordeaux Métropole a-t-il favorisé la réduction des ISTS ? » a été étudié.

3.2.2. Entretiens semi-directifs

Afin de compléter les informations obtenues par la documentation, 4 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des acteurs impliqués dans le CLS de Bordeaux Métropole. Deux d'entre eux font partie du comité du pilotage du CLS. L'un travaille au sein de l'ORS et l'autre à

Promotion Santé Nouvelle-Aquitaine. Ces deux acteurs sont impliqués sur le CLS de Bordeaux Métropole depuis sa phase d'élaboration. Le troisième acteur a activement participé à la réalisation de l'entretien intermédiaire du CLS. Puis, la dernière personne interrogée travaille auprès du prestataire externe et a été très impliquée dans l'évaluation finale du CLS. Ces entretiens, d'une durée variant entre 35 minutes et 1h35, ont été conduits en présentiel ou par visioconférence selon les préférences des interlocuteurs. Les entretiens ont été menés sur la base de grilles d'entretien préétablies, afin de structurer les discussions autour des objectifs de l'étude. Les grilles d'entretien étant composées pour certaines de question pouvant porter préjudice à l'anonymat des interlocuteurs, les grilles d'entretiens ne sont pas fournies en annexes.

Chaque entretien a ensuite été retranscrit pour pouvoir être analysé. Pour des questions éthiques et afin de ne pas compromettre l'anonymat des personnes interrogées, ces retranscriptions ne seront pas annexées à l'étude. Toutefois, afin de pouvoir distinguer les prises de parole, il sera précisé le numéro de l'entretien cité.

3.3. Analyse des données

Une fois l'intégralité des informations recueillies, plusieurs grilles d'analyses ont été élaborées.

Comme présenté dans l'état des connaissances, les ISTSE peuvent être définis ou influencés selon des critères de vulnérabilité, exposition, ressources disponibles chez les populations, et selon un gradient social. Cette étude sera basée sur ces principes pour analyser les documents présentés ci-dessus. Pour cela, une grille d'analyse inspirée de la grille REFLEX-ISS a été construite pour évaluer la prise en compte de ces inégalités dans le CLS de Bordeaux Métropole (Annexe 1). REFLEX-ISS est un outil de réflexion produit pour mieux prendre les ISS dans les projets. Il se compose d'un ensemble d'items pour analyser la prise en compte des ISS dans des interventions de santé publique. Cet outil est initialement destiné aux acteurs impliqués dans un processus de mise en œuvre, de planification d'un projet, programme ou intervention ayant « une perspective d'amélioration de la santé des populations et d'équité en santé » (Guichard et al., 2015).

La grille d'analyse des actions se décompose en 5 catégories :

- Principes clefs des ISTSE
- Planification du projet
- Mise en œuvre du projet

- Pouvoir d'agir
- Pérennisation

La catégorie « Principes clefs des ISTSE » s'intéresse à la prise en compte explicite de ces principes. Les quatre autres catégories permettent de compléter et d'argumenter les résultats de la première catégorie.

L'ensemble des 23 questions permettent d'évaluer l'intégration des ISTSE dans les actions, lors de leur élaboration et de leur mise en œuvre. Elles permettent d'analyser la prise en compte de l'exposition, la vulnérabilité, les ressources et le gradient social, la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, l'universalisme proportionné, l'intégration des populations cibles dans la démarche, ou encore l'anticipation des conséquences des actions sur les disparités sociales de santé environnementale.

Après retranscription, les informations issues des entretiens ont été analysées selon les objectifs de ce mémoire :

- Prise en compte des ISTSE, de l'exposition, vulnérabilité, ressources et gradient social
- Les freins à la prise en compte des ISTSE
- Les leviers à la prise en compte des ISTSE

4. Résultats

4.1. Les ISTSE dans les documents généraux du CLS Bordeaux Métropole

L'accord cadre du CLS de Bordeaux Métropole affirme explicitement que son objectif est de réduire les ISTS : « Ce projet partagé par les signataires vise à réduire les ISTS par des actions concrètes et réalisables par la mobilisation des ressources existantes. » (Bordeaux Métropole, 2019). Pour justifier cela, une présentation de plusieurs documents était proposée, ainsi que les conclusions qui en ont été tirées. L'état des lieux de la santé des habitants de Bordeaux Métropole mettait en évidence que les communes situées à l'Est de la métropole sont pointées comme étant en difficulté et qu'il y a de fortes disparités en termes de précarité au sein du territoire métropolitain.

Concernant les ISTSE, il n'est aucunement fait mention d'inégalités à Bordeaux Métropole en lien avec la santé environnementales de façon explicite. Sur ces thématiques, il est souligné qu'en 2008, l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique avait entraîné 56 décès, une centaine d'hospitalisation sur un an, et environ 200 décès sur le long terme. De plus, 220 000 personnes seraient potentiellement exposées à des niveaux de bruit dépassant 65 décibels. Aucune information n'est donnée sur les zones de l'agglomération et les populations étant les plus susceptibles d'être exposées ou sensibles à ces problématiques de santé publique environnementale. Mais l'accord cadre reconnaît explicitement à plusieurs reprises l'importance de l'environnement dans la santé. Dans ce contrat, le CLS de Bordeaux Métropole affirme sa volonté de s'articuler avec le PRSE 2017-2021 en plus du PRS. Un des enjeux majeurs de ce PRSE était de « Maintenir un environnement de qualité et de réduire les inégalités » (ARS Nouvelle-Aquitaine, 2022). Ainsi, les ISTSE sont évoquées par le biais du PRSE3 Nouvelle-Aquitaine. La notion d'exposition est partiellement abordée. Mais les notions de vulnérabilité, de ressources et de gradient social ne sont pas traitées dans l'accord cadre.

Le bilan intermédiaire, et les deux bilans finaux du CLS de Bordeaux Métropole ne s'intéressaient pas à l'intégration des ISTS et ISTSE dans le programme. Cela n'était pas introduit dans les questions évaluatives de ces documents.

Le bilan du CLS effectué par le prestataire externe ne fournit pas d'information spécifique sur les actions en lien avec la santé environnementale. Toutefois, plusieurs constats peuvent alimenter notre réflexion sur la prise en compte des ISTSE. D'après l'organisation du plan d'action, l'idée d'agir sur les ISTS a fait l'objet d'un axe lui étant entièrement dédié, l'axe 3 « Réduire mes inégalités sociales et territoriales de santé » du CLS. Ce dernier n'intégrait pas

les questions de santé environnement. Le bilan conclut que « Globalement, la réduction des ISTS reste, pour les répondants à l'enquête de l'ORS, l'apport du CLS le moins probant » (Bilan CLS prestataire externe). 25% des répondants au questionnaire de l'ORS mis en place pour l'évaluation du CLS estiment qu'il a contribué à « diminuer les inégalités territoriales de santé » et 25% qu'il a contribué à « diminuer les inégalités sociales de santé ». De plus, il a été souligné « une différence entre les communes situées rive droite, qui seraient moins impliquées et mobilisées sur le sujet de la santé que rive gauche alors qu'elles présentent des indicateurs de fragilité plus défavorables » (Bilan CLS prestataire externe). Ainsi, ce CLS a eu des difficultés à prendre en compte les spécificités du territoire cible, incluant les disparités sur tout sujet de santé.

4.2. L'intégration des principes généraux des ISTSE dans les actions

Les actions visant des problématiques de santé environnementale présentes dans le CLS première génération de Bordeaux Métropole n'avaient pas explicitement comme objectif d'agir sur les inégalités de santé du territoire ou sur des déterminants sociaux. Seule l'action 6 « Concevoir des territoires bienveillants » avait cet objectif explicite et portait une importance aux déterminants de la santé, autre que l'environnement général. En effet, elle introduisait la démarche d'Evaluation d'Impact sur la Santé (EIS) et d'Urbanisme Favorable à la Santé (UFS). Ces démarches sont fondées sur les principes de déterminants de la santé et d'ISS.

Après avoir répondu aux 23 questionnements de la grille inspirée du modèle REFLEX-ISS, des résultats sont ressortis concernant la prise en compte des facteurs étudiés. L'analyse globale des actions a montré une très faible part de prise en compte des facteurs expositions, vulnérabilité, ressources et gradient social, que ce soit dans l'écriture des fiches actions ou dans leur application. Les résultats ont été classifiés en trois catégories : « Oui » signifiant que le facteur est clairement pris en compte, « Partiel » lorsque le facteur est brièvement évoqué, et « Non » lorsque le facteur n'a pas été avancé dans les discussions et dans la mise en œuvre de l'action.

