



Master 2 Santé Publique – Parcours MÉTÉORES

Promotion : **2024-2025**

Date du jury : **12 septembre 2025**

**Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé :
diagnostic et évaluation de la pertinence d'un module de
formation en santé environnementale auprès des femmes des
quartiers prioritaires de Marseille et d'Île-de-France**

Wided RHAZI

Lieu de stage : Banlieues Santé – Marseille

Référent professionnel : Mohamed AMNAIY

Référente pédagogique : Mélanie BERTIN

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier la formidable équipe de Banlieues Santé, qui a été pour moi une véritable famille durant ces derniers mois. C'est auprès d'eux que j'ai découvert la richesse et l'engagement du monde associatif. Ces personnes, profondément dévouées à l'amélioration des conditions de vie des populations les plus oubliées, m'ont offert l'opportunité de grandir et de mettre mes connaissances au service de belles causes.

Je remercie sincèrement mon maître de stage, Mohamed Amnaiy, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Sa polyvalence et ses enseignements, tant en gestion de projet, qu'en relations humaines et capacité d'adaptation, ont été pour moi une source d'enrichissement quotidien. Une pensée reconnaissante à toutes les Ambassadrices Santé qui ont contribué à mon travail, je leur souhaite le meilleur.

Je suis également reconnaissante envers Monsieur Le Cann, qui a su m'accompagner avec bienveillance tout au long de ce chemin. Ses conseils pertinents et sa rigueur ont été précieux. De même, Madame Roué-Le-Gall, qui a pris le temps de m'orienter avec patience face à mes doutes. Enfin, je remercie Madame Bertin, mon encadrante rencontrée dans le cadre de ce mémoire.

Je tiens du fond du cœur à remercier mes parents, qui ont tant sacrifié pour que je puisse être là aujourd'hui. Ma réussite est avant tout la leur, et j'espère qu'ils en sont fiers. Un mot tout particulier pour ma maman qui a toujours été un modèle de réussite professionnelle à mes yeux, c'est elle qui m'inspire chaque jour que Dieu fait. Merci également à mes sœurs Inès et Safa, toujours là pour croire en moi et pour célébrer chacune de mes petites victoires. Merci à mes amies : Salma, Jeanne et Besma, qui m'ont poussé à donner le meilleur de moi-même et qui partagent aussi ma fierté.

Enfin, je ne sais pas comment remercier celui qui a changé ma vie et qui m'accompagne dans les meilleurs comme dans les pires moments. Il a été présent du début à la fin de cette aventure, relu mes écrits, corrigé mes fautes, offert conseils et réconfort lors des moments d'incertitude. Sa patience, sa générosité, sa gentillesse et tant d'autres qualités font de lui l'homme que j'ai la chance d'appeler mon mari.

S o m m a i r e

Introduction.....	7
1. Cadre théorique et contexte du projet.....	8
1.1- La politique de la ville et les quartiers prioritaires : contexte, définition et caractéristiques.....	8
1.1.1- Origine, évolution et logique d'intervention de la politique de la ville.....	8
1.1.2- Les quartiers prioritaires de la politique de la ville : définition et critères de classement.....	9
1.1.3- Les QPV à Marseille : Métropole fortement concernée.....	11
1.1.4- Les femmes des QPV : des vulnérabilités croisées.....	12
1.2- Les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé (ITESS)...	13
1.2.1- Les inégalités de santé : ISS, ISTS et ITESS.....	13
1.2.2- Mécanismes à l'origine des inégalités de santé environnementale.....	14
1.2.3- Réduction des ITESS : vulnérabilité et universalisme proportionné.....	15
1.3- La santé environnementale : un levier de transformation sociale.....	17
1.3.1- Définition et déterminants de santé.....	17
1.3.2- Promotion de la santé environnementale : Charte d'Ottawa, éducation pour la santé, empowerment.....	18
1.3.3- Faible appropriation de la santé environnementale dans les QPV : enjeux et freins.....	19
1.4- Le rôle des associations dans la prévention en santé environnementale.....	20
1.4.1- Intervention communautaire, médiation sanitaire, santé de proximité.....	20
1.4.2- Présentation de l'association Banlieues Santé et du public accompagné.....	22
1.4.3- Présentation de la formation "Ambassadrices Santé".....	23
2. Problématique et objectifs.....	24
3. Méthodologie.....	25
3.1- Cadrage de la démarche.....	25
3.1.1- Justification du sujet et du choix du territoire.....	25
3.1.2- Contexte territorial : le 3ème arrondissement de Marseille.....	26
3.2- Méthodes et outils de collecte et d'analyse de données.....	26

3.2.1- Diagnostic territorial : état des lieux.....	26
3.2.2- Evaluation de la pertinence du module de santé environnementale.....	27
4. Résultats.....	28
4.1- Diagnostic du territoire et des conditions de vie des femmes dans le 3ème arrondissement de Marseille.....	28
4.1.1- Approche quantitative.....	28
4.1.1.1- Données sociodémographiques.....	28
A- Caractéristiques de la population.....	28
B- Le cadre et le mode de vie (logements, équipements et services).....	30
C- La situation socio-économique (catégorie socio-professionnelle, chômage, précarité).....	31
4.1.1.2- Données de santé et accès aux soins.....	32
4.1.1.3- Enjeux environnementaux locaux.....	33
4.1.2 Approche qualitative.....	36
4.1.2.1- Observations de terrain.....	36
4.2- Evaluation de la pertinence du module de formation en santé environnementale.....	37
4.2.1- Présentation du module de santé environnementale.....	37
4.2.2- Une démarche méthodique.....	38
4.2.2.1- Registre et question évaluative.....	38
4.2.2.2- Outils de cadrage de l'évaluation.....	39
A- Le diagramme logique d'impact (DLI).....	39
B- L'arbre des objectifs.....	39
C- Le référentiel d'évaluation.....	39
4.2.3- Présentation des résultats.....	40
4.2.3.1- Adéquation des besoins avec les objectifs stratégiques du module.....	40
4.2.3.2-Adéquation des besoins avec les objectifs spécifiques du module.....	41
4.2.3.3- Adéquation des besoins avec les objectifs opérationnels du module.....	44
5. Discussion.....	46
5.1- Résultats : entre besoins, réalités et décalages.....	47
5.2- Limites méthodologiques et accès aux données.....	47
5.3- Initiatives et inspirations étrangères.....	49

5.4- Recommandations pour l'évolution du module.....	50
5.5- Aller vers plus d'efficacité et d'engagement pratique.....	51
Conclusion.....	52
Bibliographie.....	53
Liste des annexes.....	60
Liste des figures.....	61

Liste des sigles utilisés

ISS : Inégalités sociales de santé
ITESS : Inégalités Territoriales, Environnementales et Sociales de Santé
QPV : Quartier prioritaire de la politique de la ville
CLS : Contrat Local de Santé
HVS : Habitat et Vie Sociale
CIV : Comité interministériel des villes
ONPV : Observatoire nationale de la politique de la ville
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
NEET : Ni en étude, ni en emploi, ni en formation
PACA : Provence-Alpes-Côtes d’Azur
ISTS : Inégalités sociales et territoriales de santé
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
SSE : Statut socio-économique
DDS : Déterminants de santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer
ANRU : Agence nationale pour la rénovation urbaine
A’Urba : Agence d’urbanisme de Bordeaux
PRSE : programme régional de santé environnement
APPA : Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique
ASEF : Association Santé Environnement France
IREPS : instances régionales d’éducation et de promotion de la santé
HAS : Haute Autorité de Santé
ARS : Agence régionale de santé
UFS : Urbanisme favorable à la santé
ASV : Ateliers santé ville
PNSE : Plans Nationaux Santé Environnement
ANCT : Agence nationale de la cohésion des territoires
ORS : Observatoires Régionaux de Santé
CNRS : Centre Nationale de la Recherche Scientifique
EIS : Évaluation d’impact sur la santé
AGAM : Agence d’urbanisme de l’agglomération marseillaise
HLM : Habitation à loyer modéré

RSA : Revenu de solidarité active

ALD : Affection longue durée

SNDS : Système national des données de santé

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

AME : Aide médicale de l'Etat

CSS : Complémentaire santé solidaire

AtmoSud : Observatoire de la qualité de l'air de la région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur

LCSQA : Laboratoire central de surveillance de la qualité de l'air

UDI : Unité de distribution d'eau potable

PPBE : Plan de Prévention du Bruit dans l'Environnement

IDF : Île-de-France

DLI : Diagramme logique d'impact

IPE : Indice de performance environnementale

Introduction

La législation française garantit à chacun le droit d'accès à des soins de qualité, continus et sécurisés, comme le rappelle l'article L1110-1 du code de la santé publique. En théorie, ce droit est universel et égalitaire. Cependant, dans la réalité, l'accès aux soins est freiné par des inégalités sociales de santé (ISS), souvent liées aux conditions socio-économiques. La fréquente interaction entre les déterminants a conduit à l'émergence d'un nouveau terme conceptuel en France : les **inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé** (ITESS). Ces inégalités constituent un enjeu de santé publique majeur, particulièrement dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

Dans les arrondissements du nord et du centre de Marseille, près d'un décès sur dix pourrait être évité par une réduction des comportements à risque (Hôpital Européen, s.d). Cette situation est aggravée par une faible connaissance des déterminants et droits en santé, un accès limité aux leviers de prévention et un faible niveau de littératie en santé. Ces facteurs contribuent à maintenir la stigmatisation des QPV, perçus comme des lieux d'isolement sanitaire et social. Malgré les impacts significatifs sur le quotidien des habitants de ces quartiers, **la santé environnementale** reste souvent marginale dans les politiques locales de santé. Or, la prise en compte de cette dimension, qui inclut l'habitat, la qualité de l'air, l'accès aux espaces verts, le bruit, ou encore les pollutions diverses, est désormais reconnue comme l'un des piliers fondamentaux du concept « **One Health** », qui considère la santé indissociable de l'environnement.

Face aux obstacles que rencontrent les habitants des QPV, pour accéder à la santé, l'association **Banlieues Santé**, créée en 2018, mène des actions concrètes, participatives et de proximité, en cohérence avec les priorités du **Contrat Local de Santé 2024-2026** (CLS). Le projet innovant de former des femmes issues des quartiers populaires aux enjeux de santé, afin qu'elles deviennent des « **Ambassadrices Santé** » en est un exemple. Placées au cœur des dynamiques de santé familiale, les femmes constituent un véritable relais de proximité et un levier stratégique pour l'empowerment et la réduction des ITESS.

Ce mémoire s'inscrit dans cette dynamique en s'intéressant aux enjeux environnementaux et sanitaires qui touchent les femmes des QPV, et en analysant comment un module spécifique de formation en santé environnementale peut y répondre.

1. Cadre théorique et contexte du projet

1.1- La politique de la ville et les quartiers prioritaires : contexte, définition et caractéristiques

1.1.1-Origine, évolution et logique d'intervention de la politique de la ville

La politique de la ville en France est initiée à la fin des années 1970 en réponse à une triple crise : urbaine, sociale et économique (ORIV, 2012). Les inégalités croissantes favorisent la montée de vagues successives de violences et d'émeutes dans certains quartiers populaires. Le constat d'une concentration croissante de difficultés socio-économiques et d'enjeux d'exclusion a conduit les pouvoirs publics à reconsidérer leurs priorités d'action au sein de ces territoires.

C'est dans ce contexte que le programme « Habitat et Vie Sociale » (HVS) est lancé en 1977. Il est considéré comme l'acte fondateur de la politique de la ville en France. Des actions ont progressivement été menées pour réhabiliter les quartiers en difficulté et améliorer la vie sociale.

L'approche transversale de la politique de la ville, lui octroie une capacité d'intervention dans plusieurs domaines tels que l'emploi, l'urbanisme et le logement, l'éducation, la sécurité, et la cohésion sociale.

Cette approche nécessite une coordination rigoureuse, c'est pourquoi, en 1988 est créé le Comité interministériel des villes (CIV) sous l'autorité du Premier ministre. Il implique l'ensemble des ministères concernés pour définir les priorités d'action. Cette gouvernance interministérielle constitue un fondement de la politique de la ville.

Selon l'article 1 de la loi Lamy du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, la politique de la ville doit : « Assurer l'égalité entre les territoires, réduire les écarts de développement entre les quartiers défavorisés et leurs unités urbaines et améliorer les conditions de vie de leurs habitants » (Legifrance, 2014). La loi Lamy est source de nombreux apports et changements tels que la création de l'observatoire nationale de la politique de la ville (ONPV). De cette loi émerge aussi la nouvelle classification des QPV, fondée sur des critères objectifs.

La politique de la ville est gouvernée de manière partagée. L'État, les collectivités territoriales, les bailleurs sociaux, les associations et les habitants des quartiers sont autant d'acteurs œuvrant dans le cadre de contrats de ville. Au niveau national, l'État finance en grande partie la politique de la ville via le Budget Opérationnel de Programme N°147 (BOP 147) délégué aux territoires concernés en parallèle des financements des collectivités.

1.1.2-Les quartiers prioritaires de la politique de la ville : définition et critères de classement

En France métropolitaine, à la Réunion et en Martinique, la construction d'un QPV repose sur des critères d'éligibilités basés sur le revenu et la population. Ainsi, pour qu'un QPV soit considéré comme tel, trois critères doivent être réunis : le quartier doit être situé dans une unité urbaine de plus de 10 000 habitants. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), une unité urbaine correspond à une commune ou un ensemble de communes d'au moins 2000 habitants, présentant une zone de bâti continu. Il doit regrouper un minimum de 1000 habitants dans le périmètre du QPV et disposer d'un revenu médian en décrochage à celui de l'unité urbaine d'appartenance et à celui de la France métropolitaine (ONPV, 2023).

Concrètement, cela revient à rassembler les zones et les publics en situation de vulnérabilité sociale. A titre d'exemple, le revenu médian annuel dans certains QPV est inférieur à 11250 € soit près de 50% de moins que la moyenne nationale, fixée à 25520 € en 2022 selon l'INSEE (Vie publique, 2022).

Ces quartiers concentrent une multitude de difficultés sociales, économiques et territoriales qui créent un fossé et un renforcement des inégalités avec le reste du territoire. Entre précarité de l'emploi, conditions de logements compliquées, faibles revenus, décrochage scolaire et exposition accrue à la délinquance, ces territoires peignent le portrait type d'une population spécifiquement exposée à l'exclusion sociale.

Depuis 10 ans l'ONPV analyse l'évolution des QPV et de leurs habitants en évaluant l'écart de développement économique et social entre ces territoires et les agglomérations environnantes. Chaque année, les membres du Comité d'orientation de l'ONPV remettent au gouvernement et au parlement un rapport détaillé des situations en termes d'emploi, d'insertion professionnelle, d'éducation, de logement, de cohésion sociale, de moyens financiers et de délinquance visant à agir au sein de ces populations fragiles.

En 2024, le périmètre des QPV est actualisé pour la première fois en 10 ans. Avant cela, la France métropolitaine dénombrait 1296 QPV dans 754 communes. Désormais, elle recense 1362 QPV dans 776 communes incluant tous les départements de France avec une moyenne de 14 QPV par département. Au bilan, 40 quartiers sortent du zonage, 114 quartiers sont ajoutés à la liste des QPV et 960 quartiers voient leur périmètre évoluer (Vie publique, 2024).

Du point de vue démographique, les QPV se caractérisent par une population plus jeune que celle observée sur le reste du territoire. L'âge moyen y est de 35 ans contre 41 ans en environnement urbain. Selon l'INSEE, ce dernier représente le reste de l'unité urbaine dans laquelle se situe un QPV. Les moins de 25 ans y sont plus nombreux tandis que les plus de 60 ans occupent une place de 18% en QPV contre 26% en environnement urbain (Vie publique, 2024).

Sur le plan de l'emploi, 24,6% des moins de 30 ans se trouvent dans une situation de "NEET" (ni en étude, ni en emploi, ni en formation) contre 11% hors QPV (Vie publique, 2024). Ces chiffres sont en corrélation avec un taux d'emploi nettement plus faible, à peine supérieur à 48% en QPV contre près de 69% hors QPV. Le chômage est également deux fois plus élevé, touchant 18,3% de la population active et atteignant presque les 20% chez les femmes. De plus, les catégories socioprofessionnelles les plus répandues au sein de ces quartiers sont les ouvriers chez les hommes et les employées chez les femmes (INSEE, 2024).

Du point de vue éducatif, les QPV se caractérisent par une prédominance d'établissements scolaires publics, par des taux de réussite aux examens inférieurs au reste du territoire et par des choix de filières en classe de première en majorité professionnelles. A titre d'exemple, les jeunes scolarisés dans les QPV sont moins souvent diplômés du brevet des collèges que ceux issus d'autres quartiers urbains.

Les conditions de logement participent aussi à la stigmatisation de ces territoires. Les habitations y présentent un taux de suroccupation plus de trois fois supérieur à celui relevé dans les zones environnantes. En 2022, la France métropolitaine regroupait 1,5 millions de logements sociaux au sein des QPV parmi 5,2 millions sur le reste du territoire, illustrant la forte concentration de l'habitat social dans ces espaces (ONPV, 2023).

1.1.3-Les QPV à Marseille : Métropole fortement concernée

Suite au décret actualisant le périmètre des QPV, le département des Bouches-du-Rhône compte désormais 71 QPV dont 41 situés sur le territoire marseillais. Ces derniers sont principalement situés dans les quartiers Nords (13^{ème}-16^{ème}) et dans le centre-ville (1^{er}-3^{ème}) (Figure 1).



Wided RHAZI - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2025

espoir de répondre aux enjeux sociaux et défis territoriaux des quartiers prioritaires (Métropole Aix-Marseille-Provence, 2024).

Malgré ces dispositifs, les QPV marseillais ne permettent pas d'améliorer les statistiques faisant persister la stigmatisation de ces quartiers comme lieux d'exclusion aux importantes inégalités. En effet, la moitié des habitants des QPV marseillais vit sous le seuil de pauvreté contre 25% à l'échelle de la ville (Ville de Marseille, 2024).

1.1.4-Les femmes des QPV : des vulnérabilités croisées

Les femmes représentent une légère majorité de la population des QPV, avec 52% des habitants en 2020 (ONPV, 2020).

Elles doivent faire face à de nombreuses difficultés liées à la vie professionnelle et familiale, d'autant plus lorsqu'elles sont cheffes de familles monoparentales. Selon l'Institut Montaigne, dans les QPV, un ménage sur cinq est monoparental et dans 80% des cas, il s'agit d'une femme cheffe de famille, contre 30% en environnement urbain (Institut Montaigne, 2022).

Cette lourde responsabilité, assumée seule, vient amplifier les inégalités persistantes au sein de ces quartiers.

L'entrée au marché du travail est donc davantage complexifié pour les femmes issues des QPV, elles sont plus éloignées de l'emploi que celles en dehors de ces territoires. En effet, elles sont 2,6 fois plus touchées par le chômage que les femmes en dehors des QPV (ONPV 2020). De plus, le taux d'activité des femmes y atteint 51% contre 69,3% ailleurs. Et lorsqu'elles accèdent à un emploi, ce dernier est souvent qualifié de "sous-emploi" : 11,7% d'entre elles sont concernées en occupant un emploi à temps partiel contre 6,1% des femmes hors QPV. Les contrats à durée déterminée, les emplois peu qualifiés et le sous-emploi sont spécifiquement surreprésentés dans ces quartiers, qualifiant les femmes de "travailleuses pauvres" (Conseil National des Villes, 2019).

Cette instabilité professionnelle les expose davantage à des risques de santé mentale et physique ainsi qu'aux inégalités sociales de santé (ISS). Les femmes âgées ne sont pas épargnées : elles sont majoritaires parmi les personnes isolées et constituent 64,7% des ménages d'une personne de 60-74 ans et 80,6% de ceux de 75 ans et plus (ONPV, 2020).

L'insécurité constitue un autre frein majeur. Dans les QPV, elle touche particulièrement les femmes. Selon l'Institut Montaigne, les femmes déclarent souvent préférer rester chez elles, comme en témoigne une jeune mère de famille monoparentale : *"Je suis enfermée à la*

maison, je ne sors pas, enfin juste pour aller faire les courses [...] J'ai une copine qui s'est déjà fait agresser.” Ce sentiment d'insécurité est une limite à une vie sociale épanouie, une barrière à l'accès à l'emploi et un obstacle à la mobilité physique, aggravant à terme, leur santé mentale (Institut Montaigne, 2022). Ces multiples facteurs de vulnérabilité et d'isolement, expliquent que les femmes constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité dans les QPV tant sur le plan financier, professionnel que familial (Haut Conseil à l'Égalité, 2017).

Cette dure réalité s'ancre dans un contexte plus large d'ITESS qui sont développées dans la partie suivante.

