



Master 2 Santé publique – Parcours METEORES

Promotion : **2024-2025**

Date du Jury : **11 septembre 2025**

**Intégration des enjeux de santé dans les
Schémas de Cohérence Territoriale (SCoT) :
élaboration d'une méthodologie et
expérimentation à l'ARS Bretagne**

Clément JEHANNIN

Remerciements

Je souhaite remercier Ianis Delpla pour son encadrement attentif tout au long de ce travail, ses conseils structurants et sa disponibilité.

Je remercie également Jérôme Rochelle pour m'avoir accueilli au sein de la Délégation départementale d'Ille-et-Vilaine de l'ARS Bretagne et accompagné tout au long de mon alternance.

Merci à l'ensemble des agents de la DD 35 pour leur accueil, leur appui et les échanges enrichissants qui ont nourri ma réflexion.

Je remercie enfin les personnes ayant accepté de répondre à mes questions dans le cadre des entretiens, ainsi que celles et ceux qui, directement ou indirectement, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

Introduction : Santé et urbanisme, entre fondements et enjeux contemporains	1
1.1. Urbanisme et déterminants de santé : des liens étroits	1
Une définition élargie et dynamique de la santé.....	1
Urbanisme et santé : une relation historique	2
Un enjeu transversal : la santé dans toutes les politiques	3
Le concept d'urbanisme favorable à la santé	3
1.2. Le cadre institutionnel et réglementaire de l'aménagement du territoire	4
Les collectivités territoriales, actrices clés de l'aménagement et de la santé.....	4
Le SCoT, document stratégique de planification à long terme	5
Un levier pour intégrer les enjeux de santé	8
1.3. Objectifs, enjeux et problématique du mémoire	10
II. Méthodes : Analyse documentaire et construction progressive de la démarche	13
2.1. Revue de littérature sur les liens entre santé et urbanisme	13
2.2. Analyse des pratiques internes de contribution aux documents d'urbanisme	15
2.3. Mobilisation des dynamiques internes et partenariales	16
2.4. Entretiens avec des acteurs extérieurs	17
III. Résultats : État des lieux et retours d'expérience	21
3.1. Organisation, pratiques et dynamiques internes à la DD 35.....	21
Organisation interne et coordination des contributions.....	21
Champs thématiques couverts dans les avis sanitaires	22
Outils et ressources appuyant la démarche	25
3.2. Analyse de la prise en compte des enjeux de santé dans les SCoT du département	26
3.3. Retours des acteurs extérieurs : leviers, obstacles, bonnes pratiques	28
Structurer les avis : entre efforts de formalisation et recherche de légitimité	29
Porter la santé dans des contextes partenariaux hétérogènes.....	30
Contenus et effets des avis : entre technicité, diversité et marge d'influence	31
3.4. Analyse croisée : convergence des constats internes / externes.....	32

Convergences observées.....	32
Divergences ou spécificités locales.....	33
Conditions favorables à une intégration effective de la santé	33
Éclairage sur la situation de la DD 35.....	34
IV. Discussion : pistes de structuration et leviers d'action	35
4.1. Freins à une meilleure intégration de la santé dans les SCoT	35
Freins internes à l'ARS.....	35
Freins externes	36
Freins structurels ou institutionnels	37
Leviers pour dépasser les freins identifiés.....	37
4.2. Vers une méthode structurée d'analyse sanitaire des SCoT.....	38
Formalisation d'une trame d'analyse	38
Impliquer durablement les départements SE et OSAP	39
Outils mobilisables et capitalisables	40
4.3. Renforcement de la posture de l'ARS comme acteur stratégique.....	41
Réaffirmer le rôle stratégique de l'ARS dans l'aménagement.....	42
S'inscrire dans des démarches partenariales pérennes	42
Enseignements tirés d'expériences régionales variées	43
4.4. Articulation avec les partenaires de l'aménagement.....	44
Consolider les coopérations existantes	44
Inscrire la santé dans les dynamiques de territoire.....	45
Vers une gouvernance partagée	46
4.5. Limites de l'étude et perspectives.....	47
Limites méthodologiques.....	47
Ouvertures possibles.....	48
Pistes pour un déploiement régional	49
Conclusion.....	51
Bibliographie.....	53
Liste des annexes.....	I
Annexe 1 : Tableau des acteurs impliqués dans l'élaboration d'un SCoT et leurs rôles	I

Annexe 2 : Cartographie de l'évolution en cours des Schémas de Cohérence Territoriale en Bretagne (DREAL Bretagne).....	II
Annexe 3 : Grilles d'entretien selon les catégories d'acteurs interrogés.....	III
Annexe 4 : Procédure SCoT - Elaboration des porter à connaissances (PAC) et des avis sanitaires sur les projets d'urbanisme arrêtés des SCoT	VI
Annexe 5 : Tableau des thématiques couvertes par les départements SE et OSAP dans les avis sanitaires.....	XIII
Annexe 6 : Trame - avis sanitaire pour les SCoT	XIV
Annexe 7 : Tableau d'indicateurs sanitaires mobilisables par thématiques	XXXII

Liste des sigles utilisés

ALUR : Accès au Logement et Urbanisme Rénové
ARS : Agence Régionale de Santé
CC : Carte Communale
CLS : Contrat Local de Santé
CODEL : Comité de Direction Élargi
DD 35 : Délégation Départementale d'Ille-et-Vilaine
DDETS : Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DDT(M) : Direction Départementale des Territoires (et de la Mer)
DGS : Direction Générale de la Santé
DOO : Document d'Orientations et d'Objectifs
DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
EE : Environnement Extérieur
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
EIS : Évaluation d'Impact sur la Santé
ELAN : Évolution du Logement, de l'Aménagement et du Numérique
GT : Groupe de Travail Thématique
IA : Intelligence Artificielle
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OSAP : Offre de Soins, Prévention, Autonomie
PAC : Porter à Connaissance
PCAET : Plan Climat-Air-Énergie Territorial
PAS : Projet d'Aménagement Stratégique
PDU : Plan de Déplacements Urbains
PLH : Programme Local de l'Habitat
PLU(i) : Plan Local d'Urbanisme (intercommunal)
PM : Plan de Mobilité
PPA : Personne Publique Associée
PRSE : Plan Régional Santé Environnement
SCoT : Schéma de Cohérence Territoriale
SDAGE : Schéma Directeur d'Aménagement et de Gestion des Eaux
SE : Santé Environnement
SPF : Santé Publique France
SRADDET : Schéma Régional d'Aménagement, de Développement Durable et d'Égalité des Territoires
SRU : Solidarité et Renouvellement Urbain
UFS : Urbanisme Favorable à la Santé

Introduction : Santé et urbanisme, entre fondements et enjeux contemporains

L'urbanisme façonne durablement les territoires. Il influence nos modes de vie et donc nos conditions de santé. Face à une accumulation de problématiques sanitaires et sociales (exposition aux polluants, inégalités territoriales d'accès aux soins, sédentarité, santé mentale, etc.), les politiques d'aménagement du territoire représentent un levier majeur d'action pour améliorer la santé et prévenir les risques. Ce chapitre s'intéresse premièrement aux liens entre urbanisme et déterminants de santé, avant de revenir sur les cadres institutionnels et stratégiques qui encadrent leur intégration dans les documents d'urbanisme. Il se conclut par la présentation des objectifs, des enjeux et de la problématique de ce mémoire, mené au sein du pôle Environnement Extérieur (EE) de la Délégation Départementale (DD) d'Ille-et-Vilaine (35) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne.

1.1. Urbanisme et déterminants de santé : des liens étroits

La relation entre santé et aménagement du territoire repose sur une histoire ancienne et sur une compréhension renouvelée des déterminants de la santé. Cette relation s'est transformée au fil des siècles, au gré des contextes sanitaires et connaît aujourd'hui un regain d'intérêt dans un contexte d'urbanisation croissante, de transition écologique et de crise climatique.

Une définition élargie et dynamique de la santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (L'Institut Paris Région, 2021). Cette définition, adoptée dès 1946, rompt avec une vision biomédicale restrictive, centrée sur la maladie, pour affirmer une approche globale et positive de la santé. Elle est renforcée par la Charte d'Ottawa (1986), qui affirme que la santé est « une ressource de la vie quotidienne », insistant sur les capacités des individus à s'adapter à leur environnement (L'Institut Paris Région, 2021). Cette approche met en lumière des facteurs souvent négligés dans les politiques publiques, comme le logement, les mobilités ou le lien social.

Ces facteurs sont aujourd'hui désignés sous le terme de déterminants de santé, c'est-à-dire l'ensemble des conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ils incluent les comportements individuels, les conditions socio-

économiques, mais aussi l'environnement physique et social. Les déterminants socio-économiques, comportementaux et environnementaux contribuent à environ 80 % de notre état de santé, tandis que les facteurs génétiques et l'accès aux soins n'en expliqueraient qu'environ 20 % (ARS Grand Est & Réseau 7Est, 2025), comme l'illustre la Figure 1 ci-dessous.

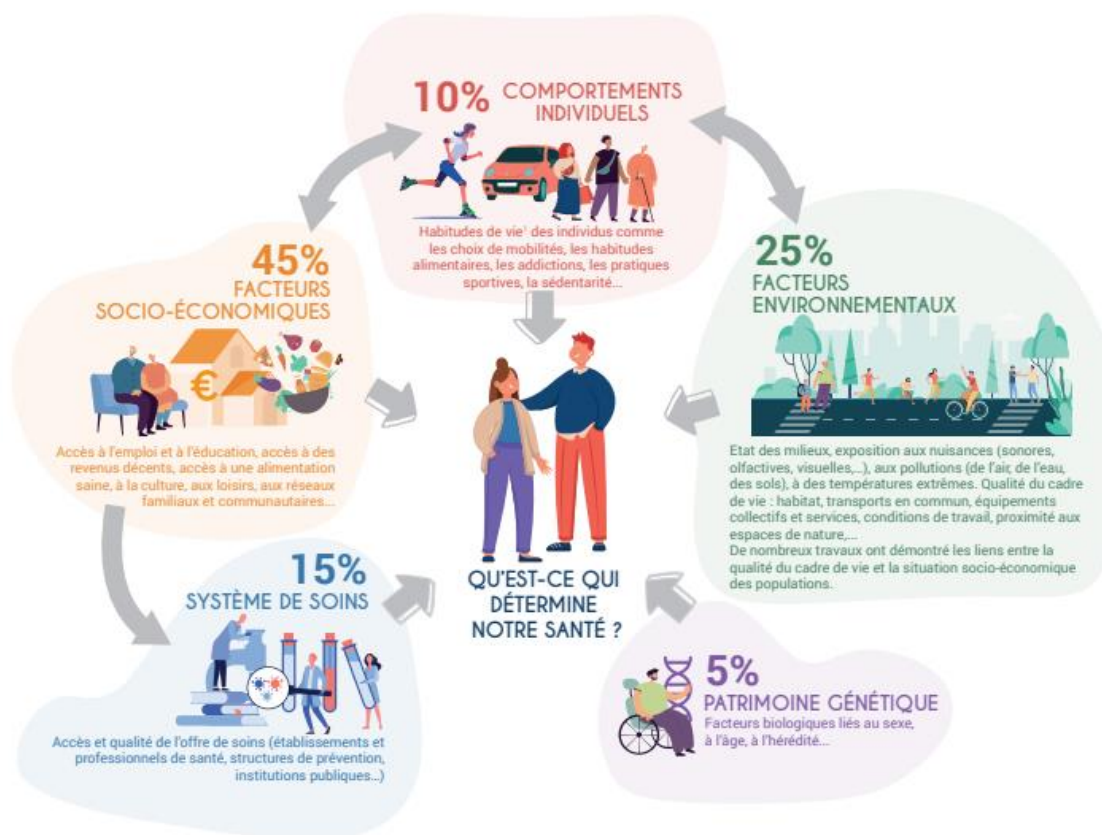


Figure 1 : Les déterminants de la santé (ADEME et al., 2023)

Par conséquent, l'action publique sur l'organisation du territoire devient un levier essentiel pour améliorer la santé des populations. Cette approche est aujourd'hui consolidée par les politiques de promotion de la santé, qui visent à créer des environnements favorables au bien-être.

Urbanisme et santé : une relation historique

Les liens entre urbanisme et santé sont loin d'être nouveaux. Dès l'Antiquité, les cités devaient faire face aux problèmes de salubrité liés à la concentration humaine. Mais c'est au XIXe siècle, avec le mouvement hygiéniste, que l'urbanisme devient explicitement un outil au service de la santé publique. Les grandes épidémies de choléra ou de tuberculose ont alors conduit à des transformations urbaines majeures : création d'égouts, aération des villes, éloignement des activités polluantes, ouverture de grands boulevards, ou encore aménagement d'espaces verts (ADEME, 2021). L'urbanisme devient alors une réponse curative à un environnement perçu comme pathogène.

Toutefois, les mutations ultérieures de la ville ont introduit de nouveaux enjeux. L'urbanisme moderne, influencé notamment par la Charte d'Athènes (1933) et son principe de séparation des fonctions urbaines (habiter, travailler, circuler, se cultiver), a conduit à un zonage du territoire, à l'étalement urbain et à une dépendance accrue à la voiture. Ces choix ont contribué à l'émergence de pathologies chroniques contemporaines (obésité, maladies cardiovasculaires, stress, dépression), issues d'environnements peu propices à l'activité physique, pauvres en lien social et marqués par des nuisances ou des pollutions multiples (Roué-Le-Gall et al., 2014).

Autrement dit, si l'urbanisme a longtemps été un outil de lutte contre les maladies infectieuses, il soulève aujourd'hui de nouvelles questions face à l'essor des maladies chroniques.

Un enjeu transversal : la santé dans toutes les politiques

La santé est désormais reconnue comme un enjeu intersectoriel, qui dépasse largement le seul champ sanitaire. Cette approche, soutenue par l'OMS depuis la conférence d'Alma-Ata (1978) et affirmée dans la Charte d'Ottawa (1986), se traduit par le concept de « santé dans toutes les politiques ». Elle appelle à une coopération renforcée entre les secteurs de l'aménagement, du logement, des transports, de l'environnement et du social (Roué-Le-Gall et al., 2014).

Les politiques d'urbanisme sont ainsi identifiées comme un levier structurant pour agir sur les déterminants de santé. En influençant la qualité du cadre de vie, l'accès aux services, aux mobilités, aux espaces verts, ou encore à l'emploi et au logement, l'urbanisme peut promouvoir ou au contraire réduire le bien-être des populations (ARS Auvergne-Rhône-Alpes & Réseau Urba 4, 2023).

Les collectivités locales, du fait de leurs compétences en matière d'aménagement du territoire, sont à ce titre des acteurs majeurs de la santé publique. Elles disposent des outils pour articuler les politiques d'urbanisme, d'environnement, de mobilité et d'habitat autour d'un projet de territoire intégrant la qualité de vie des habitants (ARS Auvergne-Rhône-Alpes & Réseau Urba 4, 2023).

Le concept d'urbanisme favorable à la santé

Dans cette perspective, le concept d'urbanisme favorable à la santé (UFS) s'impose comme un cadre d'action stratégique et interdisciplinaire. Apparue dans les années 1980, portée par le programme « Villes-santé » de l'OMS Europe, il repose sur l'idée que les choix

d'aménagement du territoire influencent directement les conditions de vie, les comportements et donc la santé des populations. Il s'agit d'un changement de paradigme majeur : de la prévention centrée sur l'individu à une action plus globale sur les milieux de vie (ADEME, 2021).

L'UFS vise à intégrer les enjeux de santé dans les politiques urbaines et les projets d'aménagement, en s'appuyant sur une définition globale de la santé physique, mentale et sociale telle que proposée par l'OMS. Ce concept invite à concevoir des environnements urbains qui facilitent les comportements favorables à la santé (mobilités actives, alimentation, lien social), tout en réduisant les expositions environnementales néfastes (pollution de l'air, bruit, îlots de chaleur, etc.) (ARS Grand Est & Réseau 7Est, 2025).

L'UFS s'inscrit dans une logique de co-bénéfices : en favorisant des environnements urbains plus durables, plus inclusifs et plus sains, il répond simultanément à des enjeux de santé publique, de justice sociale et de transition écologique. Il permet également de décloisonner les politiques publiques, en favorisant une gouvernance intersectorielle, indispensable à la mise en œuvre d'aménagements durables.

Enfin, à l'heure des crises sanitaires, climatiques et sociales, l'UFS apparaît comme une réponse territorialisée et intégrée aux défis contemporains. Il invite à repenser l'aménagement du territoire sous l'angle du soin apporté aux milieux de vie, à la qualité des interactions humaines et à la réduction des inégalités territoriales de santé.

1.2. Le cadre institutionnel et réglementaire de l'aménagement du territoire

La prise en compte des enjeux de santé dans les politiques d'aménagement du territoire repose sur un ensemble de documents de planification réglementaires portés par les collectivités locales.

Les collectivités territoriales, actrices clés de l'aménagement et de la santé

Les communes et intercommunalités sont les principales autorités compétentes en matière d'urbanisme. À travers les documents qu'elles élaborent : schémas de cohérence territoriale (SCoT), plans locaux d'urbanisme (intercommunaux) (PLU(i)), ou encore cartes communales (CC), elles interviennent sur l'usage des sols, la mobilité ou encore les espaces publics, avec un impact direct sur le cadre de vie. Ces leviers peuvent avoir un effet significatif sur la santé, notamment en lien avec l'environnement ou les modes de vie. Elles peuvent, par exemple, favoriser la promotion de la santé via des projets d'espaces

publics apaisés, végétalisés, ou des infrastructures facilitant les mobilités actives (Réseau français Villes-Santé, s. d.).

Cette approche s'inscrit dans une logique de co-bénéfices : les projets qui améliorent l'environnement urbain ont souvent des retombées positives sur la santé et la biodiversité. L'UFS, en tant que démarche transversale, permet ainsi de renforcer l'efficacité des politiques d'aménagement en intégrant une dimension sanitaire encore souvent négligée.

Le SCoT, document stratégique de planification à long terme

Le SCoT est un document de planification stratégique, à l'échelle intercommunale, visant à coordonner et organiser de manière cohérente les grandes politiques d'aménagement du territoire : urbanisme, habitat, mobilités, développement économique, aménagement commercial, gestion des ressources naturelles ou encore transition écologique. Instauré par la loi Solidarité et Renouvellement Urbain (SRU) de 2000, il fixe un cap à long terme (généralement sur 15 à 20 ans) pour garantir un développement équilibré et durable des territoires (Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires & FédéSCoT, 2022).

Ce document est élaboré à l'initiative des élus locaux, généralement au sein d'un établissement public (syndicat mixte, pôle d'équilibre territorial et rural ou établissement public de coopération intercommunale), sur la base d'un diagnostic territorial partagé et d'une concertation impliquant de nombreux acteurs : collectivités, services de l'État (directions départementales des territoires ou des territoires et de la mer (DDT(M)), directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS), ARS), chambres consulaires, associations, citoyens, etc.

Le SCoT repose sur une architecture documentaire structurée, articulée autour de plusieurs pièces principales, parmi lesquelles deux éléments centraux : le Projet d'Aménagement Stratégique (PAS) et le Document d'Orientation et d'Objectifs (DOO) (Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires & FédéSCoT, 2022).

Le PAS constitue le socle politique du document. Il reflète les ambitions des élus pour l'avenir de leur territoire. Ce projet global vise à répondre aux grands enjeux identifiés dans le diagnostic territorial (démographie, logement, mobilités, environnement, économie, etc.), en formulant les grandes orientations d'aménagement à poursuivre. Bien qu'il ne soit pas juridiquement opposable, le PAS joue un rôle fondamental d'inspiration et de cohérence dans l'ensemble du SCoT, en fixant les ambitions et les priorités du territoire. Il oriente l'ensemble des politiques abordées dans le document.

Le DOO, quant à lui, est la pièce réglementaire du SCoT. Il décline de manière concrète les choix du PAS, en fixant des objectifs qualitatifs ou quantitatifs, traduits en orientations opposables aux documents d'urbanisme locaux. Il peut contenir, par exemple, des prescriptions sur la densité, les zones d'activité, ou encore sur la manière dont les mobilités doivent évoluer. Le DOO représente donc le principal levier de mise en œuvre du projet stratégique et constitue le référentiel auquel doivent se conformer les documents locaux comme les PLU(i) ou les CC.

Outre le PAS et le DOO, le SCoT peut comporter d'autres pièces, dont la présence varie selon les choix du territoire et les enjeux identifiés localement. Ces pièces ne sont pas obligatoires, mais peuvent venir enrichir la portée opérationnelle et stratégique du document.

Parmi elles, le rapport de présentation est une pièce centrale : bien qu'il ne soit pas opposable, il fonde l'ensemble du document. Il comprend notamment le diagnostic territorial, l'évaluation environnementale, l'état initial de l'environnement, une analyse de la consommation d'espaces et une justification des choix retenus au regard des objectifs du Code de l'urbanisme. Il aide à mieux comprendre les priorités du territoire et les choix d'aménagement.

Certaines structures choisissent également de formaliser un programme d'actions, qui constitue une pièce complémentaire non obligatoire, mais particulièrement utile. Ce document recense et planifie les actions concrètes à engager pour mettre en œuvre les orientations du SCoT, en mobilisant l'ensemble des partenaires concernés. Il peut inclure des calendriers de réalisation, des indicateurs de suivi et parfois une estimation budgétaire. Il permet de passer de la stratégie aux actions concrètes, même s'il ne possède pas de valeur juridique.

Enfin, le SCoT peut s'accompagner de documents annexes ou cartographiques, permettant de spatialiser certaines orientations (localisation des polarités urbaines, des continuités écologiques, des équipements structurants...), renforçant ainsi la lisibilité du projet à différentes échelles.

Cette organisation permet au SCoT de relier les grandes orientations à des actions concrètes sur le terrain, en garantissant à la fois une lisibilité politique et une portée normative. Ainsi, le SCoT se positionne comme une véritable colonne vertébrale de l'aménagement local, articulant les politiques publiques et les enjeux de transition.

Les prescriptions du SCoT s'imposent comme un cadre de référence pour plusieurs documents d'urbanisme et d'aménagement à l'échelle locale. Sont notamment concernés :

- Les Plans Locaux d'Urbanisme (PLU, PLUi),

- Les Cartes Communales (CC),
- Les Programmes Locaux de l'Habitat (PLH),
- Les Plans Climat-Air-Énergie Territoriaux (PCAET),
- Les Plans de Déplacements Urbains (PDU) / Plans de Mobilité (PM).

Ces documents doivent être compatibles avec les orientations du SCoT, ce qui en fait un outil essentiel de cohérence des politiques publiques. Le SCoT s'inscrit dans un socle législatif et réglementaire dense, forgé par plusieurs lois structurantes de l'aménagement du territoire :

- La loi SRU de 2000 qui a instauré les SCoT dans leur forme actuelle,
- La loi ALUR (Accès au Logement et Urbanisme Rénové, 2014) qui a renforcé leur rôle dans la lutte contre l'étalement urbain,
- La loi ELAN (Évolution du Logement, de l'Aménagement et du Numérique, 2018) qui a précisé leurs articulations avec les documents d'urbanisme locaux,
- La loi Climat et Résilience (2021) qui a introduit de nouvelles obligations en matière de sobriété foncière et de lutte contre l'artificialisation des sols.

Dans ce cadre, le SCoT joue également un rôle d'interface entre les grandes orientations régionales ou nationales, comme le Schéma Régional d'Aménagement, de Développement Durable et d'Égalité des Territoires (SRADDET), le Schéma Directeur d'Aménagement et de Gestion des Eaux (SDAGE) ou encore les feuilles de route nationales pour la transition écologique, et leur déclinaison opérationnelle à l'échelle locale. Comme l'illustre la Figure 2, le SCoT joue donc un rôle pivot : il assure la cohérence entre les différents niveaux d'action, tout en donnant une vision d'ensemble au projet de territoire.

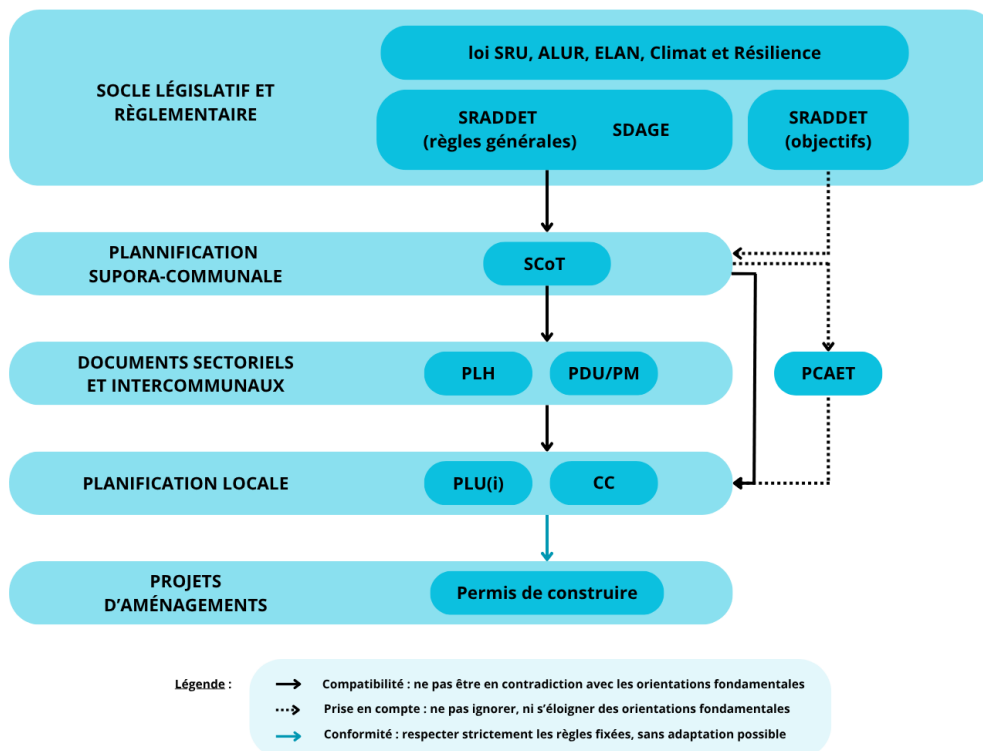


Figure 2 : Schéma de la hiérarchie des documents d'urbanisme en France (Code de l'Urbanisme)

Un levier pour intégrer les enjeux de santé

Au-delà de sa dimension réglementaire, l'élaboration du SCoT repose sur un processus collaboratif, mobilisant les élus, les services techniques, les partenaires institutionnels, mais aussi la société civile. Cette gouvernance ouverte crée une vraie opportunité pour faire émerger des enjeux transversaux comme la santé.

Dans cette dynamique, les ARS ont un rôle croissant à jouer dans l'intégration des enjeux de santé dans les politiques d'aménagement du territoire. En tant qu'autorités sanitaires de référence à l'échelle régionale, elles disposent d'une expertise en santé publique, en santé environnementale, en prévention et en organisation de l'offre de soins, qui peut éclairer les choix d'aménagement et contribuer à améliorer les conditions de vie des populations. Cette posture d'expertise leur permet d'accompagner les collectivités dans la prise en compte des déterminants de santé, de contribuer à la montée en compétence des acteurs locaux sur ces enjeux et de participer à la structuration de démarches d'UFS.

Dans le cadre des documents d'urbanisme, les ARS peuvent ainsi intervenir à plusieurs niveaux : par la participation à des dynamiques partenariales, par des actions de sensibilisation ou d'animation territoriale, mais aussi à travers leur mission réglementaire de délivrance d'avis sanitaires, prévue à l'article L.1435-1 du Code de la santé publique.

Cet avis est requis dans le cadre de l'élaboration ou de la révision de certains documents, dont les SCoT, dès lors que ceux-ci sont soumis à évaluation environnementale. Il constitue un levier concret par lequel l'ARS peut recommander la prise en compte de certains déterminants de santé, en lien avec les orientations stratégiques du document. La Figure 3 illustre les différentes étapes du processus d'élaboration d'un SCoT et met en évidence les moments où l'ARS intervient dans ce cadre, notamment lors du porter à connaissance et de la consultation des services de l'État.

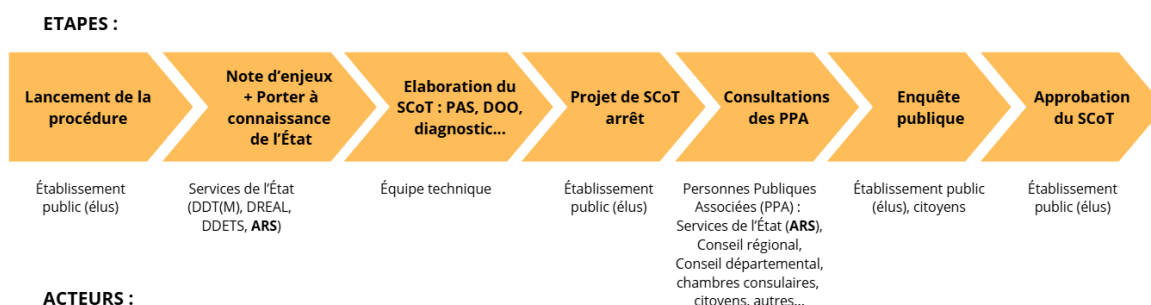


Figure 3 : La procédure d'élaboration et les acteurs des SCOT (cf. Annexe 1) (Ministère de l'Aménagement, du Territoire et de la Décentralisation)

En tant que documents de planification à long terme, les SCoT représentent une opportunité stratégique pour inscrire la santé dans une vision globale du territoire. Forte de sa connaissance du territoire et de ses enjeux sanitaires, l'ARS peut jouer un rôle moteur pour promouvoir un aménagement plus favorable à la santé, en contribuant notamment à la cohérence entre objectifs d'aménagement, prévention des risques, qualité de vie et réduction des inégalités de santé.

Dans ce cadre, il est essentiel de considérer les spécificités du territoire breton, et plus particulièrement de l'Ille-et-Vilaine, territoire d'étude de ce mémoire.