Tableau 1 : Tableau résumé de l'évaluation des 4 principes centraux de notre étude, intégrés dans les actions du CLS de Bordeaux Métropole.

	OUI	Partiel	NON	Total actions
Expositions différentielles	2 <i>Actions 6, 22</i>	0	6 <i>Actions 1, 2, 3, 4, 5, 7</i>	8
Vulnérabilité	1 <i>Actions 6</i>	3 <i>Actions 1, 3, 4</i>	4 <i>Actions 2, 5, 7, 22</i>	8
Ressources	0	1 <i>Actions 3</i>	7 <i>Actions 1, 2, 4, 5, 6, 7, 22</i>	8
Gradient social	0	1 <i>Actions 6</i>	7 <i>Actions 1, 2, 3, 4, 5, 7, 22</i>	8

4.2.1. Exposition et territorialisation des actions

Les actions de santé environnementale ressortent comme celles ayant le mieux fonctionné. Les dynamiques de travail étaient majoritairement positives malgré le contexte de crise sanitaire. Plusieurs actions ont permis la production de supports pertinents pour l'information et la sensibilisation des populations cibles. Une exposition produite dans le contexte de l'action 5 « Sensibiliser à la lutte contre le moustique tigre » a été reprise au niveau national. L'action 22 « Etudier la faisabilité d'une cellule d'observation de la santé : nuisances sonores et pollution atmosphérique liées aux modes de transport aérien et routier » a contribué au lancement de la mise en place d'un observatoire du bruit sur la métropole. L'action 6 « Concevoir des territoires bienveillants » a permis la création d'un groupe de travail UFS au sein de Bordeaux Métropole. Ces exemples montrent la prise en compte des notions de santé environnementale et d'exposition y étant lié.

Toutefois, l'exposition d'une population générale non spécifique et les variations d'expositions selon les sous-population ou les espaces distincts du territoire sont à différencier. Mis à part les actions 6 et 22, les actions en santé environnement ne portent pas d'attention aux variations d'exposition possible, ou différentiels d'exposition, sur le territoire de la métropole.

Les entretiens ont pointé un manque de territorialisation des actions à l'échelle de Bordeaux Métropole. « Il n'y a pas eu de choix territoriaux très forts », ni « d'identification des territoires qui pouvaient être les plus touchés par les enjeux de santé environnement » (Entretien 3). Le bilan du CLS a également pointé ce manque de territorialisation des actions.

L'analyse de l'ensemble des documents met en évidence une appropriation déséquilibrée entre les communes du territoire métropolitain. Très souvent, ce sont les communes « qui sont déjà intéressées, ou bien qui ont déjà les moyens humains pour pouvoir décliner sur leur territoire tout cet outillage. » (Entretien 4) qui se saisissent le plus des actions proposées. Cet interlocuteur émet un point de vigilance sur ce fait : « c'est peut-être un peu extrapolé et pas tout à fait vrai, [...] c'est que ce positionnement du CLS pourrait tendre à accélérer les inégalités » (Entretien 4).

4.2.2. Vulnérabilité, ressources et gradient social

L'évaluation des actions met en évidence que les actions 3 « Promouvoir les bonnes pratiques en matière de qualité de l'environnement intérieur » et l'action 6 intégraient les notions de gradient social et de ressources mobilisables par les populations. Dans sa fiche-action, l'action 3 mettait l'accent pour toucher les enfants ou bien les femmes enceintes. En pratique, cette action a rencontré des difficultés à être déployée. Dans la démarche UFS traité par l'action 6, la vulnérabilité et les caractéristiques socio-économiques des populations sont prises en compte (EHESP, 2024). Les autres actions de santé environnementale n'intégraient pas ces principes. Un des interlocuteurs affirme que « c'est incontournable de mettre en place des mesures qui doivent être adaptées au niveau des besoins et des vulnérabilités des personnes concernées. Sinon, c'est gaspiller les ressources publiques. » (Entretien 1)

L'universalisme proportionné est absent de la démarche engagée. A ce sujet, il est souligné que « ce sont des mesures complexes, qui sont chères, qui prennent du temps ». Cette même personne affirme qu'il faut « éviter des mesures universelles qui ne sont pas très utiles », et « qu'il va falloir compléter des mesures universelles avec des mesures ciblées à la hauteur des besoins, des problématiques, des personnes les plus concernées, les plus vulnérables. »

4.2.3. Les citoyens absents du CLS

La façon dont le volet santé environnement du CLS a été développé et appliqué n'intégrait pas les citoyens dans le processus. Dans l'élaboration des actions, leur avis n'a pas été recueilli concernant les sujets prioritaires à traiter ou encore la façon de les aborder. Une action se différencie de ce constat. L'action 22 a été intégrée suite à une demande d'élus du territoire remontant des plaintes de citoyens. Une des personnes interrogées rapporte que sans l'intégration de la participation des citoyens dans la démarche CLS, il manque un acteur clef (Entretien 1) pour avoir la capacité de traiter correctement les ISTSE. En effet, ce sont les personnes les plus proches de la réalité des situations. Ils ont la capacité de fournir des données sur leur « vécu », leurs ressentis (Entretien 2). C'est une façon d'obtenir des données qualitatives sur certaines situations du territoire (Entretien 2). Toutefois, faire participer les citoyens au CLS n'est pas évident. Cela demande du temps et de réussir à adapter la démarche avec les ressources disponibles pour le CLS (Entretien 1).

Les acteurs impliqués dans les CLS sont très souvent des acteurs du domaine de la santé. Dans le CLS analysé, les acteurs principaux des actions de santé environnement étaient des Union Régional des Professionnels de Santé (URPS), l'ARS Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux Métropole, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux et des communes de la métropole. Parallèlement, quelques acteurs tels qu'ATMO Nouvelle-Aquitaine qui est l'Observatoire de la qualité de l'air de la région, des acteurs liés aux problématiques du bruit des aéroports, ou encore Cap sciences le musée de la science de Bordeaux ont été intégrés dans les acteurs d'actions. On remarque une volonté d'intégrer des acteurs impliqués dans la thématique abordée dans l'action, mais les acteurs de la santé restent les plus présents. Peu d'acteurs du domaine du social étaient impliqués, ce qui peut surprendre étant donné leur importance dans les questions d'inégalités sociales.

Les interlocuteurs insistent sur le fait que le CLS est un espace permettant de rassembler une diversité d'acteurs issus de domaines différents comme l'aménagement des territoires, le transport, mais aussi les citoyens (Entretiens 1, 2 et 3). Cette pluralité d'acteurs est un élément important pour traiter les enjeux liés aux inégalités (Entretien 1).

4.2.4. Objectifs généraux des actions

La nature de l'intervention des actions a été analysée en se basant sur le bilan des actions réalisé par Bordeaux Métropole. Quatre grandes catégories en sont ressorties et sont définies de la façon suivante :

- Information et sensibilisation : diffusion d'informations sous diverses formes (flyers, expositions, spot de diffusion, etc.)
- Formation : création ou développement d'une formation pour former les populations cibles à une problématique de santé environnement
- Expertise et étude : action destinée à produire de la donnée en santé environnement
- Opérationnelle : action destinée à avoir un impact direct sur le terrain

Tableau 2 : Nature des interventions prévues et/ou développées dans les actions du CLS première génération de Bordeaux Métropole

	Nombre d'actions concernées	Les actions
Information / Sensibilisation	5	N° 1, 2, 4, 5, 7
Formation	2	N° 3, 5
Expertise / Etude	1	N° 22
Opérationnelle	2	N° 6, 7

Il en ressort que 5 sur 8 d'entre elle souhaitent informer et/ou sensibiliser leur public cible. Parmi elles, 4 n'étaient pas associées à une autre nature d'intervention. Lors d'un entretien, il a été alerté que « la promotion de la santé, l'information toute seule, ça ne se fait pas. [...] Bien sûr que c'est nécessaire mais pas suffisant. » (Entretien 1). De plus, la sensibilisation qui n'est pas accompagnée de proposition de solution à une problématique risque de « culpabiliser, de créer de l'angoisse » (Entretien 1) chez les populations cibles et étant déjà initialement les plus en difficulté.