1.2- Les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé (ITESS)

1.2.1- Les inégalités de santé : ISS, ISTS et ITESS

L'augmentation régulière de l'espérance de vie témoigne de l'amélioration de l'état de santé de la population à l'échelle collective et individuelle. Cependant, cette amélioration n'a pas bénéficié à tous de manière équitable (Deguen & Kihal Talantikite, 2022). Ces “différences systématiques, évitables et injustes dans les résultats de santé” observées entre groupes sociaux sont appelées les **inégalités sociales de santé** (ISS) (McCartney et al., 2019). Elles font ainsi référence aux relations étroites entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. L'écart d'espérance de vie entre groupes socioprofessionnels est une des conséquences marquantes de ces ISS. En effet, entre 2020 et 2022, celui-ci était supérieur à cinq ans entre cadres et ouvriers, et supérieur à trois ans entre femmes cadres et ouvrières (INSEE, 2022).

Les ISS résultent de l'interaction entre les déterminants sociaux, économiques, environnementaux, culturels et de leurs impacts sur la santé. Plus un individu occupe une place défavorable sur l'échelle sociale, plus son état de santé est susceptible d'être dégradé, c'est ce qu'on appelle le **gradient social** (Moquet & Potvin, 2011). Il est important de noter que les ISS ne concernent pas uniquement les plus précaires, ce gradient s'observe à tous les niveaux de la hiérarchie sociale.

Les **inégalités sociales et territoriales de santé** (ISTS) prennent en compte la répartition inégale des ressources et des soins selon les territoires. Mais les ITESS ont une dimension

plus globale : elles intègrent le rôle majeur de l'environnement, qui, comme Hippocrate le défendait déjà dans l'Antiquité, notamment dans son traité "Air, eaux, milieux", pour améliorer l'état de santé des populations, la considération de la "qualité des eaux, des vents, des sols et le genre de vie des habitants", est primordial (Hippocrate, 1996). Malgré ce constat, les ISS sont peu intégrées par les urbanistes (EHESP & DGS, 2014).

1.2.2- Mécanismes à l'origine des inégalités de santé environnementale

Pour approfondir la compréhension des mécanismes à l'origine de ces inégalités, plusieurs approches sont mobilisées. L'approche socio-écologique d'Éloi Laurent ainsi que sa capacité à articuler un panel de notions, facilitent la compréhension de l'intersectionnalité de ce sujet. Pour cela, il propose trois typologies complémentaires : La première repose sur le **"fait générateur d'inégalités d'exposition, de sensibilité et d'accès"**. Elle met en évidence l'inégale répartition de la qualité de l'environnement entre les individus et les groupes sociaux. Cette répartition peut être positive (accès à l'eau, à l'air pur, etc.) ou négative (pollution, nuisances, risques, etc.). Cette classification intègre aussi les **"inégalités distributives des politiques environnementales"**. Elles sont de deux types : verticales (selon les revenus) et horizontales (selon les territoires). Enfin, les **"inégalités dans la participation aux politiques publiques environnementales"** mettent en lumière la marginalisation démocratique des personnes les plus concernées (Laurent, 2021).

La deuxième typologie qu'il propose se fonde sur le **"vecteur d'inégalité"** (pollution de l'air, accès aux ressources naturelles, etc.) et la dernière s'intéresse au **"critère d'inégalité"**, faisant davantage référence aux caractéristiques personnelles de l'individu comme l'âge, le statut socio-économique (SSE) ou encore la qualité du logement.

Ces trois approches permettent ainsi d'affiner le concept des ITESS, de repérer les groupes vivant dans des conditions de vie qui les rendent vulnérables et d'orienter les politiques publiques vers plus de **justice environnementale**.

Selon la **théorie des capacités** d'Amartya Sen, les inégalités de santé environnementale peuvent être considérées comme des inégalités de capacités à vivre en bonne santé (Gamel, 2010). Par exemple, prenons deux personnes qui ne pratiquent pas d'activité physique. La première vit en centre-ville à proximité de parcs et avec équipements sportifs, mais décide, par choix, de ne pas faire d'exercice. L'autre, vit dans un quartier prioritaire, avec des impasses dangereuses et sans équipements sportifs, ce qui lui rend l'activité physique difficile, voire impossible. Ces deux personnes ont le même fonctionnement (ce qu'elles sont ou font) : aucune ne pratique une activité physique, cependant leur capacité

(ensemble des possibles réels d'une personne) est différente. En effet, la première, à la liberté de pratiquer du sport mais choisit de ne pas le faire tandis que la deuxième n'a pas cette liberté car l'environnement urbain est un frein à une quelconque activité physique.

1.2.3- Réduction des ITESS : vulnérabilité et universalisme proportionné

Les habitants des QPV sont généralement plus exposés aux ITESS en raison de leur situation géographique : en périphérie et en bordure des grandes infrastructures routières et industrielles. Cela crée un écart d'exposition entre les groupes sociaux, c'est ce qu'on appelle le « **différentiel d'exposition** ». Ainsi, on observe une dégradation plus rapide de leur état de santé, c'est le « **différentiel de vulnérabilité** » (Deguen & Kihal, 2022).

La notion de **vulnérabilité** est centrale pour comprendre les ITESS. La vulnérabilité relève du croisement entre les déterminants de santé (DDS) et le désavantage systématique dont souffrent certains individus au regard de la santé (Havrilla, 2017). En santé publique, la vulnérabilité est définie comme la probabilité significative de rencontrer un dommage identifiable tout en étant privé de façon notable des ressources ou habilités pour s'en protéger (Schroeder & Gefenas, 2009). En ce sens, une personne peut être fortement exposée à la pollution de l'air et très limitée dans sa capacité d'agir sur cette situation, notamment en raison de son niveau de revenu.

Le concept de vulnérabilité peut être expliqué selon trois mécanismes sous-jacents (Goupil-Sormany et al., 2023). La **défavorisation** est l'explication la plus fréquemment citée pour comprendre que les personnes en situation de pauvreté auraient un accès plus limité aux ressources essentielles. Le **parcours de vie** contribue à l'accroissement de vulnérabilités dans le cas où l'individu ne rompt pas cette chaîne de facteurs défavorables qui conditionnent son état de santé. Enfin, l'**explication néo-matérialiste** défend l'idée que les conditions structurelles impactent la santé des populations. Cela s'exprime par la mise en place de politiques publiques défavorables à un état de santé optimal comme le refus d'étendre l'interdiction de publicité sur l'alcool et le tabac malgré les recommandations scientifiques (Cour des comptes, 2021).

Face à ces constats, la question des réponses adaptées se pose. La médecine grecque antique posait la théorie de "soigner par son contraire". Ce principe peut être abordé de manière métaphorique pour penser les inégalités de santé environnementale, considérées ici comme des injustices sociales. Ainsi, une politique de justice environnementale (Deguen &

Kihal Talantikite, 2022) fondée sur l'équité et l'universalisme proportionné pourrait corriger ces déséquilibres.

Pour Éric Breton, réduire les ITESS de manière efficace passe nécessairement par l'**universalisme proportionné**. Selon lui, agir exclusivement sur les groupes vulnérables revient à traiter les symptômes des inégalités plutôt que leurs causes profondes. C'est comme poser un pansement sur une blessure sans soigner la cause de la plaie. De même, les mesures strictement universelles, négligent les besoins des plus éloignés. L'universalisme proportionné permet aux bénéfices de se faire ressentir dans toutes les catégories socioprofessionnelles avec des impacts d'autant plus marqués pour les personnes situées aux niveaux les plus bas de la hiérarchie sociale (Breton, 2015).

De plus, la présence de services de soins à proximité ne suffit pas si un individu ne peut s'y rendre. Ainsi, la réduction des ITESS nécessite d'agir structurellement, pas seulement offrir l'accès à un médecin, mais "transformer l'environnement" : qualité du logement, aménagement des espaces publics, accessibilité des transports, etc. pour permettre à tous l'utilisation de ces services pour un capital santé renforcé (Gamel, 2010).

Avoir connaissance de l'articulation entre déterminants de santé, disparités entre groupes de population, vulnérabilité et cumul de risque, permettrait la réduction durable des ITESS.

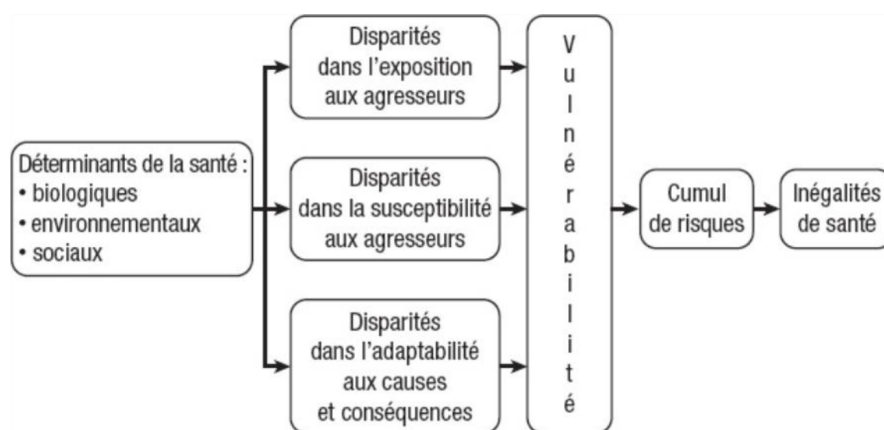


Figure 2 : Schématisation des différents concepts associés à l'étude de la vulnérabilité (Goupil-Sormany et al., 2023)

1.3- La santé environnementale : un levier de transformation sociale

1.3.1- Définition et déterminants de santé

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé environnementale comme “les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures” (OMS, 2018).

Le champ de la santé environnementale est très large et traite de diverses problématiques susceptibles d'impacter la santé humaine, animale et végétale. Ces problématiques incluent la qualité de l'air, de l'eau, des sols mais également le bruit, l'habitat, les risques climatiques ou encore l'alimentation. Le concept d'exposome développé par Wild (2005), illustre cette complexité en désignant l'ensemble des expositions environnementales auxquelles une personne est soumise depuis sa conception à la fin de sa vie. Ces expositions cumulées jouent un rôle important dans l'émergence de maladies multifactorielles telles que les cancers ou les maladies cardiovasculaires (Santé Publique France, 2022). En effet, selon le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), 40 à 50% des cancers pourraient être liés à des facteurs environnementaux évitables (CIRC, 2018).

Comprendre la santé environnementale comme levier de transformation sociale nécessite d'intégrer les DDS. Selon l'OMS, ils représentent les “conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que les forces plus larges qui façonnent les conditions de la vie quotidienne” (OMS, 2008).

L'état de santé d'un individu est déterminé à 70% par ses conditions de vie et les facteurs socio-économiques et environnementaux qui les conditionnent (Lalonde, 1974 ; Whitehead & Dahlgren, 1991). Cette statistique souligne l'importance d'aborder la santé environnementale dans son approche globale intégrant les DDS. Ils peuvent être représentés de manière schématique et conceptuel de diverses manières. Dans ce mémoire, le schéma de Dahlgren et Whitehead (figure 3) a été choisi. Il différencie les DDS selon quatre niveaux d'influence :

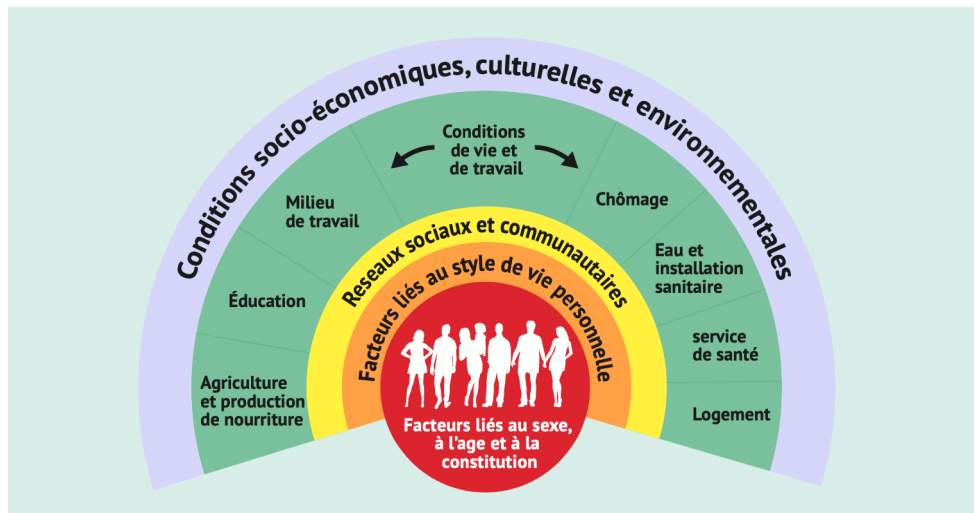


Figure 3 : Modèle des déterminants de la santé (Whitehead et Dahlgren, 1991)

On distingue les **déterminants proximaux** : les facteurs individuels et ceux liés au style de vie, englobant les comportements et les caractéristiques biologiques tels que le sexe ou l'âge (en rouge et orange sur le schéma). Les réseaux sociaux et communautaires représentent les DDS intermédiaires (soutien et intégration social, isolement, etc.) Enfin, les **déterminants distaux**, (en vert et violet sur le schéma) regroupent les facteurs plus généraux : conditions de vie et de travail et les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales (inégalités de revenus, environnement, accès aux ressources, etc.)

Ils agissent respectivement de manière directe et indirecte sur la santé. Ainsi, l'état de santé dépend en grande partie de facteurs non médicaux. Cela rejoint la définition de l'OMS qui considère la santé comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" (OMS, 1948). Il est donc essentiel de diffuser ces informations à un large public pour que chacun puisse adapter son mode de vie et adopter des comportements plus favorables à sa santé.

1.3.2- Promotion de la santé environnementale : Charte d'Ottawa, éducation pour la santé, empowerment

La promotion de la santé est le "processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci" (Charte d'Ottawa, 1986). Ce concept repose sur cinq leviers d'action principaux : l'élaboration de politiques publiques saines, la création d'environnements favorables à la santé, le renforcement d'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Ces différents axes visent à réduire les ISS et entraîner un changement social via

l'empowerment, processus par lequel une personne accroît son pouvoir sur les décisions et les actions qui influent sur sa santé.

L'éducation à la santé est un outil clé pour soutenir cette dynamique. Selon l'OMS, elle a pour objectif de modifier le comportement sanitaire de l'individu, de renforcer les comportements favorables à la santé et d'octroyer le sens des responsabilités collectives et individuelles. Dans les QPV, les freins d'accès à l'information et aux ressources étant nombreux, l'enjeu majeur est de sensibiliser les populations aux questions de santé environnementale afin qu'elles puissent s'approprier ces notions et devenir pleinement actrices de leur santé.

1.3.3- Faible appropriation de la santé environnementale dans les QPV : enjeux et freins

Malgré les nombreux risques environnementaux (insalubrité, pollution, îlots de chaleur, bruit, etc.) caractérisant les QPV, la santé et plus spécifiquement la santé environnementale, sont peu explicitement prises en compte comme levier central dans les contrats de ville. En effet, ils concentrent essentiellement leurs interventions autour du logement, de l'éducation, de l'emploi, de la cohésion sociale, et de la sécurité. Ainsi, plusieurs freins expliquent cette faible appropriation de la santé environnementale dans les QPV :

Premièrement, la faible littératie en santé n'est pas sans conséquences pour ces quartiers. En effet, les habitants des QPV peinent à s'approprier les notions de santé et surtout celle de santé environnementale. Si la majeure partie comprend instinctivement les enjeux autour de la santé et de l'environnement, peu perçoivent le lien qui les unit. Cet accès limité aux informations et connaissances en santé, constitue l'un des principaux freins dans ces quartiers, privant leurs habitants des outils nécessaires pour devenir acteurs de leur santé. L'ignorance des nuisances environnementales favorise la banalisation d'un état de santé dégradé et l'idée erronée que la santé dépend majoritairement du système de soins ou de la génétique, alors que ces facteurs n'en expliquent que 10 à 20% (Réseau Urba 4, 2023).

Ensuite, le facteur économique reste la priorité pour ces populations. La précarité, l'insécurité alimentaire, le chômage et l'insuffisance des ressources financières orientent les préoccupations des habitants vers la satisfaction des besoins de base, reléguant les questions environnementales au second plan. Par ailleurs, l'une des principales barrières à une alimentation saine est de nature économique. Malgré qu'une alimentation déséquilibrée

constitue un facteur de risque sur la santé physique et mentale, beaucoup se tournent vers des produits de moindre qualité, mais plus accessibles financièrement.

Le cloisonnement entre les politiques de santé, d'environnement et d'urbanisme, complique l'adoption d'une vision globale de la santé (ANRU, 2021). Dans son rapport, l'agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU) souligne que la santé reste trop peu intégrée dans les projets d'aménagement urbains des QPV et appelle à sensibiliser les acteurs à cette dimension encore trop délaissée. Ce n'est que depuis la loi Laure (1996) que l'État impose une prise en compte globale de la santé dans les politiques prioritaires et d'aménagement urbain soulignant que santé et urbanisme doivent être complémentaires pour faciliter l'intégration d'un volet sanitaire dans les programmes de santé.

Des initiatives émergent cependant pour encourager le décroisonnement des politiques publiques et intégrer la santé environnementale dans l'aménagement des quartiers prioritaires. En effet, des guides méthodologiques récents, tels que le Guide ISADORA, développé par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et de l'Agence d'urbanisme de Bordeaux (A'Urba), interviennent dans cette perspective (ISADORA, 2020).

Dans la région PACA, le programme régional de santé environnement 4 (PRSE4) encourage également la prise en compte de la santé dans l'aménagement urbain à travers son action 4 "Accompagner l'évolution des pratiques d'aménagement et d'urbanisme pour placer la santé et l'environnement au cœur de la prise de décision" (ARS PACA & DREAL PACA, 2024).

1.4- Le rôle des associations dans la prévention en santé environnementale

1.4.1- Intervention communautaire, médiation sanitaire, santé de proximité

L'état dégradé de l'environnement engendre des impacts avérés sur la santé, une réalité reconnue tant par les professionnels de santé que par les pouvoirs publics et les associations. Ces dernières jouent un rôle important dans la prévention et la promotion de la santé environnementale. Par exemple, l'Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique (APPA) ou l'Association Santé Environnement France (ASEF) s'engagent activement pour informer, sensibiliser et accompagner les populations.

Aux côtés des institutions publiques, les associations constituent des acteurs clés dans l'ancrage de la santé environnementale auprès des communautés locales en intervenant notamment par la médiation en santé et des actions de proximité. Leur objectif est "de faire évoluer le modèle des sociétés occidentales pour que l'homme tienne compte de l'environnement, de ses contraintes et de ses limites." (IREPS Rhône-Alpes, 2024).

La médiation en santé définie par l'article D.1110–5 du Code de la Santé Publique (décret n° 2017–816 du 5 mai 2017), correspond à "la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins.[...]" Ce dispositif est un outil et levier d'action important des associations qui contribuent pleinement à l'amélioration de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention (HAS, 2017).

Les Agence Régionales de Santé (ARS) ont été encouragées à financer des postes de médiateurs en santé dans le but de réduire le non recours aux soins et les inégalités en santé. Le projet CORHESAN, financé par l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur est un exemple emblématique de médiation en santé mené par l'Hôpital Européen et l'association prospective et coopération sur le territoire marseillais (Hôpital Européen, 2020).

Ces initiatives s'inscrivent dans les dynamiques de santé communautaire, permettant aux habitants de s'approprier les questions de santé en participant à la définition des priorités, à la prise de décision, à la conception et l'évaluation des actions. A titre d'exemple, les jardins partagés situés dans le 15e arrondissement de Marseille, s'inscrivent totalement dans cet axe en favorisant la biodiversité urbaine, une alimentation durable et locale tout en contribuant à l'Urbanisme Favorable à la Santé (UFS) (Ville de Marseille, s.d).

Les actions de proximité en santé environnementale visent à prévenir les risques liés à l'environnement et à améliorer la santé des populations via des interventions locales en s'inscrivant dans des PRSE. Au niveau communal ou intercommunal, les contrats locaux de santé (CLS) et les Ateliers Santé Ville (ASV) permettent de créer une dynamique au sein des territoires en organisant des échanges entre les collectivités, les professionnels de santé et les populations. Par exemple, le CLS de Marseille développe des actions ciblées de sensibilisation à la qualité de l'air, à la réduction des déchets et à la nutrition durable (Ville de Marseille, 2023).

A l'échelle nationale, les Plans Nationaux Santé Environnement (PNSE) contribuent à "mieux informer et protéger les populations, à réduire les expositions et les risques sanitaires

associés, et à mieux connaître les liens entre santé et environnement grâce à la recherche” (ANCT, 2022). Ces plans offrent un cadre et un soutien nécessaire aux initiatives locales.

Ainsi, en s'appuyant sur des données et ressources institutionnelles, les associations interviennent sur le terrain pour faire émerger de nouveaux comportements et créer des conditions favorables à la santé et à l'environnement.

1.4.2- Présentation de l'association Banlieues Santé et du public accompagné

L'association Banlieues Santé, fondée en 2018 par les infirmiers Abdellaoui El Badaoui et Yassine Ennomany, est une organisation à but non lucratif qui lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Elle intervient principalement dans les QPV de Marseille et d'Île-de-France en soutenant des actions concrètes de terrain.

