

16^e Journée nationale
« ÉLUS, SANTÉ PUBLIQUE & TERRITOIRES »

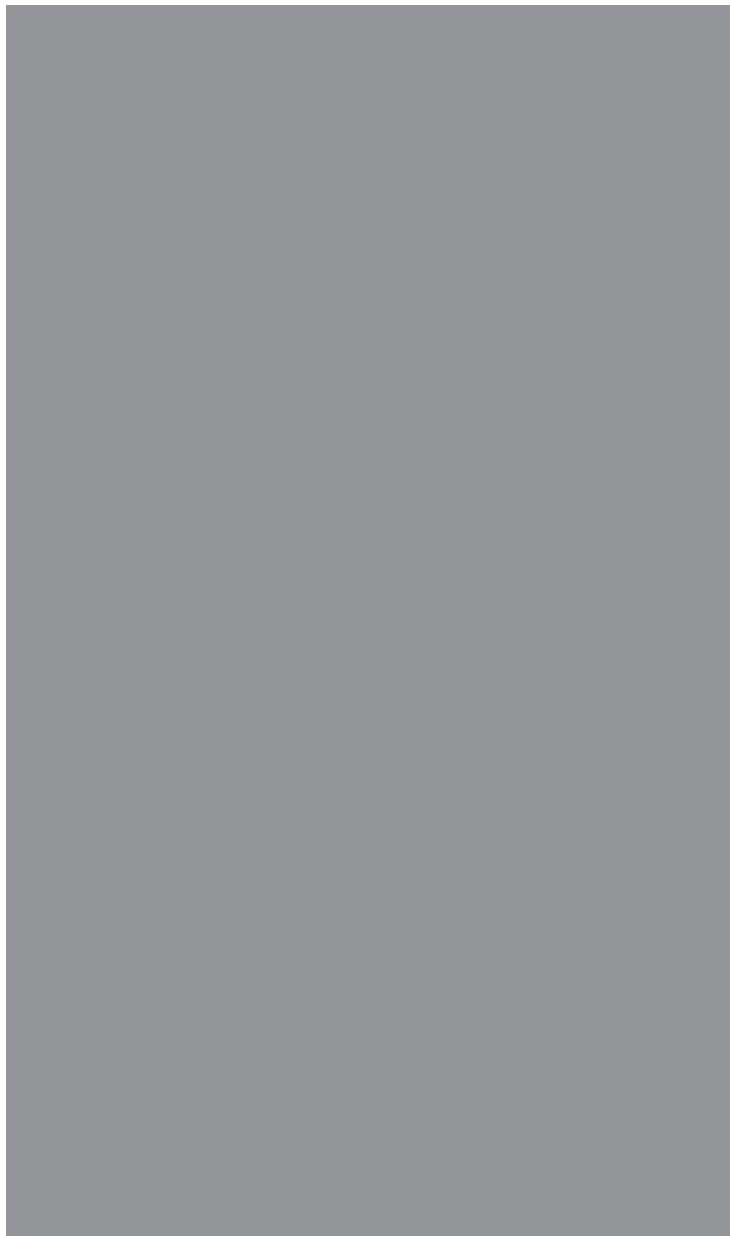
« SANTÉ ENVIRONNEMENTALE : LE POUVOIR DES VILLES »

27 Novembre 2015

PARIS

salle de conférence Chaligny
15 rue Chaligny, 75012 PARIS







P. 4

OUVERTURE

Laurent EL Ghozi, Président, Élus santé publique & territoires
Bernard Jomier, Maire adjoint de Paris en charge de la santé, du handicap et des relations avec l'AP-HP

P. 14

DONNÉES SCIENTIFIQUES : L'ÉTAT DES CONNAISSANCES

Table-ronde animée par Marianne Auffret, Maire adjointe Santé et Urbanisme, 14^e arr. de Paris

La santé environnementale, un changement de paradigme en santé publique

André Cicoella, Président, Association Réseau environnement santé

Épidémiologie environnementale : Méthodes, outils et résultats

Pr. Isabelle Momas, Professeur en Santé publique et environnement, Université Paris Descartes - Sorbonne Paris Cité

Travaux sur le coût de la pollution atmosphérique sur le système de soin

Christophe Rafenberg, Équipe EPAR, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé publique

Évolution des pathologies respiratoires allergiques chez l'enfant

Dr. Nathalie Lambert, spécialisée en pneumo-pédiatrie et allergologie pédiatrique, Praticien hospitalier dans le service d'allergologie (Centre de l'asthme et des allergies) du Pr. J. JUST, Hôpital A. Trousseau, PARIS 12^e, Hôpitaux universitaires Est Parisien-AP-HP

Le Tableau de bord santé environnement 2015 en Provence Alpes

Côte-d'Azur : un outil interactif pour les collectivités territoriales

Marie Jardin, Statisticienne épidémiologiste, Équipe SESTIM (UMR912/Inserm/IRD/ Université Aix-Marseille), Observatoire régional de la santé PACA

Échanges avec l'auditoire

P. 70

QUELS LEVIERS D'ACTION DES VILLES EN SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ? EXPERTISE INTERNATIONALE ET ÉCLAIRAGE DE L'OMS

Carlos Dora, Coordinateur, Département Santé publique, environnementale et déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

P. 92

LES VILLES-SANTÉ OMS RÉSOLUMENT ENGAGÉES DANS DES POLITIQUES DE SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Charlotte Marchandise-Franquet, Présidente, Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS, Maire adjointe Santé et Environnement, Ville de Rennes

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION PUBLIQUE : L'ACCOMPAGNEMENT DU PROCESSUS

P. 106

Santé environnementale et justice environnementale -

Des sujets complémentaires et en cohérence avec la promotion de la santé

Yorghos Remvikos, Professeur en santé environnementale, CEARC, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Directeur du Master SSEnTS

Justice environnementale, développement durable, résilience...

Des sujets en lien avec la santé ?

Yorghos Remvikos

Échanges avec l'auditoire

LE POUVOIR DES VILLES

P. 136

Table-ronde animée par Estelle Kleffert, Directrice du mouvement Générations cobayes

GRANDE-SYNTHE : Transition écologique et socio-sanitaire

Brigitte Deroo, Directrice du Centre municipal de Santé

Hélène Verrièle, Directrice générale adjointe à la Cohésion sociale

MOUANS-SARTOUX : La santé publique passe aussi par l'assiette

Gilles Pérole, Maire adjoint Enfance et Éducation, Président de l'association « Un plus Bio »

NANTES : Le Plan Local d'Actions en Santé Environnementale (PLASE) de Nantes

Catherine Bassani-Pillot, Conseillère municipale déléguée à la Santé Environnementale

AUBERVILLIERS : Actions en faveur de la prévention sanitaire des risques environnementaux et mobilisation des habitants et des acteurs économiques

Maria Mercader y Puig, Maire adjointe Santé et Handicap

Les questions de l'auditoire

Table ronde et éléments de réponse des élus

PARIS : Le plan parisien santé environnementale

Virginie Le Torrec, Conseillère technique, Cabinet de Bernard Jomier

Sophie Rigard, Conseillère technique, Cabinet de Bernard Jomier

Table ronde des intervenants

Clôture de la Journée

P. 184

OUVERTURE

« Laurent El Ghozi

Président de l'association Élus, santé publique & territoires

Bonjour à toutes et à tous. Merci d'être là, chers amis, chers collègues, chers partenaires. Nous avons une belle journée de travail avant la COP 21, la Conférence des parties prenantes, dont doivent être les Collectivités locales : je suis donc heureux de vous accueillir pour parler de santé environnementale et dire comment les villes, leurs élus, peuvent se saisir de cette réflexion sur l'environnement pour améliorer la santé publique. La santé environnementale est un concept émergent, mais qui me semble extrêmement producteur de sens, d'actions et d'amélioration de la santé.

Je veux d'abord remercier la ville de Paris, partenaire permanent de notre action, Paris blessée, il y a tout juste deux semaines, dans sa jeunesse, sa vitalité, sa diversité, Paris qui continue à vivre, à rire, à sortir, à travailler, à construire. Bernard Jomier, qui en est le maire adjoint chargé de la santé, devait être ici pour vous accueillir et participer à nos travaux, mais comme vous le savez, il y a une cérémonie nationale à la mémoire des victimes aux Invalides et il a dû évidemment s'y rendre. J'espère qu'il pourra passer nous dire un mot dans la journée, mais ce n'est pas certain, compte tenu de ses obligations. Je voudrais dédier cette journée, qui cherche à construire un avenir meilleur pour tous, à ces morts, aux familles, à leurs proches, leur dire que c'est pour eux, pour leurs enfants que nous continuons et nous associer ainsi à l'hommage solennel qui est rendu en ce moment aux Invalides.

Notre journée sur la santé environnementale s'inscrit dans une actualité extrêmement riche, du fait de la COP 21. Nous en espérons évidemment beaucoup, même si je n'ai pas l'impression que la santé soit au cœur des préoccupations de nos dirigeants. Il nous appartient en tout cas de faire en sorte que ces questions de santé soient de plus en plus présentes.

En quelques semaines, depuis la rentrée, se sont succédé à Paris une multitude de manifestations sur ces questions-là : l'université de l'Institut Renaudot, les journées de l'Observatoire régional de la santé d'Île-de-France, celles du CNFPT (Centre national de la fonction publique territoriale), le congrès de la Société française de santé et environnement (SFSE) hier et avant-hier, le colloque du réseau des villes-santé de l'OMS, avec qui nous travaillons de plus en plus étroitement sur ce même sujet, celui des liens réciproques entre la santé et l'environnement. C'est la preuve de l'émergence de ce concept et de la prise de conscience progressive d'acteurs de plus en plus nombreux. Toutes ces manifestations, les unes portant davantage sur l'aspect communautaire, la mobilisation, certaines sur les politiques locales, les autres sur les aspects scientifiques,

attestent de la réelle mobilisation d'acteurs venus de champs très divers.

Les travaux des chercheurs se multiplient, apportent des données probantes, indiscutables, encore qu'il n'y ait pas plus de vingt équipes de chercheurs dans le monde qui travaillent sur le lien entre changement climatique et santé, ce qui n'est pas beaucoup. Vous trouverez une présentation de ces données incontournables dans l'exposition du Réseau environnement santé (RES), partenaire de cette Journée.

Pour autant, ces résultats, même lorsqu'ils parlent, comme le dit l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de véritable épidémie des maladies chroniques, sont très peu pris en considération dans les politiques publiques, les politiques nationales et les politiques locales. Il y a là un écart, un fossé qu'il faut absolument arriver à dépasser, au niveau national comme au niveau local.

Quel est donc ce nouveau paradigme de la santé environnementale dont André Cicolella s'est fait le chantre, depuis un certain temps, avec obstination ? C'est l'idée simple selon laquelle le monde dans lequel nous vivons, tout ce qui nous entoure, ce que nous respirons, ce que nous mangeons, ce que nous buvons, chez nous, dans la rue, au travail, à l'école, tout cela a un impact, favorable ou malheureusement, plus souvent défavorable, sur la santé individuelle et collective, et que cet impact est différent selon notre âge, selon le moment où cela se produit, selon notre lieu de vie, notre lieu de travail, d'où la notion de vulnérabilité différentielle et donc, inégale. En outre, ces influences se cumulent, s'accumulent dans le temps, d'où la notion d'exposome, qui, je l'espère, restera inscrite dans le projet de loi de modernisation du système de santé, actuellement à nouveau en débat au parlement – puisque cela ne passe plus en procédure accélérée et qu'il y aura un nouveau débat. C'est, de fait aussi l'occasion, pour nous tous, de peser le plus possible pour que ce à quoi nous tenons, en termes de promotion de la santé, de prévention, de paquets neutres de cigarettes, d'alcool, etc. soit réellement inscrit dans cette loi. Je vous invite donc tous à solliciter une nouvelle fois vos parlementaires, il n'est pas trop tard... Enfin, outre la notion d'exposome, cela peut même se transmettre à nos enfants. C'est la notion d'épi-génétique, qui sera peut-être aussi inscrite dans la loi.