Concernant le caractère opérationnel des actions, le bilan du CLS a montré un manque d'opérationnalité des actions le composant : « au travers des actions qui ont été menées, il y a assez peu de déclinaisons opérationnelles qui ont vraiment permis grâce au CLS de créer des structures par exemple, ou d'accompagner le montage de dispositifs sur les communes les moins dotées, ou les plus en difficulté. » (Entretien 4). Le fait de mettre en place une action opérationnelle pour lutter contre les ISTS semble « difficile » (Entretien 4).

4.3. Frein et leviers à la prise en compte des ISTSE

Les entretiens et les documents étudiés ont permis d'identifier plusieurs freins et leviers permettant de comprendre la prise en compte des ISTSE dans le CLS de Bordeaux Métropole.

4.3.1. Des freins à la prise en compte des ISTSE

4.3.1.1. Disponibilité de données

Un manque de données fines concernant les ISTSE a été évoqué lors des entretiens auprès d'acteurs impliqués dans le CLS de Bordeaux Métropole. Tout d'abord, « il n'y aucune base de données en France qui nous permet de faire du lien individuellement entre un état de santé, une situation environnementale et la position sociale des personnes » (Entretien 3). De plus, les données disponibles qui associent « le statut social et l'état de santé » sont très souvent à une échelle nationale, et très peu à l'échelle local. C'est très difficile d'obtenir des données locales, « si on voulait à l'échelle de la commune de Bordeaux, il faudrait un gros échantillon pour qu'on puisse donner des indicateurs par catégorie sociale, donc d'un coup ça à un coût assez important. C'est pour ça que c'est dur à caractériser à l'échelle des communes ou infra communal des inégalités sociales de santé. » (Entretien 3) Un lien est fait entre le manque de territorialisation des actions évoquées plus tôt et la disponibilité des données : « ce n'est pas forcément basé sur un travail quantitatif, vraiment d'observation, d'objectivation des inégalités territoriales, sociales, environnementale de santé, ce qui fait que les actions ont du mal à être territorialisées ou priorisées puisqu'on n'a pas cette étude fine sur un enjeu » (Entretien 3)

4.3.1.2. Inégalités et notion de responsabilité

La notion de responsabilité associée au principe d'inégalité a été pointée : « tu vas avoir des études qui vont montrer des disparités, mais qualifier ça d'inégalités c'est quasiment un acte politique, ce qui est vrai d'ailleurs. Une disparité c'est une différence. Une inégalité c'est un traitement, c'est une défavorisation. Et ça, ça laisse entendre qu'il y a une responsabilité et c'est pour ça que c'est si délicat. » (Entretien 2). Selon une personne interrogée, cette notion pourrait expliquer la difficulté des CLS à se saisir explicitement des ISTSE : « Si tu dis qu'il y a une inégalité, tout de suite tu tombes sur quelque chose qui est : il va falloir trouver la cause, les responsables de cette inégalité. [...] C'est pour ça que dans les CLS, tu n'as quasiment jamais d'investigation sur les inégalités. » (Entretien 2).

4.3.1.3. Compréhension des enjeux en santé environnementale et implication politique

Un des facteurs pouvant impacter la prise en compte des ISTSE est directement lié au domaine de la santé environnementale. Il peut apparaître comme un domaine complexe, et ainsi dissuader certains acteurs à se saisir des sujets, surtout les élus. « C'est vrai qu'on a quand même sur le territoire de Bordeaux Métropole une petite sensibilisation des élus. ». Toutefois, en l'état il est difficile d'évaluer leur degré de connaissance, s'ils sont « au clair sur toutes les dimensions que couvre la santé environnementale » car actuellement ce sont principalement les sujets de « la pollution et le bruit. » sur lesquelles il y a des focus (Entretien 3).

Le domaine de la santé environnementale intègre de nombreuses thématique « et du coup c'est peut-être trop gros pour qu'on ait vraiment une prise en compte et qu'ils ne savent pas par quoi l'aborder » (Entretien 3). De plus, « on sort vite des termes scientifiques, ce n'est pas un accès direct comme un médecin, ce sont des problématiques qui sont en générales plus complexes. » (Entretien 3). Il en ressort également que ce sont parfois de « gros enjeux » qui demandent à être travaillés, comme les problématiques liées à l'aéroport de Mérignac. Cela peut semer des doutes chez les élus, sur leur capacité à agir : « ce qu'ils se demandent c'est ce qu'ils vont être capables de mettre en œuvre, et ça malheureusement ça inhibe parfois totalement l'implication, le fait même de réfléchir ou de mettre le sujet sur la table. » (Entretien 3)

La question de la temporalité pose également souci : « ça rend difficile le sujet, de l'aborder politiquement, ça veut dire qu'il faut une vision à moyen ou long terme, et on sait que les mandats des élus ne sont pas forcément du long terme et que ça demande vraiment des travaux en intersectoriel, ce qui n'est pas évident » (Entretien 3)

Enfin, le potentiel impact des élus est de nouveau affirmé et que leur volonté d'agir sur ces questions de santé environnementale est centrale pour agir sur les déterminants de la santé : « Ce sont eux qui vont prendre les décisions sous les compétences municipales, [...] Ce sont des décideurs. On parle des déterminants structureaux, au niveau municipal, ce sont les élus qui vont s'occuper de veiller... » (Entretien 1)

4.3.2. Des leviers à la prise en compte des ISTSE

4.3.2.1. ISTSE et déterminants de la santé

Les entretiens confirment que vouloir agir sur les ISTSE nécessite de travailler sur les déterminants de la santé. Les notions de déterminants proximaux, intermédiaires et distaux sont abordées. « Si on veut changer ça, bien sûr qu'on peut intervenir sur des déterminants proximaux comme les connaissances, avec des flyers, mais il faut intervenir aussi sur les politiques publiques pour améliorer l'environnement de vie des personnes » (Entretien 1). Ils insistent sur le fait que pour réduire les ISTS et ISTSE il faut travailler sur des déterminants structurels de la santé, sur les déterminants « transgénérationnels. », car « on sait que les inégalités se transmettent de génération en génération » (Entretien 2). Cela inclut « l'école [...], la transmission du patrimoine [...], les salaires [...] » (Entretien 2)

4.3.2.2. L'état des lieux en santé environnement de Bordeaux Métropole

Les entretiens et les bilans du CLS mettent en évidence un souci de priorisation des actions dans le CLS de Bordeaux Métropole. En 2020, un an après le lancement de ce CLS, l'ORS Nouvelle-Aquitaine a publié l'Etat des lieux en santé environnement de Bordeaux Métropole. Cet outil a rapidement été présenté à quelques élus de communes de la métropole lors d'une réunion. Mais ces informations n'ont pas été introduites dans la mise en œuvre des actions ciblant des sujets de santé environnement.

Pourtant, d'après un entretien, une des finalités de cet outil était de « pouvoir montrer à la collectivité, s'il y a des priorités à prendre en compte, c'est plutôt dans les communes la et pourquoi pas monter des actions sur les 8 communes les plus défavorables, plutôt que de plutôt vouloir agir sur les 28. » (Entretien 3). Il pourrait être utilisé pour davantage prioriser les thématiques à traiter, ainsi que les territoires de la métropole étant les plus en difficulté face à celles-ci.

4.3.2.3. L'intersectorialité du CLS

L'intégration d'acteurs issus de domaines variés apparaît comme un critère important pour répondre aux ISTSE. Le CLS est un outil « partenarial » (Entretien 4) dont un des atouts est de pouvoir rassembler une grande diversité d'acteurs : « si tu veux traiter des inégalités

sociales de santé, il faut absolument réussir à mettre autour de la table plusieurs acteurs, et pas identifier celui qui a les principales prérogatives. » (Entretien 2). Pour traiter le sujet des ISTS, il faut sortir du champ de la santé, de la médecine et intégrer des acteurs issus d'autres domaines : « le CLS c'est surtout le besoin qu'il soit vraiment un outil d'action publique intersectoriel, c'est-à-dire que ça ne soit pas que les intervenants classiques de santé » (Entretien 1).

Dans l'intégration d'acteurs divers se trouvent les citoyens. Dans le CLS première génération de Bordeaux Métropole, la population n'a pas été sollicitée (Entretien 2). Or, «si on veut répondre aux problématiques, aux défis du territoire, il faudra se rapprocher des personnes concernées. Ce sont les personnes concernées qui connaissent mieux que personne quels sont les problématiques sur lesquelles il faudrait agir » (Entretien 1)

Enfin, le fait de mobiliser un maximum d'acteurs variés sur une thématique peut permettre d'avoir davantage de poids pour ensuite développer des actions sur le territoire (Entretien 2).