L'association a vu le jour à partir de distributions de colis alimentaires et de kits d'hygiène dans les quartiers prioritaires, témoignant d'un engagement de proximité envers les populations marginalisées. Banlieues Santé se constitue de trois pôles complémentaires : la solidarité, la santé, et les femmes, chacun ayant ses missions, partenaires et bénéficiaires spécifiques.

Le pôle solidarité a pour objectif majeur de créer un lien de confiance entre les habitants, les partenaires locaux et l'association. Cette hyper-proximité permet de déployer des programmes d'accès aux soins et d'améliorer concrètement les conditions de vie dans les QPV. Par exemple, le “Café des Biens-Aînés” destiné aux “Chibanis” (anciens travailleurs migrants résidant en foyers sociaux) favorise leur inclusion sociale et leur bien-être.

Le pôle santé sensibilise les habitants aux enjeux sanitaires, les informe sur leurs droits, les oriente vers des établissements de santé spécialisés, les accompagne dans le but qu'ils se saisissent de leur droit en santé et en deviennent acteurs.

Un dernier pôle est dédié aux femmes des QPV face à l'ampleur des difficultés qu'elles rencontrent au quotidien, en développant des programmes pour renforcer leurs connaissances en santé publique et leur autonomie. L'un de ses dispositifs phares forme des « Ambassadrices Santé », chargées de sensibiliser leur entourage. Leur consacrer un pôle c'est reconnaître leur rôle incontournable au sein des foyers. Elles assurent l'organisation

des rendez-vous médicaux, la gestion des repas, l'entretien du logement, l'éducation des enfants... Elles sont donc au cœur des dynamiques de santé familiale.

Plusieurs "Café des Femmes" sont implantés dans les QPV : à Plaisir (78, Île-de-France) et au Plan d'Aou (15e arrondissement de Marseille). Ces espaces offrent aux femmes un lieu de parole et de solidarité, favorisant leur bien-être social, mental et physique. C'est en élevant la qualité de vie des femmes dans les QPV, que Banlieues Santé contribue à améliorer leur santé.

1.4.3- Présentation de la formation "Ambassadrices Santé"

Le programme "Ambassadrices Santé" est un dispositif de formation communautaire qui vise à renforcer les connaissances sanitaires des femmes vivant en QPV. Le programme agit directement contre le renoncement aux soins, en renforçant la littératie en santé et des pratiques d'empowerment féminin.

La formation s'organise en deux volets complémentaires, d'une durée de quatre mois chacun. Une première partie théorique sous forme de vidéos pédagogiques portant sur des thématiques variées : alimentation, sport, parentalité, fièvre du jeune enfant, santé sexuelle, don du sang et danger du numérique. Et une seconde partie pratique, via 4h d'ateliers hebdomadaires animés par des spécialistes permettant aux femmes d'adopter concrètement des gestes favorables à la santé. L'objectif est aussi de favoriser l'insertion professionnelle : à l'issue de la formation, les Ambassadrices Santé pourront animer des actions de préventions rémunérées auprès d'un large public.

Ce type d'initiative contribue à changer le regard sur les QPV, en valorisant les dynamiques locales et citoyennes. Michèle Rubirola, première adjointe au maire de Marseille, déclarait lors du premier Village Santé des Rosiers (14e arrondissement) les 23 et 24 avril 2025 : *"C'est aussi sortir de la stigmatisation, comme quoi aux Rosiers, il n'y a que des dealers, que des mauvaises choses qui s'y passent."*

Dans cette dynamique, Banlieues Santé, en partenariat avec la ville de Marseille, a mis en place un module Santé Environnementale, intégré à la formation des Ambassadrices Santé. Conçu en accord avec les priorités du PRSE 4 de la région PACA, ce module aborde des thématiques essentielles, telles que la pollution de l'air intérieur pour sensibiliser les participantes aux sources de pollution dans leur propre foyer; les insectes à risque

(moustique tigre, punaises de lit...) afin d'apprendre à les reconnaître et à s'en protéger; les perturbateurs endocriniens, pour limiter leur exposition; enfin, la canicule et les îlots de chaleur, pour mieux comprendre les risques associés à ces phénomènes. Tous ces sujets sont abordés avec une attention particulière pour les publics vulnérables, notamment les femmes enceintes, les enfants et les personnes âgées. Pour ce module, cinq vidéos ont été créées; elles seront accessibles aux Ambassadrices à partir de septembre 2025. Ce visionnage à domicile constitue un travail personnel : chacune dispose de quatre mois pour regarder l'ensemble des vidéos à son rythme.

2. Problématique et objectifs

Territoires cumulant les difficultés et les inégalités, les QPV sont considérés comme des lieux d'isolement sanitaire et social. Leur population, souvent marquée par la précarité, la diversité culturelle et un accès limité aux ressources, se retrouvent éloignée du système de santé du fait de barrières financières, culturelles et linguistiques (Santé publique France, 2023 ; ONPV, 2021). Dans ce contexte, la faible littératie en santé, la méconnaissance des droits et la tendance à consulter un professionnel de santé lors de problèmes graves contribuent au maintien des inégalités territoriales et sociales de santé.

Au sein de ces quartiers, les femmes subissent une triple vulnérabilité : sociale, économique et environnementale, renforçant leur exposition aux risques. Néanmoins, malgré ces défis, la forte solidarité entre habitants et le tissu associatif dynamique de ces quartiers, permettent l'émergence d'actions communautaires et une déstigmatisation de ces territoires. Selon une étude du Crédoc pour l'ONPV, "environ un français sur deux estime que les quartiers "sensibles" se distinguent par une forte solidarité entre les habitants, par un tissu associatif dense et dynamique ou par la force d'une jeunesse méritante" (Crédoc, 2018, cité par ONPV).

L'enjeu est donc d'intervenir là où les inégalités de santé sont les plus marquées, afin de permettre à ces populations, et notamment aux femmes, de s'approprier les enjeux de santé environnementale, d'accéder à leurs droits et de bénéficier d'outils adaptés pour améliorer leur bien-être.

Ainsi, ce mémoire **vise à analyser les enjeux environnementaux spécifiques impactant la santé des femmes vivant dans les QPV et explore comment une formation en santé environnementale pourrait répondre à leurs besoins spécifiques.**

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

- i. Analyser les principaux enjeux environnementaux qui influencent la santé des femmes dans les QPV du 3^{ème} arrondissement de Marseille
- ii. Explorer les leviers d'engagement et d'autonomisation des femmes des QPV face aux enjeux de santé environnementale
- iii. Comprendre les besoins exprimés et les attentes des femmes face aux problématiques de santé environnementales vécues dans leurs quartiers
- iv. Concevoir des messages de santé environnementale adaptés aux besoins des femmes des QPV, au vu d'une diffusion future.

3. Méthodologie

3.1- Cadrage de la démarche

3.1.1- Justification du sujet et du choix du territoire

Comme présenté auparavant, l'association Banlieues Santé fait de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé son principal combat. L'objectif de mon stage était ainsi la conception d'un module de formation sur la santé environnementale, destiné aux femmes des QPV de Marseille et d'Île-de-France. Ce choix de public s'explique d'une part par l'intégration de cette action au sein du pôle Femmes de l'association et d'autre part, comme souligné en partie 1.1.4, parce que les femmes occupent un rôle central de relais et de transmission des comportements favorables à la santé au sein des foyers.

Le choix du terrain d'étude s'est naturellement centré sur Marseille, en cohérence avec mon lieu de stage, facilitant ainsi la récolte des données, les échanges avec les habitants et la confrontation entre littérature scientifique et réalités vécues. Ce mémoire se divise en deux grands axes : d'une part, un diagnostic territorial du 3^{ème} arrondissement de Marseille afin de cerner les enjeux de santé environnementale spécifiques, d'autre part, l'évaluation du nouveau module auprès des femmes issues des QPV de Marseille et d'Île-de-France, pour mieux comprendre leurs besoins, attentes et les leviers d'action pertinents face aux problématiques de santé environnementales auxquelles elles sont confrontées.

3.1.2- Contexte territorial : le 3^{ème} arrondissement de Marseille

Initialement, je souhaitais concentrer le diagnostic sur le quartier des Rosiers (14e), souvent oublié et confronté à des vulnérabilités multiples, cependant, le manque de données et de communication disponibles sur ce secteur ne le permettait pas. Mon attention s'est alors portée sur la Belle de Mai (3^{ème}), où j'ai pu suivre pendant plusieurs mois les futures Ambassadrices Santé. Face à des obstacles similaires liés à l'insuffisance de données exploitables, j'ai finalement élargi l'étude à l'échelle du 3^{ème} arrondissement dans son ensemble, qui dispose d'un volume d'informations plus riche.

Le 3^{ème} arrondissement de Marseille composé des quartiers de la Belle de mai, la Villette, Saint-Mauront et Saint-Lazare, se distingue par un taux de pauvreté particulièrement élevé : 53,5%, ce qui en fait le plus pauvre de France métropolitaine et l'un des plus défavorisés d'Europe (SIG, 2024). Ce contexte socio-économique est une des sources des inégalités de santé et des multiples vulnérabilités auxquelles les habitants sont confrontés, faisant de ce territoire un choix pertinent et stratégique pour réaliser un diagnostic.

3.2- Méthodes et outils de collecte et d'analyse de données

3.2.1- Diagnostic territorial : état des lieux

En amont de la mise en place d'un projet en santé environnementale, il est essentiel de réaliser un état des lieux du territoire. Il permet de fixer les priorités d'action adaptées aux besoins locaux. Pour réaliser ce diagnostic territorial, trois méthodes complémentaires ont été mobilisées :

- **Une observation de terrain**

L'observation de terrain permet de mettre en évidence les éléments souvent invisibles mais essentiels pour comprendre les habitudes, le cadre de vie et les difficultés rencontrées par les populations dans leur vie quotidienne. Cette phase a permis de collecter des données variées : visuelles (photographies, vidéos), cartographiques (schéma, plans) et qualitatives (notes d'observations, ressentis, etc.). Pour cette étape, je me suis aidé de l'outil "**Ambiansanté**" développé par le bureau d'étude Novascopia en 2016 (Annexe 1).

- **Une enquête qualitative**

Onze entretiens semi-directifs ont été menés auprès des Ambassadrices Santé du groupe de la Belle de Mai, réalisés à partir d'une grille d'entretien adaptée et spécifique au groupe (Annexe 2). Ces entretiens ont enrichi le diagnostic territorial en apportant leurs perceptions

sur la vie de quartier, l'accessibilité à l'offre de soins et les enjeux liés à la santé environnementale.

- **Un diagnostic local**

Pour collecter, structurer et croiser les données, plusieurs sources ont été exploitées. Les données sociodémographiques et environnementales ont été principalement extraites de l'INSEE, Filosofi, les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), et de Sirsé. Les données de santé ont quant à elles été rassemblées via Scoresanté, Cartosanté et les ORS. Ces données ont été comparées à l'échelle de la ville de Marseille pour souligner les spécificités locales par rapport à la moyenne urbaine. Cette démarche permet aussi de renforcer la représentativité statistique et limiter les biais liés à une échelle trop réduite.

3.2.2- Evaluation de la pertinence du module de santé environnementale

Le choix s'est porté sur une évaluation de la pertinence plutôt que sur une analyse de l'efficacité, en raison du fait que la diffusion du module n'est prévue qu'en septembre 2025 et que ses effets ainsi que ses impacts restent à ce jour encore méconnus. Ainsi, ce registre se concentre sur l'adéquation entre les objectifs du module et les besoins identifiés des femmes. Les objectifs du module ont été relevés puis regroupés dans un arbre des objectifs (Annexe 3). Pour chacun, un ou plusieurs critères d'évaluation ont été définis, accompagnés d'indicateurs permettant de mesurer ces critères. Tous ces éléments constituent le référentiel d'évaluation (Annexe 4). En parallèle, une enquête quantitative a été menée via un questionnaire élaboré sur Google Forms. Celui-ci a été diffusé auprès de l'ensemble des groupes de femmes suivant la formation d'Ambassadrice Santé en Île-de-France et à Marseille, soit un total de douze groupes (neuf en Île-de-France et trois à Marseille).

Cette démarche permet de croiser les données issues du diagnostic, des entretiens et du questionnaire pour évaluer la pertinence des objectifs du module, identifier les éventuels écarts et proposer des recommandations pour renforcer sa capacité à répondre aux besoins des femmes concernées.

4. Résultats

4.1- Diagnostic du territoire et des conditions de vie des femmes dans le 3^{ème} arrondissement de Marseille

En santé environnementale, un diagnostic territorial consiste à dresser un portrait global d'un territoire à partir de données sociodémographiques, environnementales et sanitaires de la population. Il constitue un outil d'aide à la décision notamment pour les élus et les acteurs de terrain, souvent intégré à une démarche plus large de développement de projet (ORS PACA, 2019). Dans ce mémoire, le diagnostic territorial porte sur la santé environnementale dans le 3^{ème} arrondissement de Marseille.

4.1.1- Approche quantitative

4.1.1.1- Données sociodémographiques

A- Caractéristiques de la population

Le 3^{ème} arrondissement connaît une croissance de la population bien plus rapide que la moyenne marseillaise : entre 2010 et 2022, sa population est passée de 45 000 à 55 653 habitants, avec un taux annuel moyen de + 1,8% (contre 0,2% pour la ville de Marseille). Près de 95% de ses habitants résident en QPV (Sirsé, 2021; INSEE, 2018). Avec une densité très élevée : 21 400 habitants/km², le troisième arrondissement est l'un des quartiers les plus peuplés de Marseille.

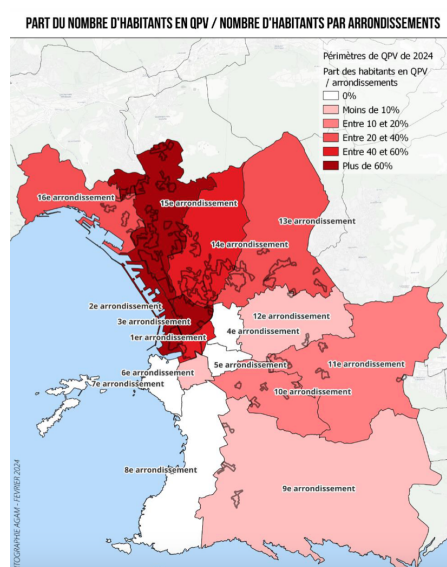


Figure 4 : Cartographie représentant le nombre d'habitants en QPV et par arrondissement (Agence d'urbanisme de l'agglomération marseillaise (AGAM), 2024)

La scolarisation, obligatoire jusqu'à 16 ans, dépasse les 95 % chez les 6-16 ans dans le 3^{ème} arrondissement. En revanche, elle est relativement faible chez les enfants de 2 à 5 ans, avec seulement 73,7 % inscrits en maternelle, ce qui peut traduire un besoin d'améliorer l'accès à la petite enfance. Chez les 18-24 ans, seuls 59,7 % poursuivent des études, avec notamment un écart entre les femmes (64,4 %) et les hommes (55,6 %). suggérant un décrochage plus marqué de ces derniers lors de la transition vers l'enseignement supérieur ou la formation professionnelle.

Par ailleurs, le niveau de formation est également un indicateur de fragilité : 42 % des habitants du troisième arrondissement ne possèdent aucun diplôme, contre 28,7% à l'échelle de Marseille (INSEE, 2021). Ce déficit de qualification est étroitement lié à une probabilité accrue de chômage, de précarité économique et d'exclusion sociale. De plus, un faible niveau d'instruction limite souvent l'accès à l'information préventive et réduit l'autonomie dans la gestion de santé.

La population est également marquée par une forte proportion de personnes vulnérables (enfants, personnes âgées isolées, populations migrantes). Plus de la moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus vivent seules (INSEE, 2021).

De même, les structures familiales reflètent cette vulnérabilité : 39 % des familles sont monoparentales, dont 26 % sont composées d'une femme seule avec enfant(s). Entre 2011 et 2022, le nombre total de familles a augmenté de 25 %. Les familles ayant 1 ou 2 enfants demeurent majoritaires, mais leur proportion diminue légèrement, ce qui reflète une diversification des structures familiales et une baisse progressive de la natalité.

B- Le cadre et le mode de vie (logements, équipements et services)

Le 3^{ème} arrondissement se caractérise par une forte concentration de logements sociaux : si Marseille compte près de 65 127 résidences principales en habitation à loyer modéré (HLM) en 2021, le 3^{ème} en accueille 4514 et cela représente 44 % de son parc résidentiel contre 22 % à l'échelle municipale (Ville de Marseille, 2024). Le logement dit très social, marqueur de grande précarité et levier d'accès au logement pour les ménages aux ressources très faibles ou en situation d'exclusion, est particulièrement présent dans le quartier de la Belle de Mai, soulignant la concentration de la précarité sur ce territoire (figure 5).

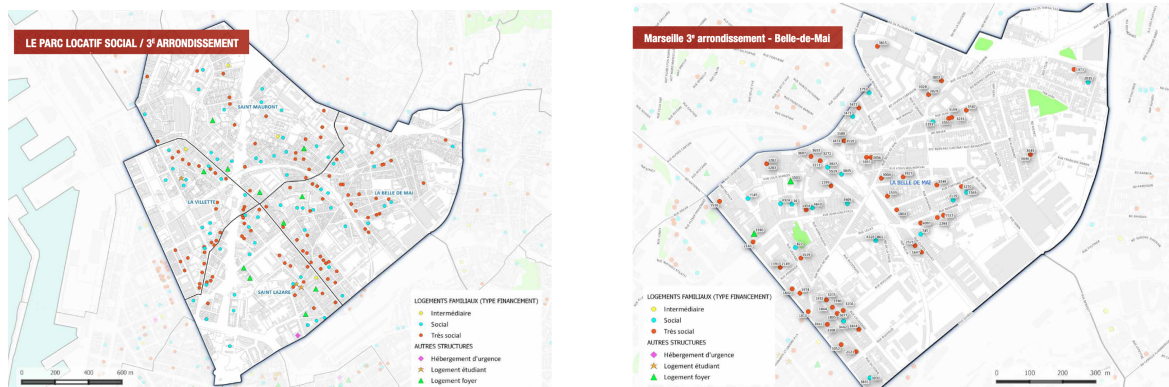


Figure 5 : Parc locatif social du troisième arrondissement et quartier de la Belle et de Mai (AGAM, 2017)

Par ailleurs, 95% des logements du 3^{ème} sont des appartements (INSEE, 2022) avec une moyenne de 2,6 pièces par appartement, suggérant une forte densité du quartier, un habitat ancien et peu adapté aux familles nombreuses. Un élément préoccupant : près de 36 % des logements privés sont considérés comme potentiellement indignes (catégorie cadastrale 6,7 ou 8, occupés par des ménages à très faible revenu), contre 12,7 % sur l'ensemble de la ville de Marseille, et environ 6 % au niveau national (DGFIP (enquête FILOCOM) - INSEE, 2017).

Au niveau des équipements et des services, le secteur concentre en majorité des supérettes, des épiceries et des boulangeries-pâtisseries, témoignant d'une offre alimentaire de proximité mais peu diversifiée. L'accès à la santé est assuré par 76 médecins généralistes, 36 chirurgiens-dentistes, 41 infirmiers, 53 masseurs-kinésithérapeute, 4 sages-femmes, 20 pharmacies et 6 psychologues, soit une densité correcte mais variable selon la spécialité (INSEE, 2024). L'offre culturelle et éducationnelle reste limitée, 28 écoles, 5 collèges, un lycée général et un lycée professionnel, cependant aucune bibliothèque n'est présente sur le territoire, ce qui contraint les élèves et étudiants à se déplacer pour trouver un espace de travail adapté. L'offre sportive est insuffisante dans les QPV de Marseille : seulement un équipement pour 1672 habitants en QPV contre un pour 1070 en zone hors QPV, signe d'une inégalité d'accès aux installations (Ville de Marseille, 2024).

La mobilité reflète également des disparités : 45,2 % des habitants du 3^{ème} arrondissement ont recours aux transports en commun, contre 35,3 % optant pour un véhicule personnel. Ce mode de déplacement est en lien avec un moindre accès au permis de conduire parmi les habitants des QPV (65 % contre 81 % hors QPV), et particulièrement chez les femmes, seulement 44 % des femmes habitant en QPV possèdent le permis de conduire contre 70 % des femmes hors QPV (Ville de Marseille, 2024).

C- La situation socio-économique (catégorie socio-professionnelle, chômage, précarité)

Le profil socio-professionnel du 3^{ème} arrondissement de Marseille illustre un territoire marqué par une forte précarité et des inégalités socio-économiques bien ancrées.

I. Répartition des catégories socio-professionnelles

La majorité de la population est employée, avec 35% dans le 3^{ème} arrondissement contre 30 % à l'échelle de Marseille. Les ouvriers représentent 29,7% et les professionnels intermédiaires, 18,1% de la population du 3^{ème}, suggérant une forte présence ouvrière locale malgré que dans la ville globale, les professionnels intermédiaires soient plus nombreux que les ouvriers. Par ailleurs, la part des cadres est deux fois plus élevée à Marseille qu'au sein du 3^{ème} arrondissement, témoignant des disparités socio-économiques ancrées depuis plus de 10 ans avec une concentration moindre des emplois qualifiés dans cet arrondissement (SIRSé PACA, 2021).