Ce département, situé à l'est de la Bretagne, est le plus peuplé de la région avec plus de 1,1 million d'habitants en 2022, représentant près d'un tiers de la population bretonne. Il connaît une croissance démographique soutenue, avec un taux annuel moyen de +0,9 % entre 2016 et 2022 (Lardoux & Marcault, 2024). Ce dynamisme est particulièrement marqué autour de la métropole rennaise, qui concentre l'essentiel de la croissance résidentielle et attire de nouveaux habitants grâce à son bassin d'emploi, ses infrastructures et sa qualité de vie. Toutefois, la densification rennaise favorise l'apparition d'îlots de chaleur urbains, accentués par le changement climatique.

À l'inverse, certaines zones du département connaissent des dynamiques plus contrastées : les zones rurales au sud sont confrontées à un vieillissement marqué de la population (Bovi et al., 2023). La part des personnes âgées de 65 ans ou plus y progresse fortement, notamment dans les communes peu denses, où les jeunes adultes sont moins présents et

les départs liés à la recherche d'emploi ou d'études sont fréquents. Ce vieillissement démographique s'accompagne souvent d'un accès limité aux mobilités, aux services et à l'offre de soins de proximité, ce qui pose des enjeux majeurs en matière d'aménagement du territoire et de politiques de santé publique.

Tandis que le littoral nord (Côte d'Émeraude) subit une forte pression touristique, son climat tempéré en fait une destination résidentielle et estivale recherchée, notamment dans un contexte de réchauffement global.

Sur le plan économique, l'Ille-et-Vilaine se distingue par une activité diversifiée, portée par les secteurs du numérique, des services, de la santé et du commerce.

Ces éléments renforcent la nécessité d'un urbanisme favorable à la santé, intégrant les déterminants environnementaux et sociaux dans les politiques d'aménagement. Le département est également engagé dans une révision de ses SCoT, comme le montre la carte régionale en annexe (cf. Annexe 2), ce qui en fait un cadre pertinent pour développer une approche intégrée des politiques de santé et d'aménagement.

1.3. Objectifs, enjeux et problématique du mémoire

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche à la fois réflexive et opérationnelle, initiée dans le cadre de mon alternance à la Délégation Départementale d'Ille-et-Vilaine de l'ARS Bretagne. Il prend appui sur un contexte territorial particulier : la révision simultanée de l'ensemble des SCoT du département, qui constitue une opportunité concrète de repenser l'intégration des enjeux de santé dans la planification. Cette situation offre un terrain d'expérimentation privilégié pour interroger, de l'intérieur, les leviers dont dispose l'ARS pour renforcer son rôle dans les politiques d'aménagement du territoire.

L'élaboration des SCoT constitue une opportunité stratégique pour inscrire les déterminants de santé dans les orientations territoriales de long terme. Si l'ARS intervient réglementairement dans ce processus via les avis sanitaires, cette mission n'est qu'un point de départ parmi d'autres pour agir sur la planification. Elle peut être prolongée par une action plus structurée, permettant d'apporter une expertise transversale sur des enjeux encore trop peu abordés, comme les mobilités actives, le cadre de vie, l'accessibilité aux soins ou encore la cohésion sociale.

Jusque 2024, les pratiques observées au sein de la DD 35 révèlent une approche très centrée sur la santé environnementale, cohérente avec les missions des pôles concernés, mais qui ne permet pas toujours de saisir l'ensemble des leviers d'action disponibles au sein de la délégation. Les avis émis se concentrent principalement sur la qualité de l'air, l'environnement sonore, les risques industriels ou encore la qualité de l'eau. En revanche,

d'autres déterminants pourtant centraux pour la santé publique, tels que les mobilités actives, l'accessibilité aux soins ou le lien social, essentiels à la prévention et à la réduction des inégalités de santé, restent peu mobilisés et sont rarement abordés de manière systématique. Leur prise en compte reste ponctuelle et standardisé par un paragraphe type.

Une première tentative d'élargissement de l'approche sanitaire dans les documents d'urbanisme avait été engagée à l'ARS Bretagne en 2018, avec pour ambition de construire une méthode intégrée de lecture des documents à travers le prisme des déterminants de santé. Mais cette dynamique s'était essouffée : le manque de coordination entre pôles, la difficulté à mobiliser les équipes et l'absence d'un portage par la direction à cette période avaient limité son inscription dans la durée.

Aujourd'hui, un nouvel élan est porté par la direction de la DD 35 pour contribuer aux SCoT et structurer cette approche de manière plus opérationnelle et durable. Dans le prolongement des dynamiques engagées autour des révisions de SCoT, cette impulsion vise à faire prendre en compte la santé dans les SCoT et ainsi formaliser une méthodologie, construire des outils d'analyse, renforcer la collaboration entre pôles et inscrire cette démarche dans le fonctionnement de l'ARS. La Figure 4 retrace cette évolution à travers une frise chronologique (2018–2026), présentant les principales étapes et dynamiques inter-pôles de la DD 35, impliquant ses deux départements : Santé Environnement (SE) et Offre de Soins, Prévention, Autonomie (OSAP).



Figure 4 : Frise chronologique des dynamiques inter-pôle SE/OSAP dans les avis SCoT de la DD 35 (2018-2026)

Dès lors, ce mémoire vise à répondre à la question suivante : **Comment l'ARS peut-elle renforcer de manière structurelle et opérationnelle l'intégration des enjeux de santé dans les SCoT, au-delà d'une logique d'expertise ponctuelle, en s'appuyant sur une organisation transversale, des outils partagés et une meilleure articulation avec les acteurs de l'aménagement ?**

Pour répondre à cette question, trois objectifs structurent ce travail :

- Identifier les leviers et les freins actuels de l'action de l'ARS dans l'évaluation des documents d'urbanisme, à partir d'un état des lieux de la prise en compte des enjeux sanitaires dans les SCoT du département.
- Développer un cadre structurant et opérationnel d'analyse des SCoT, sous la forme d'une trame départementale, co-construite avec les deux départements de la DD 35 : SE et OSAP.
- Formuler des pistes de structuration stratégique du rôle de l'ARS dans la planification territoriale, en identifiant les modalités organisationnelles, les moments d'intervention stratégiques et les partenariats à construire pour faire progresser une approche intégrée de la santé dans l'aménagement.

Ce mémoire se veut donc à la fois un outil d'aide à l'action, en proposant des repères méthodologiques concrets pour renforcer la cohérence des interventions de l'ARS dans les documents d'urbanisme, et une contribution stratégique, en alimentant la réflexion sur la place que peut occuper une autorité sanitaire dans les politiques d'aménagement du territoire. Il s'inscrit dans une dynamique de transformation du rôle de l'ARS, à l'interface entre expertise réglementaire, dialogue territorial et accompagnement des transitions, avec pour finalité de renforcer la prévention, réduire les inégalités territoriales de santé et favoriser l'émergence d'un urbanisme véritablement porteur de santé.

II. Méthodes : Analyse documentaire et construction progressive de la démarche

Ce mémoire repose sur une approche méthodologique articulant plusieurs niveaux d'analyse, dans une logique à la fois rétrospective et prospective. L'objectif a été de comprendre les pratiques existantes au sein de la DD d'Ille-et-Vilaine de l'ARS Bretagne en matière de production d'avis sanitaires sur les SCoT, d'en interroger les limites et de construire une démarche structurée et opérationnelle d'intégration des enjeux de santé dans ces documents de planification. La méthodologie mobilise ainsi des sources variées : revue de littérature, observation des pratiques internes, participation à des dynamiques partenariales et réalisation d'entretiens avec des acteurs extérieurs.

2.1. Revue de littérature sur les liens entre santé et urbanisme

Pour appuyer l'élaboration d'une méthode d'analyse des SCoT sous l'angle de la santé, plusieurs types de documents de référence ont été mobilisés. Ces documents m'ont fourni une base solide, à la fois théorique et pratique pour comprendre les interactions entre urbanisme et santé, identifier des leviers d'action et structurer une lecture critique des documents de planification.

La revue documentaire s'est appuyée sur plusieurs types de sources :

- Guides institutionnels et outils méthodologiques ;
- Textes réglementaires ;
- Guides techniques ;
- Études scientifiques sur les impacts sanitaires de l'environnement urbain ;
- Enfin, plus largement, de la littérature grise, incluant à la fois certains des documents mentionnés ci-dessus (guides institutionnels, rapports) et d'autres productions non académiques (fiches techniques, notes de synthèse, retours d'expérience), accessibles via des sites institutionnels ou spécialisés.

Les recherches ont été menées à partir de mots-clés tels que : *urbanisme favorable à la santé, santé et SCoT, documents d'urbanisme et santé*, ou encore *déterminants de santé et aménagement*. Les principales bases consultées incluent PubMed, Cairn, Google Scholar, le site de l'EHESP, ceux des ARS, des agences d'urbanisme, ainsi que les portails ministériels et le site de Santé Publique France.

Ont été retenus dans cette revue les documents publiés en français ou en anglais entre 2010 et 2024, traitant de l'intégration explicite de la santé dans les politiques d'aménagement ou les documents de planification, et proposant des outils d'analyse, des retours d'expérience ou des données probantes. En revanche, les publications très spécialisées sur des aspects techniques et celles n'abordant pas explicitement les liens entre santé et aménagement du territoire, ont été écartées.

Cette étape a permis d'élaborer un socle d'analyse robuste, mobilisable tant pour la relecture critique des SCoT que pour la rédaction des avis sanitaires.

Une sélection des références utilisées dans cette revue est synthétisée dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Principales références utilisées pour la revue documentaire

Titre	Organisme(s) / auteur(s)	Contenu / Utilité
<i>Agir pour un urbanisme favorable à la santé – Concepts et outils</i>	École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), Direction générale de la santé (DGS) (Roué-Le-Gall et al., 2014)	Présentation des déterminants de santé mobilisables en urbanisme, structuration d'une lecture croisée des documents d'urbanisme.
<i>Agir pour un urbanisme favorable à la santé – Outil d'analyse des PLU au prisme de la santé</i>	EHESP, DGS, (Lemaire, 2016)	Version opérationnelle pour avis sanitaires sur les PLU ; grilles thématiques et recommandations types.
<i>ISadOrA - Intégration de la Santé dans les Opérations d'Aménagement urbain (2020)</i>	(EHESP et al., 2020)	Repères et conseils pour intégrer les enjeux de santé et d'environnement dans les projets d'aménagement urbain.
<i>Urbanisme favorable à la santé – Mieux comprendre et agir sur son territoire</i>	(ARS Grand Est & Réseau 7Est, 2025)	Plaidoyer sur la prise en compte des enjeux de santé dans les démarches de planification territoriale et d'urbanisme opérationnel
<i>Urbanisme et santé : alliés pour la vi(II)e</i>	(ARS Auvergne-Rhône-Alpes & Réseau Urba 4, 2023)	Outils pédagogiques pour accompagner les collectivités dans leurs projets d'urbanisme favorable à la santé, issus d'expérimentations
<i>[Guide] Le SCoT modernisé</i>	(Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion	Présentation des attendus réglementaires d'un SCoT, articulation avec les autres

	des territoires & FédéSCoT, 2022)	documents, et marges de personnalisation par les territoires.
<i>Évaluation quantitative des impacts sur la santé (EQIS) : Espaces verts urbains, mobilité active, réduction de la pollution de l'air...</i>	(SPF, 2024)	Données probantes sur les effets de la pollution de l'air, du bruit, de l'accessibilité, etc. Utilisées comme base pour justifier les recommandations dans les avis.

2.2. Analyse des pratiques internes de contribution aux documents d'urbanisme

Dans un second temps, un travail d'analyse interne a été mené afin de mieux cerner les pratiques actuelles de la DD 35 de l'ARS Bretagne, tant du point de vue des contenus que des procédures. L'examen des avis sanitaires précédemment produits sur les documents d'urbanisme du département m'a donné un premier aperçu des façons dont la DD 35 contribue aux documents d'urbanisme, de repérer les thématiques les plus fréquemment mobilisées, de prendre la mesure du travail déjà réalisé et de m'imprégner de la culture d'analyse et de rédaction en vigueur.

Cette analyse s'est appuyée sur un ensemble d'avis sanitaires produits par la DD 35 avant mon arrivée, portant sur différents types de documents d'urbanisme (SCoT, PLU, CC), ainsi que sur des documents internes de cadrage (trames, notes méthodologiques, courriers-type). Leur lecture m'a permis de mieux comprendre les modalités de rédaction des avis sanitaire du pôle EE, ainsi que le fonctionnement organisationnel de la délégation. Si certains supports existent, les procédures internes nécessitent une mise à jour dans le cadre de mon alternance, notamment en ce qui concerne la répartition des rôles entre pôles, les circuits de validation et les articulations concrètes entre départements. Des échanges avec plusieurs agents impliqués dans la rédaction ou la relecture des avis ont permis de compléter cette analyse, en apportant un éclairage sur les pratiques effectives et les marges d'évolution perçues.

Il convient cependant de rappeler qu'une première tentative d'organisation interdisciplinaire avait été amorcée dès 2018 avec l'élaboration d'une note méthodologique interne. Si cette initiative n'a pas été suivie d'une mise en œuvre systématique, elle constitue néanmoins un socle pertinent sur lequel s'appuyer pour envisager une relance plus aboutie de la dynamique.

En ce sens, ce mémoire constitue un point d'appui pour élaborer une méthode plus robuste, fondée sur la coopération entre pôles, l'harmonisation des pratiques et une meilleure lisibilité des attendus en matière de contributions sanitaires aux documents d'urbanisme.

2.3. Mobilisation des dynamiques internes et partenariales

Cette démarche s'est également appuyée sur une implication directe dans plusieurs dynamiques internes et partenariales.

En interne, plusieurs temps d'échanges ont été organisés pour favoriser l'appropriation progressive de la démarche par les équipes de la DD 35, ainsi qu'au sein des autres délégations bretonnes :

- Un webinaire a d'abord été proposé, permettant de présenter à l'ensemble des agents de la DD le travail que j'allais mener dans le cadre du mémoire. Ce temps introductif visait à ancrer les premiers repères méthodologiques de la démarche, à sensibiliser sur les liens entre santé et urbanisme et à initier une mobilisation collective.
- Une présentation a également été réalisée lors d'un Comité de Direction Élargi (CODEL), réunissant l'ensemble des responsables des départements SE et OSAP de la DD 35. Ce temps d'échange a permis de clarifier les attentes de la délégation et de renforcer l'adhésion autour d'une approche plus transversale.
- Dans un troisième temps, le projet a été présenté au sein du groupe de travail thématique (GTT) EE, animé par la pilote régionale EE, rassemblant les équipes des pôles EE des DD de la région Bretagne. Cette intervention avait pour objectif de partager le cadre méthodologique en cours d'élaboration avec les autres DD, d'identifier d'éventuelles convergences d'intérêts et de favoriser une diffusion régionale de la démarche.

Ces présentations ont été complétées, dans un premier temps, par une consultation des pôles de la DD 35 par courrier électronique, visant à recueillir leurs retours et propositions sur les thématiques sanitaires à intégrer. Cette approche initiale a toutefois rencontré une participation limitée. Afin de favoriser des échanges plus riches et interactifs, la démarche a ensuite évolué vers des interventions lors des réunions propres à chaque pôle (SE, OSAP). Ces temps collectifs ont permis d'approfondir les problématiques spécifiques à chacun, de recenser les thématiques sanitaires mobilisables et d'identifier les leviers concrets que chaque domaine pouvait apporter dans la construction d'avis plus complets. Cette évolution a contribué à mieux cerner les enjeux propres à chaque pôle et à mobiliser

plus efficacement les compétences spécifiques de chacun dans l'élaboration des avis sanitaires.

Du côté des partenariats extérieurs (cf. Annexe 1), des échanges ont eu lieu notamment avec la DDTM, à l'occasion d'ateliers interservices organisés à leur initiative, dans le cadre de l'élaboration des avis de l'État sur les SCoT. L'ARS a été invitée à participer à ces temps de travail en tant que contributeur à part entière, en raison de son expertise en matière de santé publique.

Ces actions, bien que menées dans un temps contraint, ont été conçues comme un levier de mobilisation collective, à la fois en interne et avec les partenaires institutionnels. Elles ont visé à réaliser une sensibilisation aux enjeux d'UFS et à favoriser une meilleure coordination des acteurs concernés.

2.4. Entretiens avec des acteurs extérieurs

Enfin, un ensemble de sept entretiens semi-directifs a été conduit auprès d'acteurs extérieurs issus de différentes sphères : ARS, collectivités territoriales et agences d'urbanisme. Ces entretiens avaient pour objectif de recueillir des retours d'expérience concrets sur l'intégration des enjeux de santé dans les SCoT, ainsi que sur les dynamiques de structuration interinstitutionnelle observées à l'échelle territoriale.

Les personnes interrogées ont été choisies pour la diversité de leurs compétences, de leur rôle et de leur expérience dans des territoires ayant engagé des démarches concrètes autour de l'intégration de la santé dans l'urbanisme. Le choix des interlocuteurs des ARS s'est notamment porté sur des professionnels identifiés pour leur implication opérationnelle dans la coordination d'avis sanitaires ou dans la mise en œuvre de démarches UFS au sein de leur délégation, mais aussi pour leur participation à l'élaboration ou la diffusion de guides méthodologiques sur ces sujets (cf. Tableau 1) : l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes (délégation du Rhône), l'ARS Pays de la Loire (délégation Loire-Atlantique) et l'ARS Grand Est. Ce choix ne vise pas à représenter l'ensemble des ARS actives sur ces thématiques, mais à tirer des enseignements à partir d'exemples concrets et documentés.

Côté collectivités territoriales, les échanges ont eu lieu avec des chargés de missions de SCoT issus de deux territoires engagés : le SCoT du Grand Douaisis, reconnu pour son intégration avancée de la santé dans ses documents, et le SCoT du Pays du Mans, qui a développé une stratégie santé intégrée au projet de territoire. D'autres territoires, tels que le Pôle métropolitain Nantes - Saint-Nazaire ou le Syndicat mixte du Grand Pau, sont

également avancés sur ces thématiques. Toutefois, ils n'ont pas été intégrés à cette série d'entretiens. Ce choix s'explique par une volonté de concentrer l'analyse sur un nombre restreint de cas, afin de privilégier une approche qualitative approfondie. Cette sélection ciblée permettait de mener des entretiens plus détaillés et exploitables dans le temps imparti pour la réalisation du mémoire.

Enfin, les entretiens avec des professionnels de l'urbanisme ont été réalisés avec une urbaniste de l'agence EPURES (agence d'urbanisme de la région stéphanoise) ainsi qu'avec une urbaniste indépendante spécialisée dans les démarches UFS, forte d'une expérience d'accompagnement de plusieurs projets d'aménagement.

Les sollicitations, réalisées principalement par courriel, ont été globalement bien accueillies, ce qui a facilité la mise en place des entretiens. Les entretiens ont également permis d'obtenir des recommandations de contacts supplémentaires, enrichissant ainsi la diversité des profils interrogés.

Pour préparer ces échanges, trois grilles d'entretien distinctes ont été élaborées en fonction du type d'acteur interrogé (agents d'ARS, urbanistes ou représentants de collectivités), afin de structurer les discussions autour de thématiques pertinentes pour chacun (cf. Annexe 3). Ces grilles ont ensuite été ajustées et personnalisées en fonction du profil précis de chaque interlocuteur, de son territoire d'intervention et de ses domaines d'expertise, dans le but de favoriser un échange adapté et contextualisé. Elles ont également été construites de manière à faire émerger les motifs d'engagement initiaux, les leviers d'action activés, les freins rencontrés, ainsi que les enseignements tirés des démarches déjà mises en œuvre. Les entretiens ont été réalisés à distance, en visioconférence, et ont duré en moyenne une heure. Chaque échange a pu être enregistré, avec l'accord des personnes interrogées, ce qui m'a permis de retranscrire les propos de manière fidèle et d'en faciliter l'analyse a posteriori.

L'ensemble de ces entretiens a permis d'alimenter la réflexion méthodologique à partir d'expériences de terrain et d'exemples concrets, tout en proposant des pistes d'adaptation pertinentes pour le contexte breton. La diversité des profils et des contextes (urbains, ruraux, intercommunaux) permet une mise en perspective utile des différentes configurations possibles d'intégration de la santé dans la planification territoriale.

L'analyse de ces entretiens a été menée à partir d'une grille thématique construite a posteriori, en lien avec les objectifs du mémoire. Elle a été construite à partir des thèmes

récurrents apparus au fil des entretiens et a permis d'organiser les contenus recueillis selon huit grandes catégories structurantes :

- Les motivations à l'intégration des enjeux de santé,
- La méthodologie mise en œuvre dans les démarches,
- La traduction concrète des enjeux de santé dans les documents de planification ou avis sanitaires,
- Les acteurs impliqués et les modes de gouvernance,
- Les freins et obstacles rencontrés,
- Les leviers d'action identifiés,
- Les outils et ressources mobilisés,
- Et enfin, les éléments d'évaluation ou les effets observés des démarches entreprises.

Cette structuration thématique a permis de faire converger les contenus des différents entretiens, en mettant en évidence les points saillants, les convergences et les singularités selon les profils des acteurs ou les territoires concernés. Elle a également facilité l'identification de bonnes pratiques et de leviers transférables, tout en donnant à voir les limites ou conditions de réussite associées. Des extraits de verbatim ont été sélectionnés pour illustrer certains constats, enrichissant ainsi l'analyse d'une parole directe et contextualisée.

Ce travail d'analyse a ainsi permis de croiser les retours d'expérience de terrain avec les enjeux identifiés à l'échelle de la DD 35, en nourrissant la réflexion sur les conditions d'une meilleure intégration transversale de la santé dans les démarches de planification territoriale.

La Figure 5 présente une synthèse schématique de la démarche méthodologique adoptée dans le cadre de ce mémoire.

1

Revue de littérature et analyse documentaire

Objectifs

- Comprendre les liens entre santé et urbanisme
- Identifier les déterminants de santé mobilisables
- Repérer les cadres, outils et expériences existantes

Outils / supports mobilisés

- Recherches sur bases académiques et sites institutionnels
- Guides méthodologiques (cf. Tableau 1)
- Etudes scientifiques

2

Analyse des pratiques internes de la DD35

- Cerner les pratiques existantes (contenus, procédures, organisation)
- Identifier les marges d'évolution
- Comprendre la structuration du pôle EE

- Lecture des avis sanitaires existants
- Analyse de trames, modèles, notes internes
- Échanges informels avec agents impliqués

3

Mobilisation interne et partenariale

- Favoriser l'appropriation de la démarche
- Initier une culture commune autour de l'UFS
- Créer les conditions d'une méthode partagée

- Webinaire de lancement, CODEL, GT régional
- Réunions par pôle (SE, OSAP)
- Ateliers interservices avec la DDTM

4

Entretiens extérieurs (ARS, collectivités, urbanistes)

- Recueillir des retours d'expériences concrets
- Identifier leviers, freins, bonnes pratiques
- Alimenter la méthode à partir d'exemples transférables

- 7 entretiens semi-directifs (cf. Annexe 3)
- Grilles d'entretien adaptées par profil
- Grille d'analyse thématique ex post

Figure 5 : Schéma de la démarche méthodologique du mémoire

III. Résultats : État des lieux et retours d'expérience

3.1. Organisation, pratiques et dynamiques internes à la DD 35

Organisation interne et coordination des contributions

Le pôle EE de la DD 35, impliqué dans la rédaction des avis sanitaires sur les documents d'urbanisme, est composé d'un ingénieur d'étude sanitaire et d'un technicien sanitaire et de sécurité sanitaire. Leurs missions couvrent plusieurs thématiques liées à l'environnement extérieur : qualité de l'air extérieur, environnement sonore, lutte antivectorielle, sites et sols pollués, installations classées pour la protection de l'environnement et urbanisme. Dans ce dernier domaine, ils assurent notamment la rédaction des avis sanitaires sur les SCoT, PLU(i) et autres documents soumis à évaluation environnementale.

À mon arrivée à la DD 35, l'organisation interne en matière de contributions aux documents d'urbanisme, et en particulier aux SCoT, reposait sur une procédure existante centrée sur le champ de la santé environnementale. Si un courrier type servait de support, aucun cadre de rédaction ne permettait alors d'intégrer de manière systématique les autres déterminants de santé. Cette approche limitait la portée transversale des avis et rendait plus difficile leur inscription dans une stratégie globale de santé publique.

Une actualisation de la procédure interne a été engagée : la procédure intitulée « Élaboration des porter à connaissance (PAC) et des avis sanitaires sur les projets d'urbanisme arrêtés des SCoT » a été mise à jour. Ce document vise à structurer les contributions de la DD 35, en précisant les grandes étapes du processus d'élaboration des avis sanitaires : de la réception du dossier à la validation finale, en passant par la sollicitation des expertises internes, la coordination des contributions et la transmission à la DDTM. Le document précise les étapes clés, les rôles de chacun, les échéances, et propose des outils pratiques (modèles de mails, fiches, ressources) (cf. Annexe 4).

La coordination des contributions repose aujourd'hui sur une mobilisation conjointe des deux départements de la DD : le département SE et le département OSAP. Cette organisation permet aujourd'hui d'aborder les enjeux de santé de façon plus complète (cf. Annexe 5).

La montée en compétence collective engagée dans le cadre de la démarche s'est appuyée sur les temps de sensibilisation et d'échanges présentés en partie méthodologique (cf.

partie 2.3), qui ont permis d'initier une mobilisation progressive des équipes autour de la démarche. En particulier, les tours des pôles ont facilité l'émergence d'une compréhension partagée des enjeux et a encouragé l'implication directe des agents dans l'élaboration des avis sanitaires. Cette mobilisation a permis d'initier un fonctionnement plus structuré au sein de la DD 35. En facilitant la participation active des agents et en posant les bases d'une expertise collective partagée, elle a préparé le terrain à la mise en place d'outils communs. Parmi eux, l'élaboration d'une trame départementale d'analyse des SCoT constitue une étape vers une harmonisation des pratiques.

Champs thématiques couverts dans les avis sanitaires

L'analyse des avis sanitaires produits par la DD 35 sur les SCoT avant mon arrivée met en évidence une place centrale accordée aux thématiques de santé environnementale, en cohérence avec l'expertise du département SE et les cadres réglementaires en vigueur. Bien qu'il n'existe pas de quantification systématique du contenu des avis, les thématiques suivantes apparaissent comme les plus fréquemment mobilisées : la qualité de l'air extérieur, les nuisances sonores, la qualité des sols, la qualité des eaux (eaux destinées à la consommation humaine, eaux de loisirs), ainsi que les rayonnements non ionisants. Elles structurent la majorité des recommandations formulées dans les avis émis sur les SCoT entre 2018 et 2023, avec un niveau de prise en compte variable selon les territoires.

En revanche, comme évoqué en partie 1.3, les déterminants sociaux, comportementaux ou liés à l'organisation de l'offre de soins étaient jusque-là peu développés dans les avis. Cette situation tenait à l'absence de mobilisation des pôles du département OSAP et au fait que le cadre partagé entre départements, existant par le passé, avait été progressivement abandonné. Les éléments relatifs à l'accessibilité aux soins, à la prévention ou à la qualité de vie restaient donc ponctuels et non systématisés.

Depuis la fin de l'année 2024 (cf. Figure 4), une dynamique de structuration plus transversale a été engagée, validée par la direction et inscrite dans la feuille de route 2025 de la DD 35. Cette démarche, menée dans le cadre de ce mémoire, vise à faire évoluer les avis sanitaires vers une prise en compte élargie des déterminants de santé, en articulant les risques environnementaux avec les dimensions sociales, comportementales et territoriales de la santé. Plusieurs thématiques sont en cours d'intégration ou d'approfondissement, telles que : l'accessibilité aux équipements de santé et de bien-être, l'adaptation des espaces urbains au vieillissement et aux situations de handicap, la promotion de l'activité physique par le design urbain, ou encore la lutte contre l'isolement social à travers les aménagements.

Les avis sanitaires, depuis 2025, prennent la forme d'un courrier adressé à la DDTM, accompagné d'une annexe structurée par grandes thématiques. Cette annexe vise à améliorer la lisibilité des enjeux pour les partenaires, en classant les remarques selon quatre axes principaux :

- 1) Une seule santé pour les êtres vivants et les écosystèmes
- 2) Promouvoir un urbanisme et des aménagements favorables à la santé
 - a. Végétalisation et îlots de fraîcheur
 - b. Mobilités actives et activité physique
 - c. Plans d'apaisement
 - d. Lieux sans tabac
 - e. Participation citoyenne
- 3) Limiter les expositions défavorables à la santé
 - a. Qualité de l'air extérieur
 - b. Environnement intérieur
 - c. Espèces nuisibles et invasives
 - d. Qualité des eaux
 - e. Qualité des sols
 - f. Qualité sonore de l'environnement
 - g. Rayonnements non ionisants
- 4) Offre et accès aux équipements, activités et services de santé
 - a. Maillage en équipements de santé (hôpital, médico-social, premier recours)
 - b. Inclusion, accessibilité, vieillissement et handicap

Chaque thématique est introduite par une brève contextualisation et un rappel des enjeux sanitaires. Elle s'appuie, dans la mesure du possible, sur des données chiffrées et sourcées, permettant de situer les enjeux à l'échelle départementale. L'avis est ensuite décliné selon trois types de formulation :

- Demandes : l'ARS demande de prendre en compte ses remarques, les demandes sont constitutives de réserves.
- Recommandations : l'ARS recommande de prendre en compte ses remarques.
- Observations : l'ARS propose certaines corrections ou compléments dans l'objectif d'améliorer la qualité du SCoT.

Des exemples concrets de ces formulations figurent dans le Tableau 2. Ils portent majoritairement sur des recommandations, qui constituent la part la plus importante des avis sanitaires, mais des exemples de demandes et d'observations figurent également dans la trame complète présentée en annexe (cf. Annexe 6).