Ce sont là des avancées qu'il faut contribuer à conforter. C'est aussi l'intérêt de cette journée.

Avec l'apport de quelques scientifiques, nous tenterons, ce matin, d'éclairer toutes ces notions et les raisons, y compris financières, qui peuvent nous conduire à changer notre conception de la santé. Merci

à Marianne Auffret, première Vice-Présidente de l'association et maire adjointe dans le 14^e arr. de Paris, de l'animer avec son acuité habituelle.

Carlos Dora, que je remercie vivement de sa présence, nous dira comment cela se pense au niveau international, vu de l'OMS.

Cet après-midi, nous aborderons le rôle des collectivités locales et de leurs élus, les élus que vous êtes, puisque 25 villes sont représentées dans cette salle par ses élus et leurs collaborateurs. Même sans compétence réglementaire en santé, nous, élus, sommes responsables du bien-être de toute la population. Nous sommes responsables des sécurités : sécurité sociale, sécurité économique, sécurité des biens et des personnes, mais aussi sécurité sanitaire, voire sécurité de l'avenir. Cela nous concerne donc et nous ne pouvons pas rester indifférents.

Nous sommes également responsables de l'égalité de tous les citoyens ou du moins, nous devons essayer de lutter contre les inégalités. Je ne suis pas sûr que l'on arrive à l'égalité, mais en tout cas, nous pouvons essayer de travailler pour que les inégalités soient moins importantes, moins insupportables. Les expositions aux risques ne frappent pas également tout le monde, on le sait. Comment, alors, parler de justice sociale, mot que nous avons tous à la bouche dans nos discours, dans nos programmes, y compris dans les campagnes électorales ?

Nous, élus locaux, sommes aussi animateurs de la démocratie locale, ce qui impose d'associer la population à toutes nos décisions, surtout si nous voulons qu'elle comprenne les enjeux, qu'elle adhère aux changements, qu'elle s'approprie les politiques. On ne peut pas se satisfaire de politiques descendantes si l'on veut que les comportements changent.

Dans les collectivités locales, nous avons de nombreux leviers, moyens d'action, lieux d'intervention pour agir :

- le troisième Plan national santé environnement (PNSE 3), qui vient de sortir, qui doit être décliné au niveau régional puis local et s'inscrire dans les contrats locaux de santé ;
- l'Agenda 21 ;
- le Plan Climat Air Energie territorial (PCAET), dans lequel les préoccupations de santé sont relativement absentes à ma connaissance, même si cela démarre, y compris, hélas, à Nanterre ;
- les clauses dans les marchés publics, qui permettent aussi d'agir sur tout ce qui constitue notre environnement ;

- la restauration scolaire ;
- le Plan local d'urbanisme (PLU) ;
- le Plan de déplacements urbains (PDU) ;
- etc.

Il y a des outils dans lesquels ces préoccupations doivent être intégrées, doivent être présentes, et qui nous permettent d'agir.

Si la santé est bien la résultante de toutes les politiques, elle est aussi, bien souvent, le premier déterminant, en tout cas, un formidable levier de mobilisation et de changement des acteurs, d'implication citoyenne et associative et donc, de démocratie. L'intérêt de la santé est ainsi d'injecter du collectif dans une société de plus en plus individualiste, fragmentée, de faire sens parce que la santé concerne tout le monde : dans toutes les enquêtes, c'est la première préoccupation, avant même les questions de sécurité, peut-être pas en ce moment, mais habituellement, pour l'ensemble des habitants de ce pays.

Pour agir au niveau local, ce qui est notre sujet, aujourd'hui, nous avons besoin de deux leviers. Le premier levier, ce sont les données scientifiques, mais des données scientifiques mises en forme, rendues intelligibles, appropriables par tous, opératoires pour l'action. Ce besoin de traduction n'est pas toujours bien compris par les chercheurs. Nous sommes ici quelques-uns à avoir assisté aux journées de la SFSE. Il y avait beaucoup de chercheurs, qui nous ont dit beaucoup de choses extrêmement intéressantes, des constats incontestables, mais leur traduction opérationnelle, leur traduction en actions est quelquefois assez lointaine. Il y a là véritablement un travail à faire.

Le deuxième levier, je l'ai dit, mais je ne saurais jamais assez le répéter, consiste à s'appuyer sur ce que vivent, ressentent, pensent les habitants, avec le besoin, évidemment, de les associer à ce changement nécessaire, non par la contrainte descendante – cela ne marche pas – mais par la preuve d'un bénéfice individuel pour eux, pour leurs enfants et aussi, par l'intérêt d'un engagement dans une dynamique collective. Véritablement, on doit et on peut donner du sens collectif à ces actions en faveur de la santé environnementale, parce qu'il est bon pour la société de faire cohésion, une cohésion bien mise à mal en ce moment, parce que c'est bon pour le climat et l'avenir de la planète, que c'est bon aussi pour le plaisir de vivre ensemble et de vivre en bonne santé.

Cet après-midi, nous avons demandé à Estelle Kleffert - qui vous dira ce qu'est « Générations cobayes, non merci ! » et ce que fait cette asso-

ciation – d’animer la présentation de cinq collectivités particulièrement convaincues et engagées. Elles nous exposeront comment elles se sont saisies de ces questions et quelles actions elles ont pu développer pour montrer que c’est possible, que c’est à notre portée, que c’est positif pour chacun et pour tous, dès aujourd’hui et surtout, pour demain, et que c’est notre responsabilité de citoyen et notre pouvoir d’agir d’élu. C’est ce que nous avons voulu dire par « le pouvoir des villes » : les villes ont à la fois la responsabilité, mais aussi la possibilité d’agir.

Nous avons en France, vous le savez, deux réseaux de villes engagées dans la santé : un réseau de villes, les villes-santé de l’OMS, et un réseau d’élus, Élus, santé publique & territoires, qui travaillent de manière de plus en plus convergente, ce qui est une très bonne chose. J’ai demandé à Charlotte Marchandise-Franquet, présidente du Réseau Français des Villes-Santé de l’OMS et maire adjointe à Rennes, de vous en parler.

Je vous souhaite une très bonne journée de travail. Je souhaite que vous deveniez tous, dès ce soir, de fervents promoteurs de la santé environnementale, parce que c’est possible, parce que c’est nécessaire.

Je vous demande à nouveau d’excuser l’absence de Bernard Jomier, qui m’a chargé de vous dire à quel point il était conscient de l’importance de ce que nous allons essayer de faire aujourd’hui et de ce que nous ferons ensemble demain. Je donne la parole à Virginie Le Torrec, sa fidèle collaboratrice – ce sont les termes de Bernard Jomier –, qui vous dira quelques mots de sa part.

«• Virginie Le Torrec

Conseillère technique au cabinet de Bernard Jomier, ville de Paris

Bonjour à tous. Je suis conseillère technique au cabinet de Bernard Jomier, qui a été empêché par sa participation à la cérémonie nationale qui se tient aux Invalides. Il ne peut être parmi nous aujourd’hui et le regrette, parce que, comme j’aurai l’occasion de vous le présenter au cours de la journée, la ville de Paris a été très impliquée, cette année, sur ces questions, tout particulièrement. Cette journée est importante pour nous. Nous sommes très heureux de vous accueillir.

Laurent El Ghozi a pratiquement tout dit dans son intervention et je vais essayer de ne pas faire trop de redites. Tu as porté un message politique fort sur le rôle des villes en santé et tu as balayé l’ensemble des enjeux. Il va de soi que dans le contexte très préoccupant dans lequel nous sommes, maintenir une journée sur la santé environnementale, sur

la capacité d'action des villes, est un geste particulièrement fort parce que précisément, ce que nous voulons construire au travers d'une politique inclusive et d'une politique de santé, c'est un monde apaisé et un monde qui va mieux. Je pense que c'est une chance que nous soyons tous réunis aujourd'hui. C'est une chance que nous ayons l'envie de continuer à porter ce type de politique.

Dans ce contexte, je suis heureuse de vivre avec vous cette journée d'ESPT, qui est consacrée au travail des villes en matière de santé, à leur rôle, c'est-à-dire à leur responsabilité, et aussi, comme Laurent El Ghazi l'a fait ressortir, à leur pouvoir, au sens de capacité d'action, qui fait qu'elles jouent un rôle. Elles ont un vécu, une place très spécifique dans la mise en mouvement de la société en faveur d'une amélioration du cadre de vie et de la santé.

Cette année, pour la ville de Paris, est une année très forte en matière de santé environnementale, d'abord parce que nous avons élaboré un plan de santé environnementale, qui devait être présenté au conseil de Paris en novembre. Sa présentation et sa validation politique interviendront finalement en février. En raison des attentats, un certain nombre de choses sont reprogrammées. Mais le plan est écrit. Il a été élaboré de manière très concertée, sur la base du travail de centaines d'acteurs, dont certains sont ici présents. Je les remercie encore du temps qu'ils nous ont donné, de l'énergie qu'ils nous ont donnée, des conflits qu'ils ont bien voulu partager sur certaines orientations... Tout cela est extrêmement précieux.

Ce plan est le premier plan transversal de la ville de Paris. Nous aurons l'occasion de le présenter tout à l'heure. C'est un plan qui fait explicitement le lien entre la lutte contre les inégalités de santé et la santé environnementale. Il indique qu'il faut mobiliser tous les outils nécessaires et disponibles pour réduire les inégalités en améliorant le cadre de vie des habitants. C'est aussi un plan qui s'appuie – et je pense que ce sera sa grande force –, sur une mobilisation élargie de tous les acteurs, de toutes les parties prenantes qui peuvent agir, d'une manière ou d'une autre, pour améliorer cette relation entre cadre de vie et santé : acteurs associatifs, acteurs institutionnels, professionnels de santé, mais aussi d'autres champs, chercheurs, puisque comme l'a dit Laurent El Ghazi, les données scientifiques sont extrêmement importantes. Et, au-delà des données, le regard, la conceptualisation, l'analyse des interactions, souvent complexes en termes de santé environnementale sont très précieux pour les services locaux, pour les villes. Ils sont aussi très précieux pour les élus comme message qu'ils peuvent porter à l'attention de la population, sur l'autonomie qu'elle peut avoir et les capacités d'action qu'elle peut avoir pour

sa propre santé, sans être dans un discours culpabilisant. La collaboration avec la recherche permet cela de manière très forte.

Ce plan s'appuiera donc vraiment sur une mobilisation. Il cherchera aussi à faire le lien avec l'économie émergente de la santé environnementale, voire un certain nombre d'acteurs innovants : start-up, créateurs, développeurs, qui apportent de nouveaux outils. Il est important que ces outils soient soutenus par les collectivités, soient adaptés aux besoins que nous identifions, qu'il y ait un dialogue permanent avec ces acteurs et surtout, qu'il y ait une forme d'hybridation avec les acteurs que je ne qualifierai pas de traditionnels, mais les acteurs associatifs, politiques de la santé environnementale. Nous avons cherché à rapprocher ces acteurs.

Pour la ville, c'est aussi une année essentielle en matière de santé environnementale parce que dans le contexte de la pré-COP 21, nous avons voulu mettre en avant l'importance des questions de santé dans les différents impacts des dérèglements climatiques. Il nous avait semblé, comme à beaucoup d'acteurs de santé, que la COP ne mettait pas nécessairement suffisamment en avant les questions de santé. Nous avons donc voulu apporter une contribution. La ville accueille un certain nombre d'événements, dont certains événements importants cités par Laurent El Ghazi qui se sont tenus tout récemment : la SFSE a organisé un congrès scientifique international qui était passionnant à l'hôtel de ville, la journée d'aujourd'hui... Le sommet des élus locaux, le 4 décembre, permettra également de présenter les enjeux de santé et d'interpeller les élus locaux du monde entier, qui seront présents, sur l'importance de se mobiliser en faveur de la santé. Il y aura une intervention de l'OMS qui sera extrêmement précieuse pour porter cette voix. Nous attendons également un événement de l'Association médicale mondiale, qui va mobiliser les professionnels de santé sur ces questions. C'est un levier extrêmement important. Enfin, cette séquence va se clôturer par le déroulement de la COP, bien sûr, mais aussi par un événement que je souhaite mentionner parce que Laurent El Ghazi n'en a pas parlé – la présence de Charlotte Marchandise sera l'occasion de l'évoquer –, à savoir un atelier intensif qui va se tenir dans le 14^e arrondissement, donc chez Marianne Auffret, qui est organisé par le réseau des villes-santé. Ce sera un moment important puisqu'un certain nombre de porteurs de projets innovants vont, pendant deux jours, échanger sur leurs projets en matière de santé et de qualité de l'air. Il faut le mentionner parce que c'est par la possibilité de porter des projets concrets, qui remontent des territoires, que les choses vont évoluer, et pas seulement par la prise en charge du problème par les collectivités et les institutions.