II. Précarité économique

Le taux de chômage dans le 3^{ème} arrondissement est particulièrement élevé, atteignant environ 22,5% chez les femmes et 18,8% chez les hommes, contre 14,7% en moyenne à Marseille (INSEE, 2021). Historiquement, ces écarts étaient encore plus marqués, avec un taux de chômage de 30,5 % pour les femmes et 28,9% pour les hommes en 2010 dans le 3e, contre environ 17 % pour les deux genres à l'échelle de Marseille (INSEE, 2010).

La précarité est également soulignée par les revenus des habitants du troisième arrondissement, où 26,1 % des ressources proviennent des aides sociales (aides au logements, RSA, etc.) un niveau près de trois fois la moyenne nationale. De plus, 50% des habitants des QPV marseillais vivent sous le seuil de pauvreté contre 25% à l'échelle de la ville (Ville de Marseille, 2024), traduisant une situation socio-économique fragilisée et une dépendance aux dispositifs sociaux. Le taux d'emploi y reste faible (42,9 %) ce qui concorde avec la part significative des revenus liés aux aides sociales.

4.1.1.2- Données de santé et accès aux soins

I. État de santé et mortalité

La mortalité liée aux maladies respiratoires et aux cancers est supérieure à la moyenne municipale, tout comme la mortalité prématurée (avant 65 ans), beaucoup plus élevée que la moyenne régionale. Ces écarts reflètent l'impact des inégalités sociales, des conditions environnementales défavorables et des problématiques de santé publique (SIRSé PACA, 2018-2022).

En raison de la précarité accrue, les femmes, en particulier celles en situation de monoparentalité, présentent des taux plus élevés de dépression et de maladies psychosomatiques. Les chiffres montrent aussi une prévalence plus forte de diabète traité : 7,7% dans le 3^{ème} arrondissement contre 6,6% à Marseille et celui de l'hypertension atteint 22 %, contre 15 % au niveau national (CPTS Marseille 2-3, 2021).

II. Santé des enfants et prévention

Concernant la santé des enfants, environ 20% présentent un surpoids ou une obésité et 15% présentent des troubles respiratoires ou de l'asthme (CoDEPS 13, 2013).

La participation aux actions de dépistage de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), de vaccination ou de prévention à destination des enfants recueille habituellement un faible taux de participation dans le QPV (CPTS Marseille 2-3, 2021).

III. Accès aux soins et offre médicale

Depuis 2021, le nombre de médecins généralistes a augmenté pour atteindre 14,3 médecins pour 10 000 habitants du troisième arrondissement en 2024 (SIRSé PACA, 2024). Malgré cette dynamique positive, il reste l'un des arrondissements les moins bien dotés de la ville avec un déficit davantage marqué pour les spécialistes : 59 spécialistes pour 100 000 habitants contre 204 à l'échelle municipale, ce qui contribue aux difficultés d'accès aux soins, notamment pour les plus exposés aux freins géographiques, sociaux et médicaux (ARS PACA, 2023).

Toutefois, en 2023, 94,3 % des habitants du 3^{ème} ont eu au moins une consultation de généraliste remboursée dans l'année (contre 88,2 % à Marseille). Ce taux plus élevé qu'ailleurs peut indiquer soit un meilleur recours aux soins de premier niveau, soit une plus forte demande en raison d'un état de santé global plus fragile (SIRSé PACA, 2023).

IV. Offre hospitalière

L'offre de soins hospitaliers s'est globalement améliorée depuis l'ouverture de l'Hôpital Européen en 2013. Cependant, la demande élevée et la saturation du plateau technique offert par l'hôpital génère de longs délais pour l'obtention de rendez-vous causant des abandons de soins. Les freins restent particulièrement importants pour les femmes en situation de précarité dont beaucoup sont bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME) ou de la complémentaire santé solidaire (CSS).

4.1.1.3- Enjeux environnementaux locaux

I. Espaces verts et qualité de vie

L'arrondissement souffre d'un manque d'espaces verts de proximité, avec seulement 1m² d'espaces verts accessibles à moins de 300 mètres pour les habitants du centre-ville contre 118 m² à l'échelle de la ville (Ville de Marseille, 2024). Ce déficit en espaces verts contribue davantage à une vulnérabilité accrue face aux épisodes de canicule en plus des autres conséquences sur la santé des habitants.

Pour pallier cette situation, plusieurs projets ont été engagés comme le parc urbain de Bougainville, inauguré en février 2024. Il s'étend sur 4 hectares et est équipé d'aires de jeux pour enfants, d'agrès sportifs, de terrains de sport, de tables de ping-pong et d'autres dispositifs permettant aux habitants d'améliorer leur qualité de vie au sein des quartiers. Le parc de la Porte d'Aix, ouvert depuis juillet 2022, offre un autre espace vert végétalisé rappelant les calanques. Ces différents espaces favorisent la fraîcheur dans un arrondissement à forte densité.

II. Qualité de l'air et de l'eau

Selon AtmoSud, la qualité de l'air sur Marseille s'améliore depuis une vingtaine d'années grâce aux progrès technologiques des secteurs des transports, des industries, de l'énergie et des aménagements urbains, plus protecteurs. Cependant, la population est toujours exposée à une pollution de l'air de façon chronique dont les effets sur la santé se multiplient (AtmoSud, 2022).

La totalité de la population de Marseille est exposée à des concentrations de particules fines (PM_{2,5}), supérieures à la ligne directrice (LD) établie par l'OMS. De plus, une large majorité dépasse également les seuils recommandés pour les oxydes d'azote et les particules PM₁₀,

fixés respectivement à 40 µg/m³ et 20 µg/m³ en moyenne annuelle. Ainsi les principales sources de ces polluants sont les transports routiers et maritimes ainsi que les industries locales (AtmoSud, 2022).

Conformément aux directives européennes et à la réglementation nationale, les grandes agglomérations comme Marseille doivent être équipées d'un dispositif permanent de surveillance de la qualité de l'air dont le dimensionnement est défini par le laboratoire central de surveillance de la qualité de l'air (LCSQA) en fonction de critères réglementaires (LCSQA, 2021). En 2025, Atmosud dispose d'environ 9-10 stations fixes dont sept en zone urbaine et au moins deux stations portuaires. Aucune station n'est implantée dans le 3^{ème} arrondissement, cependant la station "Marseille-Lonchamp", limitrophe à ce secteur fournit des données sur plusieurs polluants (PM_{2,5}, NO₂ et d'autres).

Marseille bénéficie d'une bonne qualité de l'eau potable du point de vue bactériologique, ce qui n'est pas forcément le cas dans toute la région PACA. En effet, sur la période 2018-2022, sur 16 unités de distribution d'eau potable (UDI) analysées à Marseille, 100 % présentent un taux de conformité compris entre 95 et 100 % pour les paramètres E.Coli et Entérocoques, ce qui illustre une qualité bactériologique excellente de l'eau potable (SIRSé PACA, 2018-2022). De plus, l'eau potable à Marseille a une teneur moyenne en nitrates inférieure à 25 mg/L soit largement en dessous de la norme européenne de 50 mg/L. Toutes les UDI de Marseille sont également 100 % conformes aux normes de qualité concernant les pesticides. Ce constat est encourageant pour la santé environnementale, notamment dans les quartiers les plus vulnérables.

III. Risques naturels et pollution sonore

Marseille est sujette à plusieurs risques naturels, liés notamment à sa situation géographique et à la convergence des milieux marin, montagnard et forestier. Parmi ceux-ci figurent les incendies de forêt, les inondations, les mouvements de terrain et les séismes (SIRSé PACA, 2024).

Selon l'OMS, le bruit représente le deuxième facteur environnemental provoquant le plus de dommages sanitaires en Europe, derrière la pollution atmosphérique. Face à ces risques, la Métropole Aix-Marseille-Provence a mis en place des cartes de bruit stratégique sur l'intégralité du territoire qui prennent en considération quatre sources : le bruit routier, ferré, industriel et aérien. L'institution met aussi en œuvre un Plan de Prévention du Bruit dans

l'Environnement (PPBE) afin de réduire la pollution sonore, améliorer la qualité de vie et protéger la santé des habitants.

Les résultats montrent que 35 % de la population de la métropole vit en zone “calme”, où les niveaux de bruit ne dépassent pas en moyenne 55 décibels (dB). À l'inverse, 13 % des habitants, sont exposés à des niveaux sonores dépassant le seuil de gêne fixé à 65 dB et 5 % subit des valeurs supérieures aux limites réglementaires.

La carte du bruit routier sur 24h dans le 3^{ème} arrondissement de Marseille (figure 6) met en évidence une forte exposition sonore liée à la circulation. L'autoroute A7 et les grandes avenues (boulevard Plombières, avenue Alexandre Fleming) sont des zones où les niveaux sonores dépassent régulièrement les 65 à 70 dB. Cette observation confirme que le bruit routier constitue une contrainte majeure dans l'arrondissement, notamment pour les habitants proches des infrastructures.

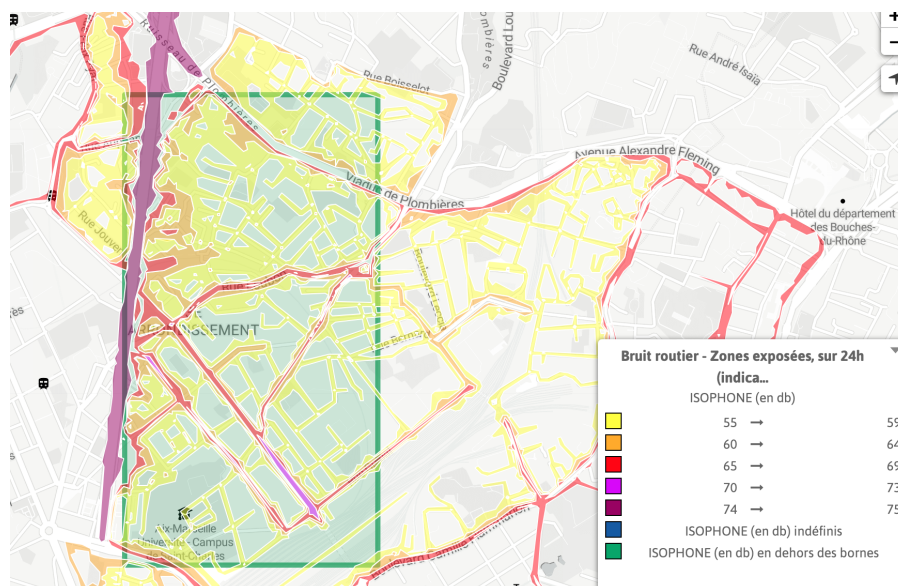


Figure 6 : Carte bruit routier sur 24h (Indice Lden) dans le troisième arrondissement de Marseille (Métropole Aix-Marseille-Provence, 2025)

IV. Propreté et cadre de vie

L'entretien des espaces publics au sein du 3^{ème} arrondissement génère des insatisfactions de la part des habitants : le manque d'hygiène des rues, l'insalubrité de certains bâtiments et la mauvaise gestion des déchets laissent une impression d'abandon du quartier.

Ce contexte constitue un enjeu majeur de santé environnementale, comme en témoigne un habitant dans un commentaire en ligne qui dénonce “*Les rues sont dans un état... lamentable : déchets, ordures, rats, immeubles à l'abandon.*” (Bien dans ma ville, 2024).

4.1.2 Approche qualitative

4.1.2.1- Observations de terrain

À partir de la grille Ambiansanté (Annexe 1), un “diagnostic en marchant” a été réalisé dans le 3^{ème} arrondissement de Marseille, et plus particulièrement dans le quartier de la Belle de Mai, dans le but d’acquérir une connaissance concrète des réalités du terrain. Cette approche permet ainsi de mettre en évidence les nuisances affectant la santé du quartier.

Les principales problématiques relevées concernent notamment la gêne liée au bruit et aux odeurs, influencée par le trafic, la proximité de la gare Saint-Charles et la multiplication des travaux. L’état de propreté des rues est marqué par la présence de déchets, de rats et de diverses déjections animales non ramassées, d’urine et de mégots. Les bâtiments résidentiels apparaissent souvent peu accueillants, et le paysage urbain est principalement composé de supérettes, de bars-tabac et de cafés fréquentés surtout par une population masculine ou âgée.

Le quartier se distingue néanmoins par une organisation qui facilite la circulation et l’orientation. L’accessibilité pour les personnes à mobilité réduite reste cependant limitée, en raison du manque de rampes et de nombreux obstacles sur les trottoirs, sauf aux abords de la gare. Les déplacements à vélo sont fréquents et de nombreux parkings à vélos sont disponibles, mais aucune piste cyclable ni voie réservée aux bus n’a été relevée. De plus, le sentiment de sécurité dans le quartier y est faible, et il n’est globalement pas recommandé de s’y déplacer seul(e) la nuit.

4.2- Evaluation de la pertinence du module de formation en santé environnementale

Le diagnostic territorial du 3^{ème} arrondissement a mis en évidence de fortes fragilités socio-économiques, sanitaires et environnementales, particulièrement chez les femmes. Dans ce contexte, le module de formation pourrait être une réponse potentielle aux besoins identifiés.

L’objectif principal de l’évaluation est de mesurer à la fois les écarts et les concordances entre, d’une part, les objectifs du module définis par ses concepteurs sur la base de suppositions subjectives quant aux thématiques susceptibles d’intéresser les femmes, et,

d'autre part, les besoins réels du terrain identifiés via le diagnostic territorial, les entretiens qualitatifs et le questionnaire.

4.2.1- Présentation du module de santé environnementale

Ce module s'inscrit dans un projet plus large de formation et de prévention de santé dont l'objectif global est d'améliorer les connaissances en santé environnementale et de promouvoir des comportements favorables chez les femmes résidant dans les QPV de Marseille et d'IDF. Le programme aborde les principaux déterminants de santé : individuels, physiques, sociaux, économiques, environnementaux, liés au cadre de vie.

Le module a été co-construit avec un groupe de cinq Ambassadrices Santé. Elles ont suivi une formation de plusieurs jours pour s'approprier les concepts et le contenu du module dans le but de pouvoir en expliquer les fondements au travers de cinq vidéos pédagogiques. Pour rappel, le module porte sur la qualité de l'air intérieur, les insectes à risque, la canicule et les perturbateurs endocriniens. Ces cinq Ambassadrices ont ainsi été formées pour enseigner aux autres participantes de la formation. Cette démarche, caractérisée par un langage vulgarisé et un format participatif, est habituellement adoptée par l'équipe de Banlieues Santé.

Ce module complète d'autres thèmes abordés au sein de la formation Ambassadrices Santé comme le sport, les dangers liés aux écrans ou encore l'alimentation, permettant ainsi une approche globale de la santé adaptée aux besoins spécifiques des populations cibles dans les QPV.

4.2.2- Une démarche méthodique

4.2.2.1- Registre et question évaluative

L'objet de l'évaluation d'un programme ou d'une politique publique est d'apprécier la valeur de l'action publique pour améliorer ce projet (Moyal et Dugué, 2023). Selon l'objectif et le contexte, différents registres d'évaluations peuvent être mobilisés (Figure 7). Le choix du registre approprié dépend des questions évaluatives et des données disponibles.

Comme expliqué dans la partie 3.2.2, l'évaluation porte sur la pertinence du projet dans le but de répondre à la question suivante : **Dans quelle mesure les objectifs du module de**

santé environnementale sont-ils en adéquation avec les besoins des femmes du territoire ?

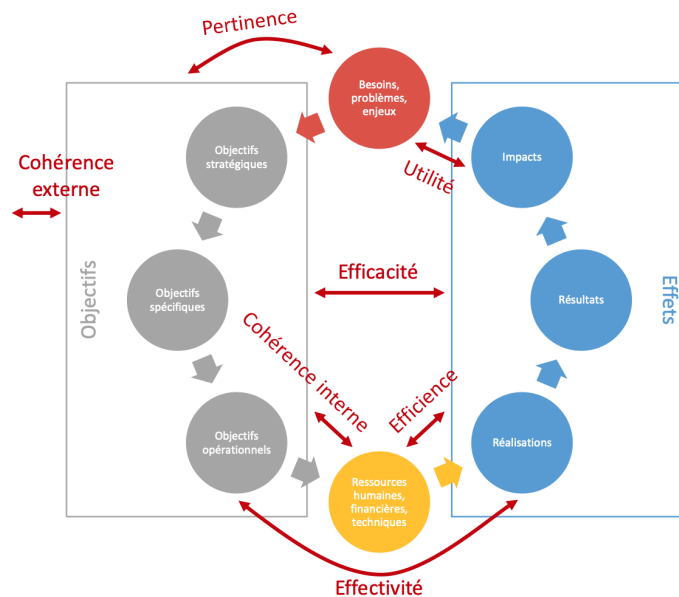


Figure 7 : Schéma théorique des registres d'évaluation d'une politique publique (EHESP, M2 METEORE, Moyal & Dugué, 2025)

4.2.2.2- Outils de cadrage de l'évaluation

A- L'arbre des objectifs

L'arbre des objectifs (Annexe 3) est nécessaire pour formuler et hiérarchiser les objectifs de l'intervention. Il distingue les objectifs stratégiques (finalités globales du projet), les objectifs spécifiques (déclinaison des finalités) et les objectifs opérationnels (plus concrets et mesurables). Ainsi, ces objectifs vont être confrontés à la réalité du terrain à partir d'une analyse croisée entre diagnostic territorial, données qualitatives (entretiens) et données quantitatives (questionnaire).

B- Le référentiel d'évaluation

Le référentiel d'évaluation (Annexe 4) inclut la question évaluative, les critères de jugement (éléments d'appréciation mobilisés pour y répondre), les indicateurs (documente le critère de jugement) et la méthode employée de recueil des données. Cette démarche a servi de fil conducteur pour structurer et analyser les résultats.

Pour chaque catégorie d'objectifs, un ou plusieurs critères de jugement ont été définis, accompagnés d'indicateurs et des sources de données associées. Un extrait du référentiel d'évaluation, présenté ci-dessous, illustre cette structuration.

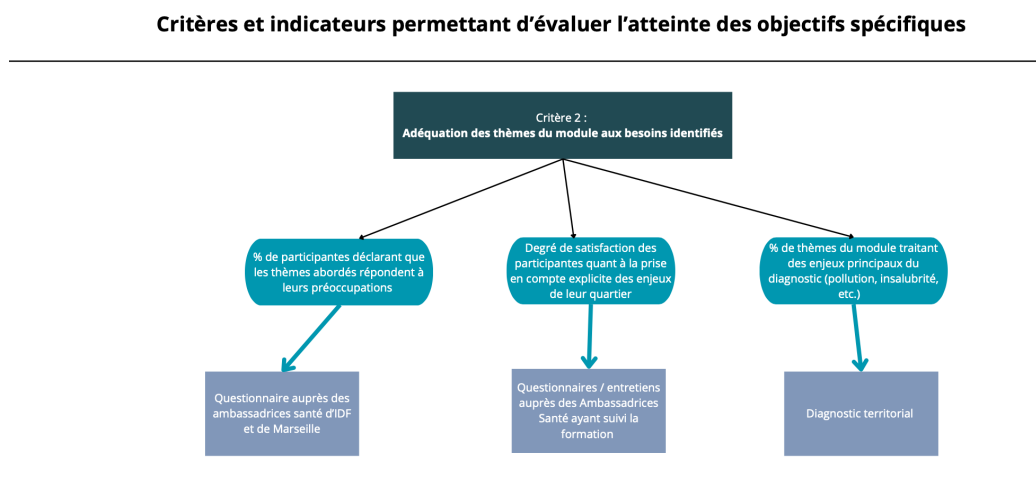


Figure 8 : Extrait du référentiel d'évaluation des objectifs spécifiques (Annexe 4)

C- Le diagramme logique d'impact (DLI)

Le DLI (Annexe 5) a permis de représenter de manière schématique la logique d'intervention du module. Il met en évidence les composantes du projet, les effets directs et indirects attendus ainsi que les impacts potentiels sur la santé. En structurant les relations entre réalisations, résultats et impacts, le DLI vise à clarifier le fonctionnement de l'intervention et à en faciliter l'évaluation.

4.2.3- Présentation des résultats

4.2.3.1- Adéquation des besoins avec les objectifs stratégiques du module

I. Premier objectif : Renforcer l'équité d'accès à un environnement favorable à la santé pour des publics souvent vulnérables

Le module cible prioritairement les résidentes des quartiers les plus défavorisés et exposés à diverses nuisances. En effet, les participantes à la formation sont issues à 100% de QPV : 41, 2 % résident en IDF et 58,8 % à Marseille. Le diagnostic territorial témoigne de la situation socio-économique, environnementale, culturelle et sanitaire difficile de ces territoires, où de nombreux freins limitent l'accès à un environnement favorable à la santé.