Tableau 2 : Exemples de formulations (demande, recommandation, observation) dans les avis sanitaires produits en 2025 dans le cadre de mon mémoire

Thématique	Exemple de formulation	SCoT
UFS - Végétalisation et îlots de fraîcheur	Recommandation : Intégrer dans les documents d'urbanisme à travers leurs OAP, l'objectif de création ou de maintien d'espaces verts accessibles à moins de 300 mètres des zones d'habitat, afin de favoriser la santé, le bien-être et la qualité du cadre de vie des habitants.	Pays de Brocéliande (Juillet 2025)
UFS - Mobilités actives	Recommandation : Favoriser la mise en œuvre de principes de design actif dans les projets d'aménagement pour encourager l'activité physique quotidienne.	Redon Agglomération (Juin 2025)
Espèces nuisibles et invasives	Recommandation : Inscrire dans les orientations du SCoT des objectifs de limitation des espèces invasives nuisibles pour la santé (notamment le moustique tigre).	Pays des Vallons de Vilaine (Février 2025)
Qualité des eaux	Demande : Intégrer dans le DOO, l'obligation de retranscrire les prescriptions des arrêtés préfectoraux dans les plans locaux d'urbanisme communaux ou intercommunaux et cartes communales le cas échéant.	Pays des Vallons de Vilaine (Février 2025)
Sites et sols pollués	Observation : Compléter l'état initial de l'environnement en mentionnant les quatre sites industriels potentiellement pollués identifiés par GéoRisques.	Pays de Fougères (Juillet 2025)
Offre et accès aux équipements, activités et services de santé - Handicap	Recommandation : Développer des infrastructures et services adaptés pour les personnes handicapées, incluant des transports à la demande, l'ouverture des établissements spécialisés sur la ville (tiers lieux, jardins partagés, bibliothèques partagées), et des équipements culturels, sportifs et de loisirs pleinement accessibles.	Pays de Fougères (Juillet 2025)
Offre et accès aux équipements, activités et services de santé - Inclusion	Recommandation : Lutter contre l'isolement social des personnes âgées, en maintenant les services et commerces de proximité, en créant des lieux de rencontre et de convivialité (espaces communautaires, jardins partagés), en aménageant des parcours de promenade sécurisés...	Pays de Saint-Malo (Mai 2025)

Ces recommandations résultent directement du travail mené dans le cadre de mon alternance, et ont été intégrées aux avis sanitaires émis en 2025 pour cinq des sept SCoT arrêtés dans le département. Elles illustrent une évolution concrète dans la structuration des avis, qui visent désormais à proposer des leviers d'action plus opérationnels, adaptés aux réalités locales et utilisables par les collectivités. Cette évolution témoigne d'une volonté de dépasser une approche strictement environnementale de la santé pour adopter une lecture plus large des déterminants. L'objectif est de proposer des recommandations

plus transversales et mobilisables dans les documents d'urbanisme, en valorisant les apports conjoints des différents pôles. L'enjeu, désormais, est de systématiser cette démarche, en harmonisant les pratiques et en consolidant l'articulation entre pôles pour construire des avis reflétant la complexité des déterminants de santé dans les projets de territoire, dans une logique cohérente avec les ambitions portées par l'UFS.

Outils et ressources appuyant la démarche

L'élaboration des avis sanitaires sur les SCoT révisés du département (cinq sur sept arrêtés en 2025) s'est appuyée sur une combinaison d'outils méthodologiques, de ressources nationales et de supports développés localement, en réponse aux besoins identifiés lors de l'analyse des premiers dossiers. Ces outils ont constitué à la fois un cadre d'appui structurant et une base pour la formulation des recommandations.

Plusieurs guides méthodologiques nationaux ont été mobilisés au fil de l'analyse (cf. partie 2.1 et Tableau 1) qui ont notamment permis de renforcer certaines recommandations sur des thématiques jusqu'ici peu abordées localement, comme la participation citoyenne ou les mobilités actives.

Au fil de l'analyse des cinq SCoT arrêtés étudiés, certains éléments inspirants ont pu être identifiés et réemployés dans les avis suivants. C'est notamment le cas du SCoT du Pays des Vallons de Vilaine, qui a constitué une référence locale pertinente par l'intégration explicite de l'approche Une Seule Santé (One Health) dans son PAS. À partir de cette bonne pratique, des recommandations analogues ont été formulées dans les avis émis sur les SCoT suivants, afin d'inciter à une prise en compte transversale des liens entre santé humaine, santé animale et préservation des écosystèmes.

En interne, l'existence d'une note méthodologique élaborée en 2018 a également servi de référence de départ, bien que restée à l'état de prototype non consolidé. Ce document soulignait déjà la nécessité d'une approche transversale, mais n'avait pas donné lieu à une appropriation collective ni à une formalisation partagée des outils.

Afin de répondre à ces limites et d'accompagner l'élargissement des contributions sanitaires, plusieurs outils ont été conçus spécifiquement dans le cadre de mon alternance :

- Une trame commune (cf. Annexe 6), structurée par thématique, permettant de repérer les points à valoriser ou à améliorer, et d'y associer des formulations types selon leur degré d'importance (demande, recommandation, observation).

- Un tableau récapitulatif des recommandations et observations, facilitant l'analyse a posteriori des avis émis, le repérage des thématiques peu abordées, et l'ajustement des contenus en fonction des spécificités territoriales.
- Des fiches de suivi individualisées pour chaque SCoT, recensant les échéances-clés du processus, les contributions reçues, les versions du dossier et les liens d'accès directs aux documents.
- Une utilisation ponctuelle de l'intelligence artificielle (IA), comme outil d'aide à l'analyse documentaire. Cela a notamment permis de repérer plus rapidement les pages et sections traitant des différentes thématiques de santé et de gagner du temps sur le traitement initial des documents afin de mieux se consacrer à la rédaction des avis et à la mobilisation des collègues.

Ces différents outils, testés au fil de l'analyse, ont contribué à structurer un socle commun, encore en construction, mais déjà utile pour mieux s'orienter collectivement dans l'analyse des documents d'urbanisme.

3.2. Analyse de la prise en compte des enjeux de santé dans les SCoT du département

L'analyse des cinq SCoT récemment arrêtés dans le département a permis d'évaluer la place réellement accordée aux enjeux de santé dans les différentes pièces composant ces dossiers. Cette analyse s'est appuyée sur la structure thématique construite dans le cadre de la démarche d'avis sanitaire de la DD 35, et a mobilisé une méthode qualitative permettant d'apprécier le niveau d'intégration de chaque enjeu de santé.

Une échelle à quatre niveaux, associée à un code couleur, a été utilisée pour cette évaluation :

Non pris en compte	La thématique est absente du dossier
Mentionné mais non développé	La thématique est évoquée sans qu'elle ne soit structurée ni traduite dans les objectifs
Partiellement intégré	Des éléments sont présents, mais de manière incomplète, ou sans lien clair avec les documents
Intégré de manière satisfaisante	La thématique est bien prise en compte avec des objectifs cohérents et opérationnels

Les trois derniers avis sanitaires rédigés en 2025 ont intégré cette méthode directement dans leur annexe technique, tandis que pour les deux premiers SCoT analysés, cette méthode a été appliquée a posteriori dans le cadre de ce travail.

Ainsi, le Tableau 3 synthétise les résultats de l'analyse réalisée sur l'ensemble des cinq SCoT arrêtés, en croisant les thématiques de santé avec leur niveau d'intégration observé.

Tableau 3 : Niveaux d'intégration majoritairement observé dans les SCoT analysés par enjeux de santé

Thématique	Niveau d'intégration majoritaire observé (nombre de SCoT concernés)	Commentaires / exemples issus des SCoT
1. Une seule santé pour les êtres vivants et les écosystèmes	Non pris en compte (3/5 SCoT)	Thématique rarement évoquée, sans traduction opérationnelle dans les objectifs ou prescriptions
2. Promouvoir un urbanisme et des aménagements favorables à la santé		
Végétalisation et îlots de fraîcheur	Intégré de manière satisfaisante (5/5 SCoT)	Des objectifs clairs et opérationnels présents dans le DOO, en lien avec la résilience climatique.
Mobilités actives et activité physique	Partiellement intégré (3/5 SCoT)	Souvent associés aux plans de mobilité ou aux centralités, avec des quelques prescriptions incitatives.
Plans d'apaisement	Partiellement intégré (3/5 SCoT)	Présents dans certains projets de centralité, sans cadrage stratégique à l'échelle du SCoT.
Lieux sans tabac	Non pris en compte (5/5 SCoT)	Aucun SCoT ne fait référence à cette thématique, même dans les zones sensibles (écoles, équipements).
Participation citoyenne	Non pris en compte (4/5 SCoT)	Rarement abordée comme levier de santé publique dans l'élaboration ou le suivi du projet.
3. Limiter les expositions défavorables à la santé		
Qualité de l'air extérieur	Partiellement intégré (3/5 SCoT)	Données présentes, quelques liens avec les mobilités décarbonées, mais peu de traductions opérationnelles.
Environnement intérieur	Partiellement intégré (3/5 SCoT)	Rappels réglementaires sur le radon, quelques mentions de rénovation thermique.
Espèces nuisibles et invasives	Partiellement intégré (3/5 SCoT)	Références ponctuelles aux espèces exotiques envahissantes, avec quelques orientations concrètes.

Qualité des eaux	Intégré de manière satisfaisante (3/5 SCoT)	Prise en compte cohérente des périmètres de protection des captages et de la gestion intégrée des eaux.
Qualité des sols	Partiellement intégré (3/5 SCoT)	Thématique assez bien traitée, notamment sur les pollutions liées à des usages antérieurs.
Qualité sonore de l'environnement	Intégré de manière satisfaisante (3/5 SCoT)	Bruit routier abordé via les cartes stratégiques, avec une certaine traduction dans le DOO.
Rayonnements non ionisants	Mentionné mais non développé (3/5 SCoT)	Rappel des enjeux liés aux antennes-relais, sans traduction en orientations.
4. Offre et accès aux équipements, activités et services de santé		
Maillage en équipements de santé (hôpital, médico-social, premier recours)	Mentionné mais non développé (3/5 SCoT)	Souvent abordé dans les diagnostics, sans traductions concrètes ni d'objectifs spatialisés.
Inclusion, accessibilité, vieillissement et handicap	Mentionné mais non développé (4/5 SCoT)	Abordé via l'accessibilité des transports ou équipements, sans approfondissement.

Ces constats montrent l'importance d'un accompagnement renforcé pour aider les territoires à mieux intégrer la santé dans leurs projets, en valorisant les exemples avancés, en renforçant l'acculturation des acteurs afin de positionner la santé comme une composante transversale des projets d'aménagement.

3.3. Retours des acteurs extérieurs : leviers, obstacles, bonnes pratiques

Les entretiens menés avec trois agents de différentes ARS (Corine Lecluse - ARS Pays de la Loire, Kirsten Lestavel - ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Dilem Karaman - ARS Grand Est) mettent en lumière la diversité des pratiques en matière d'avis sanitaires sur les SCoT d'une région à l'autre, mais aussi des difficultés partagées quant à leur portée et à leur impact. Ces échanges offrent un regard précieux sur les dynamiques régionales, les stratégies d'influence et les conditions à réunir pour faire évoluer le rôle des ARS. Trois principaux enjeux ressortent de ces entretiens : la structuration des avis sanitaires et leur temporalité, la position des ARS dans les partenariats territoriaux et l'évolution des contenus et de l'impact des avis.

Structurer les avis : entre efforts de formalisation et recherche de légitimité

Un premier enjeu commun, identifié de manière convergente par les trois ARS interrogées, concerne la structuration des avis sanitaires, tant sur le fond que sur la forme. En l'absence de trame commune à l'échelle régionale, certaines professionnelles ont pris l'initiative de créer leurs propres outils. Kirsten Lestavel explique ainsi qu'« en ARS Auvergne-Rhône-Alpes, on n'a pas une méthodologie [...] commune pour réaliser les avis sanitaires SCoT », ce qui l'a conduite à « rédiger un avis type » qu'elle partage avec ses collègues. Cette initiative traduit une volonté d'autonomisation et d'adaptation locale face à l'absence de cadre national, tout en révélant une posture proactive des agents pour stabiliser leur intervention. Ce type de production, bien qu'efficace, souligne la nécessité d'un appui méthodologique plus structuré au niveau régional ou national.

Cette démarche de structuration n'est cependant pas isolée : en Pays de la Loire, Corine Lecluse évoque « l'élaboration d'un référentiel régional cadre de vie, urbanisme et santé dans le cadre du PRSE3 à l'attention des collectivités, aménageurs, bureaux d'études publié en 2020 qui reprend dans l'esprit les éléments des documents de l'EHESP mais vraiment adaptés à la région », travaillé « avec la DREAL et les DDTM ». Ce référentiel a été conçu pour accompagner les démarches de SCoT et de PLU, est toujours considéré comme un outil mobilisable, bien que « [demandant] à être remis à jour et compléter ». L'existence de ce référentiel, même s'il nécessite une actualisation, témoigne d'une tentative de formalisation partagée entre institutions (ARS, DREAL, DDTM), ce qui constitue une bonne pratique en termes de co-construction interservices. Toutefois, son usage semble ponctuel et son impact dépendant de sa diffusion et de sa mise à jour, ce qui interroge la pérennisation de l'outil.

Cette absence de cadre harmonisé, tant au niveau national que régional, génère des pratiques différenciées mais aussi une hétérogénéité dans le niveau d'outillage et d'appropriation des enjeux. Pour compenser cette variabilité, la formalisation des avis s'accompagne d'un effort de justification, notamment par l'intégration systématique de données de santé chiffrées, sourcées ou issues de publications nationales. Cette démarche renforce la crédibilité des recommandations formulées et permet de mieux convaincre des partenaires parfois peu sensibilisés.

Au-delà de la structure, la temporalité d'intervention est également pointée comme un facteur limitant. Plusieurs interlocutrices soulignent que l'avis sanitaire, lorsqu'il intervient après l'arrêt du projet, arrive trop tardivement pour influencer les choix structurants. Dilem Karaman regrette : « L'avis intervient après l'arrêt du projet. [...] C'est pas forcément le moment le plus opportun », soulignant que les grandes orientations du document sont alors

déjà fixées. Ce constat montre que la temporalité réglementaire actuelle ne permet pas toujours aux ARS d'influencer les choix stratégiques des documents d'urbanisme. Cela souligne une tension structurelle entre le rôle technique de l'avis sanitaire et l'ambition politique de faire de la santé un déterminant en amont de la planification.

Elle identifie la note d'enjeux comme un levier stratégique plus en amont pour faire valoir les attentes sanitaires : « C'est vraiment un bon moment, [...] parce que tu peux partager une vision commune de l'État, au-delà des exigences réglementaires ». Ce document, rédigé par les services de l'État en amont de l'élaboration ou de la révision d'un document d'urbanisme, est ainsi perçu comme un levier plus efficace pour intégrer la santé dès l'élaboration du projet. Ce positionnement plus amont, à travers la note d'enjeux, permet non seulement d'exprimer les attentes sanitaires avant que les choix ne soient figés, mais aussi d'agir dans une logique de coproduction avec les autres services de l'État.

Porter la santé dans des contextes partenariaux hétérogènes

Les retours convergent également sur la complexité du positionnement institutionnel de l'ARS dans le champ de l'aménagement. Si certaines relations sont bien établies (avec la DREAL ou la DDT(M)), d'autres restent fragiles ou informelles. Kirsten Lestavel observe que la reconnaissance des enjeux de santé dépend encore fortement « de la qualité des échanges directs » et de la compréhension des partenaires : « 70 à 80 % de nos recommandations sont reprises parce qu'on est en face de personnes qui ont compris l'importance ». La forte dépendance aux dynamiques interpersonnelles et aux échanges informels avec les partenaires souligne la fragilité du positionnement institutionnel des ARS dans l'aménagement. Cette instabilité rend les succès très contextuels, voire contingents à certaines personnes, et limite la reproductibilité des bonnes pratiques.

Cette dépendance aux relations interpersonnelles souligne l'absence d'un portage institutionnel systématique des enjeux de santé. Plus largement, le déficit d'acculturation des acteurs de l'urbanisme constitue un frein. Corine Lecluse évoque une maturité très variable selon les territoires : « Les collectivités ne sont pas toutes au même niveau de maturité. [...] Pour certaines, la santé est encore assimilée soin mais cela évolue notamment en lien avec l'élaboration des CLS ». Le propos de Corine Lecluse reflète une fracture persistante entre acteurs de santé publique et d'urbanisme, où les représentations et le langage technique divergent encore fortement, rendant l'intégration des recommandations sanitaires dépendante d'un travail d'acculturation.

Ce constat met en lumière un écart de culture professionnelle entre les acteurs de la santé et ceux de l'aménagement. Pour y remédier, plusieurs pistes sont évoquées : l'ancrage

dans les dynamiques du Plan Régional Santé Environnement (PRSE), l'appui sur les Contrats Locaux de Santé (CLS), ou l'organisation de webinaires thématiques. Corine Lecluse souligne à ce titre que « la planification est structurante, elle permet aussi d'accompagner l'acculturation à ces concepts ».

Contenus et effets des avis : entre technicité, diversité et marge d'influence

Un troisième enjeu porte sur le contenu des avis eux-mêmes et sur leur influence réelle. La diversité des thématiques abordées dans les avis sanitaires illustre une volonté d'élargir progressivement le périmètre de la santé dans l'urbanisme. Si la santé environnementale reste dominante, les ARS interrogées cherchent à traiter de nouveaux sujets, comme la précarité énergétique, les mobilités actives, l'accès aux soins ou le vieillissement. À l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Kirsten Lestavel mentionne une structuration des avis autour de deux grands volets : « un premier sur le cadre de vie et les comportements, [...] un second sur la santé environnementale ». Cette structuration des avis en deux volets thématiques est révélatrice d'un effort de traduction des enjeux de santé dans un langage compréhensible par les acteurs de l'urbanisme. Elle illustre également une appropriation croissante des déterminants de santé, au-delà de la santé environnementale.

Cette volonté de diversification se traduit aussi par un souci de traçabilité des recommandations. Certaines ARS assurent un suivi de leur prise en compte, non seulement dans l'avis de l'État, mais également dans les documents finaux. Ce suivi, bien que rarement systématisé, est vu comme un outil d'apprentissage pour améliorer les avis futurs, mais aussi pour évaluer la portée réelle de l'expertise sanitaire. « L'objectif, c'est de pouvoir imposer après dans les PLU toutes les mesures que j'ai recommandées », affirme ainsi Kirsten Lestavel. Cette volonté d'assurer une continuité entre les recommandations émises et leur traduction opérationnelle dans les documents d'urbanisme témoigne d'un souci d'effectivité. Elle met en lumière une forme d'engagement dans la pratique professionnelle, visant à dépasser une posture simplement consultative.

Ces pratiques confirment que l'avis sanitaire ne constitue pas une fin en soi, mais un levier parmi d'autres dans un processus plus large. Les retours recueillis révèlent la montée en compétence des ARS sur ces sujets, leur volonté de structurer leur action, mais aussi la nécessité de renforcer les coopérations pour faire de la santé un enjeu central de la planification territoriale.

Ces retours montrent que, malgré des constats partagés (sur la temporalité, la structuration, la légitimité), les ARS restent à des stades d'appropriation différents, en fonction de leur contexte institutionnel, de leur positionnement historique dans l'aménagement et de leur

capacité à expérimenter des outils méthodologiques. Ce paysage hétérogène souligne l'intérêt d'un cadre de référence national, permettant de mutualiser les expériences tout en conservant une souplesse d'adaptation locale.

3.4. Analyse croisée : convergence des constats internes / externes

Cette dernière section met en regard les constats issus de l'analyse interne à la DD 35 avec ceux recueillis lors des entretiens menés auprès d'autres ARS. L'objectif est de confronter les expériences pour faire émerger des problématiques communes, des écarts significatifs et surtout, des leviers d'action potentiellement transposables.

Convergences observées

Plusieurs points de convergence apparaissent de manière nette entre les retours internes à la DD 35 et les pratiques partagées par d'autres ARS.

Tout d'abord, la place centrale accordée à la santé environnementale dans les avis sanitaires apparaît comme un point commun. Que ce soit dans les avis analysés en Ile-et-Vilaine ou dans ceux décrits par les ARS interrogées, les enjeux relatifs à la qualité de l'air, à la qualité de l'eau ou aux nuisances sont systématiquement les mieux traités. À l'inverse, les autres déterminants de santé (comportements, dimensions sociales ou santé mentale) restent peu mobilisés, malgré leur importance reconnue dans la littérature.

Autre point d'alignement : l'absence d'outillage méthodologique harmonisé et partagé. À la DD 35, comme dans plusieurs autres délégations, l'absence de trame d'analyse commune ou de modèle type d'avis a été identifiée comme un frein à la production de recommandations lisibles et partagées. Comme le résume Kirsten Lestavel : « On manque de méthodologie. Et c'est une formation sur la méthodologie qui nous faut, je pense ». Ce manque de formalisation rend les pratiques plus informelles, laissant une large place à l'initiative individuelle mais fragilisant la continuité et la cohérence des messages portés.

Un dernier point de convergence porte sur la nécessité d'un portage interne fort pour dépasser une logique de simple contribution réglementaire. Le constat, largement partagé, est que la production d'avis ne peut reposer uniquement sur la mobilisation ponctuelle d'un ou deux agents isolés. Dans les témoignages recueillis comme dans les retours internes, une dynamique collective et inter-pôle apparaît indispensable pour positionner durablement la santé comme un enjeu transversal dans les projets d'aménagement. Cette mobilisation locale gagnerait en efficacité et en cohérence si elle s'inscrivait dans un cadrage national

opérationnel, permettant d'harmoniser les pratiques, de mutualiser les outils et de renforcer la légitimité des recommandations formulées.

Divergences ou spécificités locales

Au-delà des points communs, certaines divergences notables reflètent les spécificités locales, qu'elles soient liées au fonctionnement interne de l'ARS ou aux dynamiques territoriales.

Le niveau d'appropriation des enjeux santé et urbanisme varie fortement d'une région à l'autre. Là où certaines ARS, comme en Pays de la Loire, ont consolidé des relations durables avec les collectivités via les CLS ou les démarches UFS, d'autres peinent encore à structurer une intervention cohérente. Cette hétérogénéité se reflète notamment dans la capacité des ARS à formuler des recommandations transversales ou à articuler leur action avec les autres services de l'État.

La légitimité de l'ARS dans les processus de planification apparaît également comme un levier stratégique. Lorsqu'elle est ancrée dans les démarches territoriales et présente en continu dans les instances de travail (COFIL, ateliers, réunions de concertation), ses avis gagnent en lisibilité et en intégration. À l'inverse, un manque de visibilité ou d'implication en amont limite considérablement la portée de ses contributions, même lorsqu'elles sont formellement argumentées.

Enfin, l'attitude des collectivités vis-à-vis de l'intégration de la santé est très variable, dépendant largement du contexte local, de la culture technique ou encore du portage politique des enjeux d'aménagement. Comme le souligne Corine Lecluse, « Elles [les collectivités] sont pas forcément bien encore matures pour élargir aux autres thématiques ».

Conditions favorables à une intégration effective de la santé

L'analyse croisée permet également de faire émerger un ensemble de conditions facilitantes, qui apparaissent comme des constantes dans les territoires plus avancés :

- Une intervention en amont des procédures de planification : note d'enjeux, PAC (cf. Figure 3) ;
- L'existence ou l'élaboration d'une trame partagée : modèle de recommandation, structure commune d'avis ;
- Une mobilisation croisée entre départements SE et OSAP, favorisant l'interdisciplinarité ;
- Les échanges inter-ARS ;

- Une présence régulière dans les instances de co-construction territoriale, appuyée sur des relations de confiance ;
- Une bonne connaissance du territoire, des acteurs locaux et du calendrier spécifique de chaque procédure de SCoT, afin d'intervenir au moment le plus opportun ;
- Des outils d'acculturation, comme les guides UFS, les fiches de recommandations types.

Ces conditions ne garantissent pas automatiquement une prise en compte effective, mais elles créent un cadre plus propice à l'instauration de dialogues techniques entre santé et urbanisme.

Éclairage sur la situation de la DD 35

La situation de la DD 35 rejoint largement les constats faits dans d'autres régions. Le poids structurant de la santé environnementale, le besoin d'une trame de lecture stabilisée, la difficulté à mobiliser les pôles OSAP de manière systématique, et les marges de manœuvre limitées du fait du calendrier d'instruction : autant de points partagés par de nombreuses ARS.

Cependant, certains éléments apparaissent comme des facteurs différenciants ou prometteurs à la DD 35, notamment l'impulsion récente donnée par la direction, le démarrage simultané de plusieurs révisions de SCoT, ou encore la volonté de formaliser un outillage opérationnel départemental.

IV. Discussion : pistes de structuration et leviers d'action

4.1. Freins à une meilleure intégration de la santé dans les SCoT

Malgré des avancées notables et des signaux encourageants, l'intégration de la santé dans les documents de planification territoriale reste freinée par un ensemble d'obstacles identifiés à différents niveaux. Au sein même des ARS, des limites organisationnelles et méthodologiques persistent. Du côté des partenaires, la santé est encore trop souvent perçue comme un sujet secondaire, et le rôle de l'ARS reste parfois mal compris. Enfin, le cadre réglementaire, encore peu contraignant sur ces sujets, limite les marges d'action. Ces constats invitent à identifier clairement les obstacles à surmonter pour inscrire durablement la santé dans les politiques d'aménagement du territoire.

Freins internes à l'ARS

Au sein des ARS, plusieurs limites organisationnelles et culturelles freinent la mise en œuvre d'une approche intégrée de la santé dans les documents d'urbanisme.

Tout d'abord, l'organisation du travail reste encore largement structurée en silos. La contribution aux avis sanitaires repose principalement sur l'expertise du département SE, tandis que les apports des pôles OSAP restent peu mobilisés, faute de coordination inter-pôles ou d'outils communs facilitant la transversalité. L'absence de trame commune entraîne des pratiques hétérogènes et une variabilité selon les agents. Cette situation fragilise la cohérence des avis sanitaires et limite la visibilité des déterminants de santé au-delà des enjeux environnementaux.

Par ailleurs, le sujet est inégalement intégré au sein des équipes : il est parfois perçu comme technique ou périphérique. Le manque de formation partagée ou d'ancrage dans les pratiques courantes complexifie son intégration dans les agendas des différents pôles. Pour ces derniers, les priorités opérationnelles sont souvent centrées sur des missions considérées comme plus urgentes ou directement liées à leur cœur de métier, ce qui limite leur disponibilité à s'investir dans une approche transversale de la santé dans l'aménagement.

À cela s'ajoutent des contraintes de temps et de charge de travail : les délais parfois restreints, la multiplicité des sollicitations et l'absence de temps dédié à l'analyse approfondie des documents freinent l'implication active de l'ARS dans toutes les phases d'élaboration des SCoT. Comme le rappelle Adeline Perotin (SCoT du Grand Douaisis), la présence de l'ARS à chaque étape du processus (diagnostic, stratégie, traduction

réglementaire) est essentielle : « Toutes les étapes sont importantes. [...] Pour moi, il faut arriver à toutes les étapes ». Elle souligne que, lorsque l'ARS intervient trop tard, les marges d'influence sont fortement réduites, et que lorsqu'elle intervient trop tôt, son intervention est perçue comme prématurée, d'où la nécessité d'une présence continue malgré des ressources contraintes.

Les moyens humains constituent également un frein majeur. Comme évoqué en partie 3.1, les équipes mobilisées sur les avis sanitaires sont souvent restreintes, avec des profils techniques couvrant plusieurs thématiques. Cette configuration limite la capacité à approfondir les analyses, à diversifier les angles d'approche ou à s'impliquer dans les temps de concertation territoriale. Elle interroge la possibilité même de faire mieux ou davantage, sans renforcement des effectifs ou redéfinition des priorités.

Freins externes

Les difficultés ne résident pas uniquement dans l'organisation interne à l'ARS. Le contexte d'élaboration des SCoT présente lui aussi plusieurs limites qui freinent l'intégration des enjeux de santé.

La santé reste souvent perçue comme une thématique secondaire dans les politiques d'aménagement. De nombreux acteurs, notamment du monde de l'urbanisme, n'identifient pas clairement la valeur ajoutée d'une approche sanitaire, ou la considèrent comme trop éloignée de leurs priorités techniques ou politiques.

La faible visibilité des ARS dans les étapes amont (diagnostic, définition des enjeux stratégiques) est également un frein majeur. Faute d'être systématiquement identifiées comme partenaires, elles interviennent tardivement, à un stade où les marges d'influence sont réduites. Ce manque de visibilité est d'autant plus accentué que, comme évoqué précédemment, les moyens humains et le temps disponible au sein des ARS sont limités.

Les différences de culture professionnelle entre les mondes de la santé et de l'urbanisme complexifient encore davantage le dialogue. Comme l'exprime Marine Peslier (SCoT du Pays du Mans) : « Chaque acteur ne parle pas le même langage [...] entre le monde de l'urbanisme, de l'environnement et de la santé. ». Cette difficulté de dialogue entre univers professionnels se traduit par un manque de visibilité mutuelle sur les enjeux portés, le vocabulaire mobilisé et les temporalités de travail. Elle renforce l'impression d'un décalage exprimée par plusieurs interlocuteurs.

Freins structurels ou institutionnels

Au-delà des dynamiques locales, plusieurs freins structurels limitent plus largement la place de la santé dans les documents d'urbanisme.