4.3.2.4. Evaluation d'Impact sur la Santé (EIS) et Urbanisme Favorable à la Santé (UFS)

L'action 6 du CLS avait pour objectif de sensibiliser et déployer l'utilisation d'EIS au sein des politiques publiques métropolitaines et communales. Après analyse, cette action apparaît comme la plus pertinente en termes de réduction des ISTSE dans le CLS étudié et comme une voie intéressante à emprunter pour traiter des questions de santé environnementale. En effet, les EIS ont pour objectif d'évaluer l'impact potentiel d'un projet, d'une politique sur divers déterminants de la santé, les ressources ou encore l'exposition. Les démarches UFS présentent également des avantages pour lutter contre les ISTSE. Elles « peuvent aborder plusieurs thématiques de la santé environnementale en même temps » (Entretien 3). De plus, l'UFS apparaît comme « bon levier pour parler de santé environnement d'une manière détournée, sans employer le mot santé environnement ». Toutefois, la métropole a encore une marge de progression importante dans ce domaine (Entretien 3).

5. Discussion

L'objectif de ce mémoire était de s'intéresser à la contribution des CLS dans la réduction des ISTSE. Pour cela, l'étude réalisée se centrait sur le cas du CLS première génération de Bordeaux Métropole. La prise en compte dans ce CLS des concepts clefs de ces inégalités qui sont exposition, vulnérabilité, ressources et gradient social, ont été analysés. Des freins et leviers à leur intégration dans cet outil devaient être identifiés. Enfin, dans un contexte où le CLS de Bordeaux Métropole va prochainement être reconduit, les analyses doivent permettre de proposer des pistes d'amélioration pour l'intégration des ISTSE dans le prochain CLS.

5.1. Des pratiques difficilement compatibles avec la lutte contre les ISTSE

5.1.1. Une territorialisation des actions nécessaire

Le CLS est un outil dont un des objectifs est de répondre à des inégalités propres au territoire ciblé (ARS, 2023a; Bordeaux Métropole, 2019). Suite aux analyses, il en ressort que les actions du CLS étudié n'étaient pas territorialisées, mis à part les actions 6 et 22. L'action 22 venait répondre à une problématique spécifique des environs de l'aéroport de Mérignac. L'action 6 ciblait des territoires restreints comme des quartiers dans l'optique d'y améliorer les conditions de vie et limiter des conséquences négatives liées à l'aménagement de ces espaces en utilisant les EIS et l'UFS.

Les autres actions visaient des expositions environnementales comme la qualité de l'air intérieur ou extérieur, etc., mais elles ne prenaient pas en compte d'expositions environnementales différentielles sur le territoire métropolitain. Cela peut peut-être s'expliquer par un manque de données sur ces sujets au moment de l'élaboration du CLS première génération de Bordeaux Métropole. L'ORS Nouvelle-Aquitaine a publié en 2020 l'« Etat des lieux en santé environnement de Bordeaux Métropole », soit un an après le lancement de ce CLS. Ce document met notamment en évidence l'existence de disparités d'exposition environnementale sur ce territoire (ORS Nouvelle-Aquitaine, 2020). Néanmoins, après sa publication, les actions de santé environnementale n'ont pas été ajustées à partir de ces données. Plusieurs hypothèses sont possibles. Les débuts du CLS ont eu lieu dans un contexte de pandémie de la COVID-19, ainsi les priorités des acteurs engagés dans le CLS pouvaient être orientées sur la gestion de crise. De plus, un turn over important sur le poste de « coordinatrice CLS » n'était également pas un contexte idéal pour une réorganisation d'action. L'autre hypothèse est que la question n'a pas été soulevée. Les entretiens et l'analyse

du plan d'actions ont montré que cet état des lieux n'a pas été utilisé et peu porté à la connaissance des acteurs du territoire. Ainsi, la cette seconde hypothèse apparait comme la plus probable, mais il n'y a pas suffisamment d'informations pour en tirer une conclusion.

A cette lacune de territorialisation des actions vient s'ajouter une disparité dans l'implication des communes de la métropole dans le CLS. Les communes les moins favorisées, surtout situées sur la rive droite de la métropole bordelaise, se sont souvent moins saisies de l'outil CLS. Pourtant, elles sont initialement moins investies sur les questions de santé pour diverses raisons, comme économiques ou humaines. Ainsi, cette association de manque de territorialisation et de disparité d'appropriation du CLS n'apparaît pas comme une dynamique favorable à la réduction des ISTSE. Le bilan du CLS de Bordeaux Métropole est donc mitigé concernant la prise en compte des problématiques en santé environnement du territoire dans ces interventions.

Pour aller davantage vers une démarche de territorialisation des actions, Bordeaux Métropole dispose de l'état des lieux en santé environnement produit par l'ORS Nouvelle-Aquitaine. Il pourrait être très utile pour aider à territorialiser les prochaines actions en santé environnementale. Il fournit des données quantitatives sur la situation de la métropole en matière d'environnement, de santé et de social. Ce document n'avait pas comme objectif de définir les inégalités présentes sur le territoire car cela est très compliqué à effectuer (Entretien 3). Pour autant, il peut être très utile pour prioriser et cibler les territoires de la métropole les plus en difficulté sur plusieurs thématiques de santé environnement (Entretien 3). Pour augmenter la pertinence de ces données, il serait intéressant de les compléter par des données qualitatives (Entretien 3). De plus, intégrer les citoyens à la démarche permettrait d'améliorer les choix des actions à développer, de les territorialiser et de répondre aux mieux aux besoins de la population. Cette démarche n'est pas évidente à mettre en place. Une des difficultés est de ne pas créer d' « inégalités dans la participation aux politiques publiques environnementales ». Il faudrait être représentatif de l'ensemble des populations du territoire cible car on sait que les groupes socio-économiques plus élevés ont tendance à davantage s'investir dans des démarches de définition et d'élaboration de politique. Ainsi ils ont la capacité de mieux défendre leurs intérêts (Laurent, 2021). Bordeaux Métropole pourrait se tourner vers son service « Participation citoyenne et relation usager » afin d'aborder au mieux ces questions.

5.1.2. Réflexion sur les populations et leurs différentes caractéristiques

Les différents documents analysés ont pointé plusieurs lacunes dans la forme et les critères d'élaboration des actions. Les notions de ressources et de gradient social n'avaient pas été prises en compte. De plus, la majorité des actions avaient des objectifs uniques d'information et/ou de sensibilisation, qui étaient très souvent destinés à la population métropolitaine dans sa globalité. Ainsi, autres que les actions 6 et 22, les actions utilisaient des mesures universelles, non spécifiques des populations de la métropole, de leur exposition ou encore de leurs ressources pour en bénéficier.

Ces constats ne vont pas dans le sens des différentes préconisations scientifiques citées en état des connaissances. En effet, pour lutter contre les ISTS il est important d'avoir une approche basée sur un gradient social (Breton, 2015). Cela permet de ne délaisser aucune catégorie sociale. L'universalisme proportionné, apparaît comme l'approche la plus pertinente. Elle cible toute la population de façon universelle et propose des efforts proportionnels au désavantage social (Deguen & Kihal-Talantikite, 2022). Les autres approches présentées, comme agir sur les écarts de santé ou les groupes défavorables, ont leurs inconvénients mais permettent tout de même de se mobiliser sur cette problématique des inégalités (Mantoura & Morrison, 2016) et reste importante à intégrer dans les démarches (Breton, 2015). Il est couramment montré que lorsque des actions universelles non spécifiques des populations et ouvertes à tous sont mises en place, les personnes à en bénéficier sont celles ayant déjà le plus de ressources pour améliorer leur état de santé. Cela renvoie à l'explication matérialiste (Goupil-Sormany et al., 2023). Les personnes favorisées sont en meilleure capacité pour mobiliser leurs ressources, comme leurs connaissances ou leurs moyens financiers, pour améliorer leur santé. Elles bénéficient davantage des actions d'information et sensibilisation à la santé. A l'inverse, les personnes défavorisées ont moins de ressources et ont moins la capacité de s'en saisir pour agir sur leur état de santé.