Paris et l'association ESPT, c'est un long compagnonnage. La ville de Paris est un partenaire au sein de l'association. Je souhaite rappeler que nous avons notamment fortement soutenu le séminaire sur les salles de consommation à moindres risques.

Je souhaite souligner le caractère très productif et ce qui a pu être tiré en matière de renforcement des interventions sur la santé mentale, par la diffusion des conseils locaux de santé mentale. Ce sont des sujets qui ne sont pas des sujets faciles et qui montrent l'importance d'une association pour aller soulever des questions qui sont parfois des questions épineuses, difficiles à régler à l'échelle locale et pour lesquelles, précisément, nous avons besoin de l'appui de rôles tiers, comme cette association d'élus qui, dans la durée, fait bouger les lignes. ESPT encourage avec vigueur les villes à jouer un rôle actif pour que l'ensemble de leurs politiques pèse favorablement sur la santé, y compris sur les sujets les plus complexes.

Je pense que la journée d'aujourd'hui est importante tout particulièrement parce que les villes sont en première ligne de la santé environnementale parmi toutes les collectivités. Elles sont en première ligne pour faire de ce sujet un sujet démocratique qui associe les populations. Elles sont aussi en première ligne parce que l'essentiel de la population, d'ici à trente ans – je crois que ce sont les trois quarts de la population –, vivront en ville. Or les villes portent une part de responsabilité dans la crise environnementale. Elles sont les lieux de concentration, de consommation, de production de déchets. Elles ont un impact très fort sur la qualité des milieux. C'est un vrai enjeu que nous devons relever.

En même temps, les villes sont en capacité de changer beaucoup de choses avec les populations, sans que ce soit pensé sur le mode de la contrainte, de la culpabilisation. Elles ont de nombreuses politiques qui portent sur le cadre de vie. Elles pèsent directement, par leurs décisions, sur le bien-être. Elles ont aussi un pouvoir d'interpellation et de mobilisation des parties prenantes et des partenaires institutionnels, ce qui me semble extrêmement important, parce que c'est aussi une philosophie des projets locaux de santé qui peut être élaborée à travers ces collaborations. C'est-à-dire que ce ne sont pas des schémas qui s'imposent ; ce sont des projets qui sont co-élaborés par tous ceux qui peuvent prendre une part active dans la résolution des problèmes.

Je conclurai en disant que notre travail en réseau peut être un accélérateur. Une journée comme celle-ci est importante parce qu'elle peut contribuer à invertir de façon vertueuse la manière dont nos villes sont conçues, aménagées. Cela apporte souvent des réflexions sur les infrastructures, les choix d'équipements, sur la manière dont fonctionnent les espaces

publics, la manière dont un certain nombre de politiques inclusives amènent aussi des améliorations en matière de santé environnementale. Une journée comme celle-ci est vraiment l'occasion pour tous d'échanger sur ce que nous faisons dans nos villes. Nous serons très heureuses – ce sera un exposé à deux voix féminines – de vous présenter le plan parisien de santé environnementale et je vous le dis à l'avance, nous accueillerons avec beaucoup d'intérêt les remarques et propositions de collaboration qui émaneront de cette présentation, les propositions de benchmark. Nous sommes vraiment très heureuses de venir présenter ce plan qui va se lancer, qui n'est pas encore réalisé, et d'avoir votre avis sur ce que nous avons travaillé collectivement avec nos partenaires.

Je vous souhaite une très bonne journée, en représentation de Bernard Jomier.

«• Laurent El Ghozi

Merci, Virginie Le Torrec, pour ces propos extrêmement convergents, ce qui ne m'étonne pas. Je vais laisser la place à Marianne Auffret pour animer la table ronde. J'appelle André Cicolella, Isabelle Momas, Christophe Rafenberg, Nathalie Lambert et Marie Jardin.

L'ensemble des illustrations de cet ouvrage (schéma, graphiques et diapositives) est issu des diaporamas présentés le 27 novembre 2015. Ces présentations, complètes, sont librement téléchargeable sur le site de l'association : www.espt.asso.fr.

TABLE RONDE

DONNÉES
SCIENTIFIQUES :
L'ÉTAT DES
CONNAISSANCES

◀• Marianne Auffret

*Maire adjointe à la santé et à l'urbanisme, 14^e arr. de la ville de Paris,
1^{ère} Vice-présidente d'Élus, santé publique & territoires*

Bonjour à tous. En règle générale, je ne parle pas beaucoup, sauf quand on me lance sur des questions sentimentales et heureusement pour vous, aujourd'hui, nous n'allons pas en parler.

La demande que j'ai faite à mes intervenants était plutôt de caler la question du rythme. Je souhaitais qu'à travers l'à-plat de connaissances, il puisse y avoir une dynamique qui se dégage dans l'écho des interventions, c'est-à-dire qu'ils ne construisent pas forcément leur intervention orale en rapport les uns avec les autres, mais qu'au bout d'un moment, lorsque l'on a posé des choses, on puisse vraiment avoir des interactions. J'ai donc demandé aux intervenants de préparer leurs interventions sur une durée de sept minutes, ce que je trouvais potentiellement très dynamique, sans trop de diapositives, tout simplement parce que c'est une ligne pour laquelle je milite par rapport à mes activités en santé mentale. Je pense en effet que l'on ne doit pas se laisser noyer dans le discours, mais être très attentif à avoir une conversation avec la salle.

Je ne me suis pas présentée. Je me disais bien qu'il manquait quelque chose. Je suis Marianne Auffret, en charge de l'urbanisme et de la santé dans le 14^e arrondissement. Je suis élue depuis longtemps : cela fait quinze ans, maintenant. C'est mon deuxième mandat à la santé. Tout à l'heure, Virginie Le Torrec mentionnait l'initiative des grands voisins. Cela se passe dans une friche urbaine située dans le 14^e arrondissement. C'est précisément le lieu intéressant, puisqu'il fait écho à mes deux délégations, qui sont celles de l'urbanisme et de la santé. Il y a donc une possibilité qu'il se passe là quelque chose entre la ville et la santé.

Nous avons prévu de respecter l'ordre qui était inscrit sur le programme. Je passe donc la parole à M. Cicolella.

LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE, UN CHANGEMENT DE PARADIGME EN SANTÉ PUBLIQUE

☞ André Cicolella

Président de l'association Réseau environnement santé

• www.reseau-environnement-sante.fr

Je suis le président du Réseau environnement santé[•]. J'ai quelques diapositives. La santé environnementale est une réponse majeure à la crise sanitaire.

Je vais tout de même développer un peu avec quelques éléments. Vous pouvez les trouver dans l'exposition que nous avons réalisée sur le sujet pour déconstruire un certain nombre d'arguments qui vous font croire, en résumé, que « Tout va très bien, Madame la Marquise ». L'espérance de vie progresse. C'est l'élément généralement mis en avant. Il y a peut-être un peu plus de maladies chroniques, mais c'est normal : on vieillit et on les dépiste mieux. On peut donc continuer comme avant.

Le constat de la réalité a été fait par l'OMS. Je me réfère à la plaquette de l'OMS publiée en 2008, dont personne n'a entendu parler, je pense. Elle disait : « Halte à l'épidémie mondiale des maladies chroniques ! ».

L'expression « épidémie mondiale » est utilisée par l'OMS dès 2008 sur le plan mondial.

Cette analyse est réitérée en septembre 2011, dans une déclaration à l'occasion de l'assemblée générale de l'Onu, signée par les 184 chefs d'État et de gouvernement, dont la France, évidemment. Dans cette déclaration, il est dit que le fardeau et la menace que des maladies non transmissibles représentent, à l'échelle mondiale constituent l'un des principaux défis pour le développement du XXI^e siècle. Il s'agit toujours de ce constat d'une épidémie mondiale des maladies chroniques. Dr. Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, dans une réunion préparatoire, parle même de « catastrophe imminente, une catastrophe pour la santé pour la société et surtout, pour les économies nationales ». C'est élément est extrêmement important.

L'objectif est réaffirmé et précisé en 2014 : l'OMS fixe des objectifs d'ici à 2025 : 25 % de mortalité en moins pour les quatre grandes maladies chroniques : maladies cardiovasculaires, cancers, diabète et maladies respiratoires. Neuf objectifs sont principalement en rupture de système de soins, ce qui est important dans cette opération. Le deuxième objectif

HALTE

À L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE MALADIES CHRONIQUES

« L'un des principaux défis du XXI^{ème} siècle consiste à s'attaquer à la charge mondiale des maladies non transmissibles »

« Epidémie émergente de maladies non transmissibles »

OMS Plan d'action pour la lutte mondiale contre les maladies non transmissibles 28 Mai 2008

ANNEXE 1 : ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION SELON LE PUBLIC VISE
ANNEXE 2 : MESSAGES DE L'OMS CONCERNANT D'ÊTRE ADAPTÉS À DES PUBLICS SPÉCIFIQUES



GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014

"Attaining the new global noncommunicable diseases targets: a shared responsibility"



Objectifs d'ici 2025 :

25 % de mortalité pour

- les maladies cardiovasculaires
- les cancers
- le diabète
- les maladies respiratoires chroniques

Arrêt Obésité+Diabète

**"Les pays développés
peuvent se donner des
objectifs plus contraignants »**



est d'arrêter la croissance de l'obésité et du diabète, ce qui me semble un objectif extrêmement ambitieux, surtout dans une période aussi courte de dix ans. Mais l'intérêt est de dire que oui, nous pouvons, nous devons nous mobiliser par rapport à cet objectif, qu'il n'y a pas de fatalité.

L'OMS va même plus loin en disant que les pays développés peuvent se donner des objectifs plus contraignants puisque dans nos pays, dotés de systèmes de soins performants, la mortalité régresse, mais se transforme en morbidité.

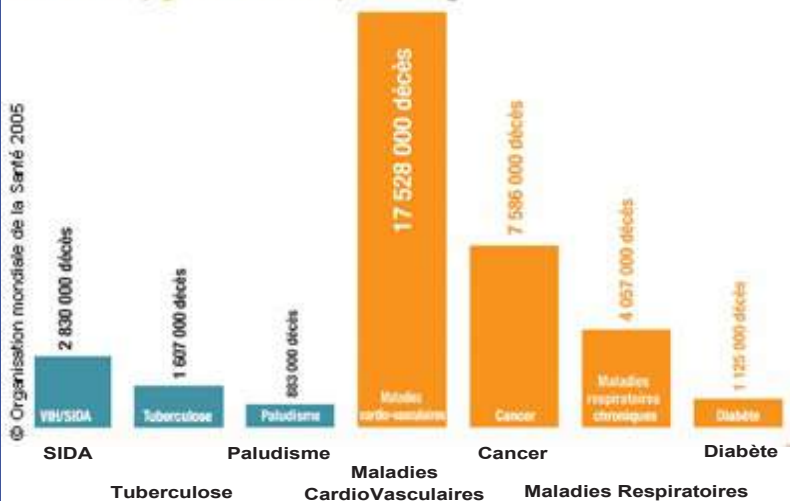
La morbidité est effectivement à l'origine du coût économique. Les rapports de l'OMS montrent que cette question des maladies chroniques est un phénomène d'intérêt mondial, pas seulement un problème de pays développés, et de populations vieillissantes dans les pays développés, que ce soit dans les pays à revenu intermédiaire ou supérieur, et même dans les pays les plus pauvres, qui eux, ont la double peine : ils ont encore des maladies infectieuses, notamment, le sida, le paludisme et la tuberculose. L'OMS fixe là aussi un objectif d'éradication à l'échéance de 2030.