L'absence d'obligation réglementaire d'intégration de la santé dans les SCoT constitue un frein central. La contribution de l'ARS s'inscrit aujourd'hui dans une logique consultative, sans caractère contraignant. L'ARS ne fait pas partie des personnes publiques associées (PPA) au sens strict du Code de l'urbanisme. En tant que service de l'État, ses avis peuvent être intégrés dans l'avis global de l'État, transmis par la DDT(M), selon les priorités et la sensibilité aux enjeux sanitaires. En pratique, l'ARS ne figure donc pas automatiquement parmi les entités associées, et sa contribution dépend souvent d'une sollicitation spécifique ou d'une initiative locale. Marine Peslier souligne l'enjeu que représenterait une reconnaissance officielle : « Une vraie plus-value, c'est que l'ARS devienne une personne publique associée ou consultée au sens de la loi ». Dans certains territoires, comme en Ille-et-Vilaine, des éléments issus de l'avis sanitaire de l'ARS peuvent être directement intégrés dans l'avis de l'État lorsque cela est pertinent. À défaut, ils sont joints en annexe, comme cela a été le cas pour les SCoT du département. Cette diversité de modalités réduit la portée des avis sanitaires dans certains territoires, même lorsqu'ils sont argumentés, et freine leur intégration dans les documents d'urbanisme.

Certaines personnes, comme Adeline Perotin, appellent à une évolution du Code de l'urbanisme pour rendre cette contribution obligatoire. Elle précise toutefois la complexité d'un tel changement : « Si on veut que ce soit systématisé, faut l'imposer. En tout cas, avoir ce sujet santé inscrit quelque part dans le Code de l'urbanisme, ce serait bien. ». Elle nuance toutefois cette position en précisant : « Mais le problème, c'est qu'à chaque fois qu'on légifère, je pense qu'on rend encore plus complexe l'exercice. ». Ses propos révèlent une tension entre la volonté de renforcer le rôle institutionnel de l'ARS et la crainte d'alourdir les processus déjà complexes de planification.

Les agents ARS eux-mêmes peuvent rencontrer des difficultés à se repérer dans les cadres réglementaires complexes de l'urbanisme, qui sont éloignés de leur culture professionnelle. À cela s'ajoute le manque de données locales disponibles ou d'indicateurs mobilisables pour appuyer la formulation des recommandations sanitaires.

Leviers pour dépasser les freins identifiés

Face à ces freins, plusieurs conditions sont nécessaires pour favoriser une intégration plus effective et opérationnelle des enjeux de santé dans les SCoT.

D'abord, un pilotage fort en interne est indispensable. Cela suppose une impulsion claire des directions, la désignation de référents identifiés, et la valorisation interne du sujet. Le développement d'outils partagés (trames types, grilles d'analyse, bibliothèques de recommandations) permettrait également de gagner en efficacité et de faciliter l'implication des différents pôles.

Ensuite, l'intervention précoce dans les processus d'élaboration des SCoT apparaît comme une priorité : les étapes de diagnostic ou de construction du PAS sont des moments stratégiques pour formuler des recommandations transversales, en cohérence avec les autres enjeux territoriaux. Une présence renforcée aux réunions de PPA, à la rédaction des notes d'enjeux, ou aux ateliers territoriaux renforcerait la légitimité et l'efficacité des contributions sanitaires.

Enfin, l'intégration durable de la santé passe par une coopération renforcée avec les partenaires de l'aménagement : DDT(M), agences d'urbanisme, collectivités. La capitalisation sur les expériences réussies, la formalisation de bonnes pratiques, et la participation à des instances interinstitutionnelles pérennes peuvent constituer des leviers puissants pour dépasser les logiques sectorielles et inscrire la santé dans une vision réellement partagée de l'aménagement.

4.2. Vers une méthode structurée d'analyse sanitaire des SCoT

Si l'ambition de renforcer l'intégration de la santé dans les SCoT est aujourd'hui partagée, encore faut-il en donner les moyens méthodologiques. L'analyse menée au sein de la DD 35, comme les retours d'expérience issus d'autres ARS, mettent en évidence l'enjeu central de la structuration : disposer d'une méthode claire, opérationnelle et transversale, à même de guider l'analyse, de faciliter les contributions collectives, et d'améliorer la lisibilité des avis sanitaires. Trois axes d'action se dessinent à cet égard : formaliser une trame d'analyse partagée, renforcer l'implication croisée des pôles de la DD, et s'appuyer sur des outils communs et capitalisables.

Formalisation d'une trame d'analyse

L'élaboration de ce mémoire a donné lieu à la construction d'une trame départementale d'analyse des SCoT (cf. Annexe 6), mobilisable dans le cadre de la production des avis sanitaires. Cette trame, bien qu'encore perfectible, constitue un premier outil structurant pour guider la relecture critique des documents et favoriser la production d'avis sanitaires à la fois plus complets, lisibles et argumentés.

Reprenant les constats établis précédemment (cf. parties 1.3 et 3.1), la trame construite dans le cadre de ce mémoire propose une organisation thématique fondée sur les grands déterminants de santé : environnementaux, sociaux, comportementaux et liés à l'offre de soins, chacun décliné en thématiques opérationnelles. À chaque thématique correspondent plusieurs éléments : des points de vigilance à repérer dans les différentes pièces du SCoT (notamment le PAS et le DOO, le diagnostic), des exemples de formulations types (demande, recommandation, observation), ainsi que des indicateurs sanitaires mobilisables pour objectiver les enjeux (cf. Annexe 7). Un repère visuel permet également d'indiquer, pour chaque thématique, le niveau d'intégration observé dans le document analysé.

Cette trame a permis, lors de l'analyse des SCoT en cours de révision dans le département, de structurer les avis sanitaires en blocs thématiques cohérents et de faciliter la rédaction comme la relecture. Elle constitue un socle méthodologique sur lequel pourront s'appuyer les agents impliqués, indépendamment de leur pôle de rattachement, pour contribuer à une analyse sanitaire partagée du territoire.

L'élaboration de cette trame constitue une première étape pour dépasser l'hétérogénéité actuelle des pratiques constatée tant à la DD 35 qu'au sein d'autres ARS. Elle répond à un besoin d'outillage exprimé par plusieurs agents rencontrés, confrontés à un manque de repères communs pour structurer l'analyse des documents. En instaurant un cadre d'analyse cohérent, cette trame vise à professionnaliser la production des avis tout en facilitant l'implication d'agents aux profils divers.

À terme, cette trame pourrait être déployée comme outil commun d'appui à la contribution sanitaire des différents pôles, renforçant ainsi la cohérence des productions, tout en laissant une marge d'adaptation à la diversité des contextes territoriaux.

Impliquer durablement les départements SE et OSAP

L'un des principaux enjeux de cette structuration méthodologique réside dans la capacité à faire travailler ensemble des pôles aux cultures et aux champs d'intervention différents. Si les avis sanitaires sont historiquement portés par le département SE, l'intégration des déterminants sociaux et de l'offre de soins appelle une mobilisation accrue des pôles du département OSAP.

Cette implication doit aller au-delà d'une simple sollicitation ponctuelle. Elle suppose la mise en place de modalités récurrentes de travail collectif, en s'appuyant notamment sur les temps déjà existants, comme les réunions de pôle, qui peuvent servir de cadre pour présenter les documents à analyser, exposer les attendus et recueillir les premiers retours.

Comme évoqué en partie 2.3, cette approche a déjà été amorcée à la DD 35, à travers des présentations ciblées et des temps d'échange en réunion de pôle, permettant une meilleure appropriation des enjeux par les équipes. Lorsque cela ne suffit pas à faire émerger une réflexion partagée, des ateliers participatifs inter-pôles pourraient être organisés, afin de favoriser les échanges, de croiser les regards et d'identifier collectivement les leviers d'action sur les thématiques de santé. Toutefois, la mise en œuvre de tels formats se heurte à des contraintes de moyens humains et de disponibilité, comme souligné précédemment (cf. partie 4.1), ce qui limite leur faisabilité à court terme. Une telle approche collaborative permettrait également de renforcer la reconnaissance mutuelle des expertises et de créer un langage commun entre pôles. Cela contribuerait à dépasser les difficultés d'articulation, souvent liées à des cultures professionnelles différentes et à un manque de temps pour s'approprier collectivement les enjeux.

Des réunions de « cadrage » pourraient également être systématisées à la réception de chaque dossier de SCoT, pour anticiper la répartition des contributions, prioriser les axes à traiter et faciliter l'implication des différents pôles en amont de la rédaction de l'avis.

Une telle dynamique ne pourra fonctionner qu'à condition d'une évolution progressive des pratiques internes : passer d'un fonctionnement en silo à une approche par projet transversal. Cela implique aussi de reconnaître les apports spécifiques de chaque pôle à l'analyse des documents d'urbanisme, et de donner de la légitimité à leur contribution dans des domaines historiquement peu investis. L'objectif n'est pas de faire de chaque agent un spécialiste de l'urbanisme, mais de permettre à chacun de repérer, dans son champ, les éléments susceptibles d'enrichir la lecture sanitaire du projet de territoire.

Outils mobilisables et capitalisables

La structuration d'une méthode d'analyse ne repose pas uniquement sur une trame, mais sur un ensemble d'outils qu'il convient de rassembler et capitaliser. Les guides existants, tels que le guide ISadOrA, ou les productions des agences d'urbanisme (par exemple « Urbanisme et santé : alliés pour la vi(II)e »), constituent des ressources précieuses, tant pour structurer les avis que pour sensibiliser les partenaires.

Les retours d'expérience recueillis dans les entretiens montrent également que des outils internes sont en cours de développement dans d'autres ARS. Ainsi, Kirsten Lestavel travaille actuellement à la rédaction d'un modèle type d'avis sanitaire SCoT à l'échelle régionale : « J'essaye là de rédiger un avis type sur les avis sanitaires SCoT [...] je pourrais le partager aux collègues de la région. ».

D'autres praticiens expérimentent l'usage d'outils numériques d'aide à la lecture, comme l'IA : « Je m'aide de l'intelligence artificielle [...] surtout pour ce type de document, parce que c'est des dossiers énormes. La recherche des informations est réalisée à partir des documents transmis uniquement et non pas sur internet. Je pose une question la plus claire possible, reformulation souvent nécessaire, et une fois que j'obtiens les réponses, je lui demande de m'indiquer les pages où les informations qu'il m'a trouvées ont été récupérées. Le contexte est important », explique Kirsten Lestavel. Ce témoignage illustre une tendance émergente dans les pratiques d'analyse documentaire : l'usage de l'IA comme outil d'appui à la lecture critique des documents d'urbanisme. Dans un contexte où les SCoT sont souvent volumineux, l'IA peut aider à repérer les parties pertinentes dans les documents, à en extraire les formulations utiles pour l'avis, et à gagner du temps dans la phase de lecture, souvent très lourde.

Cependant, cette approche appelle à une vigilance méthodologique. L'IA ne remplace pas l'expertise humaine : elle doit être utilisée comme un outil d'aide, non comme un substitut à l'analyse critique. La qualité des résultats dépend fortement de la structuration des documents sources, de la formulation des requêtes et de la compréhension fine du contexte territorial.

À terme, l'intégration raisonnée de l'IA pourrait constituer un levier stratégique pour renforcer la capacité d'analyse des ARS, à condition de l'inscrire dans une démarche outillée et encadrée. Une mutualisation des pratiques à l'échelle régionale ou nationale, accompagnée de formations spécifiques, permettrait de sécuriser son usage et d'en faire un outil partagé au service de l'expertise sanitaire.

Enfin, la mise en place d'une boîte à outils mutualisée au niveau national ou régional pourrait constituer un levier fort. Elle permettrait de rassembler les trames, guides, exemples de recommandations, indicateurs, bibliographies utiles et retours d'expérience, afin de faciliter le travail des agents dans toutes les DD de l'ARS Bretagne. Une telle mutualisation renforcerait la cohérence des pratiques à l'échelle régionale tout en favorisant l'acculturation progressive des équipes. Elle permettrait aussi de capitaliser sur des initiatives déjà existantes, mais parfois méconnues ou peu actualisées. La circulation d'outils, l'harmonisation des formats et le partage d'exemples concrets contribueraient à consolider une culture commune de l'analyse sanitaire, tout en maintenant une capacité d'adaptation aux spécificités locales.

4.3. Renforcement de la posture de l'ARS comme acteur stratégique

Au-delà de la production d'avis réglementaires, le positionnement de l'ARS dans les processus de planification mérite d'évoluer vers une posture plus stratégique. Plusieurs

retours convergents soulignent que l'agence dispose d'une légitimité pour intervenir à des moments clés de l'aménagement, notamment en amont, mais qu'elle peine encore à se faire reconnaître comme un véritable partenaire de projet. C'est donc un changement de rôle qui se profile : passer d'une logique de réponse ponctuelle à une présence proactive, capable d'accompagner les dynamiques territoriales de long terme autour des enjeux de santé.

Réaffirmer le rôle stratégique de l'ARS dans l'aménagement

La santé constitue aujourd'hui un enjeu transversal majeur des politiques d'aménagement. Elle interagit avec les mobilités, l'habitat, les espaces publics, l'accès aux services. À ce titre, elle ne peut plus être cantonnée à un traitement marginal ou sectoriel dans les documents de planification. L'ARS dispose, dans ce contexte, d'une légitimité particulière pour faire vivre cette transversalité et rappeler la portée collective des choix d'aménagement sur le bien-être et les inégalités de santé.

Cette légitimité ne repose pas uniquement sur le fondement juridique qui confère à l'ARS la responsabilité de rendre des avis sanitaires sur les plans et programmes ayant un impact sur la santé. Elle s'appuie aussi sur la capacité de l'agence à construire des ponts entre disciplines, à porter un regard global sur les déterminants de santé et à animer un dialogue entre les acteurs institutionnels autour de visions de long terme. Dans un contexte de montée des préoccupations sanitaires, climatiques et sociales, cette capacité à proposer une approche intégrée et préventive du territoire est plus que jamais nécessaire.

L'ARS peut ainsi se positionner comme un acteur stratégique, qui ne se contente pas de réagir, mais qui contribue activement à la co-construction de projets territoriaux soucieux de la santé des populations. Cela suppose de renforcer la visibilité de ses interventions, de stabiliser une doctrine d'action partagée, et d'accompagner une transformation progressive de ses modalités de contribution.

S'inscrire dans des démarches partenariales pérennes

Pour asseoir ce positionnement stratégique, l'ARS doit s'inscrire durablement dans les démarches de planification territoriale. Plusieurs pistes concrètes peuvent être envisagées :

- Participation active aux comités de pilotage (COFIL) des SCoT, dès les premières étapes (diagnostic, élaboration du PAS), afin d'être reconnue comme un interlocuteur légitime dans les choix d'aménagement structurants. Cette présence précoce permet également de sensibiliser les élus et techniciens à l'intérêt d'une prise en compte de la santé.

- Renforcement des liens opérationnels entre les services de l'État (DDT(M)), les collectivités et les agences d'urbanisme, en posant un cadre de collaboration partagé dans l'objectif d'asseoir un langage commun et de fluidifier les interactions entre santé, urbanisme et environnement.
- Organisation de séminaires territoriaux croisés réunissant élus, techniciens, urbanistes et acteurs de la santé, afin de partager des retours d'expérience, confronter les approches et favoriser l'émergence d'une culture commune autour des enjeux d'UFS.

Ces démarches partenariales offrent à l'ARS une opportunité de passer d'une logique d'expertise descendante à une logique de coopération, où la santé devient un objectif partagé entre institutions, et non un enjeu sectoriel porté par un seul acteur.

Enseignements tirés d'expériences régionales variées

Certains retours d'expérience illustrent les conditions qui permettent à une ARS de renforcer sa posture dans les politiques d'aménagement. Ils offrent des exemples inspirants sur lesquels il est possible de s'appuyer :

- L'ARS Pays de la Loire se distingue par son implication proactive dans l'accompagnement de certaines collectivités dans des démarches d'UFS, comme cela a été le cas avec le Pays du Mans. Corine Lecluse souligne notamment l'importance d'une acculturation en amont, en lien avec les CLS, pour faire émerger les enjeux de santé dès les premières phases de la planification territoriale.
- L'ARS Grand Est a développé des outils co-construits avec les agences d'urbanisme régionales, notamment un guide méthodologique partagé, des fiches thématiques, et des indicateurs communs. Ces outils ont permis d'asseoir une culture commune entre santé et urbanisme, facilitant l'intégration des enjeux sanitaires dans les documents d'aménagement.
- L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, à travers l'expérience de Kirsten Lestavel, montre comment une expertise reconnue sur l'UFS, alliée à un travail de justification rigoureux dans les avis sanitaires, peut renforcer la crédibilité des recommandations et améliorer leur prise en compte dans les documents finaux.

Ces exemples illustrent la diversité des postures que peuvent adopter les ARS selon leur degré d'implication et leur reconnaissance institutionnelle dans les démarches de planification. Dans la plupart des cas, elles contribuent à travers la rédaction d'avis sanitaires et la participation ponctuelle à certaines réunions. Toutefois, certaines agences vont plus loin, en s'impliquant dans une logique de co-construction : elles participent activement aux démarches, co-animent des temps d'échange, et accompagnent les

collectivités dans l'élaboration de documents d'aménagement en intégrant la santé de manière transversale.

Dans cette perspective, l'ARS pourrait progressivement renforcer sa posture pour tendre vers ce rôle de copilote, en consolidant les partenariats locaux, en valorisant son expertise auprès des acteurs du territoire, et en s'inscrivant plus durablement dans les dynamiques de planification à moyen et long terme. Toutefois, cette évolution ne peut reposer uniquement sur la volonté locale : elle suppose des moyens humains et organisationnels adaptés, un portage clair par la direction, et une inscription de ces enjeux comme priorité stratégique de l'agence. Sans ces conditions, le passage d'une logique de contribution ponctuelle à un rôle de copilote reste difficilement soutenable dans la durée.

4.4. Articulation avec les partenaires de l'aménagement

L'intégration effective des enjeux de santé dans les documents de planification ne peut reposer sur la seule action de l'ARS. Elle repose sur une collaboration étroite entre les acteurs de l'aménagement, les élus, les techniciens, les urbanistes et les professionnels de la santé. L'objectif est de faire émerger une vision partagée du territoire, où la santé ne constitue pas une thématique annexe mais un fil conducteur transversal.

Pour que cette évolution de posture soit pleinement opérante, elle ne peut reposer uniquement sur des initiatives départementales. Elle suppose un cadrage plus structurant, à l'échelle nationale ou régionale, afin de garantir une cohérence d'action, une reconnaissance institutionnelle renforcée et une mutualisation des outils et des pratiques.

Consolider les coopérations existantes

Parmi les partenaires les plus stratégiques, la DDT(M) occupe une position charnière. Interface entre les services de l'État et les collectivités, elle coordonne les avis de l'État et anime les phases de concertation des SCoT. Un dialogue plus structuré avec l'ARS permettrait de mieux croiser les expertises et d'assurer une visibilité renforcée des enjeux sanitaires dans les avis consolidés. Cette coopération doit être approfondie dès la note d'enjeux, en cohérence avec la temporalité des étapes de planification. Le renforcement de cette articulation dès les premières phases permettrait d'inscrire les enjeux sanitaires comme partie prenante des équilibres territoriaux recherchés, et non comme une étape consultative a posteriori. Le croisement des expertises entre DDT(M) et ARS, lorsqu'il est structuré en amont, favorise une meilleure lisibilité des recommandations sanitaires et leur intégration dans les avis de l'État.

Avec les collectivités territoriales, l'enjeu est double : renforcer l'acculturation des élus et techniciens, tout en inscrivant la santé dans les projets de territoire, au-delà du simple respect du cadre réglementaire. Comme l'indique Marine Peslier, il est souvent plus efficace d'aborder ces sujets à travers le prisme du bien-être ou de la qualité de vie, des notions plus directement mobilisables par les acteurs de terrain : « Le mot bien-être et qualité de vie a fait consensus sur nos territoires pour que tout le monde comprenne la même chose autour de l'UFS. ».

Dans cette optique, la formation des acteurs est régulièrement identifiée comme un levier majeur. Cécile Thomas-Jouenne (urbaniste experte UFS) plaide pour une montée en compétences à tous les niveaux, y compris chez les professionnels de santé eux-mêmes : « La formation pour moi est capitale. [...] Il faut aller pousser les portes des professionnels de santé pour les former eux aussi. » Elle souligne également l'importance de créer des dynamiques de travail partagées entre les élus et les techniciens territoriaux : « Les binômes les plus efficaces qu'on voit, c'est un binôme élu-agent [...] ils parlent pas le même langage, mais ils avancent dans le même sens. »

Les agences d'urbanisme, quant à elles, représentent des partenaires techniques de premier plan. Leur rôle est central dans la traduction opérationnelle des stratégies territoriales et leur connaissance fine des territoires en fait des interlocuteurs précieux pour articuler les priorités sanitaires et les orientations d'aménagement. Claire-Marie Rouchouse (urbaniste ÉPURES) pointe néanmoins un déficit de culture commune : « Ce qui est compliqué, c'est [...] le manque de culture commune [...] il faut qu'on apprenne à se connaître et à travailler ensemble. ».

L'ensemble de ces coopérations pourrait être renforcé par la mise en place d'ateliers croisés (urbanisme - santé), de journées régionales de sensibilisation ou de séminaires interinstitutionnels, afin de créer des temps d'échange propices à l'appropriation mutuelle des enjeux. Ces espaces de travail interinstitutionnels pourraient aussi favoriser la mise en réseau d'initiatives locales, la capitalisation des expériences réussies, et la montée en compétence collective sur les articulations entre urbanisme et santé. Ils constitueraient des lieux d'apprentissage mutuel, mais aussi de légitimation réciproque des rôles et apports de chaque acteur.

Inscrire la santé dans les dynamiques de territoire

Au-delà des documents d'urbanisme eux-mêmes, de nombreux leviers d'action peuvent être mobilisés pour inscrire la santé dans les dynamiques territoriales. En particulier, les CLS apparaissent comme des espaces d'entrée efficaces pour initier une réflexion croisée

autour de la santé et de l'aménagement. Les CLS sont des dispositifs partenariaux conclus entre une ARS et une collectivité territoriale, visant à améliorer la santé des populations à l'échelle locale. Ils permettent de coordonner les actions de prévention, d'accès aux soins et de promotion de la santé, en mobilisant les acteurs locaux autour d'un diagnostic partagé et d'un plan d'action adapté aux besoins du territoire. Corine Lecluse insiste sur cette articulation, soulignant que les CLS peuvent constituer un levier en amont, « même avant que la collectivité ait démarré son SCoT », en servant de cadre à des actions de sensibilisation et de rapprochement avec les collectivités. Elle évoque ainsi la volonté de « porter les enjeux au plus près des collectivités en lien direct » et d'« intégrer des actions autour de l'UFS » dans les dynamiques déjà existantes. Ces interventions locales illustrent le potentiel des CLS pour construire une culture commune de la santé dans les territoires. Elles permettent également d'identifier et de mobiliser des relais locaux capables de porter les enjeux de santé dans la durée, au plus près des dynamiques de planification.

Cécile Thomas-Jouenne partage cette vision et souligne le potentiel des CLS pour enclencher des dynamiques intersectorielles à l'échelle locale. Elle illustre cela par des interventions réalisées : « Les plus petites interventions que j'ai, c'est dans le cadre des contrats locaux de santé [...] pour faire un séminaire à destination des élus et des agents ». Elle insiste également sur l'intérêt de « croiser un peu les dynamiques, regarder qui on prend pour le contrat local de santé [...] et raccrocher ces acteurs-là », afin de mobiliser plus largement les parties prenantes autour des enjeux d'UFS.

D'autres pistes peuvent être explorées pour agir en amont ou en parallèle des SCoT :

- Participer aux réunions des PPA dès les premières phases (diagnostic, PAS) ;
- Contribuer aux diagnostics de territoire pour faire remonter les inégalités de santé ou les besoins spécifiques ;
- Proposer la mise en place de groupes de travail santé au sein des intercommunalités ou des structures porteuses de SCoT.

L'ensemble de ces actions vise à favoriser l'appropriation des enjeux sanitaires non pas comme une couche additionnelle, mais comme un cadre structurant des projets de territoire.

Vers une gouvernance partagée

À moyen terme, un véritable changement de paradigme suppose de penser une gouvernance partagée entre les acteurs de l'aménagement et ceux de la santé. Il ne s'agit plus seulement de coopérer ponctuellement, mais de construire un cadre pérenne de dialogue et de décision conjointe. Cela pourrait passer par la création d'instances locales

ou départementales de coordination, réunissant l'ARS, la DDT(M), les collectivités, les agences d'urbanisme ou encore les syndicats techniques. Par ailleurs, la participation active de l'ARS aux comités de suivi des SCoT renforcerait sa légitimité et sa capacité à suivre les effets des recommandations sanitaires sur la durée.

Cécile Thomas-Jouenne insiste à ce titre sur l'importance d'inclure tous les acteurs impactés par les choix d'aménagement : « Il faut réfléchir à toutes les personnes qui vont être impactées [...] syndicat des eaux, chambre d'agriculture, acteurs économiques, éducation nationale. », « Il faut que ces acteurs se connaissent, aient le même niveau d'information. ».

Si ces dynamiques de gouvernance peuvent s'ancrer localement, leur efficacité dépend aussi d'un cadrage plus large. Un appui à l'échelle régionale, porté par la direction régionale et le pôle régional EE de l'ARS, et au niveau national par la DGS apparaît nécessaire pour structurer ces démarches, garantir leur pérennité et assurer une cohérence entre territoires. Ces perspectives de gouvernance visent à construire un cadre commun d'action, fondé sur la reconnaissance mutuelle des expertises, la transparence des décisions, et la recherche d'un équilibre durable entre santé, qualité de vie et développement territorial.

4.5. Limites de l'étude et perspectives

Cette dernière partie vise à prendre du recul sur la démarche engagée dans ce mémoire. Si les résultats obtenus permettent de dégager des pistes concrètes et des enseignements utiles pour renforcer l'intégration de la santé dans les SCoT, certaines limites doivent être reconnues, tant sur le plan méthodologique que sur celui de la portée des analyses réalisées. En parallèle, plusieurs ouvertures peuvent être envisagées pour prolonger et approfondir le travail amorcé, à la fois à l'échelle départementale et régionale.

Limites méthodologiques

Plusieurs éléments méthodologiques appellent à la prudence dans l'interprétation des résultats.

Tout d'abord, la taille de l'échantillon d'entretiens (sept entretiens) et le profil des interlocuteurs (majoritairement issus de territoires identifiés comme avancés sur les enjeux santé - urbanisme) peuvent introduire un biais de sélection. Le choix de cibler des retours d'expérience positifs a été assumé, dans une optique exploratoire et constructive, mais limite la représentativité des pratiques actuelles sur l'ensemble du territoire. Ce positionnement assumé permet néanmoins de dégager des éléments de méthode

transférables, en s'appuyant sur des initiatives exemplaires. Il met en lumière les conditions favorables à une meilleure intégration de la santé, qui pourraient être observées ou adaptées dans des contextes moins avancés. Ce choix reflète également une posture d'exploration, dans une perspective d'amélioration continue plutôt que d'évaluation normative.

Ensuite, l'analyse documentaire s'est appuyée sur des versions provisoires de SCoT, à l'étape du projet arrêté. Il n'a donc pas été possible, à ce stade, d'évaluer de manière systématique et définitive la prise en compte des recommandations sanitaires dans les versions finales approuvées. Cette temporalité contrainte, liée à la durée de l'alternance, constitue un frein à une observation complète de l'influence réelle des avis de l'ARS.

Par ailleurs, la démarche s'est principalement centrée sur les documents et les expertises internes à l'ARS. Les élus des SCoT n'ont pas été directement sollicités dans le cadre des entretiens, ce qui constitue une limite dans l'analyse des processus de décision et de la réception effective des enjeux sanitaires par les porteurs de projets.

Enfin, cette étude repose sur une approche qualitative de type exploratoire, centrée sur l'observation des pratiques et l'analyse d'un corpus limité de cas. Elle ne vise pas à produire une généralisation statistique, mais à dégager des pistes de réflexion à partir de retours d'expérience concrets et de situations territoriales singulières. Ce positionnement méthodologique assume une part de subjectivité, mais permet d'ouvrir le champ de l'analyse à des dynamiques complexes, souvent peu documentées dans les démarches institutionnelles classiques. Elle permet ainsi d'accéder à des dynamiques d'acteurs, à des ajustements informels et à des marges de manœuvre perçues, souvent absentes des cadres formels d'action. En cela, la méthodologie adoptée éclaire les leviers concrets de transformation des pratiques internes et partenariales.

Ouvertures possibles

Malgré ces limites, plusieurs prolongements apparaissent envisageables pour approfondir et élargir la démarche amorcée.

Un premier axe consisterait à étendre l'analyse à d'autres types de documents de planification, qui offrent eux aussi des marges d'action importantes pour la santé : PLU(i), PCAET, PLH, voire les projets d'aménagement opérationnels (zones d'aménagement concerté, quartiers prioritaires de la politique de la ville, etc.). Dans le contexte de la fin des procédures de révision des SCoT arrêtés en 2026, ces documents deviennent des leviers particulièrement pertinents pour poursuivre l'intégration des enjeux sanitaires. Une analyse

croisée permettrait de mieux comprendre les cohérences (ou discontinuités) dans la prise en compte de la santé à différentes échelles.

Un second axe d'approfondissement consisterait à élargir l'étude à d'autres départements bretons, voire à d'autres régions à travers leurs ARS, afin d'enrichir les comparaisons et de repérer des configurations organisationnelles ou partenariales plus efficaces. Cette approche comparative permettrait également de nourrir une dynamique de mutualisation entre territoires. Cela pourrait également servir de levier pour faire émerger des standards communs à l'échelle interrégionale, et poser les bases d'une ingénierie territoriale partagée sur les enjeux croisés de santé et aménagement. Ce croisement des pratiques permettrait de dépasser les singularités locales pour nourrir une réflexion stratégique à plus large échelle.

À plus long terme, l'intégration d'une approche quantitative, par le biais d'indicateurs de suivi, de diagnostics partagés ou d'évaluations d'impact sur la santé (EIS), constituerait un levier intéressant pour objectiver les enjeux et structurer les contributions de l'ARS sur des bases plus mesurables. Ce volet quantitatif, encore peu mobilisé dans les pratiques observées, pourrait apporter une légitimité accrue aux avis sanitaires, notamment en appui des diagnostics territoriaux. Il renforcerait également la capacité des ARS à formuler des recommandations argumentées et à en suivre l'application dans le temps.