Les données qualitatives issues des entretiens confirment ces constats, en décrivant des difficultés presque quotidiennes, particulièrement marquées dans le 3^{ème} arrondissement de

Marseille et transposable à d'autres QPV : manque d'espaces verts : *“Très peu de parcs et quand il y en a, on ne peut pas emmener nos enfants car ils sont mal fréquentés”*, offre de transports en commun insuffisante : *“Pas assez de bus et aucun métro dans les quartiers nords”*, insécurité élevée avec des tirs entendus la nuit : *“et des tirs la nuit...”*, ainsi que des rues dégradées et mal éclairées : *“On voit rien la nuit, c'est dangereux”*. Les participantes évoquent également la présence de voitures brûlées ou abandonnées et mal stationnées sur les trottoirs, ce qui nuit à la sécurité des piétons.

Le diagnostic territorial souligne aussi des problématiques éducatives : de nombreux jeunes décrochent scolairement. Le niveau scolaire y est jugé inférieur à celui d'autres territoires et les mères du 3^{ème} arrondissement de Marseille confirment cette observation en évoquant des résultats très faibles au brevet blanc *“la plupart des élèves ont eu entre 0 et 2 sur 10 en dictée.”*

Les conditions sociales renforcent ces difficultés : 26,5 % vivent seules dont 15% avec enfants à charge. De plus, 35,3 % d'entre elles ont plus de trois enfants et 41,2 % se sont arrêtées au lycée sans études supérieures.

Ces éléments montrent que le module s'adresse bien à un public cumulant des vulnérabilités avec probablement un faible niveau de littératie en santé confirmant ainsi le besoin de connaissances.

II. Deuxième objectif : Développer l'empowerment et les compétences en santé environnementale des participantes

35 femmes ont répondu au questionnaire, sur un total de 90 femmes contactées, soit un taux de réponse d'environ 40 %. Les résultats tirés de ce dernier (Annexe 6), mettent en évidence un niveau de sensibilisation déjà présent : 82,4 % des répondantes affirment avoir déjà entendu parler de la santé environnementale, notamment à travers les médias ou les associations. 14,3 % l'ont découverte par l'intermédiaire de professionnels de santé, ce qui suggère qu'une sensibilisation au concept de “une seule santé” se diffuse dans la relation soignant-patient. Cependant, les résidentes du 3^{ème} arrondissement de Marseille, ont en majorité très peu entendu parler de “santé environnementale”, voire jamais, laissant sous-entendre la complexité du terme : *“Non et c'est peut-être le terme qui est un peu...compliqué”* (entretien avec une Ambassadrice santé de la Belle de Mai).

Plus de la moitié des participantes au questionnaire (52,9 %) expriment le souhait de suivre la formation afin de se sentir plus à l'aise pour poser des questions à leur professionnel de

santé et ainsi “parler le même langage”. Cette demande traduit à la fois une conscience d’une littératie en santé encore limitée et une volonté affirmée de la renforcer.

Avant la diffusion du module, les participantes ont évalué leur connaissance en santé environnementale à 3 sur 5 en moyenne, laissant entrevoir une marge de progression et la quasi-totalité (97,1 %) souhaite améliorer leur connaissance sur ce sujet. Le module a ainsi pour but de partager aux participantes les outils nécessaires pour faire de cette sensibilisation déjà présente, une capacité réelle d’action et de changements.

4.2.3.2-Adéquation des besoins avec les objectifs spécifiques du module

I. Premier objectif : Adapter le contenu du module aux besoins et représentations réelles des participantes.

Les femmes ayant participé à la co-construction du module (les cinq Ambassadrices Santé) estiment à 100 % que les thèmes abordés répondent à leurs attentes, ce qui témoigne d’un alignement entre les objectifs du module et les besoins perçus par ce petit groupe.

Cependant l’analyse croisée des données issues des entretiens et du questionnaire montrent que plusieurs femmes n’ayant pas suivi la formation et n’ayant pas participé à sa conception, auraient voulu inclure d’autres thématiques, notamment la qualité de l’eau dans les logements (55,0 %) ou les maladies chroniques (50 %). Par ailleurs, 55,9 % des répondantes souhaiteraient que la question de l’habitat y soit ajoutée, en raison des conditions de vie souvent précaires décrites dans le diagnostic territorial.

Les données mettent aussi en évidence des différences territoriales : À Marseille, la canicule apparaît comme une préoccupation importante, souvent associée à la qualité des logements. Les participantes évoquent à de nombreuses reprises lors des entretiens, la mauvaise isolation, la présence d’humidité ou de moisissures :

- **Madame X** : *“Je vis dans un appartement T3, je paye le loyer à 800 euros mais franchement, y a les moisissures, l’humidité”*
- **Madame Y** : *“Pour moi, c’est un vieux immeuble, je paye cher aussi et il n’y a pas d’isolation. Il n’y a pas d’humidité ou de moisissures, mais il n’y a pas d’isolation, on entend tout.”*

Selon le diagnostic territorial, 95 % des logements du 3^{ème} arrondissement sont des appartements et 36 % du parc privé est potentiellement indigne. Certaines zones présentent

aussi un risque d'affaissement, le territoire marseillais étant sujet à des mouvements de terrain.

De plus, 70 % des répondantes au questionnaire expriment une attente forte autour du thème de la santé mentale illustrant un réel besoin d'accompagnement pour le bien-être psychique. Cependant ce sujet n'est actuellement pas abordé au sein du module.

Par ailleurs, certains thèmes comme la pollution de l'air intérieur ou la canicule ont été intégrés dans le module, en accord avec les attentes exprimés par les femmes. En effet, concernant la canicule, plusieurs habitantes du 3^{ème} arrondissement de Marseille soulignent des difficultés d'accès à l'information et des ressources limitées :

- **Madame Z** : *“Sur le 3ème arrondissement, il n’y a pas trop les ressources pour s’informer...On s’en fout carrément, franchement.”*

Certaines évoquent aussi l'inadaptation des transports en période de fortes chaleurs et l'absence de climatisation dans les bus et métros.

II. Deuxième objectif : transmettre les connaissances sur les risques environnementaux locaux et les leviers d'action individuels et collectifs

Au sein du diagnostic territorial, plusieurs risques majeurs ont été identifiés, parmi lesquels figurent la pollution de l'air extérieur, l'insalubrité de l'habitat, la gestion des déchets, le réchauffement climatique provoquant des événements extrêmes tels que les incendies de forêt et les inondations. S'y ajoutent le manque d'espaces verts et un accès limité aux soins, souvent sources d'abandons ou de renoncements aux soins.

Une partie de ces freins pourrait être levée si la formation proposait du contenu lié à l'urbanisme favorable à la santé, permettant notamment de montrer comment penser un environnement en favorisant un accès à la santé équitable pour tous.

Ainsi, certains thèmes formant des priorités sur le terrain des QPV comme la pollution sonore, la pollution de l'air extérieur et l'urbanisme favorable à la santé auraient pu être abordés dans la formation, pour permettre aux femmes d'agir contre ces obstacles au quotidien. En effet, le diagnostic territorial a révélé des enjeux environnementaux importants qui ne sont actuellement pas abordés dans le contenu du module de formation.

Les résultats du questionnaire confirment ce besoin d'appropriation des connaissances environnementales :

- 94,1% des femmes estiment qu'une formation en santé environnementale leur permettrait de mieux comprendre les risques pour leur santé et celle de leur proche.
- 52,9 % souhaitent apprendre à limiter leur exposition aux polluants dans leur vie quotidienne.
- 61,8 % manifestent un intérêt pour l'amélioration de la qualité de l'air ou de l'environnement proche.

Tout de même, certains risques environnementaux locaux ont bien été intégrés à la formation. C'est le cas des nuisances liées aux insectes présents sur les territoires marseillais et d'IDF tels que les rats, les moustiques tigre ou les punaises de lit. *“Y a la saleté un peu de partout dans les rues, les rats et la dernière fois on a eu peur qu'ils rentrent chez nous”*. (Entretien avec une habitante de la Belle de Mai).

De même, les perturbateurs endocriniens qui concernent l'ensemble de la population et la qualité de l'air intérieur, sont abordés au sein du module. Ces thématiques sont en cohérence avec les réalités observées sur le terrain : la présence récurrente d'infestations, de logements dégradés favorisant la prolifération de nuisibles et des problèmes respiratoires.

III. Troisième objectif : favoriser la prise de conscience de leur rôle de «relais» auprès de leur entourage et/ou de la communauté

Un message de santé est d'autant plus efficace quand il suscite un sentiment d'implication chez celles et ceux qui le reçoivent. Pour que les Ambassadrices Santé prennent pleinement conscience de leur rôle de relais d'information et de sensibilisation auprès de leur proche et de leur communauté, il faut dans un premier temps qu'elles se sentent personnellement concernées par la thématique de santé environnementale.

Les résultats du questionnaire montrent que cette condition est majoritairement remplie : 64,7 % des participantes ont attribué la note maximale de 5 à la question **“Vous sentez-vous concernée par la santé environnementale ?”**. A l'inverse, seules deux femmes ont donné la note de 2 et aucune n'a sélectionné la note minimale de 1, traduisant donc un faible niveau de désengagement sur ce sujet.

De plus, le fait que cinq Ambassadrices Santé aient été impliquées dans toutes les étapes de la conception du module, de l'élaboration du contenu au tournage des vidéos, renforce leur rôle de relais puisqu'elles sont passées de bénéficiaires à actrices du projet.

Par ailleurs, 79,4 % des répondantes espèrent que la formation leur permettra de partager des informations utiles et importantes autour d'elles. Elles ont ainsi conscience de leur rôle en tant qu'Ambassadrice Santé et de ce que cela implique. De plus, 58,8 % estiment qu'elles seront capables de participer à des actions de santé environnement au sein de leur quartier au terme de la formation. Ces résultats confirment que la formation joue un rôle clé dans le développement du sentiment de légitimité des participantes.

4.2.3.3- Adéquation des besoins avec les objectifs opérationnels du module

I. Premier et deuxième objectifs : Concevoir et animer un module de formation structuré et interactif (supports pédagogiques, ateliers, cas pratiques, etc.) auprès des femmes résidant en QPV

Le module doit également répondre à cinq objectifs opérationnels dont l'adaptation des supports et des méthodes pédagogiques aux besoins des participantes. Les résultats du questionnaire montrent que 30,3 % des femmes interrogées ont une préférence pour les vidéos pédagogiques qui trouvent que : *“Les vidéos sont des supports très intéressants, on peut les visionner plusieurs fois et selon notre disponibilité.”* (Commentaire question 9 du questionnaire).

Cependant, cette proportion reste relativement faible, surtout si l'on considère que les supports des autres thématiques proposées dans la formation étaient également sous forme de vidéos. Ce résultat suggère une possible insatisfaction quant à ce format. Ce choix reflète soit une préférence pour le contact humain, soit des difficultés avec l'outil numérique. Cette tendance est particulièrement présente dans la tranche d'âge des 35-44 ans. À l'inverse, la majorité préfère des formats en présentiel : 75,8 % souhaitent apprendre au travers d'ateliers de groupe, et 69,7 % auprès de professionnels spécialisés. Ce besoin de proximité est déjà pris en compte par Banlieues Santé, puisque des ateliers collectifs sont organisés deux fois par semaine animés par des intervenants spécialistes des thématiques étudiées.

Par ailleurs, le profil linguistique des participantes est un élément important pour l'adaptation des supports. Toutes parlent le français en plus de leur langue d'origine. Ainsi, diffuser les contenus en français dans un premier temps, favorise la familiarisation avec le vocabulaire et les concepts propres à la santé environnementale, la compréhension initiale des messages et la traduction dans leur langue maternelle auprès de publics différents.

Si la langue arabe est la langue maternelle de la majorité (67,6 %), la diversité linguistique au sein des formations rend cette option moins inclusive pour le groupe. En effet, un module uniquement en arabe n'aurait pas été compris par toutes contrairement au français.

II. Troisième et quatrième objectifs : Évaluer l'appropriation, la satisfaction et l'impact du module, et recueillir les attentes pour le faire évoluer

Afin de mieux répondre aux attentes des participantes, un questionnaire de sortie sera diffusé au terme des prochaines sessions de formation. Il permettra de recueillir les remarques, préférences et éventuelles aversions des femmes vis-à-vis du module de santé environnementale, afin d'en ajuster le contenu. De même, pour évaluer l'appropriation et l'impact du module sur les compétences acquises, des tests de connaissance seront proposés aux participantes.

Les cinq Ambassadrices Santé ayant suivi la formation en avant-première, ont déjà formulé plusieurs propositions d'amélioration comme ajouter davantage d'illustrations explicatives dans les vidéos pour faciliter la compréhension des messages ou "essayer un nouveau format type "interview", dans lequel une ambassadrice pose les questions et une autre y répond, pour un ton plus interactif et vivant." (notes questionnaire)

III. Cinquième objectif : Participation des Ambassadrices Santé aux événements de santé environnementale

Le module de formation constitue une base solide pour soutenir les actions de prévention et de promotion de la santé environnementale dans les QPV. Il vise à encourager des comportements favorables à la santé tout en donnant à chacun les outils pour agir contre les freins spécifiques de ces territoires et ainsi contribuer à rompre avec les situations de stigmatisation. En effet, 58,8 % des répondantes aimeraient participer à des actions de quartier tels que les Villages Santé. Ces événements sont des relais importants pour diffuser les thématiques abordées dans le module, à travers des stands interactifs conçus pour sensibiliser les habitants, les passants, les professionnels, les partenaires et les élus.

Par exemple, le village Santé du 15^e arrondissement de Marseille, prévu les 17 et 18 septembre 2025, reprendra certains outils développés à partir du module. Ces stands s'inspirent notamment du premier Village Santé des Rosiers (14^e, 23-24 avril 2025) où l'ancienne maire de marseille, Michèle Rubirola était présente.

5. Discussion

L'objectif de ce mémoire était d'évaluer dans quelle mesure le module de santé environnementale répond aux besoins et attentes des femmes issues des QPV, afin de

déterminer s'il constitue une réponse pertinente à la réduction des ITESS dans des territoires fortement impactés par ces obstacles. Cette évaluation s'appuie sur une démarche fondée sur un diagnostic territorial du troisième arrondissement de Marseille, une évaluation quantitative (questionnaire n=35) et qualitative auprès de 11 femmes, permettant ainsi de se baser sur des données probantes plutôt que sur des perceptions subjectives.

5.1- Résultats : entre besoins, réalités et décalages

Concernant les résultats (Annexe 7), il ressort que le module répond globalement à un réel besoin de sensibilisation à la santé environnementale chez ces femmes. Le diagnostic territorial a permis de révéler certains enjeux importants qui ne sont, cependant, pas suffisamment, voire pas du tout pris en compte dans la formation, comme l'habitat insalubre ou la qualité de l'eau dans les logements. De plus, d'autres problèmes exprimés par les femmes interrogées lors des entretiens, tels que l'hygiène des rues ou l'inadaptation des transports (absence de climatisation, de voies dédiées, arrêt des métros après 21h30, etc.), ne sont ni documentés dans les bases de données utilisées pour ce diagnostic territorial, ni intégrées dans la conception du module. En effet, l'absence de consultation des femmes avant l'élaboration du module limite la prise en compte spécifique des besoins identifiés. Pourtant, ces enjeux influencent fortement les conditions de vie dans les quartiers prioritaires, notamment parce que la grande majorité de ces habitants dépend des transports en commun pour leurs déplacements.

À ce propos, la totalité des femmes résidant dans le 3^{ème} arrondissement de Marseille se plaint du bruit, dû notamment à la proximité de la gare Saint-Charles, aux événements festifs récurrents, aux tirs d'armes à feu et aux transports. Ces résultats confirment que le 3^{ème} arrondissement est plus sujet au bruit mais que celui-ci est sous-estimé. Ce décalage entre diagnostic territorial et perceptions, montre que les entretiens auprès des femmes complètent les informations officielles. Ainsi, cela met en évidence la principale limite de la conception du module de santé environnementale réalisé en amont d'un diagnostic territorial et d'une approche qualitative auprès de la population. En effet, celui-ci a été pensé selon des perceptions subjectives uniquement et ne repose pas suffisamment sur les données objectives qu'un diagnostic territorial peut mettre en évidence. La combinaison des deux méthodes : diagnostic territorial et recueil des attentes et perceptions des femmes, est donc nécessaire, et aucune ne doit prévaloir sur l'autre si l'on veut créer un module utile, pertinent et efficace.

5.2- Limites méthodologiques et accès aux données

Le questionnaire utilisé dans le cadre de cette étude présente plusieurs limites. Avec du recul, il aurait été pertinent d'intégrer davantage de questions permettant de faire des liens plus précis avec les différents constats issus du diagnostic territorial, notamment en ce qui concerne l'état de santé des femmes participantes. En effet, aucune question n'a été posée sur les antécédents médicaux ou les maladies diagnostiquées, ce qui aurait permis d'établir un lien direct avec le profil sanitaire observé localement ou à une échelle plus large des QPV.

Par ailleurs, si le niveau d'éducation a bien été abordé, le niveau de formation ne l'a pas été. Connaître le diplôme le plus élevé obtenu par les femmes aurait pourtant permis de confronter ces données au constat relevé dans le diagnostic territorial, selon lequel 42 % des habitants du 3^{ème} arrondissement ne possèdent aucun diplôme, ce qui aurait pu, soit le renforcer, soit le nuancer. Ces absences limitent la compréhension complète des interactions entre santé individuelle et environnement.

De plus, pour la question 4, qui demandait aux participantes d'évaluer leur niveau de connaissances en santé environnementale sur une échelle de 1 à 5, il aurait été pertinent d'ajouter des critères précis pour guider leur auto-évaluation. Cela aurait sans doute permis de réduire les incohérences observées entre le faible pourcentage de personnes ayant déjà entendu parler de la santé environnementale et la moyenne relativement élevée de 3 sur 5 exprimée pour leur niveau de connaissances.

Malgré ces limites, le questionnaire permet à la fois d'évaluer les connaissances, perceptions et attentes des femmes sur la santé environnementale tout en recueillant leur profil démographique afin de vérifier leur correspondance avec les caractéristiques des QPV identifiées dans le diagnostic territorial. Cela permet de confronter les réponses selon que les participantes viennent de Marseille ou d'IDF, territoires où Banlieues Santé intervient, et d'adapter les actions en fonction des contextes locaux.

À cela s'ajoute le manque de données sanitaires et environnementales dans le diagnostic territorial, souvent dû à la petite échelle de l'arrondissement, limitée par les outils comme Atlasanté, ainsi qu'à l'accessibilité ou à la confidentialité de nombreuses données. En conséquence, la capacité à dresser un portrait exhaustif et pertinent des enjeux environnementaux et sanitaires locaux est restreinte.

Enfin, il faut souligner que la durée limitée du stage et de l'étude n'a pas permis de réaliser un suivi sur le long terme ou une évaluation rigoureuse de l'efficacité du module sur l'évolution des ITESS ou des pratiques des participantes, ce qui constitue une autre limite importante à prendre en considération dans l'interprétation des résultats.

Parmi les autres limites, la faible représentativité des participantes au questionnaire : toutes, sauf une, résident à la Belle de Mai et n'ont pas été interrogées selon des critères spécifiques comme l'âge, l'origine ou le statut social. Les résultats obligent donc à être nuancés et ne peuvent être généralisés. Une étude plus longitudinale, avec un échantillon élargi et suivi des participantes sur plusieurs mois ou années serait très utile pour mesurer l'effet réel sur les comportements et l'environnement.

5.3- Initiatives et inspirations étrangères

À l'étranger, de nombreuses initiatives proches existent. Certains pays comme le Danemark, la Suisse, l'Allemagne et le Japon, sont engagés en santé environnementale depuis bien plus longtemps que la France, qui évolue cependant avec la plus forte amélioration des pratiques sur dix ans selon l'indice de performance environnementale (IPE) (Weissmann et al., 2021). Le projet "Stadtteilmütter" ("Mamans du quartier"), à Berlin, lancé en 2004 est un exemple (Stadtteilmütter, 2022). Des femmes issues des quartiers populaires, souvent migrantes, sont formées pendant six mois sur les thématiques de l'éducation, de la promotion de la santé et sur l'accompagnement des populations migrantes ou vulnérables dans leur démarche d'accès aux droits de santé. L'objectif est qu'elles deviennent, elles aussi, des relais auprès des familles du quartier. Elles sont ensuite rémunérées et employées via des dispositifs publics. Aujourd'hui ce sont plus de 486 femmes qui sont employées à Berlin dans cette fonction, un exemple très proche de celui des Ambassadrices Santé, où les femmes jouent un rôle de pont entre les institutions et les familles.