Le ratio maladies chroniques non infectieuses/maladies infectieuses va donc évoluer d'ici à 2030. On va même au niveau de 88%.

Le meilleur indicateur de la crise sanitaire en France, puisqu'il faut bien parler de crise, est l'évolution des Affections de longue durée (ALD). Il suffit d'aller voir sur le site Ameli.fr. Nous n'avons pas de chiffres antérieurs à 1990.

À partir de 1994, 1995, on observe une progression des maladies cardiovasculaires cinq fois plus rapide que le changement démographique, représentée par la courbe du bas dans le graphique ci-après, qui montre l'évolution de la population du régime général. Pour le cancer, c'est quatre fois plus. Pour le diabète, il y a eu un changement de définition. Entre 2000 et 2014, on observe presque un doublement. Même les affections psychiatriques sont en hausse de 70%. J'évoquais, avant cette réunion, la croissance de l'autisme, aujourd'hui : aux États-Unis, on est passé d'un cas sur 5 000 à un cas sur 68 et en France, on continue de nous expliquer qu'il n'y a pas de problème. Je veux bien croire que la France est un pays particulièrement à part du point de vue de la santé, mais nous avons organisé un colloque au mois de juin avec des témoignages de parents et d'enseignants qui montraient que cette réalité existe en France et qu'il faut donc aussi la prendre en considération. L'évolution régionale, brossée d'après les chiffres de l'assurance maladie, est également assez stupéfiante. Les données relatives à l'accident vasculaire cérébral (AVC), par exemple, montrent que cette pathologie touche des populations de plus en plus

Projections du nombre de décès dans le monde, par cause, tous âges confondus, 2005



Maladies Chroniques / Maladies Infectieuses

2005: 60%/40% ; 2008 : 63%/37% ; 2015 : 70%/30% ?

« Depuis fort longtemps, plusieurs idées fausses font que l'on n'accorde pas toute l'importance voulue aux cardiopathies, aux accidents vasculaires cérébraux, au cancer et à d'autres maladies chroniques. **L'épidémie mondiale de maladies chroniques a été largement ignorée ou sous-estimée par rapport à d'autres problèmes de santé** » OMS 2011

France : Évolution du nombre de nouveaux cas par an pour les grandes maladies chroniques (ALD : reconnues en Affections de Longue Durée)



jeunes. Avec le dépistage de l'AVC, il n'y a pas d'indication de changement. Comment expliquer la différence de progression de 131% en Alsace en dix ans, alors que le changement démographique est de l'ordre de 13%, avec la progression de 44% dans le Limousin? En Guyane, la collecte des données est peut-être un peu discutable, ceci étant, la Martinique et la Réunion ont une progression extrêmement rapide sur une période très, très courte.

L'évolution est également très rapide pour le diabète. Pourquoi le Poitou-Charentes est-il le champion de la progression du diabète? C'est une question qu'il faut se poser. En Guyane, les taux sont aussi particulièrement élevés. La progression est de 56% sur la France entière, alors que le changement démographique est de 13%.

La progression des insuffisances cardiaques est tout aussi rapide, mais j'ai pris comme troisième exemple celui du cancer. Dans certaines régions comme le Languedoc-Roussillon, la progression est de 37%. La progression est très rapide à la Réunion, en Martinique et en Guadeloupe, alors que c'étaient et que ce sont encore des régions où le taux est moins faible qu'en métropole. On est en train de rattraper le retard.

Il se passe donc des phénomènes, mais une seule explication, qu'il faudrait analyser. Je pense que cela doit être la base des discussions pour les plans régionaux de santé – environnement. Il faudrait partir de cette crise sanitaire pour essayer de comprendre les facteurs de risque.

Le coût économique est un élément à mettre aujourd'hui dans la discussion. Le coût moyen des ALD est passé de 3,7 M€ à 9 M€ en 20 ans, générant un surcoût, entre 1994 et 2013, en tenant compte du changement démographique, de 64 Md€. Le déficit de l'assurance maladie attendu pour 2014 est de 6,4 Md€. Il suffit de réduire de 10% les maladies chroniques pour avoir des finances équilibrées. Et évidemment, on peut faire beaucoup plus et beaucoup mieux. Lorsque l'on compare la France et le Japon, le Japon, qui est un pays industriel et urbanisé, 24% de maladies chroniques en moins par rapport à la France (donnée de l'OMS) et du point de vue des dépenses de santé, 22% en moins, sachant que le système de santé du Japon est certainement aussi l'un des meilleurs au monde. Cette donnée économique doit donc être prise en considération.

Le changement de paradigme vient aussi des progrès scientifiques, qui nous permettent aujourd'hui de mettre beaucoup plus l'accent sur l'origine développementale des maladies. Le point de départ du concept de la *DOHaD* (*Developmental Origins of Health and Disease*) est né en 1989, avec une première étude qu'à l'époque, on nommait l'hypothèse de Barker, parce que c'était l'épidémiologiste anglais David Barker qui l'avait formulée, à partir d'une étude sur les conséquences de la famine sur les enfants nés aux Pays-Bas au début de 1945. Aujourd'hui, nous avons un recul un peu plus important.

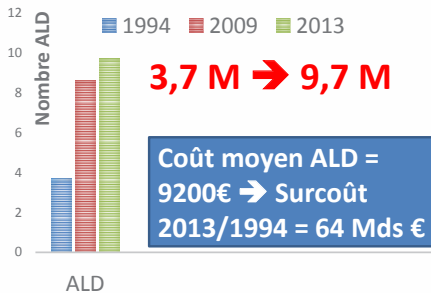
Une synthèse a été faite à l'occasion de la déclaration de Paris, en mai 2012: «Beaucoup des grandes maladies – et des atteintes fonctionnelles – dont la prévalence a augmenté substantiellement au cours des quarante dernières années apparaissent être liées pour partie à des facteurs de développement consécutifs à des déséquilibres nutritionnels ou des expositions environnementales – il faudrait plutôt mettre “et” – aux substances chimiques: obésité, diabète, hypertension, maladies cardio-vasculaires, asthme et allergies, maladies immunes et auto-immunes, maladies neuro-développementales et neuro-dégénératives, puberté précoce et infertilité, certains types de cancer – ce sont des cancers hormono-dépendants (cancers du sein et de la prostate) –, ostéoporose, dépression, schizophrénie et sarcopénie». Au vu de ce bilan, on se dit que c'est une bonne nouvelle. Il ne faut pas donner de caractère anxiogène à la production de connaissances. C'est une bonne nouvelle parce que nous avons là une ligne directrice pour agir contre cette épidémie de maladies chroniques.

En protégeant la santé – parce que l'impact n'est pas uniquement à partir de la gestation, mais la période de la gestation est la période déterminante –, on a des possibilités d'action pour diminuer cet impact, synthétisées dans la déclaration d'*Endocrine Society* au mois d'octobre, qui

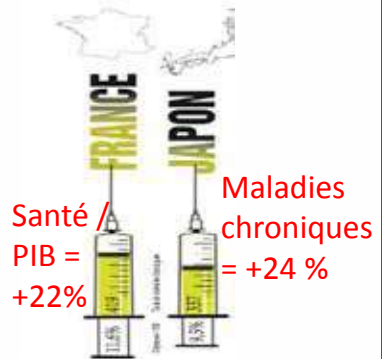
Des dépenses qui explosent...mais pas partout

France 2009

Malades chroniques (ALD + non ALD)
= 23,6 Millions de personnes
= 83 % des dépenses d'assurance
maladie (3/4 ALD + 1/4 non ALD)



Comparaison France-Japon



Espace Social Européen, 1-14 juin 2012 N°17



- Il y a une forte évidence au plan mécanistique et expérimental chez l'animal, et épidémiologique chez l'humain, notamment pour les effets suivants : obésité et diabète, reproduction chez la femme et l'homme, cancers hormono-dépendants chez la femme, cancer de la prostate, effets thyroïdiens, neurodéveloppementaux et neuroendocriniens.

- Les principaux PE sont : bisphénol A, phtalates, pesticides, polluants organiques persistants tels que PCB, polybromés et dioxines.

- La période de la grossesse est la période critique

- Les PE agissent selon une relation dose-réponse non linéaire, avec des effets à faibles doses principalement pendant la phase de développement



conforte la première déclaration de 2009, qui a fixé le changement de paradigme des perturbateurs endocriniens dans sa réponse non linéaire, avec des effets à faible dose principalement pendant la phase de développement. La période de la grossesse est la période critique, avec, là aussi, la relation avec toutes les pathologies qui ont été évoquées. Les principaux perturbateurs endocriniens sont aujourd'hui bien repérés : bisphénol A, phtalates...

À cet égard, nous avons eu le déplaisir d'apprendre que ce qui était mis dans la première mouture du projet de loi relatif à la modernisation du système de santé, l'interdiction du bisphénol dans les jouets, avait été retoquée, alors qu'il est totalement aberrant de faire des jouets au bisphénol, sachant qu'il y a un panel d'effets liés à cette exposition à cette molécule. Les autres perturbateurs endocriniens sont les pesticides, des polluants organiques persistants tels que PCB, polybromés et dioxines.

Le changement de paradigme du point de vue de la santé publique est le concept d'exposome, c'est-à-dire comprendre l'ensemble des expositions. Il ne s'agit pas simplement des expositions à la pollution des milieux, qui est un élément assez important, mais aussi de la façon dont la nutrition se fait selon l'âge, selon les catégories sociales... Nous avons par exemple une donnée extrêmement intrigante, qui est le fait que le cancer du sein touche en priorité les femmes des milieux les plus favorisés. Cela va à l'encontre du gradient habituel. Je regardais, les dernières années, la synthèse publiée par le *Breast Cancer Fund*, aux États-Unis : les catégories les plus exposées sont les libraires, les journalistes, les avocates. Quel est l'exposome de ces populations ? Il faut essayer de comprendre. Il ne s'agit pas d'une forme d'exposition physico-chimique de la librairie. On comprend bien qu'il y a certainement d'autres facteurs qui entrent en jeu, notamment la relation au nombre de grossesses, par exemple, ou l'âge de la grossesse. Mais il y a d'autres éléments. Les auteurs évoquent la question du stress, pour cette génération de femmes qui accédaient aux responsabilités dans un milieu encore majoritairement masculin, qui a pu jouer. Il y a là des pistes.

De ce point de vue, la recherche est tout à fait importante. Pour l'instant, nous n'avons pas de réponse. Nous ne faisons que constater, et nous ne voulons pas passer sous silence le fait qu'aujourd'hui, 12 000 femmes décèdent d'un cancer du sein et 50 000 femmes sont touchées chaque année, soit une femme sur huit, alors que pour leur mère, une femme sur seize était confrontée à ce risque.

L'enjeu de repenser la politique de santé publique, c'est de repenser autour de la protection de la gestation. La diapositive ci-dessus reprend

Changement de paradigme en santé publique : priorité à la protection de la gestation

→ Exposome

Intervention pendant la gestation induit une réduction du risque substantielle

Timely intervention produces substantial risk reduction

Impact of adult intervention is small

Impact de l'intervention sur l'adulte est faible

Fixed genetic contribution to risk is small

La contribution de la génétique est faible

Hanson M, and Gluckman P
Am J Clin Nutr
2011;94:1754S-1758S

Risk of noncommunicable disease increases along a trajectory through the life course, contrasting with models on the basis of infectious disease.

le schéma de Hanson et Gluckman, qui sont à l'origine de la société DO-HaD au niveau international, les liens de santé sont beaucoup plus importants si l'on agit sur cette période. Pour illustrer la nécessité de faire en sorte que les citoyens s'approprient cette action sur leur environnement, la logique de démocratie sanitaire doit aussi s'appliquer dans cette dimension : comment maîtriser le mieux possible son environnement ? Il y a bien sûr des actions de niveau institutionnel, comme les plans nationaux ou régionaux santé environnement (PNSE et PRSE).