Pistes pour un déploiement régional

Enfin, les enseignements tirés de cette étude pourraient utilement nourrir une dynamique régionale, afin de renforcer la cohérence des pratiques entre les DD et d'ancrer durablement l'enjeu santé dans les politiques d'aménagement en Bretagne.

Plusieurs pistes se dégagent à ce titre :

- La mutualisation de la trame d'analyse élaborée dans ce mémoire, en tant qu'outil départemental adaptable, pouvant être enrichi collectivement et diffusé à l'ensemble des délégations de l'ARS Bretagne.
- La création d'un réseau régional « Urbanisme et Santé », animé par le pôle régional EE, permettant de partager les retours d'expérience, de mutualiser les outils et d'organiser des échanges entre services.
- L'organisation d'une journée d'étude ou de formation régionale, croisant les regards des professionnels de santé, des urbanistes, des élus, des collectivités et des services de l'État, afin de faire progresser la culture commune et de consolider les alliances territoriales.

- L'intégration plus explicite de ces objectifs dans le prochain PRSE, en lien avec les priorités régionales d'aménagement du territoire.

Cette démarche constitue une première avancée vers la construction d'une approche concrète pour intégrer la santé dans les documents d'urbanisme. Pour qu'elle s'inscrive dans la durée, il est désormais essentiel de miser sur une mobilisation collective, un engagement politique clair et une ingénierie partagée à l'échelle régionale. Cela suppose aussi de transformer cette ambition en actions concrètes, en outillant les acteurs et en intégrant la santé dans les pratiques courantes de l'aménagement. Inscrite dans le temps long, cette dynamique pose les bases d'une évolution durable des pratiques territoriales. Intégrer la santé dans l'urbanisme, c'est aussi répondre à une attente sociétale forte : celle de territoires plus justes, plus durables et plus favorables au bien-être de tous.

Conclusion

Dans un contexte où les inégalités sociales et territoriales de santé persistent, et où de multiples crises (sanitaires, environnementales et sociales) se croisent, la planification urbaine apparaît comme un levier essentiel pour prévenir les inégalités, favoriser le bien-être et construire des environnements de vie plus favorables à la santé. Les documents de planification territoriale, à commencer par les SCoT, constituent à ce titre des instruments puissants pour inscrire durablement les enjeux de santé dans les politiques locales d'aménagement. En Ile-et-Vilaine, la révision simultanée de l'ensemble des SCoT ouvre une fenêtre d'action pour positionner la santé au cœur des projets de territoire.

C'est dans cette perspective que s'inscrit ce mémoire, en cherchant à répondre à la question suivante : comment l'ARS peut-elle renforcer de manière structurelle et opérationnelle l'intégration des enjeux de santé dans les SCoT, au-delà d'une logique d'expertise ponctuelle, en s'appuyant sur une organisation transversale, des outils partagés et une meilleure articulation avec les acteurs de l'aménagement ?

L'analyse menée au sein de la DD d'Ile-et-Vilaine de l'ARS Bretagne a permis de dresser un état des lieux des pratiques internes, de mettre en lumière les marges de progression existantes et d'élaborer des outils concrets pour structurer l'analyse des SCoT. Ce travail a abouti à la formalisation d'une première trame d'analyse sanitaire, à la clarification des rôles des différents pôles, ainsi qu'à une réflexion approfondie sur les conditions de réussite d'une telle démarche. L'ouverture méthodologique par des retours d'expérience extérieurs a permis d'enrichir la réflexion, en identifiant des bonnes pratiques transférables, tout en mesurant la diversité des approches territoriales. Ce mémoire se positionne ainsi comme un outil d'aide à l'action, en posant les bases d'une organisation plus transversale et plus efficiente.

La mobilisation d'outils partagés (trames d'analyse, indicateurs, bibliothèques de recommandations) ne constitue pas uniquement un appui technique : elle est un levier stratégique pour structurer une lecture commune, garantir une continuité des pratiques et asseoir la légitimité sanitaire dans les processus d'aménagement. Ces outils, s'ils sont co-construits et appropriés collectivement, peuvent également devenir des facilitateurs de dialogue entre pôles et entre institutions.

Au-delà de l'élaboration d'un outil ou de la formalisation d'une méthode, ce travail engage une réflexion plus large sur le positionnement institutionnel de l'ARS dans les politiques d'aménagement, en dépassant le seul cadre réglementaire de l'avis sanitaire. Elle dispose

d'une légitimité propre pour porter une vision transversale et préventive de la santé, à condition de renforcer sa reconnaissance institutionnelle, d'engager une transformation des pratiques internes, et de développer une culture partagée avec les autres acteurs de l'aménagement. Les propositions formulées dans ce mémoire visent ainsi à structurer une posture plus proactive et durable de l'ARS dans les démarches d'urbanisme.

Cette culture commune reste aujourd'hui inégalement partagée entre institutions. L'un des apports de ce mémoire est de souligner l'importance d'un socle commun de compréhension entre acteurs de la santé, de l'aménagement et de l'environnement. En promouvant des temps d'échange réguliers, des formations croisées ou des démarches conjointes comme les CLS, il devient possible de dépasser les logiques sectorielles et de construire une vision intégrée de la santé dans les territoires.

Dans cette perspective, les CLS apparaissent comme des outils stratégiques pour articuler santé et aménagement du territoire. Leur ancrage territorial et leur gouvernance partenariale en font des vecteurs concrets pour initier ou renforcer les dynamiques locales autour de l'UFS. Mieux intégrer les enjeux de planification dans ces démarches pourrait permettre d'ancrer plus durablement les coopérations et de sensibiliser les élus et techniciens à l'intérêt d'un aménagement vecteur de santé.

Certaines limites doivent toutefois être soulignées. Le nombre d'entretiens réalisés reste limité, tout comme le périmètre géographique exploré. Par ailleurs, la temporalité de l'alternance n'a pas permis d'évaluer l'impact réel des avis sanitaires sur les SCoT définitivement approuvés. Ces contraintes n'enlèvent rien à la portée exploratoire du travail réalisé, qui constitue une base mobilisable pour aller plus loin.

Plusieurs perspectives se dessinent à court et moyen terme. D'abord, le test et l'ajustement progressif de la trame départementale dans les futurs avis sanitaires. Ensuite, une volonté de mutualisation des outils au niveau régional, afin d'alimenter une culture commune entre délégations, en lien avec le pôle régional EE. Enfin, la consolidation de partenariats durables avec les acteurs de l'aménagement, notamment grâce aux PRSE ou aux CLS.

À plus long terme, c'est un véritable changement d'échelle qu'il convient d'envisager. Le rôle des ARS dans les documents d'urbanisme ne peut plus se limiter à une logique ponctuelle d'expertise. Il s'agit désormais d'inscrire la santé comme une composante pleine et entière de l'aménagement durable, en construisant les conditions d'un dialogue renforcé entre urbanisme, environnement et santé publique, au service de territoires plus justes et plus résilients.

Bibliographie

ADEME. (2021, novembre 18). *Dépasser les idées préconçues entre santé et aménagement urbain : Les clefs de l'urbanisme durable*. La librairie ADEME. <https://librairie.ademe.fr/societe-et-politiques-publiques/5042-depasser-les-idees-preconcues-entre-sante-et-amenagement-urbain-les-clefs-de-l-urbanisme-durable-9791029718861.html>

ADEME, Marchandise, & Itinéraire Bis. (2023, décembre 4). *Urbanisme Favorable à la Santé - UFS : Cahier d'idées*. La librairie ADEME. <https://librairie.ademe.fr/urbanisme-territoires-et-sols/6709-urbanisme-favorable-a-la-sante-ufs-cahier-d-idees-9791029722479.html>

ARS Auvergne-Rhône-Alpes & Réseau Urba 4. (2023, mai). *Urbanisme et santé : Alliés pour la vi(II)e*. <https://www.fnau.org/fr/publication/urbanisme-et-sante-allies-pour-la-ville/>

ARS Grand Est & Réseau 7Est. (2025, février 11). *Guide « Urbanisme favorable à la santé (UFS) » pour mieux comprendre et agir sur son territoire en Grand Est*. <https://www.grand-est.ars.sante.fr/guide-urbanisme-favorable-la-sante-ufs-pour-mieux-comprendre-et-agir-sur-son-territoire-en-grand>

Bovi, Granier, & Tacon. (2023, décembre). *En 2050, la Bretagne compterait près de 260 000 habitants supplémentaires*. INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7737359>

EHESP, a'urba, & FNAU. (2020, mars). *Le guide ISadOrA une démarche d'accompagnement à l'Intégration de la Santé dans les Opérations d'Aménagement urbain*. <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/06/001-Guide-entier-ISadOrA-version-web.pdf>

Lardoux & Marcault. (2024, décembre). *Populations de référence au 1er janvier 2022 : 3 422 845 habitants en Bretagne*. INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8312686>

Lemaire. (2016, mai). *Agir pour un urbanisme favorable à la santé—Outil d'aide à l'analyse des plans locaux d'urbanisme au regard des enjeux de santé*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehesp_dgs_outil_d_aide_analyse_des_plu_enjeux_de_sante.pdf

L'Institut Paris Région. (2021, juin 17). *Intégrer la santé dans les documents d'urbanisme*. L'Institut Paris Region. <https://www.institutparisregion.fr/nos-travaux/publications/integrer-la-sante-dans-les-documents-durbanisme/>

Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires & FédéSCoT. (2022, mai). *[Guide] Le SCoT modernisé*. <https://www.ecologie.gouv.fr/politiques-publiques/scot-projet-strategique-partage-lamenagement-dun-territoire>

Réseau français Villes-Santé. (s. d.). Urbanisme favorable à la santé : Actualités et travaux réalisés. *Réseau français Villes-Santé*. Consulté 6 août 2025, à l'adresse <https://villes-sante.com/thematiques/cadre-de-vie/urbanisme-favorable-a-la-sante/>

Roué-Le-Gall, Le Gall, Potelon, & Cuzin. (2014). *Agir pour un urbanisme favorable à la santé—Concepts & outils*. <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/09/guide-agir-urbanisme-sante-2014-v2-opt.pdf>

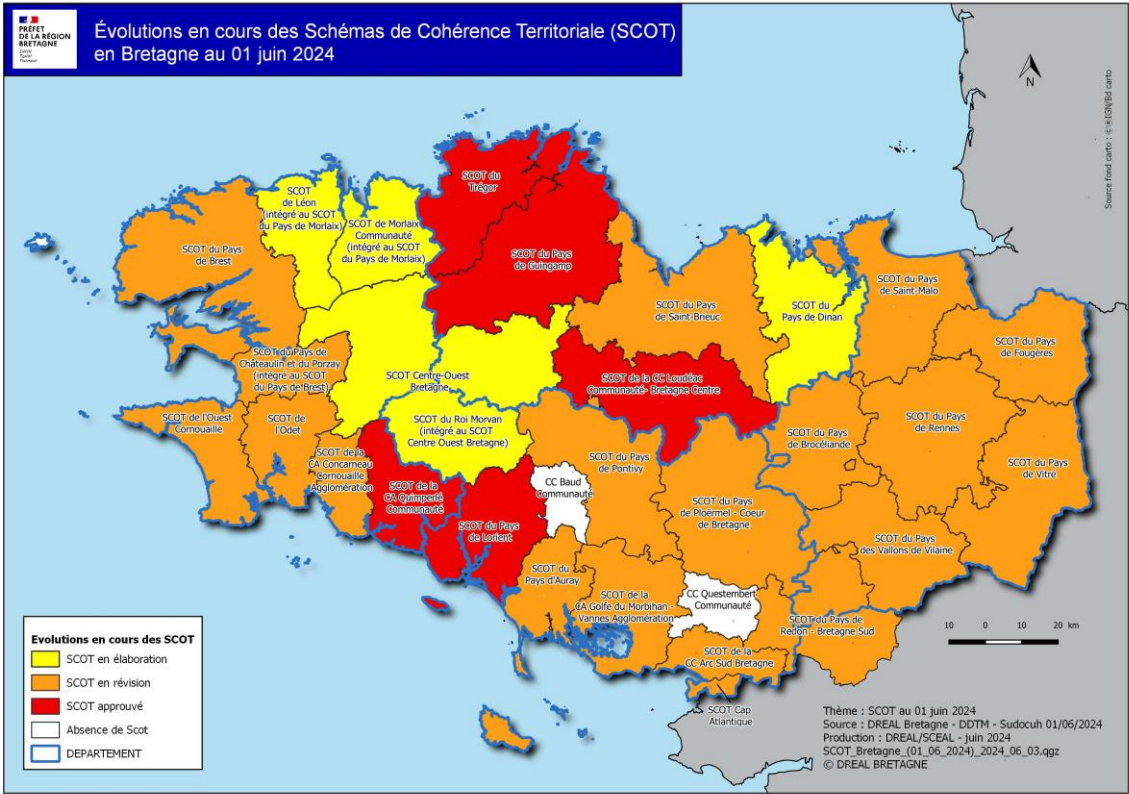
SPF. (2024, décembre). *Espaces verts urbains, mobilité active, réduction de la pollution de l'air... Santé publique France évalue leurs bénéfices pour la santé*. <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2024/espaces-verts-urbains-mobilite-active-reduction-de-la-pollution-de-l-air-sante-publique-france-evalue-leurs-benefices-pour-la-sante>

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau des acteurs impliqués dans l'élaboration d'un SCoT et leurs rôles

Acteurs	Rôles
Collectivités locales (syndicat mixte, PETR, EPCI...)	Pilotent la démarche, organisent la concertation, coordonnent les travaux avec les partenaires, arrêtent et approuvent le SCoT.
Élus locaux	Définissent les grandes orientations du projet de territoire, valident les documents à chaque étape (diagnostic, PAS, DOO) jusqu'à l'approbation finale.
Bureaux d'études / agences d'urbanisme	Apportent un appui technique à l'élaboration du SCoT (diagnostic, prospective, rédaction du DOO), facilitent la traduction opérationnelle des orientations.
Direction départementale des territoires (et de la mer) (DDT(M))	Coordonne les services de l'État dans la procédure d'élaboration du SCoT, rédige la note d'enjeux et le PAC de l'État, centralise et émet l'avis de l'État lors de la consultation, veille à la cohérence avec les politiques nationales et locales.
Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL)	Apporte une expertise sur les enjeux environnementaux, notamment dans le cadre de l'évaluation environnementale, contribue à la note d'enjeux et à l'avis environnemental.
Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS)	Intervient ponctuellement pour éclairer les enjeux sociaux et économiques, notamment en lien avec l'habitat, l'insertion ou les besoins sociaux du territoire.
Agence régionale de santé (ARS)	Produit un avis sanitaire sur le SCoT lorsqu'il est soumis à évaluation environnementale (art. L.1435-1 du CSP), peut contribuer aux réflexions en amont sur les déterminants de santé, participe à la concertation partenariale.
Chambres consulaires (CCI, CA, CMA)	Donnent leur avis sur les incidences du SCoT sur l'activité économique, agricole, artisanale du territoire.
Citoyens et associations	Participent à la concertation préalable, puis à l'enquête publique. Peuvent faire part d'observations ou propositions sur le projet de SCoT.
Préfecture	Procède au contrôle de légalité de la délibération d'approbation du SCoT. Peut engager un recours en cas de non-conformité aux lois ou règlements.

Annexe 2 : Cartographie de l'évolution en cours des Schémas de Cohérence Territoriale en Bretagne (DREAL Bretagne)



Annexe 3 : Grilles d'entretien selon les catégories d'acteurs interrogés

Grille 1 - experts en santé publique (ARS)

Introduction et contexte :

- Pouvez-vous décrire brièvement votre parcours et votre rôle actuel dans le domaine de la santé publique ? Quelles sont vos missions ? Quelle équipe ?
- Est-ce que vous pouvez me parler de votre territoire : Population ? Inégalités territoriales ? Enjeux sanitaires ?

Impact de l'urbanisme sur la santé :

- Qu'entendez-vous par "Urbanisme Favorable à la Santé" ?
- Comment les choix d'urbanisme influencent-ils la santé des populations (directement ou indirectement) ?
- Existe-t-il des problématiques de santé particulières liées à l'aménagement urbain sur le territoire ?
- Selon vous, quels aménagements urbains peuvent favoriser une meilleure santé publique (espaces verts, mobilité active, lutte contre la pollution, etc.) ?
- Comment l'urbanisme peut-il encourager des comportements sains (modes actifs, réduction de la pollution) ?

Élaboration des avis sanitaires :

- Si vous en avez connaissance, comment s'organise, de façon concrète, la production d'un avis sanitaire au sein de votre ARS ? Répartition des rôles, validation, coordination interne... ? Quelles sont les étapes clés de l'analyse d'un SCoT ou autre document d'urbanisme ?
- Quels sont les enjeux de santé et thématiques abordées dans vos avis sanitaires ? Quelle est la structure de vos avis sanitaires ?
- À quel moment de la procédure intervenez-vous en général ? Êtes-vous souvent sollicitée en amont ? Quel est le moment le plus opportun pour intégrer au mieux la santé dans les documents d'urbanisme selon vous ?
- Sur quelles données basez-vous vos remarques ? Utilisez-vous certains outils (SIG, bases santé-environnement, rapports etc.) ? Guides méthodologiques ? IA ?
- Quels sont les indicateurs ou types d'informations que vous jugez indispensables dans un document pour formuler un avis éclairé ?
- Les recommandations ou observation sont-elles généralement suivies ou prises en compte ?

Outils et recommandations :

- Quels indicateurs ou critères de santé devraient impérativement figurer dans les documents d'urbanisme pour guider les choix d'aménagement ?
- Comment les experts en santé peuvent-ils travailler plus efficacement avec les urbanistes pour intégrer les enjeux de santé dans la planification urbaine ?
- Quelles stratégies de sensibilisation et de formation pourraient aider à faire évoluer la prise en compte de la santé dans l'urbanisme ?

Collaboration et partenariats :

- Avez-vous des échanges réguliers avec les DDT(M) ou les services de l'État dans l'élaboration des avis ? Mise en place d'ateliers ? De réunions ?
- Travaillez-vous avec d'autres pôles de l'ARS ? santé-environnement, promotion de la santé ? Sous quelle forme ?
- Existe-t-il un travail d'harmonisation des pratiques entre délégations ou entre régions ? Une trame régionale pour les avis ?
- Selon vous, comment pourrait-on renforcer la collaboration entre ARS et autres acteurs de l'aménagement (collectivités, urbanistes, bureaux d'études...) ?

Freins et leviers à la prise en compte de la santé :

- Quelles difficultés spécifiques rencontrez-vous dans votre travail pour intégrer la santé dans les politiques urbaines, et quels sont les défis rencontrés ?
- Pensez-vous que les enjeux de santé sont suffisamment pris en compte par les porteurs de projet ? Est-ce que la santé est considérée à égalité avec d'autres enjeux comme le développement économique, le logement, l'agriculture ou la transition énergétique ? Y a-t-il encore un travail de pédagogie à faire ? Formation, sensibilisation ?

- Quelles seraient, selon vous, les améliorations possibles pour renforcer l'influence des avis sanitaires dans les documents d'urbanisme ?

Conclusion :

- Avez-vous des exemples d'avis / de projets d'urbanisme dans la région qui ont réellement pris en compte la santé par les collectivités, avec un retour positif ?
- Selon vous, quelles priorités devraient être fixées à l'avenir pour mieux intégrer les enjeux de santé environnementale dans l'aménagement du territoire ?
- Quelles seraient, selon vous, les pistes d'évolution à court ou moyen terme pour rendre les avis sanitaires plus impactant dans les politiques d'aménagement ? Piste également pour l'ARS dans l'intégration des enjeux de santé dans les documents d'urbanisme globalement ?

Grille 2 - urbanistes / aménageurs

Introduction et contexte :

- Pouvez-vous vous présenter et décrire brièvement vos responsabilités dans l'élaboration de projets d'urbanisme ? Quelles sont vos missions ? Quelle équipe ?
- Pouvez-vous me parler brièvement des territoires sur lesquels vous intervenez ?

Prise en compte de la santé dans les projets urbains :

- Lors de la conception d'un projet urbain, quels critères liés à la santé (mobilité, espaces verts, pollution, etc.) sont les plus importants à prendre en compte ?
- Est-ce que vous avez des méthodologies ou outils spécifiques pour intégrer la santé dans vos projets ? études d'impact santé, consultations publiques ?
- À quelle étape du processus de planification urbaine les enjeux de santé sont-ils le plus souvent intégrés ? dès la phase de conception, lors de la révision du PLU, après une évaluation ?
- Selon vous, comment l'aménagement du territoire peut-il favoriser des comportements de santé positive (ex. : développement de pistes cyclables, urbanisme favorable à la marche, etc.) ?

Obstacles à l'intégration de la santé :

- Quels sont les obstacles ou défis majeurs que vous rencontrez lors de l'intégration des enjeux de santé dans vos projets d'urbanisme (manque de données, résistance politique, contraintes financières) ?
- Comment gérez-vous les priorités contradictoires entre développement urbain et préoccupations de santé publique ?
- Avez-vous l'impression que les documents d'urbanisme actuels (PLU, SCoT, etc.) permettent une réelle prise en compte des enjeux de santé, ou sont-ils trop centrés sur d'autres priorités (logement, infrastructures, etc.) ?

Collaboration avec les acteurs de la santé :

- Quelles collaborations avez-vous avec des experts en santé publique ou des autorités sanitaires dans vos projets urbains ?
- Comment pouvez-vous, en tant qu'urbaniste, mieux intégrer les recommandations des experts en santé dans vos projets ?
- Quelle est la place de la participation citoyenne dans l'intégration des enjeux de santé dans les projets urbains ?

Exemples et pratiques :

- Pouvez-vous partager un projet où la santé a été particulièrement bien intégrée ?
- Avez-vous déjà fait face à une situation où les enjeux de santé ont été un critère décisif dans la réussite ou l'échec d'un projet ?

Conclusion :

- Quelles actions, à l'échelle des politiques publiques, pourraient permettre d'intégrer de manière plus systématique la santé dans les projets d'urbanisme ?
- Selon vous, comment l'urbanisme pourrait-il évoluer pour mieux répondre aux enjeux de santé publique dans les prochaines années ?

Grille 3 - représentants de collectivités / syndicats

Introduction et contexte :

- Pouvez-vous décrire brièvement votre rôle et vos responsabilités dans l'aménagement du territoire et la planification urbaine ? Quelles sont vos missions ? Quelle équipe ?

- Est-ce que vous pouvez me parler de votre territoire : Population ? Inégalités territoriales ? Enjeux sanitaires ?

Prise en compte des enjeux de santé dans les politiques locales :

- Comment la santé publique est-elle actuellement abordée dans vos politiques d'urbanisme ? D'où est venue la volonté d'aborder la santé dans votre SCoT ? Qu'est-ce qui a impulsé cela ?
- Quels sont les types d'enjeux de santé (accès à des espaces verts, pollution, mobilité, etc.) que vous cherchez à prendre en compte dans vos documents d'urbanisme ?
- Comment votre collectivité évalue-t-elle l'impact des projets urbains sur la santé publique des citoyens ? Quels indicateurs d'évaluation / de suivis sont étudiés pour évaluer la santé ?
- Avez-vous perçu des effets concrets ou des retours positifs sur la qualité de vie, la santé ou les usages dans les projets intégrant la santé ?

Outils et méthodes d'intégration :

- Utilisez-vous des outils spécifiques pour intégrer la santé dans vos documents d'urbanisme (études d'impact, consultations citoyennes, partenariats avec des experts en santé, guides méthodologiques) ?
- Existe-t-il une collaboration formelle entre votre collectivité et des experts en santé publique dans l'élaboration des projets urbains ?
- Quel rôle les citoyens et les parties prenantes locales jouent-ils dans l'intégration des enjeux de santé dans la planification urbaine ?

Collaboration avec l'ARS et retour sur l'avis sanitaire :

- Avez-vous collaboré avec l'ARS dans le cadre de l'élaboration ou de la révision de votre SCoT ? À quel moment l'ARS est-elle intervenue dans le processus (phase diagnostic, DOO, PAS, etc.) ? Quel moment est le plus opportun selon vous pour intégrer au mieux les enjeux de santé ?
- L'avis rendu par l'ARS était-il globalement favorable ? Contenait-il des recommandations importantes ? Certaines de leurs recommandations ont-elles été intégrées ou discutées dans le projet final ?
- Plus globalement, quel rôle l'ARS peut-elle jouer selon vous pour soutenir une meilleure intégration des enjeux de santé dans les documents d'urbanisme ?

Obstacles à l'intégration de la santé :

- Quels sont les principaux défis auxquels votre collectivité est confrontée pour intégrer les enjeux de santé dans les projets d'urbanisme ?
- Quels obstacles pratiques et institutionnels rencontrez-vous dans l'intégration des enjeux de santé dans les documents d'urbanisme ?
- Y a-t-il des tensions entre les besoins de développement urbain et les préoccupations de santé publique ? Si oui, comment les gérez-vous ?
- Quelle place est accordée à la santé par rapport aux autres priorités (logement, infrastructures, développement économique) dans les projets d'urbanisme de votre collectivité ?

Collaboration et gouvernance :

- Comment la gouvernance locale (intercommunalité, syndicats) facilite-t-elle ou freine-t-elle l'intégration des enjeux de santé dans la planification urbaine ? Facile à mettre en place auprès des élus ? Quelle stratégie a été adoptée ? Plaidoyer, formations, sensibilisations ?
- Quelles synergies devraient être mises en place entre les différents acteurs locaux pour mieux intégrer la santé dans les projets d'urbanisme ?

Exemples et initiatives :

- Pouvez-vous citer des exemples de projets où la santé a été particulièrement bien intégrée dans l'urbanisme local ?
- Y a-t-il des initiatives locales ou des politiques en cours dans votre collectivité visant à mieux intégrer la santé dans l'aménagement du territoire ?

Conclusion :

- Selon vous, quelles seraient les actions à mener pour renforcer l'intégration de la santé dans l'urbanisme à l'échelle locale et nationale ?
- Quels conseils donneriez-vous à d'autres collectivités pour mieux intégrer la santé dans leurs politiques d'urbanisme ?

Annexe 4 : Procédure SCoT - Elaboration des porter à connaissances (PAC) et des avis sanitaires sur les projets d'urbanisme arrêtés des SCoT

Sommaire :

- Objet
- Champ d'application
- Terminologie
- Logigramme
- Annexes

Version	Date approbation	Rédigée par	Vérifiée par	Approuvé par	Nature de la modification
V0	jj/mm/aa	ENFRIN	Nom	Nom	Création
V1		JEHANNIN			Mise à jour

Objet

Cette procédure définit les actions à mettre en œuvre dès lors qu'une demande :

- de contribution à l'élaboration d'un porter à connaissance (PAC),
- d'avis sur un projet de document d'urbanisme arrêté par la collectivité,

est transmise à l'ARS par la DDTM ou la préfecture.

Champ d'application

Pour les porter à connaissance : rédaction d'un avis sanitaire par l'ARS à la DDTM visant la prise en compte des enjeux de santé dans le cadre de l'élaboration ou de la révision du document d'urbanisme. Travail fait à partir de documents « Type » pour les SCoT (intégrant des éléments du DOSAP).

Pour les projets arrêtés : rédaction d'un avis sanitaire de l'ARS sur le projet d'urbanisme arrêté, incluant les contributions du DOSAP pour les SCoT. Cet avis doit tenir compte du PAC précédemment émis.

Une instruction particulière des dossiers ci-dessus est mise en place pour les collectivités du Pays de Saint-Malo pour lesquelles une sollicitation du DSE22 est réalisée, ainsi que pour les collectivités du Pays de Redon, pour lesquelles une sollicitation du DSE56 et DSE44 est instituée.