Les actions d'informations et de sensibilisation, qui sont majoritaires pour traiter des thématiques de santé environnementale dans ce CLS, ne s'adaptaient pas aux différences de ressources mobilisables par les populations de la métropole. Ces démarches favorisent les « inégalités distributives des politiques environnementale » évoquées par Eloi Laurent (Laurent, 2021). Des groupes sociaux distincts ne vont pas être affectés équitablement par les actions développées dans le CLS. Les actions généralistes comme celles-ci peuvent être intéressantes lorsqu'elles sont couplées avec d'autres démarches par exemple de formation ou bien d' « aller vers ». Cette démarche consiste à ce qu'un professionnel aille à la rencontre de populations isolées afin de leur donner accès à des aides diverses et de rétablir un lien. Ce

genre de démarche peut être un levier pour lutter contre les ISTSE (Avenel, 2021). Ce cumul de forme d'action pourrait permettre d'éviter plusieurs inconvénients de l'information ou de la sensibilisation seule. Associer des actions davantage opérationnelles avec des actions de sensibilisation et d'information comme travaillées jusqu'ici pourrait peut-être augmenter l'intérêt de ce type d'action. Cela permettrait aux individus de se saisir davantage des informations qu'il leur aura été transmises et d'éviter le risque de culpabiliser les personnes n'ayant pas les capacités à agir seules (Entretien 1). De plus, cela permettrait de ne pas priver les populations ayant des soucis de mobilité ou encore allophones par exemple. Pour compléter cela, informer les acteurs du CLS sur les notions de gradient social, de ressources et de vulnérabilité permettrait d'orienter vers des choix éclairés sur les potentielles conséquences sur les ISTSE si ces principes ne sont pas pris en compte.

Ainsi en extrapolant, on peut donc se demander si certaines actions, construite comme dans le CLS étudié, ne pourraient pas avoir des effets inverses à ceux défendus par les CLS et participer à augmenter les ISTSE plutôt que de les réduire (Entretien 4). Sans prendre en compte les caractéristiques individuelles des populations défavorisées ainsi que de leur environnement de vie, ce risque est présent (Panico et al., 2021). Il pourrait donc être intéressant d'essayer d'intégrer ces notions de ressources disponibles et de gradient social dans les futures actions de santé environnementale du prochain CLS de Bordeaux Métropole. De nouveau, faire participer les citoyens, les populations les plus proches des problématiques du territoire à l'élaboration du CLS pourrait permettre de rendre la forme des actions davantage pertinente et efficace. Les chances d'atteindre l'objectif de réduction des ISTSE pourraient potentiellement être augmentées.

5.1.3. Approche par les déterminants de la santé

L'information et la sensibilisation de populations sont des actions permettant d'agir sur des déterminants proximaux de la santé, tels que le développement de compétences personnelles, des changements de comportement ou encore des habitudes de vie. Les actions mises en place pendant les cinq dernières années touchaient principalement ces déterminants. Seulement, cette approche présente plusieurs inconvénients. Elle participe à agir contre les ISTSE, mais ne permettent pas d'agir à la source des inégalités présentes sur le territoire. Pour cela, plusieurs scientifiques insistent sur la nécessité de travailler sur les causes structurelles afin d'impacter les ISTS sur le long terme (Breton, 2015; Goupil-Sormany et al., 2023). Le modèle des causes fondamentales expliquait également ce principe en différenciant les « déterminants sociaux des inégalités de santé » de « déterminants sociaux de la santé »

(Mantoura & Morrison, 2016). Les « déterminants sociaux des inégalités de santé » s'attaquent à des éléments structureaux de notre société sur lesquels agir provoquent des changements pouvant être importants. Par conséquent, toucher ces déterminants peut demander davantage de ressources et de temps. Par exemple, le développement des pistes cyclables dans les villes a pour objectifs d'améliorer la qualité de l'air en diminuant la dépendance à la voiture mais aussi de promouvoir l'activité physique de la population. Pour se faire, des moyens financiers et du temps sont nécessaires afin de réaménager correctement les axes routiers et pour sensibiliser les usagers à cette pratique. De plus, l'acceptation de grands changements structureaux par les citoyens et les acteurs du territoire peut être difficile. Cibler ces déterminants n'apparaît pas comme évident mais pourtant reste important et permettra d'avoir des effets d'ampleur plus conséquente. Néanmoins, cela découle de choix et de volonté politique qu'il n'est pas évident à mobiliser sur les thématiques de santé environnementale et des inégalités. Ce point va être détaillé dans la partie suivante.

5.2. Santé environnementale et inégalités : deux principes complexes

Comme l'ont montré les résultats de notre étude, la réduction et la présence d'ISTSE n'étaient pas mentionnées dans les actions du CLS étudié. Seule l'action 6 « Concevoir des territoires bienveillants » rentrait explicitement dans cette démarche. Les actions n'étaient pas construites sur l'identification préalable d'inégalités. Cette non-verbalisation des inégalités peut surprendre dans un document dont l'un des objectifs majeurs est de les réduire. On peut s'interroger sur cette mention très peu présente alors que l'objectif principal d'un CLS est de lutter contre les ISTS.

5.2.1. La santé environnementale

La santé environnementale est un domaine touchant à un large éventail de sujets, dont certains s'intéressent à des facteurs biologiques, chimiques, sociaux, esthétiques ou psychosociaux (Santé Publique France, 2022). L'origine des expositions (Deguen & Kihal-Talantikite, 2022), leurs interactions complexes, leurs mécanismes d'actions sur la santé sont multiples et ne sont pas tous bien connus. Cet ensemble de sujets pluridisciplinaires nécessite de discuter de l'organisation du système français. En France, l'environnement, la santé et le social sont cloisonnés (Deguen & Kihal-Talantikite, 2022), que ce soit dans les politiques ou dans le recueil de données. Malgré ce constat, il est très compliqué de bouger des

organisations de telle ampleur et existantes depuis très longtemps. Pourtant, ce découplage apparaît dans la littérature comme un outil pour lutter contre les ISTSE (Deguen & Kihal-Talantikite, 2022; Fleuret, 2016; Ministère des affaires sociales et de la santé & Ministère de l'économie, du développement durable et de l'énergie, 2014).

Ces raisons poussent des acteurs comme des élus à avoir des difficultés à se saisir de ses sujets de santé publique (Entretien 3) car la santé environnementale apparaît comme une thématique compliquée à traiter, demandant des changements conséquents qui souvent peuvent nécessiter une vision à moyen ou long terme (Entretien 3). A l'échelle de Bordeaux Métropole, il n'est pas facile d'estimer le niveau de connaissance en santé environnement des acteurs du territoire (Entretiens 2 et 3).

Pour le prochain CLS de Bordeaux Métropole, il pourrait être intéressant de faire un point avec les acteurs impliqués sur ce que représente la santé environnementale et les domaines qu'elle englobe. En définissant initialement les termes, cela permettrait de s'assurer que chacun ait la même définition de santé environnement et éventuellement d'ouvrir à davantage de réflexions et discussions à ce sujet. Toutefois, il faudrait être vigilant à adopter un discours accessible pour tous.

5.2.2. Les inégalités

La question de la disponibilité des données peut également apparaître comme un frein à la prise en compte des ISTSE. Tout d'abord, l'identification des inégalités à une échelle territoriale comme la métropole de Bordeaux est un travail d'expertise complexe. Aujourd'hui il est difficile d'affirmer des liens de causalité entre un statut social, un état de santé et un environnement sur un territoire restreint (Entretien 3). En effet, à l'heure actuelle il est compliqué de recueillir des données précises à cette échelle. De plus, les recueils de données en santé, environnement et sociales sont réalisés par des organismes différents. Or, pour identifier des ISTSE, il y a un besoin d'avoir accès à toutes ces données et de pouvoir facilement les croiser (Ministère des affaires sociales et de la santé & Ministère de l'économie, du développement durable et de l'énergie, 2014).

Enfin, la notion de responsabilité liée aux inégalités peut participer à ne pas vouloir utiliser ce terme. Le fait de cibler des inégalités provoque un engagement et une obligation d'agir pour les réduire. Cependant, comme évoqué plus tôt, agir sur un facteur environnemental peut demander des changements conséquents, difficiles à mettre en place, et nécessiter du temps

et des moyens. Il est compliqué pour un acteur comme l'ARS ou la collectivité d'ouvertement les reconnaître sans avoir de solutions concrètes à développer pour y faire face (Entretien 2).

Malgré ces difficultés, l'Etat des lieux en santé environnement de l'ORS Nouvelle-Aquitaine permet tout de même d'identifier des disparités territoriales. La notion de disparité est relativement proche de celle d'inégalité. Elle permet de ne pas pointer de responsable. Ainsi, l'état de lieux pourrait également être utilisé pour informer les acteurs du territoire de ces disparités. Parler de ces disparités ne remplace pas le fait d'aborder les inégalités. Néanmoins, afin que les acteurs et les populations puissent avoir connaissance de ces différences territoriales, c'est une première porte qu'il serait intéressant d'ouvrir.