La conclusion est que le message à faire passer à travers cette campagne est le suivant : je peux choisir, je peux agir. Il faut contrer cette tendance anxigène par laquelle plus on découvre de facteurs de risque, plus les gens vont se terrer chez eux, alors que c'est l'inverse. Le contexte qu'évoquait Laurent El Ghozi plaide encore plus pour sortir et agir au grand jour afin de gagner un environnement sain, protecteur de notre santé et de celle des générations futures.

Merci.

☞● **Marianne Auffret**

Je passe la parole à Isabelle Momas, qui va se présenter. Elle est la seule à avoir vraiment respecté ma demande à la lettre, puisqu'elle n'a pas fait une seule diapositive.

ÉPIDÉMIOLOGIE ENVIRONNEMENTALE : MÉTHODES, OUTILS ET RÉSULTATS

«● Isabelle Momas

*Professeur en santé publique et environnement,
université Paris Descartes – Sorbonne Paris Cité*

Je coordonne la cohorte de nouveau-nés Paris que nous avons mise en place avec le soutien logistique de la mairie de Paris il y a maintenant plus de dix ans.

Le contexte ayant été posé, mon exposé sera un peu plus technique et répondra au sujet que l'on m'a demandé de traiter, à savoir l'épidémiologie environnementale, des méthodes, des outils, principaux acquis et principaux défis.

Santé et environnement, des relations complexes

En préambule, je voudrais rappeler la complexité des relations entre santé et environnement, en dépit de toute l'accumulation des connaissances que l'on a – et vous verrez qu'il y a beaucoup d'acquis. Établir des relations de causalité entre facteurs environnementaux et santé est difficile pour de nombreuses raisons. D'abord, l'individu subit des expositions multiples à des agents environnementaux de nature très variée : des agents physiques, chimiques, des agents biologiques, susceptibles d'interagir non seulement entre eux, mais aussi, avec des facteurs socio-économiques. C'est la première difficulté, qui recoupe les éléments qui ont été présentés dans le contexte. La deuxième difficulté est que l'individu peut être exposé à un même polluant par différentes voies – par inhalation, ingestion, contact cutanéomuqueux – et à partir de plusieurs sources : l'air, l'eau, les aliments, les produits de consommation. La troisième difficulté est que sauf situation accidentelle, il est soumis à de faibles niveaux d'exposition, mais de façon répétée et parfois, à des périodes critiques de sa vie où il est plus vulnérable. Il résulte de toutes ces expositions une très grande diversité d'effets, ce qui constitue une quatrième difficulté. Il peut y avoir des effets infectants, des effets toxiques, des effets allergisants. Ces effets sont souvent différés : ils vont apparaître à moyen ou à long terme, et sont rarement spécifiques, parce que la plupart des pathologies sont multifactorielles et que l'environnement est l'un des facteurs. Il n'a pas forcément le poids le plus important au sein de tous les autres facteurs.

Ces éléments compliquent l'estimation des expositions et, par là même, la mise en évidence et la quantification des liens entre facteurs environnementaux et santé.

En termes de méthode, l'épidémiologie environnementale peut répondre à ces questions avec deux approches, qui n'ont pas le même poids de preuve. Il y a des études individuelles, qui recueillent des informations auprès de chacun des individus par questionnaire ou par examen clinique, par exemple. Ces études peuvent établir la force de l'association et les relations exposition/risque entre environnement et santé. Parmi ces études, les suivis de cohortes, en particulier de mères enceintes, de nouveau-nés, ont un caractère particulièrement important parce qu'elles permettent de documenter les expositions tout au long de la vie et avant l'éventuelle survenue de problèmes de santé. On accorde beaucoup de confiance à ces études.

La deuxième catégorie d'études, qui ont un peu moins de poids, mais qui sont tout de même très développées en santé et environnement, est celle des études dites écologiques, qui relient des données de routine sur la qualité des milieux et des statistiques sanitaires. Elles établissent par exemple des co-variations temporelles, au jour, le jour, entre les concentrations de polluants qui sont mesurées par les réseaux de surveillance de qualité de l'air et en parallèle, le nombre de décès quotidiens ou le nombre d'admissions hospitalières. Ces études sont très développées parce que l'on a beaucoup de bases de données de qualité des milieux. C'est par exemple ce que fait l'Institut de veille sanitaire dans son programme de surveillance air et santé mené dans dix secteurs. Ces études sont une observation. Elles ont sans doute un peu moins de poids du point de vue de l'affirmation de la causalité, mais on peut les considérer comme un outil d'observation au service de l'action. C'est souvent sur ces études que reposent toutes les évaluations locales d'impacts sanitaires en termes de santé publique, qui se traduisent par des nombres de cas attribuables d'où découleront des estimations économiques. Je pense que ce sera le lien avec la présentation qui va suivre.

Évolution des pathologies respiratoires allergiques chez l'enfant

Ces éléments étant posés, j'en viens aux principaux résultats. S'agissant des principaux acquis, il existe une très abondante littérature épidémiologique qui a montré un impact sanitaire à court terme de la pollution atmosphérique locale au niveau ambiant mesuré et même à des niveaux

faibles, parce que la plupart du temps, on ne met pas en évidence de seuil en deçà duquel aucun effet ne serait observé. Dans ce cadre, la pollution atmosphérique est responsable d'aggravation aiguë de l'état de santé, d'exacerbation de pathologies chroniques sous-jacentes, qui vont se traduire par des symptômes pouvant entraîner une hospitalisation ou un décès. La pollution atmosphérique va jouer le rôle de déclencheur de crises d'asthmes, d'infarctus du myocarde, et va précipiter l'événement sanitaire. Mais la pollution atmosphérique urbaine va aussi contribuer au processus progressif de développement de pathologies. On montre maintenant qu'elle est à l'origine de phénomènes inflammatoires, de stress excitatifs et que par ce biais, elle peut être associée à une augmentation, qui est bien démontrée, d'une mortalité, d'une morbidité à moyen ou à long terme, cette fois-ci, cardio-respiratoire.

Ces effets à long terme ont été documentés plus récemment que les effets à court terme parce que ce sont des études qui ont été faites précisément à partir des cohortes. Dans la cohorte d'enfants que nous suivions à Paris, nous avons par exemple montré que tous les enfants n'étaient pas égaux vis-à-vis des effets de la pollution liée au trafic et qu'à 4 ans, ceux qui avaient un terrain familial d'asthme ou d'allergie, ceux qui avaient été confrontés à des événements familiaux stressants, étaient beaucoup plus vulnérables. On voit donc qu'il y a une interaction entre des agents de pollution chimiques ou physiques et des facteurs sociaux.

Dans la pollution atmosphérique urbaine, certains polluants ont aussi des effets cancérigènes. C'est le cas du benzène, qui peut entraîner des leucémies. C'est le cas des effluents diesel qui, vous le savez, sont classés et reconnus comme cancérigènes. C'est aussi de la pollution atmosphérique qui, dans sa globalité, a été classée comme cancérigène.

Les effets des polluants à l'intérieur des locaux couvrent aussi une très large gamme. Cela peut aller de la simple perception d'une nuisance, d'un inconfort, d'une nuisance olfactive, par exemple, jusqu'à un risque mortel, avec les intoxications par le monoxyde de carbone, en passant par toute une gamme d'effets, qui sont susceptibles d'être associés aux composés organiques volatils ou aux aldéhydes émis par les matériaux de construction, les matériaux d'aménagement. Dans la cohorte de Paris, nous avons montré, par exemple, que l'exposition au formaldéhyde, qui est issu des panneaux de particules, des parquets vitrifiés, d'autant plus présents que les matériaux sont récents, majore la survenue d'infections respiratoires des voies basses et d'infections sifflantes la première année de vie. Là encore, on voit qu'il y a une interaction entre une pollution chimique, sans doute, et des agents biologiques, des virus, par exemple.

Des travaux plus récents suggèrent que les facteurs environnementaux et les substances chimiques peuvent aussi être une menace pour la santé reproductive et compromettre la capacité à se reproduire. Il est évoqué un syndrome qui associerait un certain nombre d'éléments : l'altération de la qualité du sperme, qui fait toujours débat, l'augmentation du cancer du testicule, qui est avérée, l'augmentation d'un certain nombre d'anomalies, de malformations congénitales de l'appareil urogénital masculin. Tous ces éléments seraient liés à l'exposition des femmes pendant leur grossesse à des perturbateurs endocriniens. Je ne m'étends pas sur le sujet, qui a déjà été évoqué.

Les expositions environnementales peuvent aussi influencer – puisque nous faisons un panorama rapide de tous les effets possibles – sur les issues de grossesse. Il est montré que la prématurité, l'hypotrophie, la diminution du poids de naissance sont associées, par exemple, à l'exposition prénatale à la fumée de tabac environnementale et aux différents constituants de la pollution atmosphérique urbaine. De la même façon, des anomalies congénitales sont reliées à ces mêmes expositions, à l'exposition à des sous-produits de chloration des eaux, par exemple, ou à des expositions professionnelles, pendant la grossesse, à des pesticides ou à des solvants organiques. Enfin, plus récemment, un certain nombre de contaminants de l'air, les métaux, les solvants et les particules ultrafines, ont fait l'objet d'études épidémiologiques, dont les résultats suggèrent aussi des liens avec le développement cognitif, avec des problèmes comportementaux et avec des traits autistes. Mais à l'heure actuelle, il n'y a pas encore de consensus sur l'hypothèse selon laquelle ces polluants pourraient être la cause de ces effets neurotoxiques. Il en va de même pour les travaux les plus récents, qui suggèrent un lien entre exposition environnementale et maladies métaboliques : obésité, voire diabète. Tous ces éléments méritent d'être confirmés.

Le défi, pour le futur, est d'aller sur le terrain de ces hypothèses plus récentes, qui ont été moins restaurées, de développer l'exposome, donc d'avoir le suivi des différentes expositions et des réponses biologiques associées, en intégrant toutes les sciences omiques comme la métabolomique, la protéomique, etc.

Pour conclure, je voudrais dire qu'il existe des pistes de recherche, mais que l'on en sait déjà assez pour agir, parce qu'il y a une accumulation de connaissances considérable. Enfin, les risques sont souvent faibles à l'échelle individuelle, mais ils concernent de très vastes populations qui sont exposées. Les conséquences en termes de santé publique peuvent donc être très importantes compte tenu du nombre de cas à traiter.

TRAVAUX SUR LE COÛT DE LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE SUR LE SYSTÈME DE SOINS

«• Christophe Rafenberg

Équipe Épar, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique

Je ne suis pas un bon élève, puisque j'ai cinq diapositives... Nous venons presque en voisins, puisque nous sommes au 37, rue de Chaligny, à l'hôpital Saint-Antoine. L'équipe Épar, l'équipe d'épidémiologie des maladies allergiques et respiratoires, est intégrée à l'IPLes, l'institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique. Mes coauteurs sont Isabella Annesi-Maesano, de l'IPLes, qui va nous rejoindre tout à l'heure, et Gilles Dixsaut, de la fondation du Souffle.

Je voudrais vous parler de cette étude que nous avons réalisée, que nous avons sortie en mars et qui a eu une bonne reprise. Je vais d'abord vous dire ce qu'est cette étude et ce qu'elle n'est pas. Il ne s'agit pas d'une étude qui vise à stigmatiser la sécurité sociale, le coût de la sécurité sociale ou le système de soins. Elle ne vise pas non plus à stigmatiser les patients qui consomment des soins. Le but de l'étude est de bien identifier les coûts pour notre système de soins, qui est un système de soins partagé, un système particulier que beaucoup de pays nous envient, et d'apporter des éléments de décision aux instances publiques, de leur donner des idées de ce que l'impact de la pollution de l'air implique en termes de coûts dans la gestion publique. En France, nous avons aussi un principe intéressant qui, je crois, est constitutionnel, le principe du pollueur payeur : celui qui casse, celui qui pollue, qui crée des impacts sanitaires et qui coûte au système de soins partagé, à la nation, devrait normalement participer, lui aussi, à la restauration de ces deniers, de cette économie. En tant que chercheurs, nous nous disons aussi que l'argent qui est dépensé pour soigner les malades qui ne devraient pas être malades pourrait être utilisé pour la recherche. Ce serait quand même plus intéressant.