Parmi les pays précurseurs en santé environnementale, nombreux d'entre eux développent des outils de sensibilisation et de communication permettant de transmettre des informations et des messages de santé environnementale au public cible. Pourtant, leur diffusion et compréhension restent souvent limitées. Une étude menée dans cinq pays (l'Allemagne, la Suède, Canada, Suisse et Japon) a permis d'identifier les outils de sensibilisation à la santé environnementale les plus performants et transposables en France (Weissmann et al., 2021). À l'issue de cette étude, un top 10 des outils a été établi, avec en tête, les expositions au musée, suivies des affichages publicitaires en ville, de la diffusion de vidéos pédagogiques, des brochures en plusieurs langues et des ateliers de sensibilisation autour de café ou de déjeuners, animés par des relais.

Par exemple, en Suède, une exposition photo de deux semaines au musée d'art de la ville, a servi à éduquer les visiteurs sur les produits dangereux pour la santé et à éviter, notamment à cause de la présence de substances chimiques comme les phtalates ou les retardateurs de flammes. Toujours en Suède, des web formations obligatoires sont mises en place pour le personnel des crèches et maternelles pour éliminer les produits chimiques et perturbateurs endocriniens. Les participants sont ainsi outillés sur les bons gestes à adopter. De plus, en Allemagne, un portail internet nommé "Allum", innove avec l'animation "Flash", qui sensibilise les habitants à l'importance d'aérer correctement leur logement. Tous ces exemples suggèrent que la formation santé environnementale actuelle pourrait être enrichie par des formats variés, interactifs et accessibles pour élargir la portée de l'impact (Weissmann et al., 2021).

5.4- Recommandations pour l'évolution du module

Concernant l'évolution du module de santé environnementale en France, plusieurs recommandations sont à considérer. D'abord, la diffusion publique des vidéos du module pourrait être proposée. En effet, actuellement, les vidéos des différents modules sont privées et seulement diffusées aux adhérentes de la formation. Ainsi, il serait judicieux de les partager plus largement via des plateformes publiques comme Youtube pour toucher un public plus large et améliorer l'algorithme afin que ces messages arrivent à plus de personnes. Même si le module est ciblé sur les femmes issues des QPV, il ne devrait pas limiter la réduction des ITESS à ce seul groupe, mais s'inscrire dans une démarche universaliste avec un accent particulier sur les populations à risque.

Par ailleurs, le module pourrait être complété par des thématiques majeures identifiées dans le diagnostic territorial et suggérées par les répondantes au questionnaire, comme l'habitat et ses risques, la qualité de l'eau dans les logements, l'urbanisme favorable à la santé, la qualité de l'air extérieur ou encore la pollution sonore. Intégrer ces sujets permettrait aux femmes formées d'approfondir leurs connaissances sur les réalités actuelles et de mieux répondre aux problématiques vécues au quotidien, suscitant ainsi des actions plus concrètes et efficaces.

Enfin, compte tenu des résultats du questionnaire, il semblerait pertinent d'offrir aux participantes la possibilité de suivre des cours en présentiel sur les différentes thématiques. En effet, un grand nombre d'entre elles se sentent davantage à l'aise avec un format éducatif traditionnel, où un professeur dispense un cours directement devant les élèves. Ce mode

d'enseignement est d'autant plus efficace qu'il permet une interaction immédiate et un échange direct, offrant la possibilité de répondre aux questions sur place.

5.5- Aller vers plus d'efficacité et d'engagement pratique

Pour qu'une formation en santé environnementale génère des changements durables, il faut que les participantes puissent appliquer ce qu'elles apprennent car une science qui n'est pas mise en pratique reste vaine. Mais encore faut-il qu'elles en aient la possibilité. En effet, il est difficile d'agir à leur échelle sur la pollution atmosphérique quand celle-ci est générée par d'autres. Cependant, une participante sensibilisée à la problématique des perturbateurs endocriniens qui continue malgré tout à chauffer ses repas dans des contenants plastiques ou à utiliser des poêles au revêtement usé, prouve que la formation n'a pas encore engendré un véritable changement d'habitude.

C'est pourquoi il serait utile de mettre en place des rappels réguliers, voire des visites à domicile, pour mesurer concrètement les effets de la formation, suivre l'avancée de chacune, collecter les freins et ajuster si besoin. Il est toutefois important de rappeler que les besoins exprimés par les femmes vivant dans les QPV ne peuvent être résolus uniquement par une formation en santé environnementale. Cependant, elle a le mérite de rendre ces besoins plus visibles et de les conscientiser, notamment en montrant que la situation vécue dans les QPV ne doit pas être banalisée et que prendre soin de sa santé ne doit pas être un privilège réservé aux personnes les plus aisées. Se donner les moyens d'agir pour sa propre santé, même en cas de difficultés économiques, reste un point de départ fondamental.

Par ailleurs, les acteurs de terrain prennent en compte ces constats pour améliorer les conditions de vie des habitants dans d'autres quartiers. Par exemple, un nouveau projet, le parc des Aygalades dans le 15^{ème} arrondissement, est prévu courant 2030 (Euroméditerranée, 2025). Les habitants du quartier contribuent pleinement à la construction du projet via des réunions organisées par les équipes Euroméditerranée. Ces temps d'échanges visent à recueillir leurs attentes, remarques et inquiétudes, afin de les transmettre aux concepteurs du parc. Une réunion s'est déroulée au sein du bâtiment Fronton (15^e arrondissement) le 10 juillet 2025 dans ce but.

Conclusion

L'objectif de ce mémoire était d'évaluer la pertinence d'un module de santé environnementale au regard des besoins et enjeux spécifiques en santé environnement rencontrés par les femmes des QPV. Si les territoires connaissent des réalités différentes, tous doivent garantir à leurs habitants une équité d'accès aux soins, à l'information, et à un urbanisme favorisant la santé. Cette nécessité passe par la réduction des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé, qui reste un enjeu majeur de santé publique.

L'environnement conditionne notre santé et vivre dans un QPV qui participe à la dégradation de l'état de santé de ses habitants, constitue une véritable injustice environnementale. L'universalisme proportionné apparaît ainsi comme un levier d'action, puisqu'il vise à adapter les interventions selon les besoins pour réduire les écarts.

Informar, sensibiliser et outiller les personnes est un point de départ essentiel. Reconnaître que chacun peut agir pour sa santé, malgré les contraintes structurelles, aide à dépasser le sentiment d'impuissance. Les associations comme Banlieues Santé jouent un rôle déterminant. Cependant, leurs efforts doivent être soutenus et relayés par les pouvoirs publics, car les habitants des QPV de Marseille et d'Île-de-France restent les plus exposés aux risques environnementaux et sociaux. En effet le paradoxe demeure : ce sont les plus pauvres qui polluent le moins qui subissent le plus les conséquences de ces pollutions.

Bien que le module de santé environnementale réponde en partie aux besoins des femmes du territoire marseillais, ce travail invite à repenser la conception des modules d'intervention. La réalisation préalable d'un diagnostic territorial à Marseille et en IDF aurait permis d'anticiper et de mieux prioriser les besoins spécifiques, en tenant compte des enjeux différents d'un territoire à l'autre. Cette démarche aurait sans doute réduit les écarts entre les besoins exprimés par les femmes, ceux du territoire, et le contenu des modules proposés, tout en renforçant les concordances et la pertinence du module. Il est important de souligner que ce module n'est qu'une première version : il pourra évoluer et s'enrichir, notamment grâce à l'analyse des résultats et aux retours issus des questionnaires de fin de session collectés auprès des différents groupes de formation.

Bibliographie

Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU). (2021). *La santé et le bien-être dans les quartiers en renouvellement urbain : Outils et méthodes pour des projets favorables à la santé.*

<https://www.anru.fr/sites/default/files/media/downloads/sante-et-bien-etre-quartiers.pdf>

Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT). (2021). *Comprendre – Petites villes et santé environnementale : quelles attentes, quelles mutations, quelles ressources ?*

<https://anct-site-prod.s3.fr-par.scw.cloud/s3fs-public/2021-12/211029-ANCT-Comprendre-PetitesVilles-web.pdf>

ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, DREAL PACA, & Région PACA. (2024). *Plan Régional Santé Environnement 2022-2027.*

<https://prse-paca.fr/wp-content/uploads/2024/04/PRSE-4-Provence-Alpes-Cote-dAzur-Vdef.pdf>

AtmoSud. (2022, 20 octobre). *Enjeux sur Marseille* [Note technique].

<https://www.atmosud.org/sites/sud/files/medias/documents/2023-01/Note%20technique%20-%20Enjeux%20QA%20Marseille.pdf>

Bien dans ma ville. (2024). Avis sur le troisième arrondissement à Marseille.

<https://www.bien-dans-ma-ville.fr/marseille-13055/arrondissement-03/avis.html>

Breton, E. (2015). La réduction des inégalités sociales de santé passe principalement par des actions en faveur des plus vulnérables. In *Presses de l'Université de Montréal*. <https://books.openedition.org/pum/3679?lang=fr>

Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). (2018). *Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France en 2015*. Bulletin

Épidémiologique Hebdomadaire, 21.

https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/21/2018_21_2.html

Comité Départemental d'Education et de Promotion de la Santé des Bouches du Rhône (CoDEPS 13). (n.d.). *Je mange, je bouge, je vais bien au sein des grandes sections de maternelle dans les Bouches-du-Rhône* [Fiche action]. Oscar Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur.

<https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/10891>

Conseil National des Villes. (2019). *Mères isolées en quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), monoparentalité et employeurs publics et privés : le défi de la conciliation des temps*. Ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales.

https://anct-site-prod.s3.fr-par.scw.cloud/s3fs-public/2020-05/2019_8.10_2019_avis_meres_isolees_en_qpv.pdf

Cour des comptes. (2021). *La politique de prévention en santé* (rapport public).

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-12/20211201-politique-prevention-en-sante.pdf>

CPTS Marseille 2-3. (2021). *Diagnostic territorial : État des lieux de la santé sur le territoire des 2e et 3e arrondissements de Marseille*.

<https://cptsmarseille2-3.fr/wp-content/uploads/2023/09/diagnostic-territorial.pdf>

Crédoc. (2018). Étude pour l'ONPV sur l'image des quartiers sensibles.

Disponible dans ONPV (2018), *L'image des quartiers* :

https://www.onpv.fr/uploads/media_items/ra-onpv-2018-fiches-images-des-quartiers-hd.original.pdf

Direction générale des finances publiques (DGFIP) & Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). (2017). *Enquête FILOCOM – Données sur le parc privé potentiellement indigne*.

https://taxedesejour.ofeaweb.fr/Content/configuration/marseille/ImprimésDeclaratif/110441_Annexe%20%20Preambule_reglement_VF.pdf

- Deguen, S., & Kihal-Talantikite, W. (2022). Les inégalités environnementales et sociales de santé en France, un champ de recherche à développer. *Informations sociales*, 2022/2 (n° 206), 34–43.
<https://shs.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-2-page-34?lang=fr>
- Euroméditerranée. (2025). *Le parc du ruisseau des Aygalades*.
<https://www.euromediterranee.fr/projets/le-parc-du-ruisseau-des-aygalades>
- Fondation Ambroise Paré – Hôpital Européen. (s.d.). *CORHESAN : des médiateurs et des habitants ambassadeurs en santé au service des habitants des QPV du centre-ville de Marseille*. Fondation MNH. Consulté le 19 août 2025, à l'adresse
<https://fondation-mnh.fr/projet/corhesan-des-mediateurs-et-des-habitants-ambassadeurs-en-sante-au-service-des-habitants-des-qpv-du-centre-ville-de-marseille/>
- Gamel, C. (2010). Pour une lecture « rawlsienne » de l'apport de Sen (version révisée et actualisée) [Document de travail, Greqam]. HAL-SHS.
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00519630>
- Goupil-Sormany, I., Noisel, N., Ratelle, M., & Deguen, S. (2023). Chapitre 6. Vulnérabilité et santé. In *Environnement et santé publique* (pp. 163–186). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.goupi.2023.01.0163>
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2017). *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins : Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques*. HAS.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_prevention_et_de_soins.pdf
- Havrilla, E. (2017). Defining vulnerability. *Madridge Journal of Nursing*, 2(1), 63-68.
- Hippocrate. (1996). *Des airs, des eaux et des lieux* (J. Jouanna, Trad.). Les Belles Lettres. (Œuvre originale écrite vers 400 av. J.-C.)

- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). (2025). *Dossier complet Commune de Marseille troisième arrondissement (13203)*.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-13203>
- Institut Montaigne. (2022). *L'avenir se joue dans les quartiers pauvres : 24h dans la vie d'un habitant*.
https://institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/rapport_lavenir-se-joue-dans-les-quartiers-pauvres.pdf
- Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Pays de la Loire (IREPS PDL). (2024). *Premiers pas pour réduire les inégalités sociales de santé* [Guide pédagogique]. <https://www.irepspdl.org/docs/Fichier/2024/5-240426081127.pdf>
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada.
- Laurent, É. (2020). Les inégalités environnementales en Europe. *Sciences Économiques et Sociales, ENS Lyon*.
<http://ses.ens-lyon.fr/articles/les-inegalites-environnementales-en-europe>
- Légifrance. (2014). *Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine*.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000028636804>
- Leoz, E., & Landa, R. (2021). *Plaquette LCSQA* [Plaquette]. Laboratoire Central de Surveillance de la Qualité de l'Air. <https://www.lcsqa.org/fr/rapport/plaquette-lcsqa>
- Métropole Aix-Marseille-Provence. (2024). *Le Contrat des Possibles – Engagements Quartiers 2030 – Conventions communales* [PDF].
https://ampmetropole.fr/wp-content/uploads/2024/06/Cahier-2_Contrat-des-Possibles_Engagements-Quartiers-2030_Conventions-communales.pdf
- Métropole Aix-Marseille-Provence (AMP). (2024). *Environnement sonore et lutte contre le bruit*.
<https://ampmetropole.fr/missions/strategie-environnementale/environnement-sonore-et-lutte-contre-le-bruit/>

- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., & Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public Health*, 172, 22-30.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023>
- Moquet, M.-J., & Potvin, L. (2011). Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention. *La Santé de l'Homme*, 414, 7-8.
Disponible en ligne :
<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/369794/3137670?version=1>
- Moyal, C., & Dugué, N. (2023). *Évaluation des programmes et politiques publiques* [Cours UE6, Master 2 Parcours METEORE]. École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP).
- Observatoire National de la Politique de la Ville (ONPV). (2023). *Comprendre quartiers prioritaires : Rétrospective 2015-2023* [Rapport]. Agence Nationale de la Cohésion des Territoires.
https://www.onpv.fr/uploads/media_items/anct-onpv-rapport-2023.original.pdf
- Observatoire national de la politique de la ville (ONPV). (2020). *Vulnérabilités et ressources des quartiers prioritaires*. Ministère de la Cohésion des territoires.
<https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/280986.pdf>
- Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA). (2019). *Agir sur la santé environnementale en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : Guide 1 - L'état des lieux en santé environnementale*. ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, Région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur, ORS PACA.
<http://www.orspaca.org/sites/default/files/guide-sante-environnementale.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa, Canada, 17-21 novembre 1986.
- ORIV. (2012). *La politique de la ville en France : fondements, évolutions et enjeux*.
https://www.oriv.org/wp-content/uploads/oriv_dossier_ressources_politique_ville.pdf

- Réseau Urba 4. (2023). *Qu'est-ce qui détermine notre santé ? Mieux comprendre pour mieux agir* !Fiche technique, mars 2023.
https://www.auvergne-rhone-alpes.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/02-epures_fiche_determinants_janv23-2023.pdf
- Roué-Le Gall, A., Le Gall, J., Potelon, J.-L., & Cuzin, Y. (2014). *Agir pour un urbanisme favorable à la santé : concepts et outils* (Guide EHESP/DGS). École des Hautes Études en Santé Publique.
<https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/09/guide-agir-urbanisme-sante-2014-v2-opt.pdf>
- Roué-Le Gall, A., Bob, C., & Malez, G. (2020). *Guide ISadOrA : une démarche d'accompagnement à l'intégration de la santé dans les opérations d'aménagement urbain*. École des hautes études en santé publique (EHESP).
<https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/06/001-Guide-entier-ISadOrA-version-web.pdf>
- Santé Publique France. (2022). *Santé environnementale : Une priorité de santé publique*.
<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/sante-environnementale-une-priorite-de-sante-publique>
- Schroeder, D., & Gefenas, E. (2009). Vulnerability: too vague and too broad? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 18(2), 113-121.
- SIG Politique de la Ville. (2024). *Données socio-économiques et atlas des Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville*. <https://sig.ville.gouv.fr/territoire/QN01332M>
- Stadtteilmütter. (2022). *Stadtteilmütter - Familienberatung in Neukölln*.
<https://www.stadtteilmuetter.de>
- Système d'Information Régional en Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA). (2025). *Portrait sociodémographique et socio-sanitaire du troisième arrondissement de Marseille*.

https://sirsepaca.org/#c=report&chapter=socio_demo&report=r01&selgeo1=esp.1313G&selgeo2=com20.13055

Vie publique. (2022). *Quartiers prioritaires : des dispositifs pour l'emploi insuffisants*.

Ministère de la Cohésion des territoires.

<https://www.vie-publique.fr/en-bref/285849-quartiers-prioritaires-des-dispositifs-pour-lemploi-insuffisants>

Vie publique. (2024). *Nouveaux quartiers prioritaires (QPV) : quelles personnes y vivent*.

Ministère de la Cohésion des territoires.

<https://www.vie-publique.fr/en-bref/295276-nouveaux-quartiers-prioritaires-qpv-quelles-personnes-y-vivent>

Ville de Marseille. (2024). *Contrat local de santé de Marseille 2024–2026* [PDF]. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur.

<https://www.paca.ars.sante.fr/media/126934/download?inline>

Ville de Marseille. (2024). *Synthèse de la convention communale : Tous les quartiers font Marseille*. Consulté à l'adresse

<https://www.marseille.fr/sites/default/files/contenu/social/PDF/synthese-convention-communale-dec24.pdf>

Weissmann, R., Oses, J., Nocart, N., & Chevallier, L. (2021). *Approches de communication en santé environnementale - Femmes enceintes et petite enfance*.

Objectif Santé Environnement.

<https://www.objectifsanteenvironnement.com/wp-content/uploads/2022/08/Approches-com-SE-cinq-pays-2021-OSE.pdf>

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338(8774), 1059-1063.

Liste des annexes

Annexe 1 - Outil Ambiansanté de Novascopia

Annexe 2 - Grille d'entretiens semi-directifs

Annexe 3 - Arbre des objectifs

Annexe 4 - Référentiel d'évaluation

Annexe 5 - Diagramme logique d'impact

Annexe 6 - Réponses au questionnaire

Annexe 7 - Tableau récapitulatif des résultats

Liste des figures

Figure 1 - Les quartiers prioritaires de la politique de la ville de Marseille (ajouter la source)

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

Figure 3 - Modèle des déterminants de la santé (Whitehead et Dahlgren, 1991)

Figure 4 - Cartographie représentant le nombre d'habitants en QPV et par arrondissement
(AGAM, 2024)

Figure 5 - Parc locatif social du troisième arrondissement et focus sur le quartier de la Belle de Mai (AGAM, 2017)

Figure 6 - Carte bruit routier sur 24h (Indice Lden) dans le troisième arrondissement de Marseille (Métropole Aix-Marseille-Provence, 2025)

Figure 7 - Schéma théorique des registres d'évaluation d'une politique publique (EHESP, M2 METEORE, Moyal & Dugué, 2025)

Figure 8 - Extrait du référentiel d'évaluation des objectifs spécifiques

ANNEXE 1 : Outil « Ambiansanté » du bureau d'étude Novascopia

				
	Bruit gênant ☐	Bruit désagréable ☐	Absence de bruit ☐	Son agréable ☐
	Odeur gênante ☐	Odeur désagréable ☐	Absence d'odeur ☐	Odeur agréable ☐
	Vue désagréable ☐	Vue quelconque ☐	Vue agréable ☐	Vue qualitative ☐
	Désorientation ☐	Manque de repères ☐	Dégagement, repères ☐	Horizon lointain, exploration ☐
	Obstacles à la marche ☐	Marche désagréable ☐	Marche possible ☐	Propice à la marche ☐
	Obstacles au vélo ☐	Vélo désagréable ☐	Vélo possible ☐	Propice au vélo ☐
	Matériaux dangereux ☐	Matériaux monotones, dégradés ☐	Matériaux neutres ☐	Matériaux qualitatifs ☐
	Sinistre ☐	Peu accueillant ☐	Calme et agréable ☐	Animé ☐
	Je me sens en danger, je ne viendrai pas ici seul(e) ☐	Je me sens mal à l'aise, je ne viendrai pas ici la nuit ☐	Je me sens bien, mais je ne viendrai pas seul(e) la nuit ☐	Je viendrais ici seul(e) à toute heure ☐

ANNEXE 2 : Grille d'entretiens semi-directifs

QUESTIONS D'ENTRETIEN – FEMMES DES QPV (BELLE DE MAI)

PARTIE 1 : Vie de quartier

1) Pouvez-vous me parler un peu de vous ?

- ⇒ Profil sociodémographique (âge, enfants, emploi, isolement...)
- ⇒ Contexte de vie global

2) Depuis combien de temps habitez-vous dans ce quartier ?