Terminologie

PAC : Porter A Connaissance

SCoT : Schéma de Cohérence Territoriale

DD : Délégation Départementale

DOSAP : Département Offre de Soins, Autonomie et Prévention

DSE : Département Santé-Environnement

PEE : Pôle Environnement Extérieur

EE : Evaluation Environnementale

Logigramme



Commentaires

Etapas chronologiques	Description
1. Réception de la demande de contribution ou d'avis par courriel de la DDTM	Le mail est réceptionné dans la boîte ars-dd35-sante-environnement@ars.sante.fr
2. Enregistrement de la demande sous ELISE	La demande est enregistrée sous ELISE.
3. Transmission du mail au PEE (responsable et agents)	La demande est transmise au responsable du pôle EE et l'agent.
4. Création d'un dossier sous J/.... Et téléchargement du dossier transmis sous J/...	S'agissant des demandes visant les SCoT, un nouveau dossier est créé dans celui existant en reprenant la nature de la demande (PAC, projet arrêté, modifications...) à l'adresse suivante : J:\DD35-Sante-environnement\ENVIRONNEMENTS_EXTERIEURS\PROCESSUS\2-URBANISME\1-AVIS_SANITAIRE\3-SCOT_PLU\SCoT Et à l'adresse suivante (pour les contributions OSAP) : J:\DD35-Metier-Transverse\SCoT A partir du mail réceptionné, cliquer sur le lien pour les projets d'urbanisme arrêtés et télécharger l'ensemble des pièces du dossier.
5. Sollicitation par mail (DOSAP et DSE) et envoi de la fiche thématique	Envoyer un mail de sollicitation à la DD pour transmettre toutes les informations nécessaires (<i>annexe 1</i>). A partir des documents réceptionnés, élaborer une fiche synthétique reprenant les thématiques des DOSAP et DSE, sous la forme d'un tableau (<i>annexe 2</i>). La fiche est transmise en pièce jointe du mail au responsable du DOSAP ainsi qu'aux responsables de chaque pôle du DSE. Répartition temporaire (à terme un seul agent) du travail au sein du PEE entre les agents : • Michel : en charge de l'envoi du mail de sollicitation (<i>annexe 1</i>), ainsi que du remplissage des rubriques de la fiche synthétique relatives à l'état initial de l'environnement, à partir des documents SCoT. • Clément : assure le remplissage des parties de la fiche synthétique concernant le projet d'aménagement stratégique, le document d'orientation et d'objectifs, le programme d'actions et autres documents. En cas d'absence de l'un des deux agents, l'autre prend le relais pour débiter l'analyse des documents et permettre l'envoi de la fiche dans les délais.
6. Relances proactives et mobilisation des pôles du DSE	Si absence de retours, envoyer une relance par mail (<i>annexe 3</i>) à mi-parcours (J20) aux responsables des départements de la DD, pour s'assurer de la bonne prise en main des documents transmis. Intervenir lors des réunions des pôles contributeurs pour échanger sur les éléments de leurs thématiques pouvant être intégrés à l'avis sanitaire, les accompagner dans leur analyse, et encourager la production d'un retour écrit.
7. Transmission des contributions des pôles du DSE	Chaque responsable de pôle SE fait remonter ses observations et recommandations à apporter aux documents au responsable du DSE, afin de l'intégrer à l'avis sanitaire.
8. Transmission de la contribution OSAP	Chaque responsable de pôle OSAP fait remonter ses observations et recommandations à apporter aux documents au responsable du DOSAP, afin de produire un document unique et homogène qui sera intégré à l'avis sanitaire.
9. Examen des contributions et	Répartition temporaire (à terme un seul agent) du travail au sein du PEE entre les agents :

rédaction de l'avis sanitaire	• Michel : en charge de la rédaction de l'avis sanitaire et de l'analyse des documents SCoT relatifs à l'état initial de l'environnement. • Clément : en charge de la rédaction de l'avis sanitaire et de l'analyse des documents SCoT relatifs au projet d'aménagement stratégique, au document d'orientation et d'objectifs, au programme d'actions et autres documents. En cas d'absence de l'un des deux agents, l'autre prend le relais pour débiter l'analyse des documents et rédiger l'avis sanitaire. A mener en lien avec le DSE 22, DES 56 et DES 44 pour les dossiers visant des collectivités limitrophes. <i>Penser à transmettre copie de l'avis ARS à DREAL-COPREV pour les documents d'urbanisme arrêtés SCoT soumis à EE par le biais d'une réponse au courriel de saisine de la DREAL.</i>
10. Vérification interne avec le responsable du PEE du contenu de l'avis formulé avant mise à signature et dépôt sous ELISE	Après contribution à la rédaction de l'avis des divers pôles (DOSAP et DSE), effectuer une relecture interne PEE de vérification du contenu du courrier avant sa mise à la signature.
11. Signature du courrier par le directeur de la DD sous ELISE	Après validation du responsable du DSE, le courrier est mis à la signature du directeur.
12. Envoi du courrier à la DDTM et clôture du dossier sous ELISE	Le courrier est envoyé à la DDTM (<i>annexe 4</i>). Une version Word des avis sur les PAC et projets arrêtés est transmise par messagerie à la DDTM. Clôturer le dossier sous ELISE.

Annexes (procédure SCoT)

1. Exemple de mail de sollicitation DD (DOSAP / DSE)
2. Fiche thématique OSAP et SE
3. Exemple de mail de relance
4. Exemple de courrier d'envoi à la DDTM
5. Guides :
 - « Agir pour un urbanisme favorable à la santé – Concepts et outils », EHESP / DGS, 2014. <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/09/guide-agir-urbanisme-sante-2014-v2-opt.pdf>
 - « Agir pour un urbanisme favorable à la santé - Outil d'aide à l'analyse des Plans locaux d'urbanisme au regard des enjeux de santé », EHESP / DGS, 2016. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehesp_dgs_outil_d_aide_analyse_des_plu_enjeux_de_sante.pdf
 - ISadOrA : Intégration de la Santé dans les Opérations d'Aménagement, EHESP / a'urba, 2020. <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/06/001-Guide-entier-ISadOrA-version-web.pdf>

1. Mail de sollicitation DD (OSAP / SE) :

Objet : Contributions des pôles et départements - SCoT Pays de **XX** - **date limite : XX**

A : ADAM, Loïc (ARS-BRETAGNE/DD35/OSAP) Loic.ADAM@ars.sante.fr, DUCLOS, Gaëlle (ARS-BRETAGNE/DD35/DEPARTEMENT SE) Gaelle.DUCLOS@ars.sante.fr
+ autres DD (si nécessaire)

Cc : DI GUARDIA, Christèle (ARS-BRETAGNE/DD35/DEPARTEMENT SE) Christele.DIGUARDIA@ars.sante.fr, DEL FRATE, Sophie (ARS-BRETAGNE/DD35/DEPARTEMENT SE) sophie.delfrate@ars.sante.fr, PILARD, Marie-Agnès (ARS-BRETAGNE/DD35/DEPARTEMENT SE) Marie-Agnes.PILARD@ars.sante.fr

LE GOFF, David (ARS-BRETAGNE/DD35) david.legoff@ars.sante.fr, JEHANNIN, Clement (ARS-BRETAGNE/DD35/DEPARTEMENT SE) clement.jehannin@ars.sante.fr, ROCHELLE, Jérôme (ARS-BRETAGNE/DD35/DEPARTEMENT SE) Jerome.ROCHELLE@ars.sante.fr

PJ : tableau Excel + avis sanitaire précédent

Bonjour,

Nous devons préparer un avis DD35 pour le SCoT du Pays X et nous vous sollicitons pour que vous nous transmettiez vos contributions d'ici le XXX.

Sachant que X communes sont localisées dans le département X, nous élargissons la consultation aux collègues de la DDXX pour Santé-Environnement.

Pour OSAP, je laisse Loïc faire le lien avec OSAP XX le cas échéant.

Les documents ont été déposés aux adresses suivantes :

- pour DSE35 : J:\DD35-Sante-Environnement\ENVIRONNEMENTS_EXTERIEURS\PROCESSUS\2-URBANISME\1-AVIS_SANITAIRES\3-SCOT_PLU\SCoT\ ...

- pour DSEX : J:\ARS-Bretagne-SP-SE\EAUX_LITTORALES_ET_DE_LOISIRS\MUTUALISATION_22-35\DOSSIERS-PARTAGES_22-35\2025-SCoT PAYS DE SAINT-MALO

- pour OSAP : J:\DD35-Metier-Transverse\SCoT\ ...

Pour faciliter la lecture des documents, vous trouverez un tableau Excel en PJ qui vous permettra d'identifier les thématiques par document du SCoT (2 onglets : Tableau 1 Santé environnement et Tableau 2 OSAP).

Concernant les thématiques OSAP, elles sont peu abordées, souvent de façon indirecte sauf p.XX.

Concernant les eaux de loisirs, le sujet est plutôt abordé de façon indirecte également.

Comme pour le précédent SCoT, on envisage de faire des observations, recommandations et des demandes, alors ne pas hésiter à nous donner des pistes.

Pour mémoire, l'avis DD35 sur le SCoT du Pays des XX vous permettra de vous caler sur vos observations, recommandations et demandes.

Attention, nous attendons des contributions rédigées et structurées de chacun de vous.

A votre disposition si questions.

Cordialement.

Jérôme, Michel et Clément.
Pôle Environnement Extérieur.

2. Fiche Thématique OSAP / SE :

Pièce du dossier	Thématique SE ou OSAP	Pages
Projet d'aménagement stratégique (PAS)	UFS	
	Une seule santé - One health	
	Démarche participative	
	Qualité de l'air extérieur (mobilité / transition énergétique)	

	Qualité de l'environnement intérieur (air intérieur / habitat)	
	Espèces invasives	
	Gestion des eaux (PPC / ENC / eaux de loisirs)	
	Qualité des sols	
	Bruit	
	Rayonnement non-ionisants	
	OSAP (équipements de santé / vieillissement / handicap)	
Document d'orientation et d'objectifs (DOO)	UFS	
	Une seule santé - One health	
	Démarche participative	
	Qualité de l'air extérieur (mobilité / transition énergétique)	
	Qualité de l'environnement intérieur (air intérieur / habitat)	
	Espèces invasives	
	Gestion des eaux (PPC / ENC / eaux de loisirs)	
	Qualité des sols	
	Bruit	
	Rayonnement non-ionisants	
	OSAP (équipements de santé / vieillissement / handicap)	
Diagnostic territorial	UFS	
	Une seule santé - One health	
	Démarche participative	
	Qualité de l'air extérieur (mobilité / transition énergétique)	
	Qualité de l'environnement intérieur (air intérieur / habitat)	
	Espèces invasives	
	Gestion des eaux (PPC / ENC / eaux de loisirs)	
	Qualité des sols	
	Bruit	
	Rayonnement non-ionisants	
	OSAP (équipements de santé / vieillissement / handicap)	
Etat initial de l'environnement (EIE)	UFS	
	Une seule santé - One health	
	Démarche participative	
	Qualité de l'air extérieur (mobilité / transition énergétique)	
	Qualité de l'environnement intérieur (air intérieur / habitat)	
	Espèces invasives	

	Gestion des eaux (PPC / ENC / eaux de loisirs)	
	Qualité des sols	
	Bruit	
	Rayonnement non-ionisants	
	OSAP (équipements de santé / vieillissement / handicap)	
...		

3. Exemple de mail de relance

Objet : Relance pour la transmission de vos contributions - Avis DD35 sur le SCoT du Pays X

A : ADAM, Loïc (ARS-BRETAGNE/DD35/OSAP) Loic.ADAM@ars.sante.fr, DUCLOS, Gaëlle (ARS-BRETAGNE/DD35/DEPARTEMENT SE) Gaelle.DUCLOS@ars.sante.fr + autres DD
Cc : LE GOFF, David (ARS-BRETAGNE/DD35) david.legoff@ars.sante.fr, DI GUARDIA, Christèle (ARS-BRETAGNE/DD35/DEPARTEMENT SE) Christele.DIGUARDIA@ars.sante.fr, DEL FRATE, Sophie (ARS-BRETAGNE/DD35/DEPARTEMENT SE) sophie.delfrate@ars.sante.fr, PILARD, Marie-Agnès (ARS-BRETAGNE/DD35/DEPARTEMENT SE) Marie-Agnes.PILARD@ars.sante.fr, JEHANNIN, Clément (ARS-BRETAGNE/DD35/DEPARTEMENT SE) clement.jehannin@ars.sante.fr, ROCHELLE, Jérôme (ARS-BRETAGNE/DD35/DEPARTEMENT SE) Jerome.ROCHELLE@ars.sante.fr

TR : premier mail « Contributions des pôles et départements - SCoT Pays de XX - date limite : XX »

Bonjour,

Nous nous permettons de vous relancer concernant **l'avis DD35 pour le SCoT du Pays X**. Comme indiqué dans notre précédent mail, nous attendons vos contributions d'ici le **XX**, mais à ce jour, nous n'avons pas encore reçu les éléments de votre part.

Pour rappel, les documents sont disponibles dans le mail que nous vous avons envoyé précédemment.

Nous vous remercions de bien vouloir nous faire parvenir vos **contributions rédigées et structurées** dans les plus brefs délais.

Nous restons à votre disposition si vous avez des questions ou besoin de précisions.

Merci d'avance pour votre collaboration.

Cordialement,

Jérôme, Michel et Clément.
Pôle Environnement Extérieur.

4. Courrier d'envoi à la DDTM :

A : *planification* - DDTM 35/SATT emis par TAHIER Frederic (Réfèrent urbanisme) - DDTM 35/SATT/PUC ddtm-planification@ille-et-vilaine.gouv.fr
Cc : ROCHELLE, Jérôme (ARS-BRETAGNE/DD35/DEPARTEMENT SE) Jerome.ROCHELLE@ars.sante.fr
'mrae-bretagne.appui@developpement-durable.gouv.fr'
PJ : Version PDF + version Word + autres PJ si nécessaire

Bonjour,

Ci-joint l'avis de l'ARS sur le dossier de demande

Je vous en souhaite bonne réception.

Annexe 5 : Tableau des thématiques couvertes par les départements SE et OSAP dans les avis sanitaires

Département	Pôle(s) concerné(s)	Thématiques abordées
SE (Santé Environnement)	Environnements Intérieurs	Qualité de l'environnement intérieur : qualité de l'air intérieur, radon, monoxyde de carbone, habitat favorable à la santé, etc.
	Eaux destinées à la consommation humaine	Qualité des eaux : protection des ressources utilisées pour la production d'eau potable
	Eaux de loisirs	Qualité des eaux : eaux de loisirs et sites de pêche à pied
	Environnement Extérieur	Une seule santé, UFS, qualité de l'air extérieur, espèces invasives, sols pollués, bruit, rayonnements non ionisants
OSAP (Offre de Soins, Prévention, Autonomie)	Autonomie, Soins ambulatoires, Soins hospitaliers, Prévention et promotion de la santé	Offre et accès aux équipements, activités et services de santé : équipements de santé, adapter la société au vieillissement de la population et promouvoir l'inclusion des personnes en situation de handicap

Annexe 6 : Trame - avis sanitaire pour les SCoT

Objet : Projet de schéma de cohérence territoriale (SCoT) arrêté – Pays de XX.

Monsieur le Directeur,

Par transmission visée en référence, vous m'avez communiqué pour avis le projet de schéma de cohérence territoriale (SCoT) arrêté par le Pays de XX. L'Agence régionale de santé (ARS) a émis un avis en date du XX dans le cadre du porter à connaissance.

L'examen de ce projet de SCoT appelle de ma part des recommandations, des observations et des demandes (annexe jointe) dans l'objectif de préserver la santé de la population du territoire du SCoT. Les **prescriptions et recommandations** du document d'orientation et d'objectifs (DOO) **montrent (ou ne montrent pas)** des engagements qui peuvent contribuer positivement à la santé. **+ une phrase sur les éléments positifs du SCoT.**

Toutefois... éléments importants à apporter dans le SCoT.

De surcroît, le Pays de XX est engagé dans une démarche de contrat local de santé (CLS) depuis XX. Ce dispositif vise à structurer et à coordonner les actions en matière de santé autour de X axes thématiques :

- ...

Il serait pertinent que ces deux démarches, SCOT et CLS, soient plus étroitement intriquées.

OU

Le Pays de XX restant l'un des derniers territoires de la région et du département à ne pas s'être engagé dans une démarche de contrat local de santé (CLS), il me semble important de vous rappeler, à l'occasion de l'élaboration du SCoT, tout l'intérêt qu'il y aurait à engager une telle démarche (plaquette CLS en P.J).

Un CLS sur ce territoire permettrait :

- de travailler plus profondément la structuration et la coordination des actions en matière de santé. Contrairement à l'idée reçue, l'état de santé de la population ne dépend pas seulement de l'accès aux services de soins et aux services sanitaires. Il est reconnu que 80% de l'état de santé dépend de facteurs, comme les habitudes de vie, les conditions de vie et l'environnement, sur lesquels les collectivités peuvent agir.
- d'élaborer une stratégie commune avec l'Agence Régionale de Santé sous forme de plans d'actions en lien avec les politiques locales.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

#SIGNATURE#

Copie : DREAL - Autorité environnementale

Légende avis :

- À modifier en fonction des dossiers
- Indications sur la rédaction

Pour chaque thématique :

Indiquer le niveau de prise en compte dans le dossier (ne choisir qu'une ligne) :

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Renseigner ensuite les parties / chapitres de chaque document faisant référence à la thématique :

Dans le PAS :

- ...

Dans le DOO :

- ...

Dans ... :

- ...

Les recommandations ne sont à formuler que si ces éléments ne sont pas déjà présents dans les documents du SCoT.

Lorsque les thématiques sont bien intégrées, il convient de les valoriser dans l'avis, tout en maintenant les indicateurs santé à titre d'illustration et de référence.

Dans les recommandations, bien indiquer à quel chapitre / partie des documents SCoT cela renvoie.

Exemple :

- « Intégrer dans la prescription XX du DOO... »
- « Dans le chapitre XX de l'EIE. »

Pour changer tous les « Pays de XX », appuyer sur CTRL+H.

ANNEXE (Trame SCoT)

Projet arrêté de schéma de cohérence territoriale du Pays de XX.

Demande : l'ARS demande de prendre en compte ses remarques, les demandes sont constitutives de réserves.

Recommandation : l'ARS recommande de prendre en compte ses remarques.

Observation : l'ARS propose certaines corrections ou compléments dans l'objectif d'améliorer la qualité du SCoT.

Les demandes, recommandations ou observations de l'ARS concernent principalement, soit :

- des orientations du projet d'aménagement stratégique (noté PAS),
- des objectifs (notés O), des prescriptions (notés P) ou des recommandations (notés R) du document d'orientations et d'objectifs (noté DOO), avec les numéros associés,
- l'état initial de l'environnement (noté EIE),
- le diagnostic territorial (noté DT),
- ou le programme d'action (noté PA).

Chaque thématique abordée dans cette annexe est précédée d'un indicateur intitulé « Prise en compte dans le SCoT » permettant d'évaluer son niveau de prise en compte dans le dossier.

Quatre niveaux sont utilisés :

- 1) **Non pris en compte** : aucun élément relatif à la thématique n'est identifié dans le dossier.
- 2) **Mentionné mais non développé** : la thématique est mentionnée, mais sans traduction concrète dans les objectifs ou les orientations.
- 3) **Partiellement intégré** : certains éléments sont intégrés, mais de manière incomplète ou non systématique.
- 4) **Intégré de manière satisfaisante** : la thématique est bien intégrée, avec des objectifs, prescriptions ou recommandations cohérents et opérationnels.

1) Une seule santé pour les êtres vivants et les écosystèmes

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans le PAS :

- ...

Dans le DOO :

- ...

Intégrer cette approche dans les politiques publiques et d'aménagement du territoire devient essentiel pour anticiper et mieux gérer les risques sanitaires, tout en favorisant un cadre de vie plus sain et plus durable pour tous.

Le concept « Une seule santé » (One Health) repose sur la reconnaissance de l'interdépendance étroite entre la santé humaine, la santé animale et la santé des écosystèmes. Face à l'accroissement des enjeux sanitaires liés au changement climatique, à l'évolution des écosystèmes ou encore à l'urbanisation croissante, cette approche offre une réponse globale et préventive face aux risques sanitaires. Elle promeut une gestion intégrée des enjeux environnementaux, de la santé publique et du bien-être animal, en mettant en lumière les liens étroits et les impacts réciproques entre ces différents domaines.¹

Indicateur santé : selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 60 % des maladies infectieuses humaines proviennent d'animaux, et parmi celles-ci, environ 75 % sont zoonotiques (c'est-à-dire transmissibles de l'animal à l'homme). Par exemple, des maladies comme la grippe aviaire, le VIH, le SARS et la COVID-19 sont toutes des maladies à origine animale.

Recommandation : intégrer l'approche « Une seule santé » dans le SCoT, ainsi que dans les documents d'urbanisme locaux, notamment les PLU(i), qui peuvent utilement l'intégrer dans les orientations d'aménagement et de programmation (OAP).

Cette approche devrait être mise en avant dans les politiques publiques et d'aménagement du territoire pour anticiper et gérer les risques sanitaires de manière globale et préventive, en mettant l'accent sur la préservation des continuités écologiques comme levier de santé publique et de résilience environnementale.

Recommandation : encourager les collectivités à promouvoir cette approche en sensibilisant la population aux liens étroits entre la santé humaine, animale et celle des écosystèmes. Cette sensibilisation pourrait s'inscrire dans le PA du SCoT, en lien avec les démarches de communication, d'éducation à l'environnement et de participation citoyenne. (Si présence d'un PA dans le SCoT)

Cette sensibilisation permettra de mieux comprendre les enjeux d'interdépendance entre ces différentes dimensions de la santé, particulièrement dans le contexte du changement climatique.

¹ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Une seule santé. Octobre 2023. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/one-health>

2) Promouvoir un urbanisme et des aménagements favorables à la santé

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans le PAS :

- ...

Dans le DOO :

- ...

Il est avéré que **les choix de planification et d'aménagement du territoire influencent la santé**, la qualité de vie et le bien-être des populations. En effet, l'état de santé d'une population ne dépend pas seulement de la qualité du système de soins qui lui est proposé, mais d'abord et avant tout de ses conditions de vie.

Agir pour un UFS repose sur la protection des milieux et des ressources, ainsi que sur la réduction des polluants, nuisances et autres agents délétères auxquels sont exposées les populations. Cette approche vise également à promouvoir des aménagements favorisant les comportements bénéfiques pour la santé (activité physique par exemple). Elle est également un outil de réduction des inégalités de santé en offrant à toutes et tous un accès équitable à un environnement inclusif, favorisant ainsi la cohésion sociale et l'autonomie des plus vulnérables.²

Recommandation : introduire et promouvoir le concept d'UFS dans une orientation du PAS et dans le DOO sous la forme d'objectifs / de prescriptions :

- **Objectif ou prescription** - Les documents d'urbanisme locaux, à travers leur règlement ou leurs OAP thématiques ou sectorielles, favorisent la mise en place d'un urbanisme et d'aménagements favorables à la santé dans les collectivités.
- **Objectif ou prescription** - Promouvoir la formation à l'UFS des élus, des services techniques et des aménageurs.

Recommandation : intégrer explicitement le concept dans le PA. (Si présence d'un PA)

Recommandation : concevoir des espaces publics de qualité, accessibles et sûrs, favorisant les interactions sociales, l'activité physique et la mobilité active à tout âge, tout en limitant l'exposition aux nuisances et en s'inscrivant dans une logique de ville des courtes distances.

Des exemples concrets d'aménagements réalisés sont présentés dans la plaquette : « Aménagements favorables à la santé : promouvoir un environnement sain et durable », dont les collectivités pourront s'inspirer. La plaquette est en pièce jointe de ce courrier et est disponible sur le site internet de l'ARS Bretagne : [Mode d'emploi // Aménagements favorables à la santé promouvoir un environnement sain et durable | Agence régionale de santé Bretagne](#).

Afin de promouvoir un environnement sain et durable, il convient d'encourager les collectivités à développer des aménagements favorables à la santé :

a. La végétalisation et les îlots de fraîcheur

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Ces initiatives peuvent s'intégrer dans la lutte contre le réchauffement climatique, par exemple en créant des îlots de fraîcheur et en végétalisant l'espace public, comme les cours d'école et les façades. Ces aménagements améliorent également le cadre de vie et la qualité de l'air.

Indicateur santé : la végétalisation urbaine, selon l'approche 3-30-300 (voir au moins 3 arbres autour de soi, se déplacer dans des quartiers où 30 % de l'espace est couvert d'arbres, vivre à moins de 300 mètres d'un espace vert) apporte des bénéfices importants sur la santé mentale et le bien-être de la population (réduction du stress, amélioration de l'humeur)³.

Indicateur santé : depuis plus de 10 ans, des travaux conduits par différentes équipes de chercheurs à travers le monde s'accordent sur les multiples bénéfices des espaces verts sur la santé. Les résultats obtenus montrent des associations positives entre l'accès à différents types d'espaces verts et l'état de santé mesuré à travers différents types d'indicateurs tels que l'état de santé globale, la santé mentale, l'obésité, le poids à la naissance, le développement comportemental de l'enfant et la mortalité (OMS, 2016).

Recommandation : développer la végétalisation urbaine et la création d'îlots de fraîcheur dans les stratégies d'aménagement, en intégrant ces objectifs dans les orientations et prescriptions des documents d'urbanisme locaux, afin d'améliorer le cadre de vie, de réduire les effets d'îlots de chaleur urbains et de favoriser la santé mentale et le bien-être des populations.

² Le guide ISadOrA une démarche d'accompagnement à l'Intégration de la Santé dans les Opérations d'Aménagement urbain. Mars 2020. EHESP, a'urba. Disponible sur : [001-Guide-entier-ISadOrA-version-web.pdf](#)

³ Nature Québec. L'approche 3-30-300 pour des villes plus saines, plus vertes et plus équitables. Mai 2022. Disponible sur : <https://naturequebec.org/approche-3-30-300-pour-villes-saines-vertes-equitables/>

Recommandation : intégrer dans les documents d'urbanisme à travers leurs OAP, l'objectif de création ou de maintien d'espaces verts accessibles à moins de 300 mètres des zones d'habitat, afin de favoriser la santé, le bien-être et la qualité du cadre de vie des habitants.

Recommandation : végétaliser un maximum d'éléments bâtis (immeubles, parkings aériens, toitures, façades, etc.). Développer la végétalisation urbaine et la création d'îlots de fraîcheur dans les milieux de vie au travail (espaces de toitures, cours, abords des bâtiments) et dans les zones d'activités commerciales (végétalisation des parkings, maintien des coupures vertes, renforcement des lisières entre espaces bâtis et trame verte).

Recommandation : prévoir, dans les documents d'urbanisme (notamment les OAP des PLU(i)), l'intégration systématique d'îlots de fraîcheur dans les espaces publics, en ciblant en priorité les zones denses, minéralisées ou accueillant des publics vulnérables (enfants, personnes âgées, personnes précaires).

Ces îlots peuvent combiner plusieurs leviers :

- désimperméabilisation et végétalisation des sols,
- plantation d'arbres d'ombrage,
- dispositifs de rafraîchissement (fontaines, brumisateurs, plans d'eau),
- prise en compte de la disponibilité de la ressource en eau,
- mobilisation des friches ou espaces non bâtis dans les enveloppes urbaines.

Observation : identifier, dans le DT ou le PAS, les secteurs à renforcer en îlots de fraîcheur, en lien avec les enjeux de santé publique et d'adaptation au changement climatique.

Si présence d'un PA :

Recommandation : intégrer dans le PA des indicateurs de suivi sur la végétalisation (surface végétalisée créée, nombre d'îlots de fraîcheur, accessibilité aux espaces verts), en lien avec les objectifs de santé publique.

Recommandation : développer dans le PA des actions de sensibilisation sur les bénéfices de la végétalisation pour la santé mentale, la qualité de l'air et le bien-être, en lien avec les services de santé et les associations locales.

b. Les mobilités actives et l'activité physique

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Le développement des mobilités actives, telles que la marche et le vélo, contribue à réduire la pollution atmosphérique tout en favorisant l'activité physique. En plus de ces bénéfices environnementaux, ces pratiques sont étroitement liées à une diminution de la mortalité précoce et à une réduction significative des risques de maladies cardiovasculaires. En intégrant ces pratiques quotidiennement, cela favorise non seulement le bien-être général, mais contribue également à la prévention de nombreuses pathologies chroniques.

L'OMS recommande, pour les adultes, au moins 30 minutes d'activité physique modérée par jour ou 1h15 d'activité soutenue par semaine, et en moyenne 60 minutes d'activité physique modérée par jour pour les enfants et les adolescents.

Indicateur santé : la pratique régulière d'une activité physique permet de diminuer la mortalité précoce de 30 %. Elle contribue également à prévenir les maladies chroniques, à lutter contre la sédentarité (identifiée comme la quatrième cause de décès prématuré dans le monde) et à améliorer la santé mentale (OMS).

Recommandation : favoriser le développement des mobilités actives (marche, vélo) en intégrant dans les documents d'urbanisme locaux des objectifs ou prescriptions visant à réduire l'usage de la voiture, à améliorer l'accessibilité piétonne et cyclable, et à encourager les déplacements quotidiens actifs pour prévenir les pathologies chroniques et améliorer la qualité de l'air.

Le design actif vise à aménager les espaces pour encourager l'activité physique au quotidien, notamment par des cheminements attractifs, du mobilier adapté et une signalétique incitative (temps de trajet, itinéraire, etc.).

Recommandation : intégrer les principes du design actif dans les projets d'aménagement, en favorisant des cheminements continus et lisibles, une signalétique encourageant la marche et le vélo, et des aménagements adaptés à tous les types de territoires.

Intégrer les principes du design actif dans les projets d'aménagement, en favorisant :

- des cheminements continus, lisibles et confortables pour tous les publics,
- une signalétique directionnelle dédiée aux piétons et cyclistes, indiquant les distances en temps de marche / vélo plutôt qu'en mètres,
- l'installation de plans de quartier et de cartographies piétonnes aux points stratégiques (gares, écoles, centres-bourgs...),
- l'orientation vers les espaces de respiration et de nature (parcs, jardins, berges...),
- et l'usage de techniques d'incitation douce (nudge) pour encourager le report modal vers la marche.

Le développement d'équipements sportifs de proximité et d'espaces de plein air en accès libre constitue un levier essentiel pour encourager une pratique physique régulière, accessible à tous et adaptée aux différents publics, en complémentarité avec les infrastructures existantes.

Indicateur santé : Les femmes sont particulièrement concernées par le manque d'activité physique : seulement 53 % atteignent les recommandations de l'OMS, contre 70 % des hommes (Esteban, SPF 2017). Ce facteur de risque est aussi fréquent que le tabac ou l'hypertension.

Recommandation : favoriser le développement d'équipements sportifs de proximité accessibles à tous, permettant une pratique diversifiée et intergénérationnelle, en lien avec l'armature territoriale. Il est également recommandé de soutenir la rénovation ou la création d'équipements structurants (à rayonnement local, départemental ou régional) pour encourager la pratique sportive, y compris à haut niveau.

Recommandation : promouvoir la création d'espaces sportifs de plein air en accès libre, tels que parcours santé, parcours de marche, équipements de musculation extérieure, parcours connectés ou Parcours d'Activités Santé Senior (PASS), notamment à proximité des établissements de santé ou médico-sociaux (EHPAD, centres de soins...).

Pour assurer l'efficacité des actions engagées, il est nécessaire de suivre les pratiques et de sensibiliser les habitants aux bienfaits de l'activité physique.

Recommandation : intégrer dans le PA des indicateurs de suivi de l'activité physique et des mobilités actives, incluant le taux de déplacement à pied ou à vélo, l'usage des équipements sportifs, la perception de la sécurité et les effets sur la santé publique.