La France, d'une certaine façon, est le pays de Garcimore, dans les études d'analyse coût/bénéfice. Ce sont 30 Md€, 40 Md€, 100 Md€, etc. On voit passer un peu de tout... Je me suis posé la question de savoir comment tout cela fonctionnait. Je m'y suis intéressé de près, et je suis tombé sur deux catégories d'études : les études par coûts intangibles et les études par coûts tangibles.

Qu'est-ce que sont les coûts intangibles ? C'est la valeur statistique de la vie. Les Français ont une valeur de près de 3 M\$ dans le rapport Boiteux.

La valeur statistique est quelque chose de très compliqué. Elle combine la valeur de la souffrance, le consentement à payer, le PIB... Un Éthiopien vaut à peu près 2300\$. Un Américain vaut 30 M\$. Nous, à 3 M\$, nous sommes quelque part entre l'Éthiopien et l'Américain. Amusez-vous en vous demandant quelle valeur vous donnez à la valeur, par exemple, de votre belle-mère, ou de votre enfant, de votre chef de bureau... Ne répondez pas... En l'occurrence, il s'agit de valeurs statistiques, mais parfois, on peut se poser des questions, quand on discute avec des universitaires qui font de l'économie et des travaux de ce genre, qui vous disent que ce sont de très beaux objets universitaires et qu'il est très difficile de généraliser. Notamment, si l'on prend l'idée du consentement à payer, êtes-vous tous capables, ici, de me dire combien vous êtes prêts à mettre pour ne pas avoir de problème de santé lié à la pollution de l'air? Quand on parle de sujets comme ceux d'André Cicoella, imaginez que l'on demande à 100 quidams dans la rue, à Paris, ce qu'est un perturbateur endocrinien et quels sont les risques sanitaires qui y sont associés, déjà, ils ne sont pas du tout capables de conceptualiser l'objet de la question et le risque, encore moins... Il est très difficile de donner une valeur au risque. Le consentement à payer est une méthode issue du marketing. On est capable de donner un prix à une voiture avec un airbag ou à une machine à laver qui essore à 800 tours au lieu de 1200 tours. Mais donner une valeur à la vie, à la santé, à la vie, à la souffrance, c'est tout de même assez particulier.

Je n'étais donc pas du tout satisfait et je me suis intéressé aux valeurs tangibles. La valeur tangible, c'est ce qui sort de votre porte-monnaie, du porte-monnaie de la nation. Quand vous allez chez le médecin, une consultation vaut 23 €. On vous la rembourse 22 €, donc cela vous coûte 1 €. C'est une comptabilité que tout le monde peut comprendre. Elle intéresse le particulier, le patient, la nation, les entreprises, les collectivités territoriales. C'est là-dessus que nous avons voulu travailler, avec aussi un but un peu différent par rapport aux autres études, en général, celui de remplacer le malade au centre du débat. Les économistes font de l'économie. Ils ne font pas de la santé.

Le premier filtre que nous avons utilisé était de passer par les médecins. De quoi les gens sont-ils malades? C'était une bonne question à se poser. Quelles sont les maladies, les pathologies développées par les patients? Et comment les soigne-t-on? Et aussi, combien est-ce que cela coûte? Ce sont des questions très simples, des questions de base.

Nous avons travaillé sur cinq maladies qui sont très bien documentées, comme l'a dit Isabelle Momas: les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), les bronchites chroniques, les bronchites aiguës qui ne sont pas liées directement à la pollution, qui sont très souvent virales,

Résultats de l'étude : 1 à 2 milliards de coût de morbidité !



Nature de la pathologieC		Nbr. annuel de nouveaux cas attribuables à l'environnementC		Coût annuel pour le système de soin des nouveaux cas attribuables à l'environnementC	
		Valeur BasseC	Valeur HauteC	Valeur BasseC	Valeur HauteC
Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)C		26 800C	40 200C	123,7 m€C	186 m€C
Bronchite chronique (BC)C		134 000 casC		113,4 m€C	
Bronchite aiguë (BA)C		Enfants 450 218 Adultes 500 000C		170,4 m€C	
Asthme (As)C		400 000 casC	1 400 000 casC	315 m€C	1102,4 m€C
CancersC	Voies respiratoires bassesC	1 608C	4 020C	87 m€C	249 m€C
	Voies respiratoires hautesC	76C	380C		
HospitalisationsC	Causes RespiratoiresC	13 796C		155 m€C	
	Causes Cardiovasculaire sC	19 761C			
TOTALC				1M€C	2 M€C

1^{er} fois que ce type de résultats est exposé avec autant de données !

soit bactériennes, mais qui sont favorisées par une exacerbation des muqueuses respiratoires, l'asthme, qui est bien documenté, et les cancers, en différenciant les voies respiratoires basses et les voies respiratoires hautes.

Le résultat, qui est un résultat a minima, s'établit de 1 à 2 Md€. Cette étude est maintenant assez ancienne. Nous avons continué à l'améliorer et le résultat est certainement plus proche de 2 Md€, et nous allons continuer de l'améliorer. 2 Md€, ce sont 35 % du trou de la sécurité sociale en 2011. C'est-à-dire que sur le fameux « trou de la sécu » dont on vous parle en vous expliquant qu'il va falloir augmenter le prix de la consultation, diminuer nos remboursements, 35 % au moins, a minima, sont issus de ce que coûte la pollution à notre système de soins.

Quelques messages sont intéressants à retenir de cela. Il y a d'abord énormément de gens malades de la pollution de l'air. Tant que l'air sera pollué et même si demain, nous arrêtons de polluer l'air, cette pollution continuera d'engendrer des maladies à prendre en charge pendant très longtemps. Un enfant qui devient asthmatique entre 5 et 10 ans, qui va vivre encore soixante-dix ans, prendra un traitement pendant soixante-dix ans. Il ne faut pas l'oublier .

Nous venons de terminer un chiffre qui sera certainement intéressant, celui des retards de croissance intra-utérins liés à l'exposition à la pollution de l'air. Un enfant qui naît avec un retard de QI sera une charge pour la société pendant soixante-dix à quatre-vingts années. C'est un vrai problème, parce que ce sont des maladies chroniques qui s'étalent sur des durées extrêmement longues.

Le coût du système de soins représentait 15 à 30 % du déficit de 2012 pour la branche maladie de la sécurité sociale. Ces coûts ne sont pas anecdotiques. Il s'agit de 2 Md€. Si l'on pouvait les répartir ailleurs pour faire de la prévention et de la recherche, ce serait bienvenu. Nous avons aussi interprété beaucoup de banques de données, notamment dans les systèmes de collecte de données de l'information au niveau du système de soins, par exemple, où l'on a une très mauvaise vue sur le transport des malades. Dans les maladies que je vous ai citées, il y a des malades qui utilisent beaucoup les systèmes de transport pour aller à l'hôpital. Quand on est en BPCO sévère ou en cancer, on a besoin du système de soins et cela coûte extrêmement cher. Nous avons une très mauvaise visibilité sur les indemnités journalières. Ce sont des maladies qui souvent, obligent les gens à s'arrêter et cela a un vrai coût.

Nous continuons de travailler au suivi et à l'amélioration de ces chiffres. Nous avons terminé le chiffre pour les retards de croissance in-

tra-utérins. Nous entamons un chiffrage sur le diabète, que nous espérons bientôt publier, après la COP 21, parce que la COP 21 espace beaucoup d'espace, tant scientifique que médiatique.

ÉVOLUTION DES PATHOLOGIES RESPIRATOIRES ALLERGIQUES DE L'ENFANT

☞ Nathalie Lambert

Pédiatre spécialisée en pneumo-pédiatrie et allergologie pédiatrique, praticienne hospitalière dans le service d'allergologie (centre de l'asthme et des allergies) du Pr. Jocelyne Just, hôpital Armand-Trousseau, Paris, 12^e arr., hôpitaux universitaires Est Parisien – AP-HP (Assistance publique des hôpitaux de Paris)

Je suis la cancre... Je suis absolument désolée. Marianne Auffret n'a pas réussi à me joindre parce que je n'étais pas très disponible. *Mea culpa*... Je suis arrivée la fleur au fusil avec beaucoup de diapositives. Je ne m'étendrai pas sur le diaporama, qui sera sur le site de l'association ESPT (www.espt.asso.fr). En revanche, je vais balayer et me servir de quelques diapositives pour illustrer mon propos.

Il m'a été demandé de parler de l'évolution des pathologies respiratoires allergiques de l'enfant. Je vais surtout vous livrer quelques chiffres.

La prévalence des maladies allergiques est de 15 à 30% dans les pays développés, donc près d'un tiers de la population, et de 20% en France. Elles sont au 4^e ou 5^e rang des maladies chroniques toutes confondues. Chez l'enfant, c'est la première maladie. Surtout, cette prévalence augmente, elle a doublé, voire triplé en trente ans. Un adulte sur dix et un enfant sur trois ont souffert d'asthme – au-delà de la pathologie allergique –, 300 millions dans le monde et 30 millions en Europe, d'après les dernières publications de l'OMS.

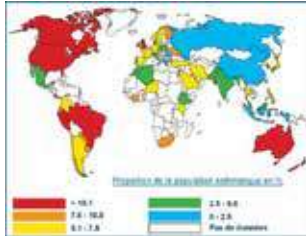
En France, l'asthme touche 10% de la population générale pédiatrique. C'est donc un vrai problème de santé publique. Cette population est une population vulnérable, puisque cette maladie touche beaucoup plus les enfants que les adultes. Elle est au rang n° 1 des maladies chroniques de l'enfant.

Il y a 6,25 millions d'asthmatiques, d'après les dernières enquêtes, dont 25% sont des enfants et des adolescents, avec un début avant 5 ans pour 50 à 80% des asthmes.

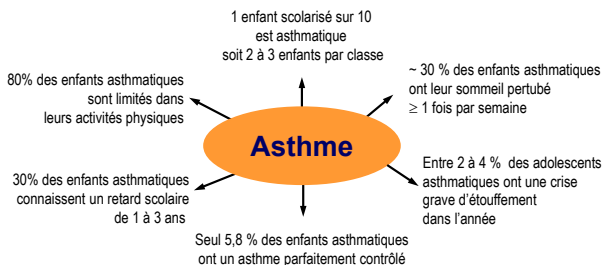
Ces chiffres augmentent. Le graphique, ci-dessous, s'arrête en 1990, mais le nombre a continué à augmenter, même si cela commence à stagner – et heureusement – en Europe.

Fréquence de l'asthme dans le monde

- 1 adulte/10 et un enfant/ 3 ont souffert d'asthme dans le monde (prévalence cumulée)
- 300 million dans le monde et 30 millions en europe d'après données OMS publiées récemment en ligne <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs207/fr/index.html>

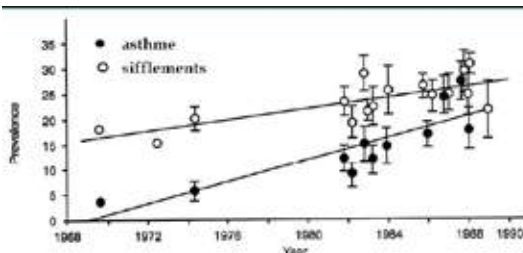


Asthme- La plus fréquente des maladies chroniques chez l'enfant



Adapté de Rabe K.F. et al. Eur Respir J. 2000; 16(5):802-7. Rapport 'Le programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005' du ministère délégué de la santé; Karla C. et al. Archives de Pédiatrie. 2004; 11:1205-1235

En Augmentation depuis plusieurs années



3,5 millions d'asthmatiques en 1998 (5,8%)
actuellement 6,25 millions de personnes

4,15 millions en 2006

La gravité a également augmenté. 50% des enfants asthmatiques ont une crise sévère chaque année. Le retentissement sur la qualité de vie est majeur, avec un absentéisme scolaire important, des problèmes psychologiques, des difficultés scolaires.