- ⇒ Ancrage territorial / mobilité résidentielle
- ⇒ Rapport au quartier (ancienneté → attachement ou lassitude)

3) Comment décririez-vous votre logement ?

- ⇒ Conditions matérielles de vie (surface, confort, insalubrité)
- ⇒ Niveau d'exposition à des risques environnementaux (humidité, ventilation, etc.)

4) Qu'est-ce que vous aimez dans votre quartier ? Et qu'est-ce que vous aimez moins ?

- ⇒ Perceptions subjectives positives et négatives du quartier
- ⇒ Rapport affectif et social à l'espace de vie
- ⇒ Éléments de qualité de vie ou de nuisance

5) Si vous aviez la possibilité de déménager dans un autre quartier, le feriez-vous ? Si oui, lequel et pourquoi ?

- ⇒ Niveau de satisfaction
- ⇒ Volonté de départ : à croiser avec la dynamique du quartier
- ⇒ Critères implicites du quartier idéal et aspirations des femmes

6) Pensez-vous que c'est un quartier sûr pour élever vos enfants ?

- ⇒ Perception de la sécurité environnementale, sociale et sanitaire
- ⇒ Sentiment de confiance ou de danger pour les enfants
- ⇒ Lien entre environnement et parentalité

7) Pensez-vous que ce qui nous entoure peut influencer notre santé ?

- ⇒ Degré de conscience environnementale
- ⇒ Lien perçu entre cadre de vie et santé
- ⇒ Niveau de littératie en santé environnementale

8) Avez-vous déjà eu l'impression que votre logement ou votre quartier posait un risque pour votre santé ou celle de vos proches ?

- ⇒ Exemples concrets de nuisances perçues
- ⇒ Vécus subjectifs d'exposition
- ⇒ Sentiment d'impuissance ou capacité d'action

9) Avez-vous des problèmes de bruit, de pollution, de nuisibles ?

- ⇒ Identification des nuisances spécifiques
- ⇒ Typologie des expositions (air, bruit, infestation...)

10) Comment gérez-vous la chaleur l'été ?

- ⇒ Capacité d'adaptation face aux canicules
- ⇒ Pratiques de protection (ou absence de moyens)
- ⇒ Exposition aux îlots de chaleur urbains

PARTIE 2 : Offre de soins

11) Où trouvez-vous généralement des informations sur la santé ?

- ⇒ Canaux de diffusion (médecin, associations, réseaux...)
- ⇒ Degré de confiance dans les sources d'information

12) Avez-vous déjà participé à une réunion, un atelier ou une formation sur ces sujets ?

- ⇒ Expériences passées de sensibilization
- ⇒ Accessibilité et pertinence des actions existantes

13) Vous arrive-t-il de ne pas comprendre certains conseils ou messages de prévention ?

- ⇒ Barrières cognitives ou linguistiques
- ⇒ Littératie en santé et complexité des messages reçus

14) Vous sentez-vous en capacité d'agir pour améliorer votre santé ou celle de vos proches ?

- ⇒ Sentiment d'efficacité personnelle
- ⇒ Degré d'empowerment environnemental

15) Vous sentez-vous écoutée par les institutions ou les professionnels de santé ?

- ⇒ Relation aux institutions
- ⇒ Perception de légitimité ou d'invisibilité sociale

16) L'accès aux soins est-il facilité ou rendu difficile au sien de votre quartier ?

- ⇒ Ressenti des habitants sur l'accessibilité géographique et économique aux soins (disponibilité de Médecins, délais de RDV, proximité des structures de santé, etc.)
- ⇒ Lien entre environnement de vie et comportement de santé

PARTIE 3 : Santé environnementale

17) Avez-vous déjà entendu parler de la santé environnemetale

18) Sur une echelle de 1 à 5, comment évaluez-vous votre niveau de connaissance en santé environnementale ?

19) Vous sentez-vous bien informée sur les risques liés à l'environnement ?

- ⇒ Auto-perception du niveau d'information
- ⇒ Sentiment de maîtrise ou de flou face à l'environnement

20) Avez-vous déjà entendu parler des perturbateurs endocriniens, de la pollution de l'air, de la pollution sonore, des polluants chimiques, des moustiques tigres ?

- ⇒ Niveau d'information sur les risques invisibles
- ⇒ Sensibilisation préalable à la santé environnementale

21) Qu'est-ce qui vous empêche, aujourd'hui, de faire plus attention à ces questions ?

- ⇒ Freins matériels, cognitifs, culturels (temps, argent, confiance...)
- ⇒ Hiérarchisation des priorités en contexte de précarité

22) Quels produits utilisez-vous pour le ménage ? Pour les cosmétiques ?

- ⇒ Pratiques quotidiennes d'hygiène et d'entretien
- ⇒ Exposition à des produits toxiques
- ⇒ Connaissances ou attention à la composition des produits

23) Aérez-vous votre logement régulièrement ?

- ⇒ Comportements de prévention simple
- ⇒ Lien entre ventilation et qualité de l'air intérieur

24) Où rangez-vous les produits ménagers ?

- ⇒ Sécurité domestique
- ⇒ Rapport au risque toxique pour les enfants/famille

25) Si un atelier de formation était proposé dans votre quartier sur la santé et l'environnement, est-ce que cela vous intéresserait ?

- ⇒ Réceptivité à une démarche de formation
- ⇒ Curiosité ou résistance face à l'apprentissage

26) Quel format vous conviendrait le mieux (vidéos, ateliers, quiz, visites, témoignages etc.) ?

- ⇒ Préférences pédagogiques
- ⇒ Contraintes logistiques et de disponibilité

27) Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager ou ajouter ?

- ⇒ Ouverture à des sujets imprévus
- ⇒ Compléments personnels ou témoignages libres

28) Un message important que vous voudriez faire passer ?

- ⇒ Résumé subjectif ou revendication prioritaire
- ⇒ Clôture émotionnelle ou politique de l'entretien

ANNEXE 3 : Arbre des objectifs

OBJECTIF GLOBAL

Améliorer les connaissances, les compétences et l'appropriation des enjeux de santé environnementale chez les femmes des QPV de Marseille et d'Île-de-France grâce à un module de formation dédié

OBJECTIFS STRATEGIQUES

Renforcer l'équité d'accès à un environnement favorable à la santé pour des publics souvent vulnérables

Développer l'empowerment et les compétences en santé environnementale des participantes

OBJECTIFS SPECIFIQUES

Adapter le contenu du module aux besoins et représentations réelles des participantes

Transmettre des connaissances sur les risques environnementaux locaux et les leviers d'action individuels et collectifs

Favoriser la prise de conscience de leur rôle de « relais » auprès de leur entourage et/ou de la communauté

OBJECTIFS OPERATIONNELS

Concevoir un module de formation structuré et interactif (supports pédagogiques, ateliers, cas pratiques...)

Mettre en œuvre et animer le module auprès de groupes de femmes dans les QPV ciblés

Évaluer l'appropriation, la satisfaction et l'impact du module via des outils adaptés (questionnaire, retour d'expérience, test de connaissances avant/après)

Recueillir les propositions et attentes des participantes pour faire évoluer et améliorer le module

Participation des Ambassadrices Santé aux événements de santé environnementale (conférences, Village Santé, etc.)

OPERATEURS

Services santé environnement de la ville de Marseille, équipe Banlieues Santé, institutions partenaires

L'association Banlieues Santé, les habitants, institutions partenaires

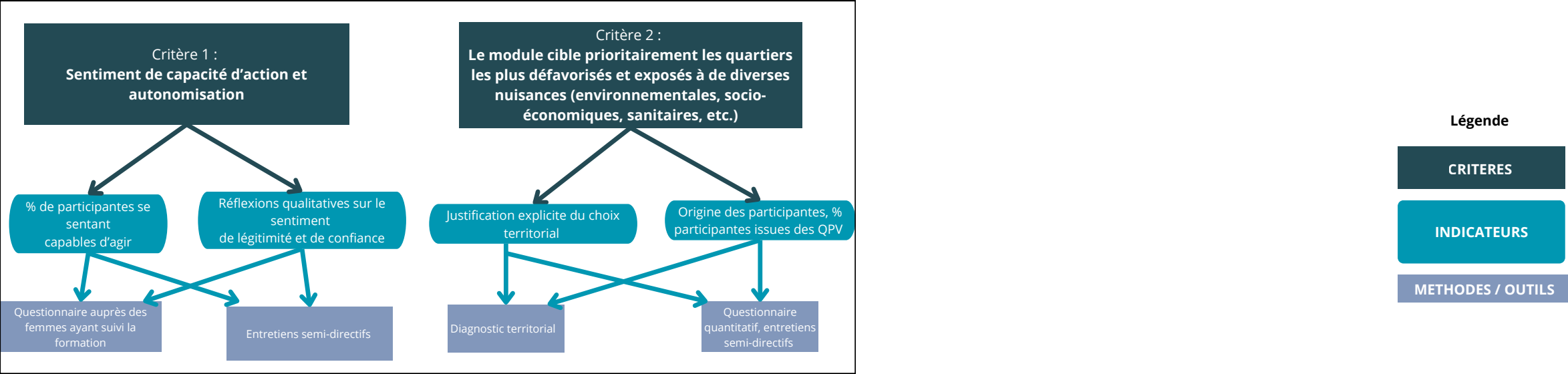
Les femmes Ambassadrices Santé d'IDF et de Marseille

Les habitantes Ambassadrice Santé des QPV

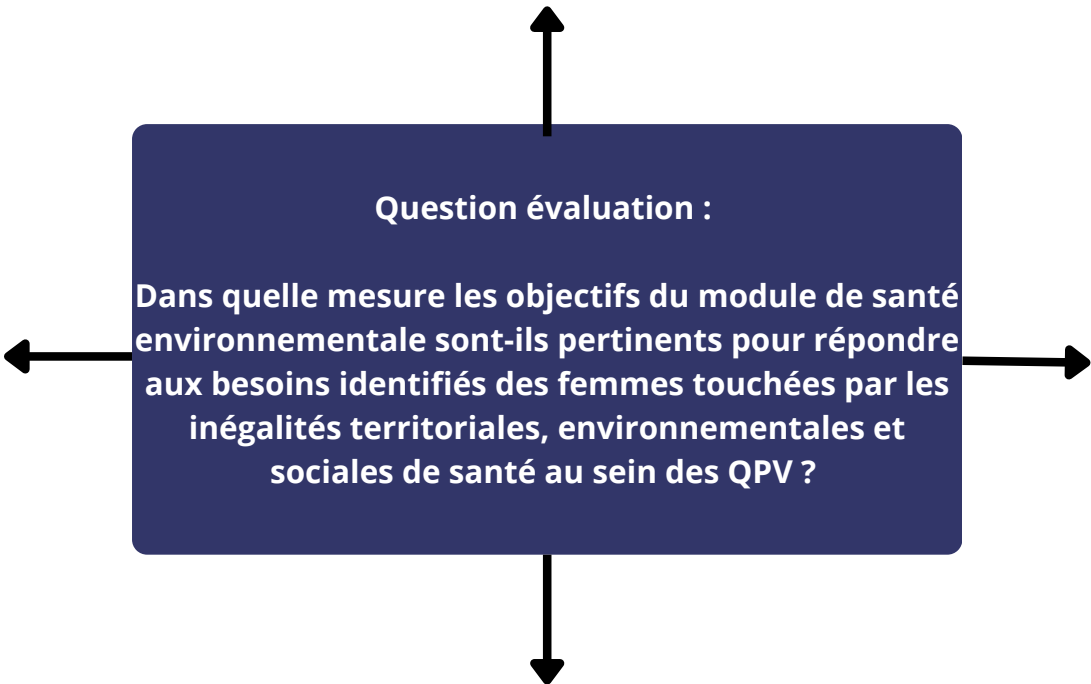
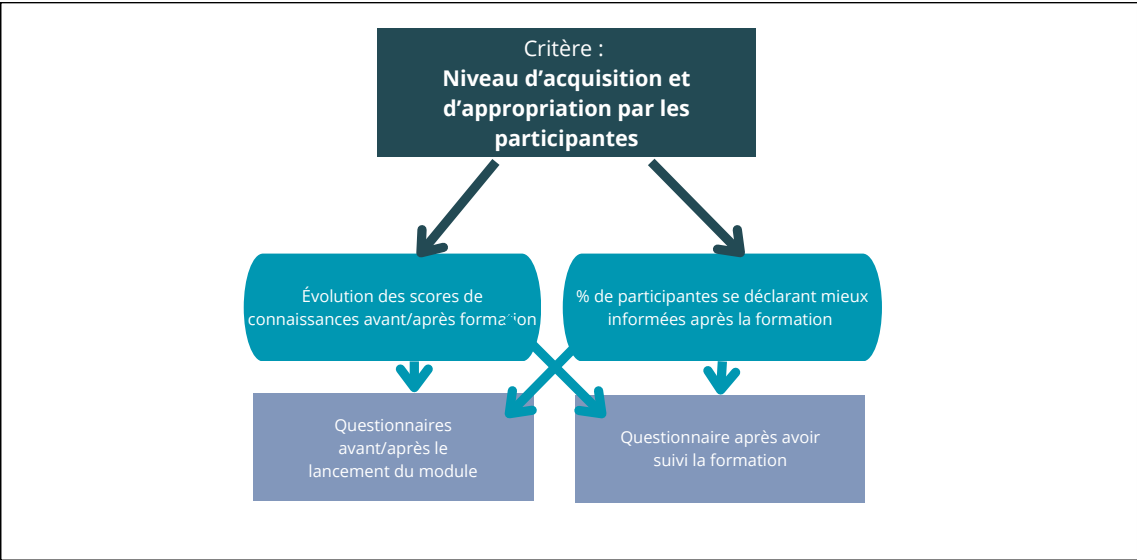
Les femmes Ambassadrices Santé, l'équipe Banlieues Santé, partenaires locaux, acteurs de santé

ANNEXE 4 : Référentiel d'évaluation

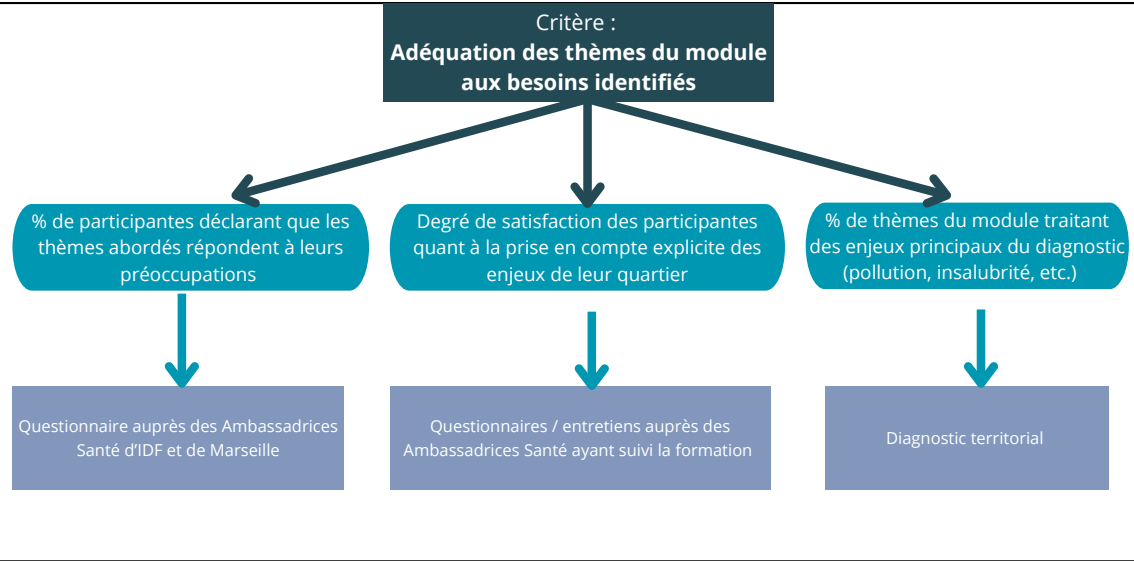
Critères, indicateurs et méthodes permettant de juger l'atteinte des objectifs stratégiques



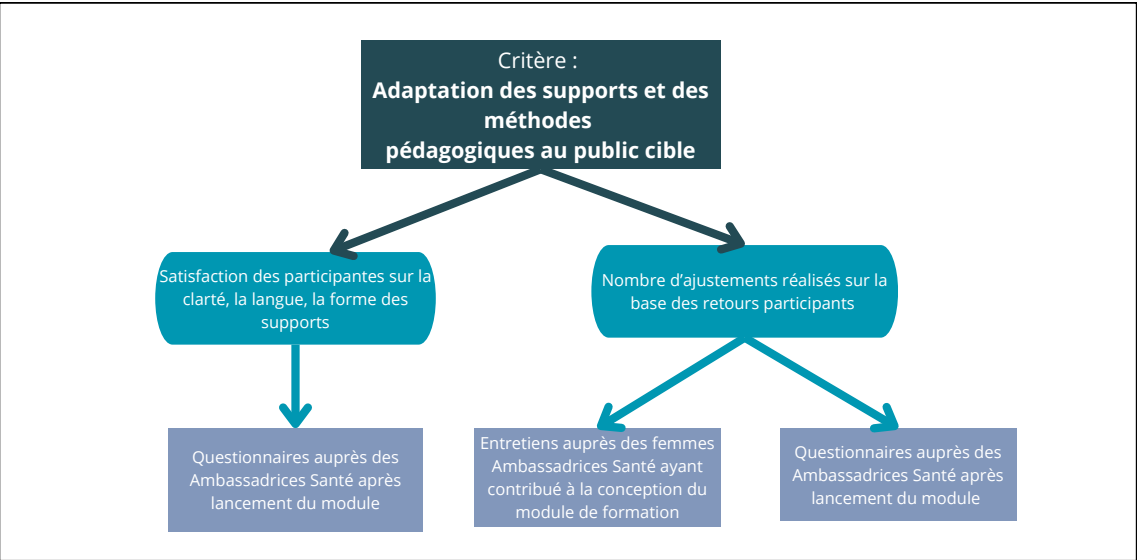
Critères, indicateurs et méthodes permettant d'évaluer l'atteinte de l'objectif global



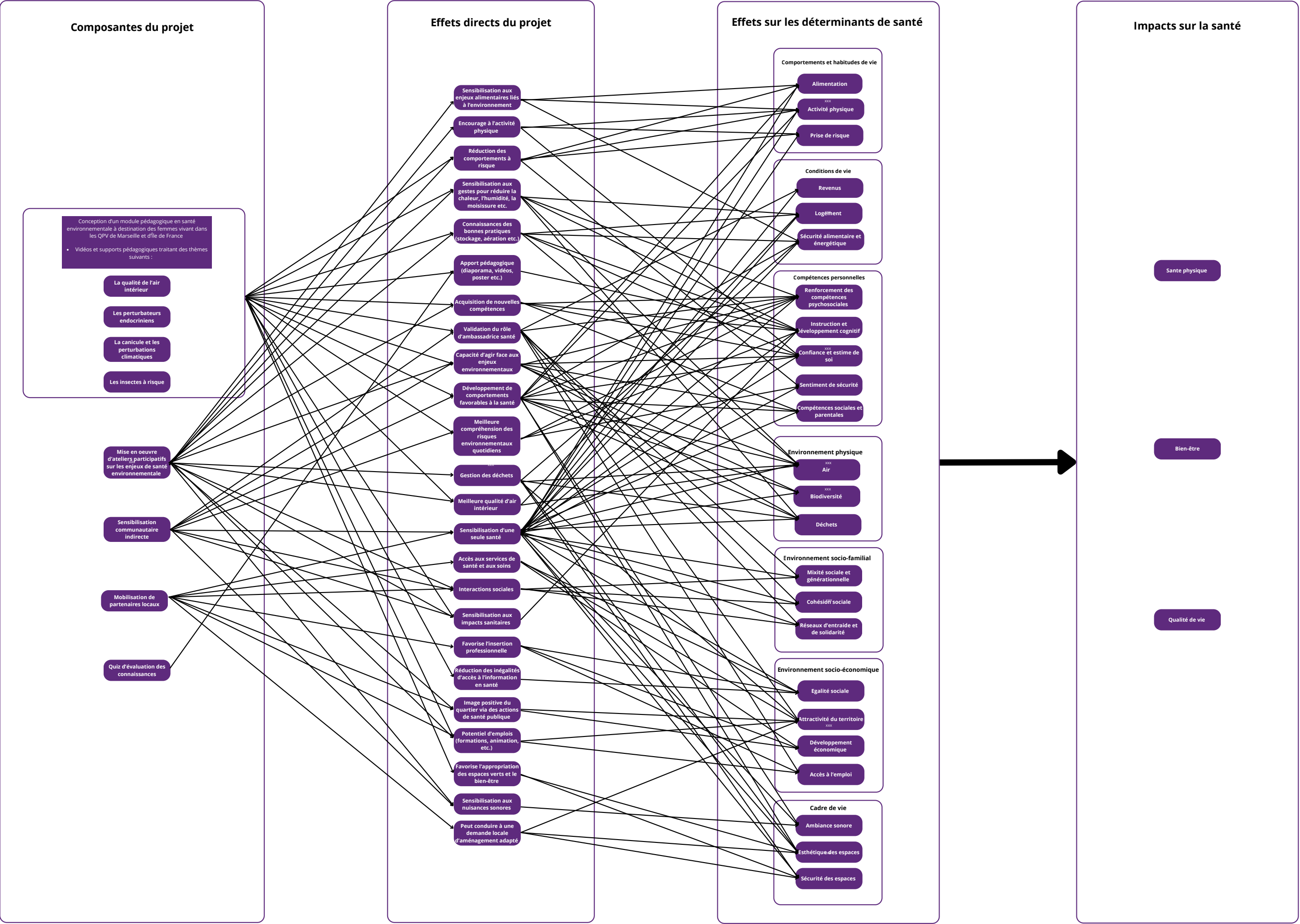
Critères, indicateurs et méthodes permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs spécifiques



Critères, indicateurs et méthodes permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs opérationnels



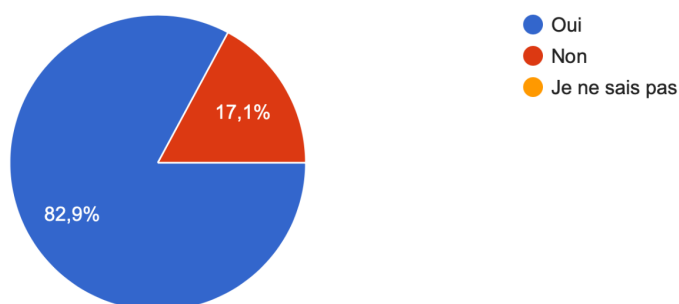
ANNEXE 5: Diagramme logique d'impact (DLI).