Recommandation : développer des campagnes de sensibilisation intercommunales sur les bienfaits de l'activité physique et des mobilités actives pour la santé, en valorisant les aménagements existants et en mobilisant les acteurs locaux (santé, éducation, associations).

c. Les plans d'apaisement

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Les plans d'apaisement permettent de limiter la place de la voiture en ville, de créer des espaces piétons et de redonner aux habitants un usage convivial de l'espace public, favorisant ainsi le lien social, la sécurité et les mobilités actives.

Recommandation : encourager l'élaboration de plans d'apaisement à l'échelle des centralités, en s'adressant aux PLU(i) et au **Plan global de déplacement / Plan de mobilité**, afin de réduire la circulation automobile dans les centres-villes, abaisser les limitations de vitesse et créer davantage de zones piétonnes sécurisées.

Recommandation : intégrer dans les documents d'urbanisme (notamment les OAP des PLU(i) et les plans globaux de déplacement / plans de mobilité) des prescriptions visant à :

- hiérarchiser la voirie pour réduire la vitesse automobile dans les traversées de bourgs et villages,
- créer des cheminements piétons continus, ombragés et sécurisés,
- favoriser des tracés en courbe plutôt qu'en ligne droite pour apaiser la circulation,
- végétaliser les abords des cheminements pour renforcer l'effet de fraîcheur et le confort d'usage.

Recommandation : mettre en place un mobilier urbain (si possible ombragé) permettant de se reposer le long des cheminements piétons et cyclables et d'accrocher les vélos.

Ces mesures favoriseront la cohésion sociale, encourageront les mobilités actives et contribueront à la sécurité des habitants.

Cette approche fait partie de la campagne « Ville Apaisée, quartiers à vivre », portée par Rue de l'Avenir et le Club des villes cyclables et marchables. Elle soutient les collectivités dans la réduction de la place de la voiture, la promotion des modes actifs et la création d'espaces publics plus conviviaux et sûrs, avec le soutien de l'ADEME et du Ministère de la Transition écologique. Pour plus d'informations : [Présentation de la campagne Ville apaisée, quartiers à vivre - Rue de l'Avenir](#)

d. Les lieux sans tabac

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Le développement d'espaces sans tabac contribue à créer des environnements plus sains, en limitant l'exposition au tabagisme passif, en réduisant l'initiation des jeunes et en favorisant des comportements bénéfiques pour la santé.

Indicateur santé : le tabac est responsable de 75 000 décès par an en France, dont 1 100 liés au tabagisme passif. En 2023, 15,6 % des jeunes de 17 ans déclaraient fumer quotidiennement (Santé publique France).

À compter du 1er juillet 2025, il sera interdit de fumer dans plusieurs espaces extérieurs fréquentés par les jeunes et le grand public : parcs, plages, abords d'écoles, abribus, installations sportives, bibliothèques, etc. Ces mesures visent à protéger la santé des plus jeunes et à réduire l'attractivité du tabac.⁴

⁴ Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Vers une génération sans tabac : des espaces sans tabac dès le 1er juillet 2025 et de nouvelles mesures pour renforcer la prévention et la protection des plus jeunes. Mai 2025.

Recommandation : intégrer ces nouvelles obligations dans les documents d'urbanisme et les projets d'aménagement, en planifiant des espaces sans tabac dans les zones sensibles.

Ces actions participent également à la prévention des maladies chroniques et à la promotion de comportements favorables à la santé.

Le label « Espaces sans tabac » de la Ligue contre le cancer soutient les collectivités dans l'aménagement d'espaces publics sans tabac, contribuant ainsi à la protection de la santé publique en réduisant les risques liés au tabagisme passif et en favorisant des comportements sains. Pour plus d'informations : [Espaces sans tabac | Ligue contre le cancer](#)

Observation : encourager l'installation de cendriers urbains et le recyclage des mégots pour limiter la pollution environnementale liée au tabac.

e. La démarche citoyenne

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

L'intégration de l'UFS dans l'urbanisme peut judicieusement s'accompagner d'une **démarche participative**, permettant aux citoyens de s'impliquer activement dans les décisions affectant leur santé et leur environnement.

La démarche participative renvoie aux « processus selon lesquels les personnes sont en mesure d'être impliquées de manière active et véritable dans la définition de points les concernant, dans la prise de décisions sur des facteurs affectant leur vie, dans la formulation et la mise en œuvre de politiques, dans la planification, le développement et la prestation de services ainsi que dans le processus d'action visant à un changement » (OMS, 2005).

Une approche inclusive et participative est essentielle pour promouvoir un environnement favorable à la santé. Impliquer les citoyens dans les projets d'aménagement urbain permet de mieux répondre à leurs besoins, de renforcer l'adhésion aux initiatives et d'encourager des comportements bénéfiques pour la santé.

La démarche citoyenne favorise également l'émergence d'idées novatrices et garantit que les aménagements proposés sont en adéquation avec les réalités locales. En intégrant les citoyens dans le processus décisionnel, on crée un cadre propice à une meilleure qualité de vie, tout en renforçant le lien social et en veillant à ce que les espaces urbains bénéficient réellement à tous, notamment aux populations les plus vulnérables.

Observation : intégrer dans le SCoT un objectif de participation citoyenne active pour les projets d'aménagement ayant un impact sur la santé (tiré du Guide Isadora. EHESP, a'urba. Mars 2020).

Cette démarche, via des consultations, ateliers ou comités de quartier, vise à mieux adapter les projets aux besoins locaux, à réduire les inégalités de santé et à favoriser l'inclusion. Elle pourra se poursuivre après la réalisation des projets afin d'assurer un suivi et une appropriation durable par les habitants.

Des exemples de bonnes pratiques (Clef 3 : Démarche participative, p.65) sont illustrés dans le guide « Isadora : une démarche d'accompagnement à l'intégration de la Santé dans les Opérations d'Aménagement urbain » (EHESP, a'urba. Mars 2020). Disponible sur : [001-Guide-entier-ISadOrA-version-web.pdf](#)

3) Limitier les expositions défavorables à la santé des populations du territoire

a. La qualité de l'air extérieur

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

Indicateur santé : d'après Santé publique France⁵, chaque année, 1800 décès pourraient être évités en Bretagne si les niveaux de pollution de PM_{2,5} respectaient les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Également, à l'échelle régionale, jusqu'à 1100 nouveaux cas de maladies respiratoires (asthme) chez l'enfant et jusqu'à 2100 nouveaux cas de maladies cardiovasculaires, respiratoires ou métaboliques chez l'adulte pourraient être évités en moyenne chaque année en réduisant les niveaux de PM_{2,5} et de NO₂ dans toutes les communes bretonnes pour atteindre les valeurs guides de l'OMS.

Ces chiffres montrent les conséquences d'une exposition chronique à une qualité de l'air dégradée et soulignent l'importance de poursuivre les actions d'aménagements pour améliorer la qualité de l'air et protéger la santé de tous.

Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/vers-une-generation-sans-tabac-des-espaces-sans-tabac-des-le-1er-juillet-2025>

⁵ Santé publique France. Estimation des bénéfices potentiels pour la santé d'une amélioration de la qualité de l'air ambiant en Bretagne. Janvier 2025. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/bretagne/documents/rapport-synthese/2025/estimation-des-benefices-potentiels-pour-la-sante-d-une-amelioration-de-la-qualite-de-l-air-ambiant-en-bretagne>

Observation : rappeler dans le PAS que la qualité de l'air extérieur constitue un enjeu majeur de santé publique, étroitement liée à l'aménagement du territoire et qu'il convient d'en tenir compte dans la stratégie territoriale.

- **Les modes de transport**

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

Recommandation : éloigner les voies de cheminements doux des espaces émetteurs de polluants et nuisances (tels que les voies pour véhicules motorisés, certains équipements et commerces) et, le cas échéant, envisager des modalités de protection adaptées, comme des formes urbaines ou des barrières végétales sous certaines conditions (tiré du Guide Isadora. EHESP, a'urba. Mars 2020).

- **Le secteur maritime (si SCoT littoral)**

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

Le **transport maritime**, bien que souvent perçu comme une alternative plus écologique aux autres modes de transport, représente une source significative de pollution de l'air, notamment dans les zones portuaires.

Le secteur maritime utilise principalement du fioul lourd, un carburant très polluant. La combustion de ce fioul émet des oxydes d'azote (NO_x) et des particules fines, pouvant porter atteinte à la santé des habitants.

Recommandation : intégrer dans un objectif du DOO la réflexion sur la réduction des émissions de polluants du secteur maritime.

- **Le secteur résidentiel**

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

En Bretagne, le secteur résidentiel est le principal émetteur de particules fines PM_{2,5}, représentant 51 % des émissions dans la région, ce qui constitue un enjeu majeur de santé publique. La source de ces émissions est très majoritairement (96 %) liée au chauffage au bois (Air Breizh. Rapport annuel 2022).

Indicateur santé : L'exposition chronique à ces particules, qui peuvent pénétrer profondément dans les poumons et passer dans la circulation sanguine, augmente le risque de contracter des maladies respiratoires et cardiovasculaires, notamment des cancers pulmonaires (Santé Publique France).

Recommandation : favoriser une implantation et une conception des logements permettant d'optimiser la qualité de l'air intérieur, en intégrant des critères tels que l'orientation des bâtiments, la ventilation naturelle, la protection contre les sources de pollution extérieure, et le choix de matériaux peu émissifs.

Recommandation : ajouter dans le DOO, en s'adressant aux PCAET et PLH, que la limitation des impacts sur la qualité de l'air, passe par la réhabilitation des bâtiments et l'amélioration des conditions de chauffage :

- en limitant le besoin de chauffage notamment par une rénovation thermique des logements
- en optimisant les pratiques d'utilisation du chauffage au bois (appareils performants, entretien régulier, combustibles de bonne qualité, allumage par le haut...)
- en respectant les éventuelles interdictions locales de foyers ouverts.

Pour plus d'informations : [Économies d'énergie - Bien se chauffer au bois pour moins polluer | Particuliers | Agir pour la transition écologique | ADEME](#)

- **Les futures normes pour la qualité de l'air**

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré

Prise en compte dans le dossier

Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

Observation : intégrer dans l'EIE, en s'adressant aux PCAET et au Plan global de déplacement, la prise en compte des futures normes européennes pour 2030 ainsi que les valeurs guides de l'OMS, qui définissent des seuils plus stricts pour la protection de la santé humaine (Tableau 1). En effet, les descriptions de la qualité de l'air présentes dans le SCoT sont basées sur les données d'Air Breizh, qui s'appuient sur les normes françaises et européennes en vigueur.

Polluants	Valeurs UE 2008	Valeurs UE réglementaires 2030	Valeurs guides OMS 2021
Dioxyde d'azote (NO ₂) (moyenne annuelle en µg/m ³)	40	20	10
PM _{2,5} (moyenne annuelle en µg/m ³)	25	10	5
PM ₁₀ (moyenne annuelle en µg/m ³)	40	20	15
Ozone (O ₃) (moyenne sur 8h en µg/m ³)	120	120	100
Dioxyde de soufre (SO ₂) (moyenne sur 24h en µg/m ³)	125	50	40

Tableau 1 : Comparaison des seuils de qualité de l'air des principaux polluants⁶

b. La qualité de l'environnement intérieur

• La qualité de l'air intérieur

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

Nous passons en moyenne 80 % de notre temps dans des lieux fermés. La qualité de l'air que l'on y respire influe sur notre santé et notre confort. Elle peut en outre être moins bonne que la qualité de l'air extérieur. Les sources de pollution sont en effet nombreuses. Des gestes simples permettent pourtant de réduire ces sources et de diminuer ainsi son exposition.

Indicateur santé : la pollution de l'air intérieur serait responsable en France de plus de 28 000 nouveaux cas de pathologies chaque année et environ 20 000 décès⁷.

Indicateur santé : selon Santé Publique France⁸, près de 30 000 cas d'asthme chez les enfants de 6 à 11 ans seraient évitables chaque année en France via une réduction des expositions au formaldéhyde et aux moisissures dans les salles de classe. Ce qui confirme ainsi l'intérêt de poursuivre et renforcer les actions d'amélioration de la qualité de l'air au sein des salles de classe.

Recommandation : favoriser une implantation et une conception des bâtiments, qu'ils soient résidentiels, tertiaires ou recevant du public, permettant d'optimiser la qualité de l'air intérieur, en intégrant des critères tels que l'orientation, la ventilation naturelle, la protection contre les sources de pollution extérieure, et le choix de matériaux peu émissifs.

Recommandation : rappeler dans le DOO et faire référence aux PCAET :

- le dispositif réglementaire de surveillance de la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public révisé fin 2022 en ajoutant par exemple un renvoi vers la plaquette d'information et d'accompagnement à destination des élus (https://www.cerema.fr/system/files/documents/2023/03/plaquette_qai.pdf).

- l'importance d'intégrer la qualité de l'air dans les projets d'aménagement, de construction ou de réhabilitation des bâtiments avec une attention particulière pour les établissements recevant des publics sensibles (crèches, écoles, hôpitaux, EHPAD).

Les polluants présents à l'intérieur des bâtiments peuvent être très divers :

○ Le monoxyde de carbone

Si présence d'un PA dans le SCoT.

Si non, écrire : Cet enjeu sanitaire lié au monoxyde de carbone aurait pu être pris en compte dans un PA, qui ne figure pas dans le SCoT.

⁶ Citepa. La directive européenne sur la qualité de l'air ambiant fixe des objectifs plus stricts pour plusieurs polluants. Mars 2025. Disponible sur : <https://www.citepa.org/la-directive-europeenne-sur-la-qualite-de-lair-ambiant-fixe-des-objectifs-plus-stricts-pour-plusieurs-polluants/>

⁷ ANSES, OQAI et CSTB. Étude exploratoire du coût socio-économique des polluants de l'air intérieur. Avril 2014. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/system/files/AUT-Ra-CoutAirInterieurSHS2014.pdf>

⁸ Santé Publique France. Impact de la pollution de l'air dans les établissements scolaires sur l'asthme des enfants de 6 à 11 ans : Santé publique France présente les premiers résultats de ses travaux. Janvier 2024. Disponible sur : [Impact de la pollution de l'air dans les établissements scolaires sur l'asthme des enfants de 6 à 11 ans | Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr/fr/actualites/impact-de-la-pollution-de-lair-dans-les-etablissements-scolaires-sur-l-asthme-des-enfants-de-6-a-11-ans)

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz toxique, incolore, inodore et non irritant, produit par la combustion incomplète de divers combustibles tels que le bois, le charbon, le gaz ou le pétrole. Il est indétectable par nos sens, ce qui le rend particulièrement dangereux.

Indicateur santé : l'intoxication au monoxyde de carbone peut provoquer des symptômes tels que maux de tête, nausées, fatigue et malaises. Dans les cas graves, elle peut entraîner le coma ou le décès. Chaque année, en France, on dénombre environ 5 000 intoxications et une centaine de décès liés au CO (En Bretagne, en 2024, 48 épisodes d'intoxications accidentelles par le monoxyde de carbone ont été signalés à l'ARS, 103 personnes ont été intoxiquées, 3 personnes sont décédées) (ARS Bretagne).

Recommandation : encourager les collectivités à rappeler les bonnes pratiques pour prévenir les intoxications au CO, via de la formation ou de la sensibilisation de la population, par exemple à travers des bulletins d'information ou des articles, et en intégrant ces actions dans le PA :

- Faire vérifier et entretenir les appareils de chauffage, chauffe-eaux et conduits de fumée par un professionnel qualifié, de préférence avant l'hiver.
- Aérer les logements au moins 10 minutes par jour et s'assurer que les systèmes de ventilation sont en bon état de fonctionnement, sans obstruer les entrées et sorties d'air.
- Éviter l'utilisation des chauffages d'appoint en continu et placer les groupes électrogènes à l'extérieur des bâtiments.
- Ne pas utiliser des appareils non destinés à chauffer, tels que des cuisinières, braseros ou barbecues, à l'intérieur des habitations.

Brochure « Se protéger des intoxications au monoxyde de carbone » du Ministère de la santé et de la prévention : [flyer_co_dgs.pdf](#)

○ Le radon

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

Le radon, un des polluants de l'air intérieur, est un gaz radioactif naturel émanant du sol. Il s'accumule dans les bâtiments et se concentre plus ou moins dans l'air selon les caractéristiques du sol, l'architecture du bâtiment, les systèmes de ventilation...

Indicateur santé : en Bretagne, 20% des décès par cancer du poumon seraient attribuables à une exposition domestique au radon (InVS, BEH 15 mai 2017, n°18-19 et [Etat des lieux 2015 du PRSE3](#)).

Renseigner le classement du potentiel radon des communes du territoire :

La majorité du territoire est classée en zone 3 (potentiel radon significatif) et en zone 2 (potentiel faible avec facteurs géologiques pouvant favoriser le transfert du radon vers les bâtiments), à l'exception de certaines communes classées en zone 1 (potentiel faible), telles que [\[communes à préciser\]](#).

Observation : corriger la liste des communes classées en zone X dans l'EIE, sur la base des données disponibles sur le site de l'IRSN concernant le potentiel radon par commune ([Connaître le potentiel radon de ma commune | IRSN](#)).

Recommandation : appréhender le radon dans l'élaboration des documents d'urbanisme locaux, afin d'adapter les prescriptions constructives dans les zones à risque.

Recommandation : rappeler dans le DOO, qu'il faudrait construire et rénover en prenant en compte les recommandations émises par l'Autorité de Sécurité Nucléaire et de Radioprotection (ASN) et le Centre Scientifique et Technique du Bâtiment (CSTB) dans le [Guide de recommandations pour la protection des bâtiments neufs et existants vis-à-vis du radon - 04/07/2023 - ASN](#) pour améliorer la qualité sanitaire des bâtiments.

● L'habitat favorable à la santé

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

La connaissance et la maîtrise des risques dans l'habitat constituent des enjeux majeurs pour préserver la sécurité sanitaire des personnes, d'autant plus que nous passons, en moyenne, 80% du temps dans des espaces clos. Vivre dans un logement sain est un déterminant de santé sur lequel il est possible d'agir.

Indicateur santé : L'habitat, lorsqu'il est indigne ou insalubre, peut provoquer ou accentuer de nombreuses pathologies, selon l'état du logement et l'utilisation qui en est faite : le saturnisme, les maladies respiratoires, les infections, les troubles psychiques et les accidents domestiques (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).
+ données locales sur le parc privé potentiellement indigne (PPPI) du territoire.

Recommandation : rappeler dans le DOO et s'adresser aux PLH, qu'il est important d'intégrer la qualité de l'air intérieur dès la conception et lors de la rénovation énergétique des bâtiments, en s'appuyant sur les recommandations du guide « Construire sain » et son complément « Concilier les exigences pour un air sain et un bon confort » (https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/documents/Guides_construire_sain_2015.pdf).

Recommandation : développer une orientation dans le PAS et un objectif dans le DOO visant à promouvoir un habitat sain et sécurisé, en considérant l'habitat comme un déterminant de la santé.

Cette orientation pourrait inclure :

- la prise en compte de la qualité de l'air intérieur, du risque radon et de la lutte contre l'habitat indigne,
- la meilleure intégration des enjeux sanitaires liés à l'environnement intérieur,
- la contribution à un cadre de vie favorable à la santé des habitants.

L'adaptation face aux fortes chaleurs en Bretagne est primordiale. Les projections climatiques régionales mettent en effet en évidence la survenue de vagues de chaleur plus fréquentes, plus longues et plus intenses. La moitié sud de l'Ille-et-Vilaine et le littoral morbihannais sont les deux territoires bretons les plus fortement touchés ([Chiffres clés de l'évolution du climat en Bretagne - édition 2025](#)).

Indicateur santé : Selon Santé Publique France, environ 14% des décès observés en Bretagne au cours la 1^{ère} quinzaine de septembre 2023 (épisode de fortes chaleurs) serait attribuables à la chaleur ([Canicule et santé en Bretagne. Bulletin de santé publique, bilan de l'été 2023.](#))

Recommandation : introduire dans le DOO les deux objectifs suivants :
1) Former les professionnels du bâtiment du territoire sur les risques sanitaires liés aux fortes chaleurs
2) Renforcer la prise en compte du confort d'été dans les bâtiments neufs et en rénovation en prenant en compte les recommandations émises notamment par :
- l'ACTEE : guide « Le confort d'été : une priorité pour les bâtiments publics » ([plaquette-confort-dete-WEB-VF.pdf](#))
- l'ADEME : « Comment Garder son logement frais tout l'été ? » ([Comment garder son logement frais tout l'été ?](#))

c. Les espèces invasives et dangereuses pour la santé humaine

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

Recommandation : inclure dans le PAS et le DOO un objectif de limitation de l'introduction et de lutte contre les espèces invasives, allergisantes et dangereuses pour la santé humaine.

Recommandation : intégrer dans le PA une action pour promouvoir la mise en place de mesures de prévention par les collectivités visant à limiter la prolifération des espèces invasives, notamment le moustique tigre. ([Si présence d'un PA dans le SCoT](#))

Cela inclut la formation d'un référent technique au sein de chaque collectivité pour coordonner les actions de lutte contre les espèces invasives et allergisantes, ainsi que la sensibilisation des habitants aux bonnes pratiques pour éviter la prolifération de ces espèces.

Recommandation : rappeler la réglementation ci-dessous dans l'EIE.

Rappel réglementaire :

- code de la santé publique : la prolifération des espèces suivantes constitue une menace pour la santé humaine : 3 espèces d'ambrosie (l'ambrosie à feuilles d'armoise, l'ambrosie à épis lisses et l'ambrosie trifide) et 2 espèces de chenilles processionnaires (processionnaire du pin et processionnaire du chêne).
- arrêté préfectoral du 2 mai 2019 relatif à la lutte contre l'ambrosie et la berce du Caucase.
- arrêté du 3 juillet 2024 relatif à la lutte contre les chenilles processionnaires.

• Les espèces animales

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

Le **moustique tigre** n'est pas repéré sur le territoire du Pays de XX, mais deux communes du département : Rennes et Domagné sont déclarées colonisées et il a été signalé sur trois autres communes en Ile-et-Vilaine.

Le **moustique tigre** est repéré sur le territoire du Pays de XX : Rennes et Domagné sont déclarées colonisées et il a été signalé sur trois autres communes en Ile-et-Vilaine.

Indicateur santé : le moustique tigre est un vecteur reconnu de maladies telles que la dengue, le chikungunya et le virus Zika. En 2023, plus de 2000 cas importés de dengue ont été signalés en France hexagonale, dont 1500 en provenance des Antilles, (Plus de 80% de ces cas revenaient de Martinique ou de Guadeloupe, et 6% de Guyane), où des épidémies sont en cours (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).

Le moustique tigre prolifère principalement dans les zones urbaines pavillonnaires, où il se développe dans des petits volumes d'eau stagnante. Ces gîtes larvaires se trouvent fréquemment dans des récipients artificiels, tels que les gouttières obstruées, les récupérateurs d'eau, et d'autres infrastructures non entretenues. Il est donc nécessaire de garantir un entretien régulier de ces systèmes pour éviter les accumulations d'eau, notamment en nettoyant les gouttières, les rigoles, et les autres systèmes de drainage.

Le stockage de l'eau de pluie sans précaution particulière, peut également favoriser le développement de moustiques nuisants et éventuellement vecteurs de maladies. Les récupérateurs d'eaux de pluie devront donc être équipés d'un couvercle ou autres dispositifs empêchant les insectes et autres animaux d'y pénétrer.

Les modèles de construction susceptibles de générer des rétentions d'eau de pluie (gîtes larvaires) devront être adaptés (toits terrasse et terrasse sur plots).

Recommandation : intégrer dans le DOO, l'adaptation des modèles de constructions susceptibles de créer des rétentions d'eau de pluie (gîtes larvaires), tels que les toits-terrasses et les terrasses sur plots afin de prévenir la stagnation de l'eau.

Pour plus d'informations, consultez les guides :

- « Guide de bonnes pratiques à l'attention des collectivités souhaitant mettre en œuvre une lutte contre les moustiques urbains vecteurs de dengue, de chikungunya et de Zika, ANSES 2016 : [CNEV-Ft-Juin2016-Guide_collectivites_lutte_antivectorielle.pdf](#)
- « Moustique tigre : Agir en habitat collectif » : [Pro de l'habitat - AgirMoustique.fr](#)

Recommandation : intégrer le risque lié à la prolifération du moustique tigre (maladies vectorielles) dans le PA. (Si présence d'un PA dans le SCoT)

En parallèle du moustique tigre, d'autres espèces animales, comme **les rongeurs**, peuvent aussi présenter des risques sanitaires importants.

Indicateur santé : le risque de leptospirose, maladie infectieuse transmise au contact de l'eau contaminée par les rongeurs, est avéré en Ile-et-Vilaine (survenue de cas groupés sur la Vilaine en 2016 et 2018). Le ragondin, espèce invasive, est un vecteur potentiel de cette maladie, transmissible aussi bien à l'homme qu'aux animaux domestiques (ARS Bretagne).

Il est important que les collectivités maintiennent leurs efforts pour réguler efficacement les populations animales identifiées comme espèces-réservoirs. Outre les risques sanitaires, la prolifération d'espèces telles que le ragondin peut causer des problèmes pour les communes notamment en endommageant les infrastructures lors du creusement de terriers (effondrement de routes, ruptures de digues de lagunes, etc.).

Si présence d'un PA dans le SCoT :

Si non, écrire : Cet enjeu sanitaire lié aux espèces invasives aurait pu être pris en compte dans un PA, qui ne figure pas dans le SCoT.

Recommandation : anticiper les potentiels impacts sanitaires et dégâts matériels causés par les espèces invasives en mettant en place des actions coordonnées sous la responsabilité d'un référent.

Cela inclut le contrôle des populations par piégeage, le renforcement des berges et la gestion proactive de leurs habitats pour les rendre moins attractifs.

- **Les espèces végétales**

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

D'autres espèces végétales sont dangereuses pour la santé humaine, à savoir le raisin d'Amérique, le datura, le Baccharis et le houblon du Japon... La liste des espèces végétales ayant été classées réglementairement en France comme présentant un risque pour la santé humaine est disponible sur le site [Plantes Risque](#).

Recommandation : citer ces espèces dangereuses pour la santé humaine (les espèces d'ambrosie, les espèces de chenilles processionnaires...) dans l'EIE.

Indicateur santé : l'exposition aux pollens est un réel enjeu de santé publique : en France, environ 20 % des enfants et 30 % des adultes sont concernés (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).

En Bretagne, les graminées, le bouleau, le chêne et l'aulne sont les principales espèces allergisantes, mais d'autres pourraient apparaître. Pour réduire les risques sanitaires, il est important de planifier l'aménagement du territoire en favorisant des espèces moins allergisantes.

Recommandation : intégrer la liste des espèces allergisantes en annexe de l'EIE et faire référence au guide d'information « Végétation en ville » publié sur le site de l'ARS : [Guide-Vegetation.pdf](#).

d. La qualité des eaux

- **La protection des ressources utilisées pour la production d'eau potable**

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

Le territoire couvert par le SCoT est concerné par les captages répertoriés dans le tableau suivant :

Communes avec périmètres de protection	Captage(s)	Date d'arrêté préfectoral de DUP

Tableau 2 : Liste des captages et arrêtés de DUP par communes

Recommandation : lutter contre les pollutions diffuses dans les aires d'alimentation de captage, notamment en respectant les dispositions des arrêtés préfectoraux relatifs aux périmètres de protection de captage d'eau potable.

Recommandation : mettre en place des schémas d'alerte et de vigilance pour les captages d'eau potable permettant de renforcer la gestion des pollutions accidentelles.

Recommandation : favoriser les pratiques agricoles sans impact sur la qualité de l'eau, notamment sur les aires d'alimentation de captage

Observation : mentionner dans l'EIE, les arrêtés préfectoraux de DUP des périmètres de protection des captages.

Demande : intégrer dans le DOO, l'obligation de retranscrire les prescriptions des arrêtés préfectoraux dans les plans locaux d'urbanisme communaux ou intercommunaux et cartes communales le cas échéant.

- **L'utilisation des eaux non conventionnelles (ENC)**

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

- **Les eaux impropres à la consommation humaine (EICH) : eaux pluviales, eaux grises...**

Dans le cadre des futures opérations de développement (habitat et équipements communaux) et dans une optique de moindre prélèvement sur les réseaux d'eaux destinées à la consommation humaine, j'attire votre attention sur l'évolution de la réglementation liée à la réutilisation des ENC (eaux de pluie, eaux grises, eaux douces notamment) pour des usages domestiques à l'échelle des bâtiments.

Le décret et l'arrêté du 12 juillet 2024 relatifs à des utilisations d'eaux impropres à la consommation humaine (EICH), font évoluer les couples usages/eaux possibles et abroge l'arrêté du 21 août 2008 qui réglementait jusqu'à présent la réutilisation de l'eau de pluie.

Les particuliers peuvent désormais réutiliser de l'eau grise (sous conditions) et de l'eau de pluie, notamment pour l'arrosage d'espaces verts à l'échelle des bâtiments, l'alimentation des sanitaires etc.

L'eau de pluie (issue des toitures non-accessibles) est une eau non potable (contamination microbiologique lors du

ruissellement sur le toit et dans la cuve de stockage, contamination chimique par les pesticides, les métaux ...). Elle ne respecte pas les limites de qualité fixées par le code de la santé publique pour les eaux destinées à la consommation humaine, aussi, en l'état, son usage à des fins sanitaires (usage alimentaire et hygiène du corps) est interdit.

Recommandation : encadrer l'usage d'EICH en veillant à ce que leur mobilisation, dans les projets d'aménagement ou au sein des équipements publics, ne soit autorisée que lorsque la qualité de ces eaux n'engendre aucun impact, direct ou indirect, sur la santé des usagers.

Par ailleurs, cette nouvelle réglementation permet, sous conditions, aux établissements recevant du public sensible (les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement de personnes âgées, les cabinets médicaux et dentaires, les laboratoires d'analyses de biologie médicale, les centres de transfusion sanguine, les crèches et écoles maternelles et élémentaires...) d'utiliser des EICH pour certains usages.