5.2.3. Les inégalités sociales et territoriales de santé environnementale

Les ISTSE soulèvent des questions touchant à une diversité de thématiques et en devient un enjeu pluridisciplinaire. La dimension scientifique de la santé environnementale prend une place prépondérante, ce qui peut rendre moins visible la partie sociale pourtant essentielle. L'évaluation des actions met en évidence que les acteurs du social étaient peu présents alors qu'ils travaillent sur des sujets centraux des ISTSE. Une problématique soulevée lors des entretiens est la place prédominante des acteurs de la santé dans les actions du CLS de Bordeaux Métropole. Une part importante des acteurs impliqués dans les actions de santé environnement était issue de la santé comme les URPS, l'ARS ou le CHU de Bordeaux. Ces acteurs sont certes très importants, mais il est essentiel d'intégrer des professionnels de tous les domaines afin d'appréhender au mieux l'ensemble des sujets liés aux ISTSE. Cela inclut des professionnels de l'aménagement du territoire, de la mobilité, spécialistes des vecteurs biologiques, de la qualité de l'air, mais aussi experts et chercheurs du social dont certains ayant des connaissances sur les questions d'inégalités. Les associations sont des acteurs clés des territoires et les inclure dans les CLS présente de nombreux avantages. Elles possèdent une connaissance accrue des problématiques présentes sur leur territoire. Beaucoup d'entre elles représentent des sous-groupes de population et sont en capacité de remonter des enjeux liés aux ISTSE. Grâce à cette expertise, elles peuvent apporter un point de vue permettant au CLS de mieux s'adapter aux besoins et aux ressources des populations cibles.

Le CLS possède un atout important, celui de pouvoir solliciter une diversité d'acteurs ayant des compétences très distinctes les unes des autres, puis d'utiliser cette multiplicité de compétences pour répondre à un même objectif, celui d'agir sur les ISTSE. Associer dès la phase d'élaboration du CLS l'ensemble de ces acteurs issus de domaines variés, qu'ils soient

de la santé, de la santé environnementale ou du social, permettrait de bénéficier de l'ensemble de leurs expertises et de leurs compétences sur le territoire. Cela pourrait améliorer l'intégration des notions d'expositions différenciées, de vulnérabilité, de ressources et de gradient social au sein des actions.

Les ISTSE sont un sujet complexe, la santé environnement et les inégalités intègrent leur lot de complexité : un besoin de décloisonner les domaines de l'environnement, de la santé et du social, un besoin d'actions d'ampleur, une identification et une compréhension de ces sujets compliqués, une notion de responsabilité. Tout est rassemblé pour que les élus, qui sont des acteurs importants dans un outil comme le CLS, soient réticents à l'idée de s'engager sur cet enjeu. Or, agir sur la santé environnementale et sur les ISTS découle de choix politiques, et d'une volonté politique. Comme beaucoup de sujets, sans volonté politique il est difficile de faire bouger les choses. Au sein de la métropole, la santé environnementale est un enjeu qui semble préoccuper, par exemple avec l'intégration de l'action 22 en cours de CLS. Y associer la notion d'inégalité n'est pas encore atteint, et apparaît comme complexe. L'UFS semble être une porte d'entrée pour agir explicitement sur cela. C'est une action opérationnelle, apportant une solution concrète à une problématique d'aménagement et d'ISTSE. Dans la même dynamique, la démarche EIS permet d'identifier, de s'interroger sur l'intégration des inégalités et de la santé dans un futur projet. L'utilisation régulière de cet outil sur les projets envisagés pourrait permettre d'aider les acteurs à intégrer ces notions dans les différents projets qu'ils planifient. Très souvent, les EIS sont utilisées sur des projets d'aménagement. Dans un contexte où les institutions souhaitent développer la santé dans toutes les politiques, les EIS pourraient être déployées à une échelle allant au-delà des projets d'aménagement. Elles pourraient être effectuées avant la mise en place de politiques, de programmes, etc.

Pour conclure, une dernière interrogation peut être soulevée. Les CLS ont d'autres objectifs que de réduire les ISTS et ISTSE. Le fait de ne pas expliciter la lutte contre ces inégalités est ainsi discutable. Toutefois, un programme défendant un enjeu comme celui-ci ne peut pas parallèlement appliquer des actions qui pourraient entraîner des conséquences allant à l'encontre de ce principe. Par souci de cohérence, comme mentionné plus haut, les actions n'ayant pas pour objectif de lutter contre les ISTSE ne devraient-elles pas intégrer certains principes, tels que le gradient social, les ressources et la vulnérabilité, afin de ne pas aggraver ces inégalités ?

5.3. Limite de l'étude

Notre étude de cas se penchait sur un unique CLS, celui de Bordeaux Métropole. Il serait intéressant de compléter nos constats avec l'analyse d'autres volets santé environnement issu d'autres CLS. De plus, l'analyse portait sur un CLS urbain et le recensement des CLS présenté dans l'état des connaissances s'intéressaient uniquement à des CLS urbains. Cette étude ne peut pas être généralisée à tous les CLS car les problématiques de santé environnement et d'ISTSE des territoires ruraux peuvent différer de ceux des territoires urbains.

Comme évoqué plus tôt, le poste de « coordinatrice du Contrat Local de Santé » à Bordeaux Métropole a connu un fort turn over depuis le début de l'élaboration du CLS métropolitain. Par la sélection des documents étudiés et des personnes interrogées, des précautions ont été prises pour ne pas utiliser des données erronées et recueillir un ensemble de données qualitatives et quantitatives le plus proche de ce qui s'est passé durant ces cinq années. Toutefois, des événements ayant eu lieu pendant ce CLS et des informations ont pu être omises. Un risque de perte d'informations ne peut pas être exclu.

Quatre entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des acteurs impliqués dans le CLS. Il aurait été intéressant d'en effectuer davantage avec des acteurs de territoires impliqués dans le CLS, par exemple pour avoir un meilleur aperçu sur leur niveau de connaissance en santé environnementale et sur la problématique des ISTSE. Il a été mentionné que les élus de Bordeaux Métropole semblaient plutôt informer sur les problématiques de santé environnementale. Néanmoins, avec les entretiens effectués, il n'est pas possible d'estimer correctement leur degré de connaissance. Pourtant, comme le montre ce mémoire, cette information pourrait être pertinente pour bien comprendre les freins à la prise en compte des ISTSE dans le CLS étudié. Il aurait également été utile d'interroger les pilotes d'actions sur notre thématique. Leur point de vue aurait pu aider à confirmer des informations récoltées, ainsi que les compléter.

6. Conclusion

L'état de santé d'un individu dépend de nombreux facteurs internes et externes. Ils sont regroupés sous l'approche des déterminants de la santé. Ces déterminants sont à l'origine des inégalités de santé, parmi lesquelles les ISTSE. Ces dernières peuvent s'expliquer par des disparités d'exposition, de vulnérabilité, de ressource et de gradient social. Les populations en situation défavorable sont souvent les plus exposées aux agresseurs environnementaux et paradoxalement les moins en capacité de conserver et d'améliorer leur santé à cause de ces différences. En France, les ARS tentent de les réduire via les CLS, comme celui de Bordeaux Métropole, en partenariat avec les collectivités territoriales. Dans cette étude a été abordée la prise en compte des ISTSE dans le CLS de Bordeaux Métropole afin d'identifier des leviers et freins à cela, puis des pistes d'amélioration ont été proposées.


Intégrer les ISTSE dans le CLS est ressorti comme complexe dans le CLS première génération de Bordeaux Métropole. Les notions phares des ISTSE, qui sont exposition, vulnérabilité, ressources et gradient social, n'étaient pas toujours intégrées dans les actions. Cela a donné lieu à des actions souvent non territorialisées et ne prenant pas forcément en compte les inégalités entre populations. Plusieurs freins ont été identifiés. La disponibilité de données pour identifier les ISTSE en France est compliquée en partie à cause d'un cloisonnement des domaines de l'environnement, de la santé et du social. Les inégalités et la santé environnementale renvoient à des notions de responsabilité, de changements conséquents, de concepts qui ne sont pas toujours faciles à intégrer dans les actions. Mais il existe des leviers pour agir sur les ISTSE. L'intersectorialité, l'UFS et les EIS, ainsi que travailler sur les déterminants structureaux de la santé sont des pistes à explorer.