ANNEXE 6 : Réponses au questionnaire

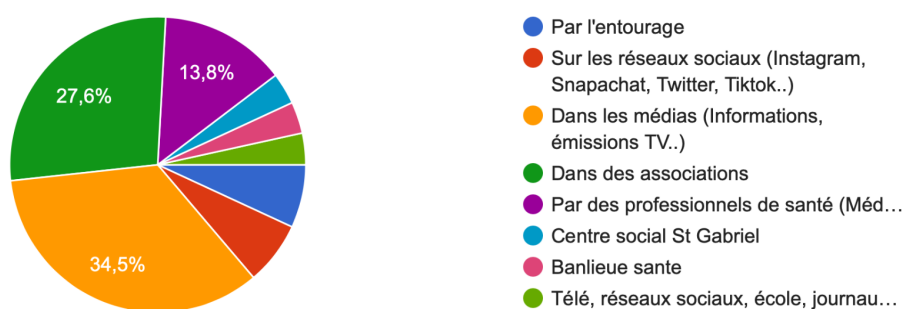
1) Avez-vous déjà entendu parler de la santé environnementale ?

35 réponses



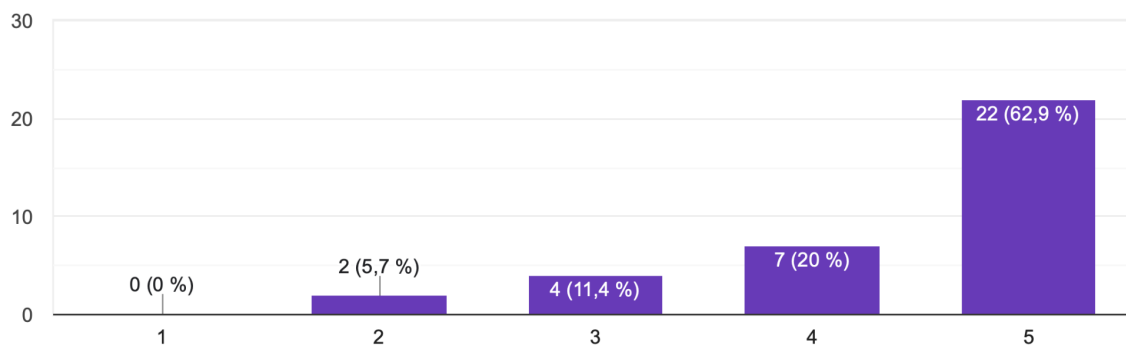
2) Comment ?

29 réponses



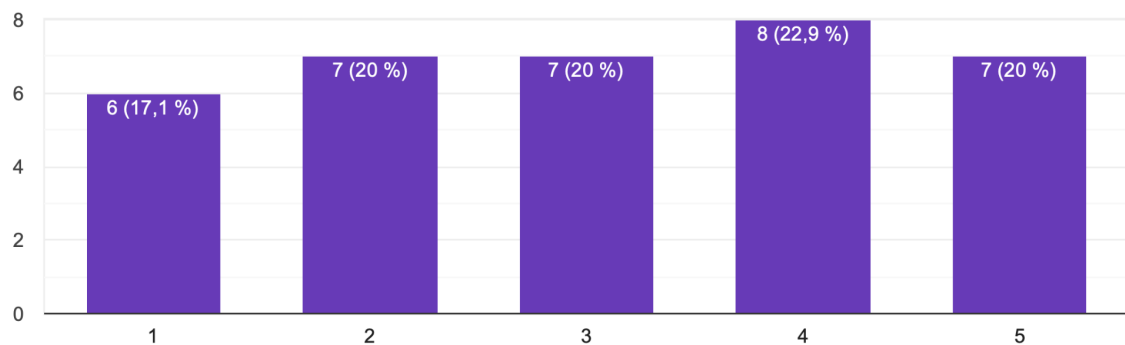
3) Vous sentez-vous concernée par la santé environnementale ? (1= ça ne me préoccupe pas du tout, 5= je me sens très concernée)

35 réponses



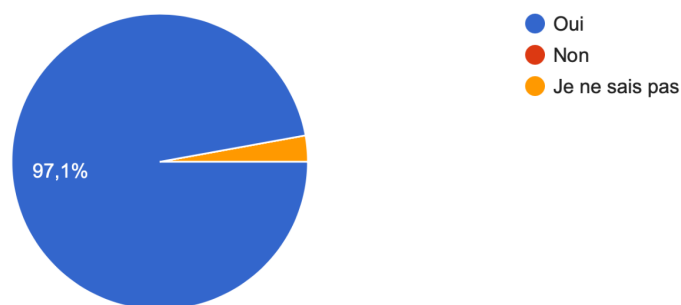
4) Comment évaluez-vous votre niveau de connaissances en santé environnementale ? (1= je connais très peu de choses, 5 = je me sens à l'aise pour en parler)

35 réponses



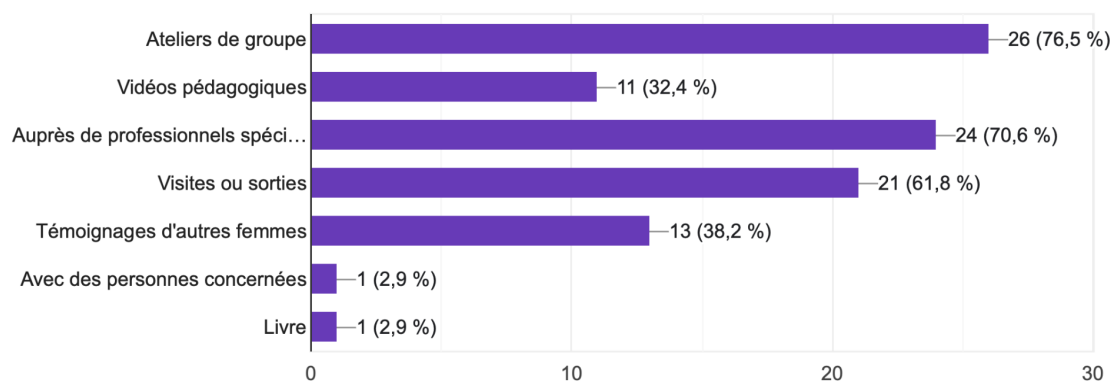
5) Aimeriez-vous améliorer vos connaissances en santé environnementale ?

35 réponses



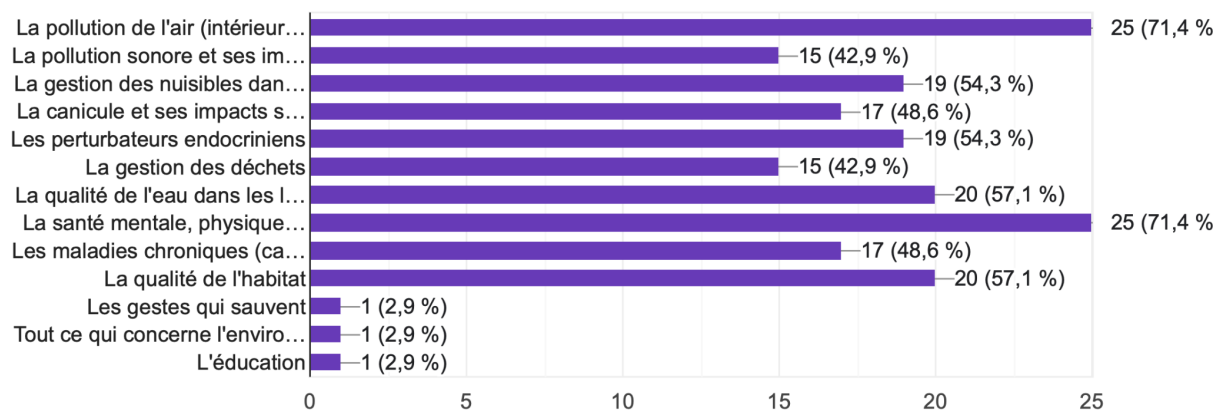
6) Sous quelle(s) forme(s) préférez-vous apprendre et discuter de ces sujets ?

34 réponses



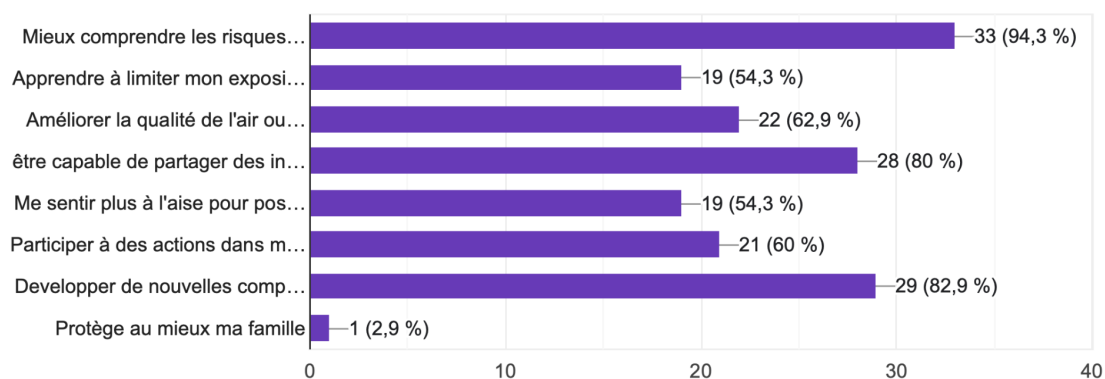
7) Quel(s) thème(s) aimeriez-vous voir abordés dans la formation ?

35 réponses



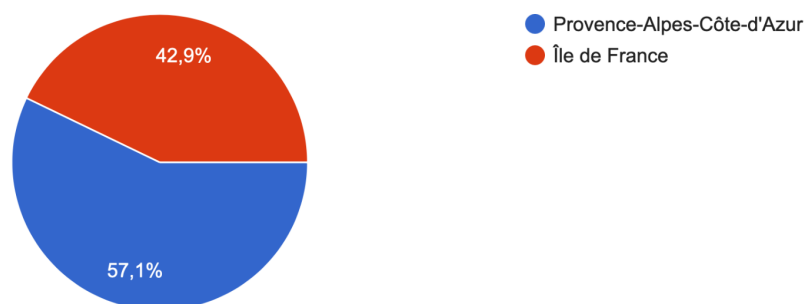
8) Selon vous, en quoi une formation en santé environnementale pourrait-elle vous être utile ? (Plusieurs réponses possibles)

35 réponses



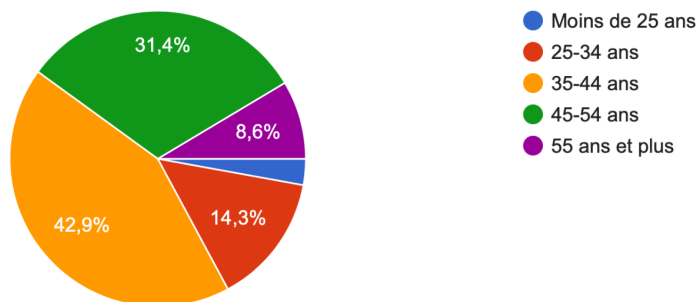
10) Dans quelle région habitez-vous ?

35 réponses



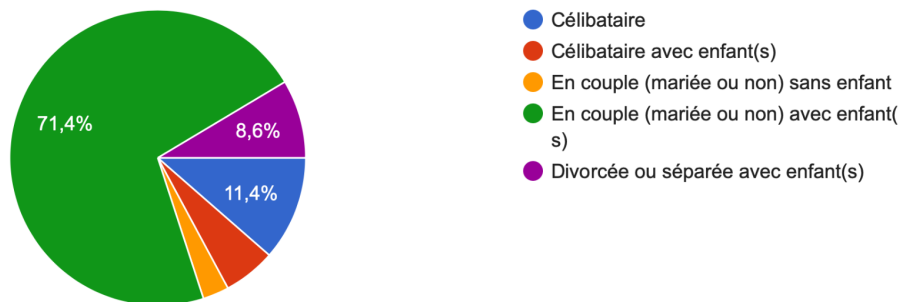
11) Quel âge avez-vous ?

35 réponses



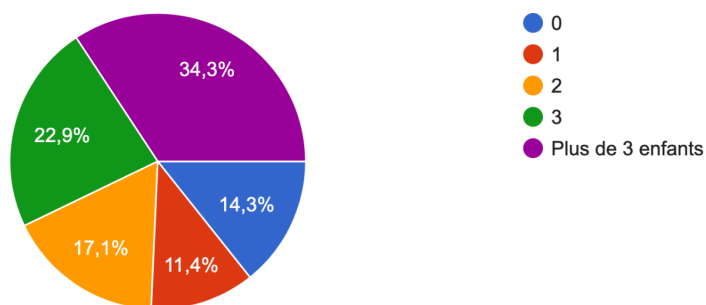
12) Quelle est votre situation familiale ?

35 réponses



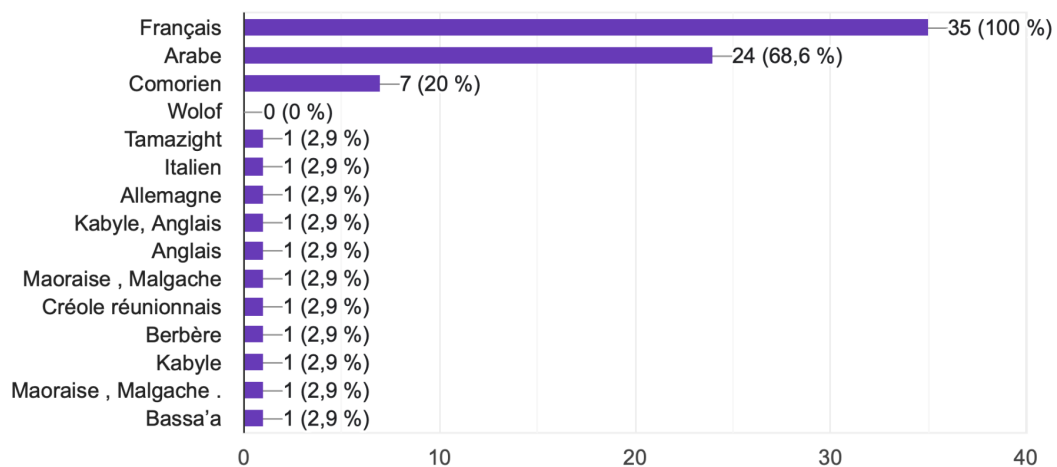
13) Combien d'enfant(s) avez-vous à charge ?

35 réponses



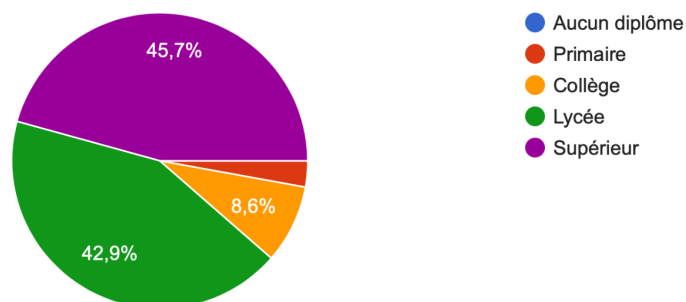
14) Quelle(s) langue(s) parlez-vous à la maison ? (Plusieurs réponses possibles)

35 réponses



15) Quel est votre niveau d'études ?

35 réponses



ANNEXE 7 : Tableau récapitulatif des résultats

Thèmes et facteurs suggérés	Le diagnostic territorial	Le questionnaire	Les entretiens	Mention dans le module
Les maladies chroniques	✗	✗		NON
La santé mentale	✗	✗		NON
L'urbanisme favorable à la santé	✗		✗	NON
La qualité de l'air intérieur	✗	✗	✗	OUI
La qualité de l'air extérieur	✗	✗	✗	NON
La pollution sonore	✗	✗	✗	NON
La canicule		✗	✗	OUI
Les insectes à risque		✗	✗	OUI
Les perturbateurs endocriniens	✗	✗		OUI

Renforcement de l'empowerment		X	X	OUI
Développement des compétences psychosociales		X	X	OUI
Développement des connaissances en santé environnementale		X	X	OUI
Le réchauffement climatique et ses conséquences	X			NON
La qualité de l'eau	X	X		NON
L'habitat et les logements insalubres	X	X	X	NON
Le contenu pédagogique sous forme de vidéos		X	X	OUI
Ateliers collectifs autour de la santé environnementale		X	X	OUI

RHAZI	Wided	12/09/25
Master 2 Méthodes et Outils en Santé Publique Environnementale Promotion 2024-2025		
Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé : diagnostic et évaluation de la pertinence d'un module de formation en santé environnementale auprès des femmes des quartiers prioritaires de Marseille et d'Île-de-France		
Résumé : La santé de chacun est en partie influencée par divers déterminants, qui contribuent aux inégalités territoriales, environnementales et sociales, problématique majeure de santé publique touchant particulièrement les habitantes des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Des associations comme Banlieues Santé s'engagent activement pour réduire ces inégalités, en accompagnant au quotidien les populations les plus vulnérables et les plus exposées aux risques sanitaires, avec pour objectif de les rendre actrices de leur santé et de celle de leur entourage. Ce travail s'appuie sur une méthodologie mixte, incluant un diagnostic territorial du 3^e arrondissement de Marseille, enrichi par un questionnaire et des entretiens semi-directifs, afin d'évaluer la pertinence d'un module de santé environnementale proposé dans la formation Ambassadrice Santé. L'objectif principal est de déterminer si les attentes des femmes du territoire sont réellement prises en compte par ce module. Les résultats montrent une forte adéquation avec les besoins et attentes exprimés par les femmes, tout en faisant apparaître certains points d'ajustement à considérer. Ces constats permettent de proposer des recommandations d'évolution pour renforcer la pertinence du module et en faire un véritable outil d'accompagnement vers des pratiques plus favorables à la santé.		
Mots clés : Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé, santé environnement, quartier prioritaire de la politique de la ville, association, Ambassadrice Santé, diagnostic territorial, universalisme proportionné, évaluation		
<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>		

RHAZI	Wided	12/09/25
Master 2 Méthodes et Outils en Santé Publique Environnementale Promotion 2024-2025		
Territorial, Environmental, and Social Health Inequalities: Assessment and Evaluation of the Relevance of an Environmental Health Training Module for Women Living in Priority Districts of Marseille and Île-de-France		
Résumé : Our health is partly shaped by various health determinants that contribute to territorial, environmental, and social inequalities, a major public health issue that disproportionately affects residents of priority city districts. Associations such as Banlieues Santé are actively engaged in combating these inequalities, working daily alongside the most vulnerable and exposed populations with the aim of empowering them to become agents of their own health and that of others. This study employs a mixed-methods approach, using a territorial assessment of Marseille's 3rd arrondissement, supported by both a questionnaire and semi-structured interviews to evaluate the relevance of a new environmental health module within the Ambassadeur Santé training program proposed by the association. The main goal is to determine whether the module's objectives truly address the needs of women living in the area. Results show a strong alignment with the needs and expectations expressed by women, although some gaps remain to be addressed. These findings allow for recommendations to further adapt and strengthen the module, making it a more effective tool for supporting future changes in habits that are more beneficial to health.		
Mots clés : Territorial, environmental and social health inequalities, environmental health, priority city district, association, health ambassador, territorial assessment, proportionate universalism, evaluation		
<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>		