Il y a 600 000 journées d'hospitalisation par an – je ne reviens pas sur le coût que cela représente...

L'asthme est également de plus en plus grave. **La fréquence des formes graves a été multipliée par quatre à cinq en trente ans.** La fréquence des décès par asthme est totalement en augmentation, ce qui est tout de même un comble, compte tenu de l'amélioration de la prise en charge, de l'amélioration des molécules dont nous disposons maintenant, de l'amélioration du suivi et l'éducation thérapeutique. **Le nombre de décès par an augmente encore, tous âges confondus.**

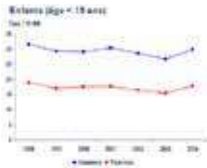
Les facteurs de risque de développer un asthme sont certes le terrain génétique, avec l'atopie personnelle et familiale, puisqu'il y a une corrélation très importante entre l'allergie et l'asthme. Plus on est allergique, plus on a de chances d'être asthmatique, et plus on a des parents atopiques et allergiques, plus on a de chances d'être asthmatique. **Il y a une importance de l'allergie avec un terrain familial, mais cette augmentation n'est pas génétique.** Même si les théories génétiques montrent qu'il y a effectivement des modifications d'expression des gènes, cela n'explique pas cette augmentation. Cette augmentation est due à autre chose qu'à la génétique. Le graphique ci-après montre qu'entre parent et enfant, il y a une augmentation très importante de la prévalence de l'asthme, qui ne peut être expliquée uniquement par la génétique.

Certes, on a une meilleure connaissance et l'on diagnostique davantage les asthmes qu'auparavant. Avant, on attendait la cinquantième bronchite sifflante pour le dépister. Maintenant, on met un an et il y a une meilleure prise en charge. **On l'identifie mieux, mais nous avons clairement mis en évidence – nous sommes là pour cela – qu'il y avait vraiment une interaction avec les facteurs environnementaux très importante dans l'émergence de plus en plus de maladies allergiques et asthmatiques.** Il y a des cofacteurs avec les allergènes, les polluants de toute sorte et cet environnement toxique, quand on prend en compte la pollution et l'alimentation, explique l'augmentation importante des allergies et de l'asthme.

L'alimentation, qui est aussi l'environnement, intervient à plusieurs degrés. **L'obésité augmente le risque d'asthme et sa sévérité.** Nous sommes en train d'explorer le microbiote pulmonaire, mais on sait

Asthme : conséquences socio-économiques

- + de 1.1 milliard d'euros répartis en :
 - Coûts directs = - 25% liés aux traitements
- 38% en soins hospitaliers
 - Coûts indirects = 37% absentéisme



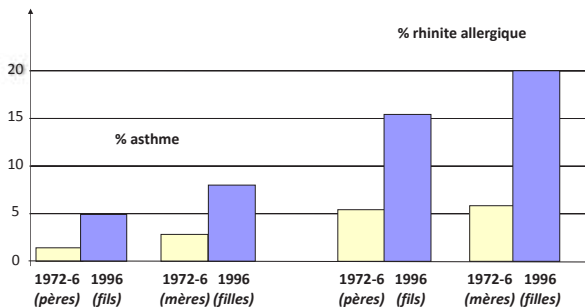
Hospitalisations pour asthme
Taux standardisés d'hospitalisation pour asthme
(MFI) 1985-2004 - France, européennes

Par classe d'âge :
- pas de diminution chez 0-1 an ou 2-4 ans
- augmentation de 2 % par an chez les 5-9 ans
7 % par an chez les 10-14 ans

Référence : L'état de santé de la population en France - rapport 2007

l'augmentation des pathologies respiratoires allergiques n'est pas expliquée par la génétique

Prévalence de l'asthme et de la rhinite



Upton, BMJ, 2000

Asthme et obésité



- L'obésité et réduction de l'activité physique => augmente risque de développer une hyper-réactivité bronchique et un asthme.
- En France en 2006: 12,4 % de la population adulte est atteinte d'obésité soit 5,9 million de personne *Basdevant, 2006*
- Augmentation risque d'asthme chez les obèses *Chen yue 2006, Godard 2005*
- Tout âge confondu: plus d'un asthmatique /6 est obèse

bien que l'alimentation riche en fibres, contrairement à l'alimentation «McDo», favorise un meilleur microbiote – je parle juste d'alimentation, mais de façon très caricaturale –, et participe à la lutte contre l'allergie. Il y a de plus en plus d'obèses dans le monde et en France. La relation de causalité n'est plus à prouver : l'asthme augmente en fonction de l'indice de masse corporelle.

Dans l'environnement et dans la pollution, on parle de pollution atmosphérique, mais aussi des polluants intérieurs. Je ne vous les décrypterai pas tous, mais quelques-uns contiennent des allergènes. Dans nos maisons, l'impact de ces polluants intérieur est majoré par le confinement, par les modes de vie actuels dans les pays industrialisés, le cocooning...

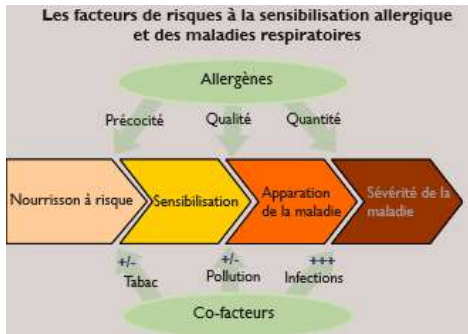
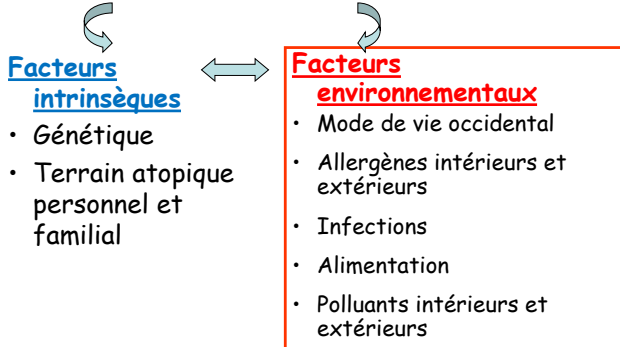
L'exposition aux allergies est donc très importante, mais s'il existe des études très contradictoires dans l'aggravation des allergies. Les polluants sont également extrêmement divers. Le microbiote, qui dépend de l'alimentation, mais aussi des expositions aux polluants, oriente le système immunitaire soit vers une réponse allergique, soit vers une protection.

Plusieurs études montrent que lorsque le microbiote est malmené par des traitements antibiotiques répétés – nous avons mis cela en évidence chez la souris – ou par des alimentations inadaptées, il oriente le système immunitaire vers un mode allergique plutôt que vers un mode protecteur.

Outre le microbiote, nous parlons de l'hyper-hygiène de nos sociétés actuelles. Toutes les études montrent qu'une exposition aux endotoxines, aux animaux, avec un peu moins d'hygiène et des agents microbiens, favorise plutôt la protection contre l'allergie. Cela a également un lien avec le microbiote. Ceux qui sont au contact du lait cru et des animaux de ferme sont plutôt moins allergiques que les enfants des villes. C'est ce que l'on appelait la théorie hygiéniste, qui existe depuis plusieurs années et qui est corroborée par toutes les études.

La pollution atmosphérique joue bien sûr un rôle. **Les polluants sont des cofacteurs. Il y a des variations individuelles et les enfants sont extrêmement vulnérables aux expositions polluantes, intérieures comme extérieures.**

Facteurs de risque de développer un asthme



Un Environnement plus « toxique »
(pollution, alimentation...) *Seaton, Thorax 1998*

Microbiote et allergies

- Cent mille milliard de bactéries vivant en symbiose dans notre organisme=> diversité = microbiote unique à chacun
- Bactéries impliquées dans digestion, synthèses de vitamines, défense immunitaire
- L'absence de bactéries favorise le développement des allergies
- le microbiote agit sur le système immunitaire en bloquant spécifiquement les cellules immunitaires responsable des allergies

On observe une augmentation des allergies et des asthmes et de leur gravité. À chaque pic de pollution, nos consultations sont pleines : tous nos asthmatiques sont hospitalisés. C'est systématique. Nous sommes tellement débordés par les enfants souffrant d'allergies et d'asthme de plus en plus sévères que nous avons des consultations à un an. Nous sommes complètement convaincus de l'impact de l'Environnement, avec un grand E, de son rôle intérieur et extérieur. Nous faisons de plus en plus appel aux conseillères et conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI), parce que ce sont vraiment nos partenaires, autant que nos prescriptions médicales, pour améliorer l'environnement. Nous sommes absolument convaincus du rôle à jouer dans l'environnement pour nous aider à prendre en charge ces patients en pédiatrie qui sont de plus en plus fréquents et dont la maladie est de plus en plus sévère.

Pollution et allergies



- la pollution de l'air est immunogénique par l'effet adjuvant des nano-particules de l'aérosol urbain
- Agit sur les grains de pollens => relarguage accru d'antigènes modifiés dans leur allergénicité
- Des microparticules peuvent s'associer aux allergènes dérivés des plantes=> deviennent capables d'atteindre les voies aériennes périphériques et induire de l'asthme chez les sujets sensibilisé
- Les plantes en milieu urbain pollinisent plus tôt dans la saison *Eur Res J 2002*

LE TABLEAU DE BORD SANTÉ ENVIRONNEMENT 2015 EN PROVENCE – ALPES – CÔTE-D’AZUR: UN OUTIL INTERACTIF POUR LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

☞ Marie Jardin

Statisticienne épidémiologiste, chargée d'études, équipe Sessim (UMR912/ Inserm/IRD/Université d'Aix-Marseille), Observatoire régional de la santé PACA (Provence Alpes Côte d'Azur)

Le projet dont je vais vous parler a pour objectif de développer des outils pour aider les collectivités territoriales dans la réalisation de leur état des lieux en matière de santé – environnement.

Je vais d'abord vous retracer le contexte de ce projet. En 2004, le Conseil régional a souhaité disposer d'un état des lieux sur les problématiques de santé – environnement dans la région. Il a confié à notre Observatoire régional de la santé (ORS) la réalisation d'un tableau de bord. Ce document a permis de rassembler des informations et données qui étaient détenues par différents organismes pour les différentes thématiques retenues, à savoir l'eau, l'air, le sol, l'industrie, les déchets... Le tableau de bord présentait d'une part les principaux constats et enjeux sur chaque thématique, un état des connaissances et des indicateurs environnementaux et sanitaires.

La méthodologie de ce travail et des résultats ont été publiés sous la forme d'un rapport ainsi que dans un article de la revue *Environnement, Risques & Santé*, en 2005.

En 2010, dans le cadre de l'élaboration du Plan régional santé environnement (PRSE), l'Agence régionale de santé nous a sollicités pour faire une mise à jour de ce tableau de bord santé – environnement. Ce travail a été publié en 2012, également sous la forme d'un rapport, qui avait été enrichi, par rapport à la précédente version, notamment dans sa partie documentaire.

Ces travaux, que ce soit le tableau de bord de 2004 ou celui de 2010, ont été menés avec un comité d'experts.

L'an dernier, dans le cadre de la préparation du Plan régional santé environnement 2015-2019, l'Agence régionale de santé, le Conseil régional et la DRÉAL (Direction régionale de l'environnement, de l'aména-

gement et du logement) ont souhaité dresser un nouveau bilan de santé – environnement sur la région. **Cette fois, les commanditaires souhaitent à la fois une actualisation des indicateurs du tableau de bord santé – environnement, mais également la mise à disposition d'outils pour les collectivités territoriales pour les aider dans la réalisation de leur état des lieux en matière de santé – environnement.**

Ce tableau de bord santé – environnement 2015 s'articule autour de trois outils complémentaires :

- **un set de 90 indicateurs clés en santé – environnement**, que nous avons intégré dans le système d'information régional en santé PACA (SIRSéPACA[•]). C'est un outil de cartographie interactif que je vous présenterai dans la suite de mon exposé;
- une fonctionnalité de SIRSéPACA qui permet de construire **des portraits de territoires en santé – environnement**. Ils sont disponibles à partir de la commune, mais également, à des échelles supérieures et sur des territoires à façon;
- **un document de cartes régionales santé – environnement**.