Le CLS est un outil ayant pour objectif théorique de réduire les ISTSE. Rendre cet objectif opérationnel est loin d'être facile et demande un niveau de vigilance accru sur la prise en compte et l'adaptation à toutes les sous-populations. Néanmoins, le CLS n'est pas la solution ultime au problème des ISTSE. Il peut participer à les pallier mais ne les supprimera pas. Les ISTSE naissent de décisions, de contextes issus de choix politiques touchant des déterminants structureaux de la santé. Intégrer la santé, la santé environnementale et la notion d'inégalité dans toutes les politiques pourrait permettre d'avoir un impact bien plus conséquent. Cela ne sera pas pleinement envisageable sans avoir réussi à mobiliser suffisamment de volontés politiques. Sans volonté politique, il apparaît compliqué de traiter des sujets d'ampleur comme les ISTSE. Dans un contexte de changement climatique et de crises sociétales il est pourtant urgent d'agir sur les ISTSE.

Bibliographie

- Agence nationale de l'habitat. (2023, juillet 30). *Agir contre l'habitat indigne* | Anah.
<https://www.anah.gouv.fr/action/missions/habitat-indigne>
- Alla, F. (2016). 3. Les déterminants de la santé. In *Traité de santé publique* (p. 15-18).
Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0040>
- ARS. (2023a, novembre 27). *Les contrats locaux de santé*. <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>
- ARS. (2023b, décembre 11). *Le projet régional de santé*. <https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-15>
- ARS. (2024, janvier 25). *Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé*.
<https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
- ARS Centre-Val-de-loire. (2020). *GUIDE D'ELABORATION DES CONTRATS LOCAUX DE SANTE EN REGION CENTRE-VAL DE LOIRE*. <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/index.php/system/files/2020-04/2020%20-%20Guide%20CLS%20Centre-Val%20de%20Loire.pdf>
- ARS Nouvelle-Aquitaine. (2022, avril 14). *[sante.fr]—Plan régional santé environnement en Nouvelle-Aquitaine (PRSE3)*. <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/santefr-plan-regional-sante-environnement-en-nouvelle-aquitaine-prse3>
- Assurance Maladie. (2024). *Notre histoire*. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/histoire>
- Avenel, C. (2021). *La santé en action—"Aller-vers" pour promouvoir la santé des populations*.
- Bordeaux Métropole. (2019). *Contrat local de santé | Bordeaux Métropole*.
<https://www.bordeaux-metropole.fr/metropole/projets-en-cours/metropole-solidaire/contrat-local-sante>

- Breton, E. (2015). Une idée reçue : La réduction des inégalités sociales de santé passe principalement par des actions en faveur des plus vulnérables. In *Des idées reçues en santé mondiale* (p. 148-153). <https://pum.umontreal.ca/catalogue/des-idees-recues-en-sante-mondiale/fichiers>
- Cicolella, A. (2010). Santé et Environnement : La 2e révolution de Santé Publique. *Santé Publique*, 22(3), 343-351. <https://doi.org/10.3917/spub.103.0343>
- Conseil constitutionnel, n. d. (2004). *Charte de l'environnement de 2004*. <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/charte-de-l-environnement-de-2004>
- Dab, W. (2021). 1. John Snow, le précurseur. In *Les fondamentaux de l'épidémiologie* (p. 13-14). Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/les-fondamentaux-de-l-epidemiologie--9782810909360-p-13.htm>
- Deguen, S., & Kihal-Talantikite, W. (2022). Les inégalités environnementales et sociales de santé en France, un champ de recherche à développer. *Informations sociales*, 206(2), 34-43. <https://doi.org/10.3917/inso.206.0034>
- Deguen, S., & Zmirou-Navier, D. (2010a). Social inequalities resulting from health risks related to ambient air quality—A European review. *European Journal of Public Health*, 20(1), 27-35. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp220>
- Deguen, S., & Zmirou-Navier, D. (2010b, décembre). *Expositions environnementales et inégalités sociales de santé*. *ADSP*(73), 27-28.
- Diez Roux, A. V. (2012). Conceptual Approaches to the Study of Health Disparities. *Annual Review of Public Health*, 33(Volume 33, 2012), 41-58. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124534>
- EHESP. (2024). *L'urbanisme favorable à la santé (UFS) | Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)*. <https://www.ehesp.fr/recherche/domaines-et-champs-de-recherche/urbanisme-favorable-a-la-sante-ufs/>

- Fleuret, S. (2016). Les contrats locaux de santé : Un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 34(2), 107-115. <https://doi.org/10.1684/sss.2011.0206>
- Goupil-Sormany, I., Noisel, N., Ratelle, M., & Deguen, S. (2023). Chapitre 6. Vulnérabilité et santé. In *Environnement et santé publique* (p. 163-186). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.goupi.2023.01.0163>
- Guichard, A., Ridde, V., Nour, K., & Lafontaine, G. (2015). *RÉFLEX-ISS : Outil de réflexion pour mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé*. CISSS de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique de la Montérégie. <http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2016/05/Guide-utilisation-REFLEX-ISS.pdf>
- Harpert, C., Templon, J., Fonteneau, R., Sherlaw, W., & Breton, É. (2019). Contrats locaux de santé : Quelle place pour la santé-environnement ? *Environnement, Risques & Santé*, 18(2), 135-147.
- Inserm. (2021). *Ambiance ta life* ⇒  : C'est quoi l'exposome · Inserm, La science pour la santé. Inserm. <https://www.inserm.fr/c-est-quoi/ambiance-ta-life-cest-quoi-lexposome/>
- Laurent, E. (2021, avril 16). *Les inégalités environnementales en Europe*. <http://ses.ens-lyon.fr/articles/les-inegalites-environnementales-en-europe>
- Le Bihan, B. (2022). *Politiques sociales et politiques de santé : Quele(s) intervention(s) territoriale(s) ?*
- Le Goff, E. (2011). Innovations politiques locales, régulation de l'État et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010). *Revue française des affaires sociales*, 4, 158-177. <https://doi.org/10.3917/rfas.114.0158>
- LégiFrance. (2004). *LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1)*—*Légifrance*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCATA000000895120>

- LégiFrance. (2009). *Article 118—LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires—Légifrance.*
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020880270
- LégiFrance. (2024a). *Chapitre Ier bis : Plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement. (Articles L1311-6 à L1311-7)—Légifrance.*
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031928314/2016-10-03/>
- LégiFrance. (2024b). *Section 2 : Compétences (Articles L5217-2 à L5217-5)—Légifrance.*
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000023245477>
- LOI n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (1), 2014-58 (2014).
- Mantoura, P., & Morrison. (2016). *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé.*
- Ministère de la Santé et des services sociaux Québec. (2011). *La santé et ses déterminant—Mieux comprendre pour mieux agir.*
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Ministère des affaires sociales et de la santé & Ministère de l'économie, du développement durable et de l'énergie. (2014, janvier). *Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé—Regard croisés en régions : De l'observation à l'action.*
<https://temis.documentation.developpement-durable.gouv.fr/docs/Temis/0080/Temis-0080112/21392.pdf>
- ORS Nouvelle-Aquitaine. (2020). *Etat des lieux santé-environnement de Bordeaux Métropole.* ORS Nouvelle Aquitaine. <https://www.ors-na.org/publications/etat-des-lieux-sante-environnement-de-bordeaux-metropole/>
- Panico, L., Kelly-Irving, M., Bajos, N., Vandentorren, S., Deguen, S., & Vuillermoz, C. (2021). Les inégalités sociales de santé : Des thématiques à investir. *ADSP*, 113(1), 28-34.
<https://doi.org/10.3917/aedesp.113.0028>

Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). *Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities : Theory, Evidence, and Policy Implications*.

<https://doi.org/10.1177/0022146510383498>

Raimondeau, J. (2018). Chapitre 2. Les déterminants de la santé. In *L'épreuve de santé publique: Vol. 3e éd.* (p. 35-43). Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/l-epreuve-de-sante-publique--9782810906871-p-35.htm>

Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé. (2024). *Gradient social de santé*. Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé.

<https://rrapps-bfc.org/node/146>

Riqueti de Mirabeau, H. G., & Mounier, J.-J. (1789). *La déclaration des droits de l'homme et du citoyen*. elysee.fr. <https://www.elysee.fr/la-presidence/la-declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen>

Santé Publique France. (2021a). *Les inégalités sociales et territoriales de santé*.