Le recours aux ENC peut, dans le cadre d'une gestion territorialisée et intégrée, constituer une solution intéressante pour optimiser la disponibilité de la ressource.

Observation : intégrer dans le PAS et le DOO l'ensemble des ENC (eaux de pluie, **eaux grises, eaux douces**) dans la stratégie territoriale d'économie de la ressource en eau et rappeler que la sobriété des usages de l'eau est un enjeu majeur face au changement climatique.

Recommandation : intégrer l'ensemble des ENC dans le PA. (Si présence d'un PA dans le SCoT)

- Les eaux de loisirs et les sites de pêche à pied
 - La protection des zones de baignade et des activités nautiques en eaux douces

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

Il est bien mentionné que le territoire XX est concerné par des plans d'eau / des bases nautiques à [nom des communes]

Demande : intégrer la baignade de XX au diagnostic territorial, en cohérence avec son inscription sur la liste officielle des baignades d'Ille-et-Vilaine et le maintien de son suivi sanitaire.

Indicateur santé : le risque de leptospirose, maladie infectieuse transmise au contact de l'eau contaminée par les rongeurs, est avéré sur la Vilaine, avec la survenue de cas groupés (2016 -2018).

La pratique de la nage en eau libre et d'autres activités nautiques est également observée sur le territoire, notamment sur la Vilaine. Pour garantir la sécurité des usagers, il est indispensable de prendre en compte la qualité de l'eau. Une surveillance adaptée devrait être mise en place, accompagnée de mesures de gestion définies en fonction des résultats obtenus et des usages identifiés. À cet effet, l'ARS a élaboré un guide de recommandations sanitaires pour les activités nautiques en eau douce, destiné à accompagner les responsables de sites ou d'événements dans cette démarche (site internet ARS Bretagne : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/media/5207/download?inline>).

Compte tenu de l'ensemble de ces usages potentiels liés à l'eau, tout projet d'ouvrage ou d'aménagement impliquant un rejet dans un cours d'eau du secteur devra faire l'objet d'une vigilance particulière de la part du pétitionnaire.

Recommandation : s'assurer, dès la conception du projet, qu'aucune dégradation de la qualité de l'eau ne puisse en résulter, notamment en ce qui concerne les risques pour la santé des baigneurs et des pratiquants.

En phase d'exploitation, tout dysfonctionnement susceptible d'entraîner une pollution devra être signalé sans délai aux gestionnaires de baignade ou de base de loisirs concernés, afin qu'ils puissent mettre en œuvre les mesures de gestion préventives appropriées.

Indicateur santé : le risque de leptospirose, maladie infectieuse transmise au contact de l'eau contaminée par les rongeurs, est avéré sur la Vilaine, avec la survenue de cas groupés (2016 -2018).

Recommandation : veiller à ce que les PLU ne restreignent pas l'installation sur chaque site d'un lieu ou d'un espace accessible dédié à la sensibilisation du public, où seraient affichés les résultats de la surveillance de la qualité de l'eau, les consignes de prévention (comme l'évitement des activités nautiques en cas de plaies ouvertes et le rinçage du matériel avec de l'eau potable après utilisation), ainsi que les mesures prises pour maîtriser les populations de rongeurs aquatiques.

Recommandation : prévoir dans un objectif du DOO, un plan de mobilité douce vers les bases nautiques, notamment pendant les périodes estivales.

- Baignades en mer et zones de pêche à pied récréative (si SCoT littoral)

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré

Dans ... :

- ...

Il est nécessaire de maintenir et d'améliorer la qualité sanitaire de ce milieu sur le territoire compte tenu des activités de loisir qui s'y pratiquent, telles que la baignade et la pêche à pied.

En ce qui concerne les **baignades**, sur la base de l'historique des dernières années, plusieurs sites présentent une sensibilité accrue aux épisodes de pollution (cf. <http://baignades.sante.gouv.fr/baignades/editorial/fr/accueil.html>).

Pour mémoire, la qualité des eaux de **XX** plages présentes sur le secteur du Pays de **XX** sera surveillée par les services de l'Agence régionale de santé pour l'année **XXXX**.

Lors de la saison **XXXX**, **XX** sites surveillés par l'ARS ont bénéficié d'un classement européen :

- **XX** sites ont été classées en qualité excellente
- **XX** sites ont été classée en qualité bonne
- **XX** sites ont été classée en qualité suffisante
- **XX** sites ont été classée en qualité insuffisante

Recommandation : poursuivre la révision de l'ensemble des profils de baignade pour tenir compte des évolutions dans les aménagements actuels et futurs. Ce sont des outils d'aménagement du territoire qui permettent d'améliorer la qualité sanitaire dans son ensemble sur le littoral.

Rappel : le profil de baignade consiste à identifier les sources de pollution susceptibles d'avoir un impact sur la qualité des eaux de baignade et d'affecter la santé des baigneurs et à définir, dans le cas où un risque de pollution est identifié, les mesures de gestion à mettre en œuvre pour assurer la protection sanitaire de la population et des actions visant à supprimer ces sources de pollution.

Recommandation : intégrer les caractéristiques et capacités des systèmes d'assainissement collectifs et de réception des eaux pluviales, en particulier dans les zones littorales, au processus d'urbanisation, notamment lors des démarches de densification et d'aménagement. Ces systèmes doivent être pris en compte avant toute réalisation, afin de prévenir les risques de pollution.

Rappel : il convient de mettre en œuvre les travaux structurants définis dans le 12e programme d'actions 2025-030 de l'Agence de l'eau Loire-Bretagne (AELB), en lien avec les cibles prioritaires littorales, notamment l'assainissement collectif et la gestion intégrée des eaux pluviales. Cela devra être inscrit dans les plans d'action des profils de baignade, avec des taux d'aides bonifiés le cas échéant.

Recommandation : prévoir un maillage du secteur littoral par des équipements sanitaires (WC, aires de dépotage des camping-cars), et ce sur les zones de fortes affluences, afin de prévenir les risques sanitaires liés aux baignades en mer, notamment en facilitant l'accès à des installations appropriées pour la collecte des eaux usées et en réduisant les risques de pollution de l'eau.

Il est à signaler la présence sur le territoire concerné de **XX** zones de **pêche à pied récréative**.

Il convient de noter que l'EIE aurait pu être étayé davantage avec les enjeux liés à la qualité des gisements de pêche à pied récréative de coquillages. En effet, de nombreux gisements demeurent en l'état déconseillés ou interdits au vu de l'évaluation de la qualité sanitaire opérée jusqu'à présent et des restrictions adoptées localement (cf. <https://www.pecheapied-responsable.fr/carte-interactive>).

Indicateur santé : au niveau national, les coquillages représentaient 6 % des foyers de Toxi-infections alimentaire collectives (TIAC) déclarés en 2020 pour lesquels un agent et un aliment avaient été identifiés ou suspectés. En Bretagne, les coquillages, crustacés et poissons représentaient, sur la période 2010-2013, 30 % des foyers déclarés pour lesquels un agent et un aliment avaient été identifiés ou suspectés (SPF – Etude pilote – Octobre 2023). Les norovirus constituent dans ce cadre les principaux vecteurs épidémiques identifiées en périodes hivernales. Leur origine est la plupart du temps corrélée à des insuffisances sur les systèmes d'assainissement.

Observation : intégrer dans l'EIE les enjeux liés à la qualité des gisements de pêche à pied récréative de coquillages, notamment les zones déconseillées ou interdites en raison des évaluations sanitaires et des restrictions locales.

e. Les sols pollués

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

Dans ... : Le document précise qu'il existe sites répertoriés comme secteur d'information sur les sols (SIS) sur le territoire du Pays de **XX**. Ces sites sont principalement... Il existe également **XX** Sites CASIAS (carte des anciens sites industriels et activités de services) recensés sur le territoire.

Observation : compléter l'EIE en mentionnant les sites industriels potentiellement pollués identifiés par GéoRisques : **XX**.

Concernant les secteurs d'information sur les sols (SIS), l'arrêté préfectoral correspondant devrait être cité dans l'EIE : arrêté du XX.

Observation : citer dans l'EIE l'arrêté préfectoral du XX relatif aux SIS sur le territoire de XX.

La présence de sites pollués doit conduire à la mise en œuvre de la méthodologie nationale interministérielle sur les sites et sols pollués.

Recommandation : s'assurer, dans le DOO, en amont de toute opération d'urbanisation, de la qualité des sols et de l'absence de sols pollués, en particulier dans les zones identifiées en Secteurs d'Information sur les Sols (SIS) ou à vocation industrielle passée, afin de prévenir tout risque sanitaire lié à la pollution des sols.

Recommandation : éviter l'implantation d'établissements accueillant des populations sensibles sur des sols pollués (circulaire interministérielle du 8 février 2007). Cette recommandation peut être intégrée au DOO comme un point de vigilance pour la réalisation des équipements à rayonnement local, départemental ou régional.

f. La qualité sonore de l'environnement

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

S'agissant des zones mixtes, la cohabitation d'activités artisanales ou commerciales avec de l'habitat peut être source de nuisances et notamment sonores.

Indicateur santé : selon l'OMS, le bruit est le deuxième facteur de risque environnemental en Europe après la pollution de l'air. Le bruit constitue une nuisance très présente dans la vie quotidienne des Français (86% d'entre eux se déclarent gênés par le bruit à leur domicile). Cette exposition peut causer des troubles du sommeil et des problèmes cardiovasculaires, en plus d'affecter l'audition.

Recommandation : garantir, dans le DOO, l'absence d'exposition aux nuisances sonores dans les nouveaux quartiers d'habitat et notamment ceux à proximité des zones d'activités.

Recommandation : fixer un objectif dans le DOO visant à :

- préserver le calme autour des bâtiments sensibles (logements, établissements scolaires et de santé),
- implanter ces bâtiments, dans la mesure du possible, à distance des principales sources de bruit (voies ferrées, infrastructures routières, zones d'activités bruyantes),
- protéger ces bâtiments par des dispositifs de réduction du bruit, tels que des zones tampons (espaces verts, services tertiaires) ou des barrières anti-bruit (haies végétales, murs acoustiques). (Bruitparif)

g. La gestion des rayonnements non ionisants

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

Le territoire concerné est traversé par plusieurs lignes électriques, HT ou THT, de 90 kV à 225 kV, notamment la [nom ligne].

La prise en compte des risques liés aux champs électromagnétiques dans les choix d'aménagement passe par la mise en œuvre de la réduction de l'exposition des populations en éloignant les zones d'urbanisation des lignes à haute tension et très haute tension (220 kV et 400 kV).

Recommandation : identifier les principales sources de rayonnements non ionisants (lignes à haute tension citées ci-dessus) dans l'EIE et en tenir compte dans les choix d'urbanisation, en évitant notamment l'implantation de nouveaux bâtiments sensibles (enseignement, santé et action sociale) à proximité directe dans le DOO.

L'instruction du 15 avril 2013 relative à l'urbanisme à proximité des lignes de transport d'électricité, faisant référence au rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) recommande d'éviter l'implantation d'établissements sensibles dans les zones où le champ magnétique est supérieur à 1 µT.

Recommandation : citer dans l'EIE l'instruction du 15 avril 2013 relative à l'urbanisme à proximité des lignes de transport d'électricité.

Recommandation : ajouter dans le DOO, qu'il faut éviter l'implantation d'établissements sensibles (enseignement, santé et action sociale) dans les zones où le champ magnétique est supérieur à 1 µT.

4) Offre et accès aux équipements, activités et services de santé

a. Mailler le territoire en équipements de santé

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

Le document spécifie uniquement certains grands projets de santé et mentionne les différentes typologies de structures sans développer les logiques de parcours et de recours tant pour :

- L'offre hospitalière et le maillage des établissements de santé
- L'offre médicosociale pour :
 - o Les personnes âgées dépendantes
 - o Les personnes en situation de handicap.
- Une offre de 1er recours qui regroupe :
 - o La médecine générale
 - o Les soins dentaires
 - o Les cabinets paramédicaux

Recommandation : veiller à prendre en compte les risques majeurs du territoire ([Le dossier départemental sur les risques majeurs \(DDRM\) - Les services de l'État en Ile-et-Vilaine](#)) avant toute implantation d'un établissement de santé, qu'il s'agisse d'un établissement hospitalier, médico-social ou d'une structure de soins de premier recours. Cette vigilance concerne les risques naturels (inondations, mouvements de terrain, etc.) et technologiques (risques industriels, sites SEVESO), afin de garantir la sécurité des infrastructures et la continuité de l'accès aux soins pour la population.

• **L'offre hospitalière**

Contexte de l'offre hospitalière du territoire :

Observation : mentionner, dans le diagnostic du territoire, certains services de santé qui ne sont pas :

Observation : développer également dans le diagnostic du territoire l'offre de santé mentale qui maille le territoire.

Recommandation : assurer les mobilités de connexion, un accès facilité et cadencé vers l'hôpital.

Recommandation : veiller à bien recenser l'ensemble des structures et services existants de l'offre hospitalière et à s'assurer de leur bonne intégration dans les plans d'accessibilité, en les considérant comme s'intégrant dans les zones d'activité économique ou les centralités.

Recommandation : mettre en place une offre de transport à la demande (TAD), interconnecté entre les EPCI, permettant l'accès aux services de proximité du territoire.

• **L'offre médico-sociale**

Contexte de l'offre médico-sociale du territoire :

Pour les personnes âgées :

Pour les personnes en situation de handicap :

Recommandation : renforcer le maintien à domicile par :

- Le soutien aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et aux services d'aide à domicile existants.
- L'encouragement à l'adaptation des logements (accessibilité, domotique, sécurité).
- Le développement de dispositifs de prévention et de lien social (visites de convivialité, ateliers intergénérationnels).

Recommandation : développer une offre résidentielle diversifiée et inclusive :

- Créer des logements intermédiaires entre le domicile et les structures médicalisées : résidences autonomie, béguinages, habitats inclusifs et participatifs.
- Intégrer ces logements dans les centralités, à proximité des commerces, services et transports.
- Favoriser la mixité générationnelle et sociale dans les projets d'aménagement.

Recommandation : planifier la création de structures spécialisées :

- Anticiper les besoins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), foyer d'accueil médicalisé (FAM), et autres établissements médico-sociaux.
- Prioriser les projets dans les zones sous-dotées ou en tension.
- Encourager la modularité et la réversibilité des constructions pour s'adapter aux évolutions démographiques.

Le territoire dispose d'un ensemble d'établissements spécialisés (ESAT, IME, IEM, FAM, CMPP, DITEP), mais une attention particulière doit être portée à l'inclusion et à l'autonomie des personnes en situation de handicap.

Le sujet du handicap est très peu évoqué, tant pour l'enfance que les adultes et mériterait d'être développé en lien avec la

notion d'accessibilité et d'inclusion qui reste centrale.

Le sujet du maintien à domicile mériterait d'être abordé dans son lien avec les établissements ou services médico-sociaux (ESMS) mais aussi sur les tensions de recrutement qui limitent aujourd'hui très largement son développement. Cette thématique doit être abordée tant par l'adaptation des logements que le développement des services qui constituent deux leviers majeurs à développer.

Recommandation : renforcer l'inclusion et l'autonomie des personnes en situation de handicap, ainsi que le maintien à domicile, en mobilisant les leviers suivants :

- Soutenir les établissements et service d'accompagnement par le travail (ESAT) et les dispositifs d'accompagnement vers l'emploi.
- Encourager les partenariats entre établissements médico-sociaux et acteurs économiques locaux.
- Améliorer l'accessibilité des services et équipements
- Adapter les transports publics et les infrastructures urbaines.
- Promouvoir une accessibilité universelle dans les bâtiments publics et privés.

Observation : mentionner, dans le diagnostic du territoire, le détail de l'offre en EHPAD, les résidences autonomie et les établissements ou services médico-social pour personnes en situation de handicap mais aussi l'offre d'habitat inclusif (personnes âgées et personnes en situation de handicap).

Recommandation : veiller à bien recenser l'ensemble des structures et services existants de l'offre médico-sociale et à s'assurer de leur bonne intégration dans les plans d'accessibilité, en les considérant comme s'intégrant dans les zones d'activité économique ou les centralités.

Recommandation : favoriser l'ouverture vers l'extérieur des résidents de structures médico-sociale, avec la mise en place de jardins partagés, de tiers-lieux...

- **L'offre de soin de premier recours**

Contexte offre de soins de premier recours du territoire :

Recommandation : veiller à bien recenser l'ensemble des structures et services existants de l'offre de soins de premier recours et à s'assurer de leur bonne intégration dans les plans d'accessibilité, en les considérant comme s'intégrant dans les zones d'activité économique ou les centralités.

Recommandation : poursuivre la dynamique de recensement de l'ensemble des structures et services existants de l'offre de soins de premier recours, en lien avec la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et s'assurer de leur bonne intégration dans les plans d'accessibilité, en les considérant comme s'intégrant dans les zones d'activité économique ou les centralités.

Recommandation : développer un maillage territorial centré sur les EPCI et construit en partenariat avec les professionnels de santé (CPTS) qui garantisse un accès aux soins de proximité regroupant les différents professionnels et les services à la population.

b. **Adapter la société au vieillissement de la population et promouvoir l'inclusion des personnes en situation de handicap**

Prise en compte dans le dossier	Non pris en compte
Prise en compte dans le dossier	Mentionné mais non développé
Prise en compte dans le dossier	Partiellement intégré
Prise en compte dans le dossier	Intégré de manière satisfaisante

Dans ... :

- ...

- **Inclusion des personnes en situation de handicap**

La thématique du handicap est très peu présente dans les documents proposés. Pour favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap et leur permettre l'accès à tous les aspects de la vie en société, divers aménagements peuvent être mis en place :

- Prévoir dans chaque école / collège / lycée la capacité à accueillir des unités pour enfants en situation de handicap permettant d'organiser la prise en charge sur site par différents professionnels de santé.
- Développer des crèches accessibles et avec berceaux réservés pour enfants en situation de handicap
- Prévoir un accueil adapté en périscolaire et à la cantine
- Accessibilité (personne à mobilité réduite, cécité, surdité, trouble du spectre de l'autisme, ...) des ERP, des bâtiments publics, des commerces et des lieux de soins (loi 2005)
- Transports adaptés et à la demande
- Accompagner les différents établissements pour personnes handicapées dans une ouverture sur la ville (développement de tiers lieux, jardins partagés, bibliothèques partagées ...)
- Développer des équipements culturels, sportifs (équipements de parasportif par exemple) et de loisir pleinement ouverts aux personnes en situation de handicap.

Recommandation : améliorer l'accessibilité et l'inclusion des établissements recevant du public (ERP), des bâtiments publics, des commerces et des lieux de soin, conformément à la loi de 2005 (accessibilité pour les personnes à mobilité réduite, les personnes aveugles ou malvoyantes, les personnes sourdes ou malentendantes, les personnes avec troubles du spectre autistique, etc.).

Recommandation : développer des infrastructures et services adaptés pour les personnes handicapées, incluant des transports à la demande, l'ouverture des établissements spécialisés sur la ville (tiers lieux, jardins partagés, bibliothèques partagées), et des équipements culturels, sportifs et de loisirs pleinement accessibles.

- **Favoriser le maintien à domicile en développant une offre de logement adaptée au vieillissement et au handicap, les services à domicile et l'accessibilité des services de proximité (commerces)**

Le territoire est vieillissant. Les dimensions d'adaptation du bâti et des services sont développées dans le diagnostic et DOO. Ainsi, pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées et en situation de handicap, il est important de développer des aménagements favorisant leur maintien à domicile.

Recommandation : lancer des programmes de rénovation pour rendre les logements accessibles (douches à l'italienne, barres d'appui, élargissement des portes, domotique...). Mettre en place des aides financières incitatives (subventions, prêts à taux zéro, accompagnement technique) pour les propriétaires occupants et bailleurs.

Recommandation : créer de nouveaux logements adaptés :

- Intégrer systématiquement des logements accessibles et évolutifs (T1 à T3, de plain-pied, modulables) dans les opérations de construction neuve.
- Encourager les formes d'habitat innovantes : habitat inclusif, béguinages, résidences intergénérationnelles.

Recommandation : favoriser une localisation stratégique :

- Prioriser l'implantation de ces logements dans les centralités et les pôles de services (proximité commerces, santé, transports).
- Réutiliser le bâti existant (friches, logements vacants) pour créer une offre adaptée.

Recommandation : renforcer les services à domicile :

- Mettre en place des services de portage de repas, de téléassistance, de transport accompagné.
- Valoriser les métiers du domicile (faciliter l'accès au logement) pour favoriser l'attractivité
- Améliorer les conditions de travail et la reconnaissance des professionnels du secteur.

Recommandation : Améliorer l'accessibilité des services de proximité :

Urbanisme favorable au vieillissement :

- Intégrer les enjeux d'accessibilité universelle dans les documents d'urbanisme (voirie, mobilier urbain, signalétique).
- Créer des cheminements piétons sécurisés et continus entre les logements et les services.

Renforcer l'offre de commerces et services de proximité :

- Soutenir les commerces de centre-bourg et les services itinérants (épiceries mobiles, marchés ambulants).
- Encourager l'installation de services mutualisés (poste, pharmacie, maison de santé) dans les centralités.

Développer des alternatives à la voiture individuelle :

- Mettre en place des solutions de transport à la demande ou de covoiturage solidaire.
- Adapter les horaires et les itinéraires des transports publics aux besoins des personnes âgées ou en situation de handicap

Recommandation : aménager l'espace public et le mobilier urbain pour favoriser l'autonomie et la sécurité des personnes âgées, en installant des bancs, des espaces de repos, des toilettes publiques accessibles, des points d'eau, et en assurant l'accessibilité des ERP.

Recommandation : lutter contre l'isolement social des personnes âgées en créant des lieux de rencontre et de convivialité (espaces communautaires, jardins partagés), en aménageant des parcours de promenade sécurisés...

Recommandation : mettre en place une offre de transport à la demande (TAD), interconnecté entre les EPCI, permettant l'accès aux services de proximité du territoire.

Annexe 7 : Tableau d'indicateurs sanitaires mobilisables par thématiques

Thématique	Indicateur santé	Source
Une seule santé	Environ 60 % des maladies infectieuses humaines proviennent d'animaux, et parmi celles-ci, environ 75 % sont zoonotiques (c'est-à-dire transmissibles de l'animal à l'homme). Par exemple, des maladies comme la grippe aviaire, le VIH, le SARS et la COVID-19 sont toutes des maladies à origine animale.	OMS
Végétalisation et îlots de fraîcheur	La végétalisation urbaine, selon l'approche 3-30-300 (voir au moins 3 arbres autour de soi, se déplacer dans des quartiers où 30 % de l'espace est couvert d'arbres, vivre à moins de 300 mètres d'un espace vert) apporte des bénéfices importants sur la santé mentale et le bien-être de la population (réduction du stress, amélioration de l'humeur).	Nature Québec
	Depuis plus de 10 ans, des travaux conduits par différentes équipes de chercheurs à travers le monde s'accordent sur les multiples bénéfices des espaces verts sur la santé. Les résultats obtenus montrent des associations positives entre l'accès à différents types d'espaces verts et l'état de santé mesuré à travers différents types d'indicateurs tels que l'état de santé globale, la santé mentale, l'obésité, le poids à la naissance, le développement comportemental de l'enfant et la mortalité.	OMS
Mobilités actives	La pratique régulière d'une activité physique permet de diminuer la mortalité précoce de 30 %. Elle contribue également à prévenir les maladies chroniques, à lutter contre la sédentarité (identifiée comme la quatrième cause de décès prématuré dans le monde) et à améliorer la santé mentale.	OMS
Tabac	Le tabac est responsable de 75 000 décès par an en France, dont 1 100 liés au tabagisme passif. En 2023, 15,6 % des jeunes de 17 ans déclaraient fumer quotidiennement.	Santé Publique France (SPF)
Qualité de l'air extérieur (QAE)	Chaque année, 1800 décès pourraient être évités en Bretagne si les niveaux de pollution de PM2,5 respectaient les recommandations de l'OMS.	SPF
	À l'échelle régionale, jusqu'à 1100 nouveaux cas de maladies respiratoires (asthme) chez l'enfant et jusqu'à 2100 nouveaux cas de maladies cardiovasculaires, respiratoires ou métaboliques chez l'adulte pourraient être évités en moyenne chaque année en réduisant les niveaux de PM2,5 et de NO2 dans toutes les communes bretonnes pour atteindre les valeurs guides de l'OMS.	SPF
QAE – Secteur résidentiel	L'exposition chronique à ces particules, qui peuvent pénétrer profondément dans les poumons et passer dans la circulation sanguine, augmente le risque de contracter des maladies respiratoires et cardiovasculaires, notamment des cancers pulmonaires.	SPF
Qualité de l'air intérieur (QAI)	la pollution de l'air intérieur serait responsable en France de plus de 28 000 nouveaux cas de pathologies chaque année et environ 20 000 décès.	ANSES, OQAI, CSTB
	Près de 30 000 cas d'asthme chez les enfants de 6 à 11 ans seraient évitables chaque année en France via une réduction des expositions au formaldéhyde et aux moisissures dans les salles de classe. Ce qui confirme ainsi l'intérêt de poursuivre et renforcer les actions d'amélioration de la qualité de l'air au sein des salles de classe.	SPF
QAI – Monoxyde de carbone	L'intoxication au monoxyde de carbone peut provoquer des symptômes tels que maux de tête, nausées, fatigue et malaises. Dans les cas graves, elle peut entraîner le coma ou le décès. Chaque année, en France, on dénombre environ 5 000 intoxications et une centaine de décès liés au CO (En Bretagne, en 2024, 48 épisodes d'intoxications accidentelles par le monoxyde de carbone ont été signalés à l'ARS, 103 personnes ont été intoxiquées, 3 personnes sont décédées).	ARS Bretagne
QAI - Radon	En Bretagne, 20% des décès par cancer du poumon seraient attribuables à une exposition domestique au radon	InVS, BEH

Habitat	L'habitat, lorsqu'il est indigne ou insalubre, peut provoquer ou accentuer de nombreuses pathologies, selon l'état du logement et l'utilisation qui en est faite : le saturnisme, les maladies respiratoires, les infections, les troubles psychiques et les accidents domestiques.	Ministère de la santé
	Environ 14% des décès observés en Bretagne au cours la 1ère quinzaine de septembre 2023 (épisode de fortes chaleurs) serait attribuables à la chaleur	SPF
Espèces nuisibles et invasives	Le moustique tigre est un vecteur reconnu de maladies telles que la dengue, le chikungunya et le virus Zika. En 2023, plus de 2000 cas importés de dengue ont été signalés en France hexagonale, dont 1500 en provenance des Antilles, (Plus de 80% de ces cas revenaient de Martinique ou de Guadeloupe, et 6% de Guyane), où des épidémies sont en cours.	Ministère de la santé
	Le risque de leptospirose, maladie infectieuse transmise au contact de l'eau contaminée par les rongeurs, est avéré en Ille-et-Vilaine (survenue de cas groupés sur la Vilaine en 2016 et 2018). Le ragondin, espèce invasive, est un vecteur potentiel de cette maladie, transmissible aussi bien à l'homme qu'aux animaux domestiques.	ARS Bretagne
	L'exposition aux pollens est un réel enjeu de santé publique : en France, environ 20 % des enfants et 30 % des adultes sont concernés	Ministère de la santé
Qualité sonore de l'environnement	Le bruit est le deuxième facteur de risque environnemental en Europe après la pollution de l'air. Le bruit constitue une nuisance très présente dans la vie quotidienne des Français (86% d'entre eux se déclarent gênés par le bruit à leur domicile). Cette exposition peut causer des troubles du sommeil et des problèmes cardiovasculaires, en plus d'affecter l'audition.	OMS
Prévention et promotion de la santé	41 % des cancers chez les plus de 30 ans sont attribuables à des facteurs de risque modifiables tels que le tabac, l'alcool, l'alimentation, le surpoids, l'obésité, certains agents infectieux, les expositions professionnelles et les UV	INCa
	La Bretagne est la région de France qui enregistre le plus grand nombre de cas de cancers de la peau chaque année, avec un taux de cancer de la peau trois fois supérieur à la moyenne nationale. Incidence en forte hausse notamment principalement suite à des expositions régulières et intenses pendant l'enfance.	La ligue contre le cancer, INCa
	L'alimentation est un facteur de risque et de protection de nombreuses maladies Une alimentation saine est essentielle pour prévenir les maladies chroniques. Selon l'OMS, une mauvaise alimentation est l'un des principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles, telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète.	OMS

JEHANNIN	Clément	11/09/2025
MASTER SANTÉ PUBLIQUE - MÉTÉORE Promotion 2025		
Integrating health issues into Territorial Coherence Plans (SCoT) : Development of a Methodology and Application within the Brittany Regional Health Agency		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP, Université de Rennes		
Abstract : This thesis is part of a work-study program at the Ille-et-Vilaine Departmental Delegation (ARS Bretagne), within the External Environment Division. It aims to develop a method for strengthening the integration of health issues into Territorial Coherence Schemes (SCoT). After a theoretical overview of the links between urban planning, health determinants, and public policy, an in-depth analysis of current practices at DD 35 and several SCoTs in the department was carried out. Interviews with agents from other ARS and partners made it possible to cross-reference feedback and highlight the obstacles to better consideration of health issues. The work resulted in the formalization of a thematic analysis framework for SCOTs, which can be used to produce more readable, comprehensive, and well-argued health opinions. The thesis also proposes levers for structuring inter-center collaboration within the ARS, strengthening the agency's strategic position in development policies, and developing sustainable partnerships with local authorities, government departments, and urban planning agencies. Finally, it opens up prospects for pooling resources at the regional level. The integration of health into urban planning thus appears to be an essential lever for promoting more sustainable, equitable territories that are conducive to the well-being of all.		
Keywords : Health-promoting urban planning - land use planning - Territorial Coherence Plan - Regional Health Agency - public health - environmental health - health determinants - health opinion - local health contracts		
<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>		