<https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>

Santé Publique France. (2021b). *Pollution de l'air ambiant : Nouvelles estimations de son impact sur la santé des Français*.

<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/pollution-de-l-air-ambiant-nouvelles-estimations-de-son-impact-sur-la-sante-des-francais>

Santé Publique France. (2022). *Santé environnementale : Une priorité de santé publique*.

<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/sante-environnementale-une-priorite-de-sante-publique>

Vie Publique. (2023, janvier 9). *Qu'est-ce que la décentralisation ?* | vie-publique.fr.

<https://www.vie-publique.fr/fiches/20168-quest-ce-que-la-decentralisation>

Liste des figures

Figure 1 - Carte de la santé et de ses déterminants (Ministère de la Santé et des services sociaux Québec, 2011)

Figure 2 - Schématisation des différents concepts associés à l'étude de la vulnérabilité (Goupil-Sormany et al., 2023)

Figure 3 - Les effets potentiels des approches politiques selon leur point d'entrée (Mantoura & Morrison, 2016)

Figure 4 - Typologie des communes de Bordeaux Métropole : analyse croisée du cadre de vie, de l'état de santé et de l'environnement des populations (ORS Nouvelle-Aquitaine, 2020)

Liste des tableaux

Tableau 1 – Tableau résumé de l'évaluation des 4 principes centraux de notre étude, intégrés dans les actions du CLS de Bordeaux Métropole

Tableau 2 - Nature des interventions prévues et/ou développer dans les actions du CLS première génération de Bordeaux Métropole

Liste des annexes

Annexe 1 – Exemple grille d'analyse des actions du CLS de Bordeaux Métropole : Action 1

ANNEXE 1 - Grille d'analyse des actions du CLS de Bordeaux Métropole : Action 1

Problématique	Evaluation	Justification/Remarque
PRINCIPES CLEFS DES ISTSE		
Les variations d'exposition environnementale spécifique des populations cibles sont prises en compte dans l'écriture et/ou la mise en œuvre de l'action		
La vulnérabilité des populations cibles est prise en compte dans l'écriture et/ou la mise en œuvre de l'action		
Les ressources mobilisables par les populations cibles sont prises en compte dans l'écriture et/ou la mise en œuvre de l'action		
Le gradient social des populations cibles est pris en compte dans l'écriture et/ou la mise en œuvre de l'action		
PLANIFICATION DU PROJET		
La nature du problème des inégalités sociales et territoriales de santé environnementale (ISTSE) et les problèmes vécus par les différents sous-groupes cibles de la population concernée sont clairement décrits et définis dans le projet		
Le contexte et les déterminants sociaux susceptibles d'avoir un effet sur la problématique des ISTSE identifiées sont décrits		
Des déterminants différents ont été recherchés pour la population ciblée pour l'intervention (ex : âge, sexe, culture, niveau d'éducation)		
L'identification des sous-groupes cibles découle d'une description du problème des ISTSE qui s'est appuyée sur différentes sources d'information : connaissances théoriques, scientifiques, avis d'experts ou professionnels		
La description du problème des ISTSE a pris en compte l'avis des		

différents sous-groupes cibles de la population concernée par l'intervention		
L'orientation du projet et ses activités visent les déterminants sociaux de la santé à l'origine des ISTSE identifiées		
L'intervention propose un éventail d'activités pour répondre aux différents besoins des sous-groupes cibles de la population concernée, en se référant à la stratégie d'universalisme proportionné		
L'orientation du projet vise explicitement à réduire les ISTSE		
Les objectifs de l'action sont cohérents avec l'analyse du problème des ISTSE		
D'éventuelles retombées non souhaitées sur les ISTSE ont été anticipées		
Des personnes des différents sous-groupes cibles ont été impliquées dès le début, au moment de la planification		
MISE EN ŒUVRE DU PROJET		
L'action proposée prend en compte le contexte culturel et historique des milieux d'appartenance des sous-groupes cibles		
Des mesures incitatives visant à encourager les différents sous-groupes cibles à participer à la mise en œuvre de l'intervention ont été déployées		
Des méthodes de travail permettant de prendre en compte le point de vue et de favoriser les contributions des sous-groupes cibles ont été utilisées		
Les processus de l'intervention notamment les outils de communication, sont adaptés au niveau de littératie de chaque sous-groupe cible		
Des moyens ont été mis en œuvre pour faciliter la participation des sous-		

groupes cibles et s'adapter aux contraintes suivantes : accessibilité physique, accessibilité géographique, accessibilité financière, acceptabilité de l'action		
POUVOIR D'AGIR		
L'intervention vise à renforcer le pouvoir d'agir des sous-groupes cibles		
Des activités sont entreprises pour améliorer les compétences, la participation, l'estime de soi et/ou le développement de la conscience critique des sous-groupes cibles et ainsi leur permettre d'agir sur ce qui est important pour eux en participant à ce projet		
PERENNISATION		
Des activités propices à la poursuite des activités et de leurs effets sur la réduction des ISTSE ont été prévues dès la planification du projet		

MARQUER	Adèle	Septembre 2024
Master 2 Méthodes et Outils en Santé Publique Environnementale Promotion 2023-2024		
Prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé environnementale dans les Contrats Locaux de Santé – Cas de Bordeaux Métropole		
<p>Résumé :</p> <p>Les facteurs environnementaux sont des déterminants de la santé impactant en permanence notre état de santé et contribuant à l'existence d'inégalités sociales et territoriales de santé environnementale (ISTSE). Dans ce contexte des outils comme les Contrats Locaux de Santé (CLS) ont pour objectifs de réduire les ISTSE. Cette étude se propose d'analyser comment les ISTSE sont prises en compte dans les CLS, d'identifier des freins et des leviers associés, et de proposer des pistes d'amélioration. Pour ce faire, elle se base sur l'étude de cas du CLS de Bordeaux Métropole, qui est actuellement en phase de reconduction.</p> <p>L'analyse adopte une méthodologie qualitative reposant sur une étude documentaire et des entretiens semi-directifs avec des acteurs impliqués dans le CLS étudié.</p> <p>Les résultats révèlent des difficultés à intégrer les notions clefs des ISTSE et rendant ainsi complexe le traitement opérationnel de cette problématique. Cela a abouti sur une majorité d'actions peu ou pas territorialisées et n'intégrant pas les disparités sociales. Des freins comme la complexité associée aux thématiques de la santé environnementale et des inégalités ont été pointés. Des leviers tels que la mobilisation de l'intersectorialité propre au CLS, l'action sur les déterminants structureaux de la santé, ou encore développer une vigilance sur l'intégration des principes des ISTSE ont également été identifiés.</p> <p>Ce mémoire contribue à une meilleure compréhension des défis liés à la prise en compte des ISTSE et questionne la cohérence entre l'objectif théorique d'un CLS et la réalité de leur mise en œuvre.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Contrat Local de Santé (CLS), inégalités sociales et territoriales de santé environnementale, gradient social, santé environnementale, disparités</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		

MARQUER	Adèle	Septembre 2024
<p align="center">Master 2 Méthodes et Outils en Santé Publique Environnementale Promotion 2023-2024</p>		
<p align="center">Taking account of social and territorial inequalities in environmental health in Local Health Contracts - The case of Bordeaux Métropole</p>		
<p>Abstract :</p> <p>Environmental factors are health determinants with a permanent impact on our state of health, contributing to the existence of social and territorial inequalities in environmental health (STIEH). In this context, tools such as Local Health Contracts (LHC) aim to reduce STIEH. The aim of this study is to analyze how STIEHs are considered in LHCs, to identify the associated obstacles and levers, and to propose avenues for improvement. It is based on the case study of Bordeaux Métropole's LHC, which is currently being renewed.</p> <p>The analysis adopts a qualitative methodology based on a documentary study and semi-structured interviews with players involved in the LHC studied.</p> <p>The results reveal difficulties in integrating the key notions of STIEH, making the operational treatment of this issue complex. As a result, most actions were poorly territorialized, if at all, and failed to take social disparities into account. Obstacles such as the complexity associated with the themes of environmental health and inequalities were pointed out. Levers such as mobilizing the intersectorality specific to the LHC, acting on the structural determinants of health, or developing vigilance over the integration of STIEH principles were also identified.</p> <p>This work contributes to a better understanding of the challenges involved in taking STIEH into</p>		
<p>Mots clés : Local Health Contract, social and territorial inequalities in environmental health, social gradient, environmental health, disparities</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		