• www.sirsepaca.org

Indicateurs clés :

Le set des 90 indicateurs clés a été discuté et validé avec un comité d'experts. Il s'est appuyé sur la liste d'indicateurs que nous avons déjà utilisés dans les précédents tableaux de bord. Nous nous sommes également appuyés sur les différentes thématiques qui étaient ressorties dans des documents de référence comme le PNSE (Plan National Santé Environnement) et le PRSE. Le set d'indicateurs comprend des indicateurs sur : les risques naturels, les risques infectieux, la qualité de l'eau (conformité bactériologique, pesticides...), la qualité de l'air (pollution de l'air, asthme...), l'industrie, les pratiques agricoles, les transports, les sols, les déchets, le logement, l'environnement domestique (accidents de la vie courante).

Après un travail de collecte et de traitement des données, ces indicateurs ont été intégrés à SIRSéPACA. C'est un outil de cartographie interactif qui a été mis en ligne en 2006 et qui est accessible à tous sur Internet à l'adresse www.sirsepaca.org. Cet outil permet de visualiser les indicateurs à différents niveaux géographiques infrarégionaux, sous forme de cartes et de tableaux de données que l'on peut exporter. Cette partie relative à la santé – environnement vient enrichir l'outil, qui comprenait déjà une grosse partie d'indicateurs socio-sanitaires.

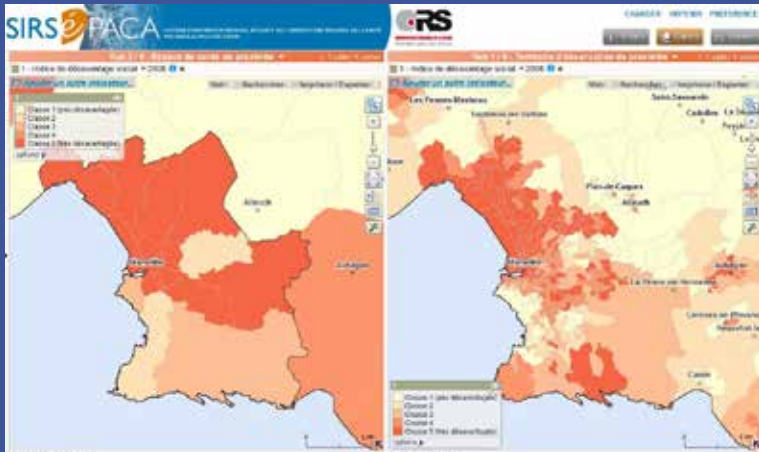
Ici, la carte gauche correspond à un indicateur de désavantage social qui est **présenté au niveau des arrondissements de Marseille**. Cet indicateur a été construit à partir de cinq variables: le revenu médian, la part de résidences principales en HLM, le taux de chômage, la part de non-diplômés et la part de familles monoparentales. C'est un indicateur qui synthétise ces cinq variables.

Sur la carte située à droite, vous est présenté le même indicateur à une autre échelle géographique, **le territoire d'observation de proximité**, qui est un territoire beaucoup plus fin et qui permet de voir des disparités infra-arrondissement. Dans l'objectif de l'étude, le fait de pouvoir accéder aux indicateurs à différents niveaux permet de creuser les indicateurs que l'on peut voir au niveau des arrondissements.

Portraits de territoires

Le deuxième outil, qui est une fonctionnalité de SIRSéPACA, permet de construire des portraits de territoire. Ce sont des documents synthétiques d'une quinzaine de pages qui reprennent les indicateurs santé – environnement présentés sur SIRSéPACA, présentés ici sous forme de tableaux et de graphiques. L'un des principaux intérêts de cette fonctionnalité est que les indicateurs sont calculés sur votre territoire d'étude. Une communauté d'agglomération, par exemple, peut sélectionner les communes de son intercommunalité sur la carte et peut produire en instantané ce rapport qui lui fournit les indicateurs en santé – environnement pour son territoire. Dès que c'est possible, nous mettons en parallèle l'indicateur au niveau de la région pour pouvoir situer le territoire par rapport au niveau régional.

Exemple de portrait de territoire santé-environnement sur SIRSéPACA (Différents modes de représentations possibles: tableaux, camemberts, graphiques d'évolution...)



Transport

> Pour plus d'informations sur les indicateurs, veuillez consulter la légende en bas de la page.

Répartition des actifs selon le mode de transport utilisé pour se rendre au travail



Accidents corporels de la circulation routière

	Sélection 2012	Paca 2012
1 - Nombre d'accidents	2 590	7 385
2 - Nombre de blessés	3 145	9 456
3 - Nombre de blessés hospitalisés	871	3 347
4 - Taux de blessés hospitalisés (pour 1 000 000)	1 023,9	880,8
5 - Nombre de tués	32	347
6 - Taux de tués à 30 jours (pour 1 000 000)	37,6	70,6
5 - Indice de gravité	28,4	37,7

source : Ministère de l'intérieur - Fichier BAAC (Bulletin d'Analyse des Accidents Corporels de la circulation) - 2012

Légende

- 1 - Nombre d'accidents corporels de la circulation routière
- 2 - Nombre de blessés dans un accident de la circulation routière
- 3-4 - Nombre et taux de blessés hospitalisés dans un accident de la circulation routière (blessés dont l'état nécessite plus de 24 heures d'hospitalisation)
- 5-8 - Nombre et taux de tués dans un accident de la circulation routière (victimes déobérées sur le coup ou dans les 30 jours qui suivent l'accident)
- 7 - Indice de gravité : Nombre de victimes graves pour 100 victimes. Les victimes graves regroupent les tués (décédés sur le coup ou dans les 30 jours qui suivent l'accident) et les blessés hospitalisés (plus de 24 heures d'hospitalisation).
- // : Données insuffisantes pour calculer cet indicateur

Exemple de portrait de territoire santé-environnement sur SIRS PACA (Différents modes de représentations possibles : tableaux, camemberts, graphiques d'évolution...)

Atlas de cartes régionales :

Le troisième outil qui a été réalisé dans le cadre de ce tableau de bord 2015 est un document de cartes régionales santé – environnement. Il s'agit d'un atlas qui regroupe une trentaine de cartes au niveau de la région sur les différentes thématiques. Chaque carte est accompagnée d'un commentaire qui présente la situation de la région par rapport au niveau national, l'évolution de l'indicateur au cours du temps et les disparités infrarégionales. La diapositive n° 7 est l'illustration d'un indicateur d'exposition aux multi-polluants. Il s'agit d'un indicateur synthétique, qui a été créé par Air Paca. C'est un indicateur d'exposition aux principaux polluants : dioxyde d'azote, particules fines et ozone, qui permet d'avoir un indicateur global sur la qualité de l'air dans la région. On observe, comme dans les départements alpins et les zones plus rurales, que certains secteurs sont beaucoup plus préservés par rapport aux grandes agglomérations de la région, où la qualité de l'air est moins bonne.

Ces différents outils sont en phase de finalisation. Ils seront validés à la mi-décembre par le comité de pilotage et diffusés en début d'année prochaine.

Ce projet comprend également l'accompagnement d'une collectivité territoriale dans la réalisation d'un état des lieux en santé – environnement. Cet accompagnement débutera en début d'année prochaine. Le tableau de bord 2015 est en effet un outil qui permet d'initier la réflexion et qui peut servir de base. Mais il doit bien sûr être complété par des recherches documentaires, par des retours avec les acteurs de terrain, les usagers et également, par une recherche des actions qui ont été menées et qui ont montré leur efficacité. Tout cela est à discuter avec les collectivités territoriales, en identifiant également leurs leviers d'action sur ces différentes thématiques.

Nous poursuivrons également la réflexion sur les indicateurs en 2016, notamment pour définir vraiment des indicateurs de santé – environnement, ce qui est difficile à faire. Nous avons essayé de ne pas présenter des indicateurs uniquement environnementaux : nous avons essayé de rapporter cela le plus possible à la population. Pour les indicateurs de la qualité de l'air, notamment, plutôt que la concentration des différents polluants, les indicateurs que nous avons présentés correspondent à la part de la population qui est exposée à un niveau de concentration, pour avoir vraiment ce regard « santé – environnement ».

«• Marianne Auffret

Je trouve cette table ronde de haute volée. Je me permets d'autant mieux de le dire que je ne suis pas responsable de ce savant mélange, qui donne différentes entrées dans le problème, y compris l'analyse économique, qui est rarement évoquée ou bien qui est toujours évoquée en contre, comme s'il y avait un antagonisme entre la santé et l'argent, alors que la question financière est aussi une façon de répartir plus équitablement les ressources, qui sont rares.

Cette dernière intervention de Marie Jardin donne l'impression **qu'il y a une porosité possible entre le savoir des savants et la décision politique**. C'est extrêmement bien fait. J'ignore qui a dessiné cela, mais c'est vraiment remarquable.

Je reviens à un point sur mon histoire anecdotique du Powerpoint, mais qui traverse un peu cette question. À travers cette anecdote – la blague –, il y a cette interrogation : **comment se fait-il qu'avec tout ce que nous savons et tout ce que nous devrions savoir, il ne se passe pas ? Cette journée est là pour interroger cet endroit où la porosité entre le savoir du savant et la décision du politique ne se fait pas**. L'idée de la construction de la journée était d'accoucher dans un deuxième temps, d'une après-midi qui donnerait l'avis des politiques. Mais avant même de questionner la question de la porosité avec le politique, avez-vous quelque chose à vous dire les uns aux autres ?

«• André Cicolella

Il est important d'avoir une vision d'ensemble et non une vision mono-disciplinaire sur cette question. Notamment, la relation avec la société fait appel à la connaissance que les sciences humaines et sociales nous apportent. La connaissance n'est pas simplement l'impact d'un environnement. Je rebondis par rapport à ce que dit Isabelle. Je ne suis pas du tout en désaccord avec ce qui a été dit, mais je pense qu'il faut compléter. On ne peut pas attendre d'avoir des résultats d'enquêtes épidémiologiques pour agir. Certains comprennent qu'il faut attendre – vous voyez à qui je pense... Les lobbies industriels sont là avec un argumentaire : on n'a jamais assez de preuves – quitte à fabriquer d'ailleurs de fausses preuves. Mais cela, c'est une autre question. Attendre la preuve épidémiologique est une grille de lecture qui a ses limites. On le voit bien avec la question des perturbateurs endocriniens : les effets se font sentir sur plusieurs décennies, plusieurs générations. Une étude de Barbara A. Cohn, de l'école

• Insecticide organo-chloré utilisé pour détruire des insectes porteurs de maladies ou destructeurs de récoltes.

de santé publique de Berkeley, est parue au mois de juin. Elle a suivi 9 000 femmes pendant cinquante-quatre ans – c'est une très belle étude ! Il en ressort que la concentration en DDT • (*dichloro-diphényle-trichloro-éthane*) de leur mère est directement liée au taux de cancer du sein. Jusqu'à présent, on nous disait qu'il n'y avait aucun problème avec le DDT – il y avait encore des synthèses, en 2014, qui allaient dans ce sens –, qu'il n'existait aucune preuve épidémiologique. Évidemment, puisque l'on n'avait pas la bonne grille de lecture. Il est très important de partir d'une autre dimension du point de vue des connaissances scientifiques et d'un peu de données psychologiques.

En Paca, vous n'avez pas, évidemment, de cartes de distribution du bisphénol A ou des phtalates dans la région. Ce n'est pas un reproche, mais on ne peut pas comprendre un certain nombre de choses si l'on n'a pas ces éléments. Nous avons donc besoin d'éléments complémentaires.

Je terminerai sur la nécessité de développer la recherche pour construire des indicateurs globalisants. La Déclaration de Paris nous parle de stress nutritionnel et chimique. On peut ajouter le stress affectif. Les connaissances du point de vue de la *DOHaD*, l'origine développementale des maladies, ajoutent la notion d'affectif. Tout cela se potentialise. Le travail qu'a réalisé récemment William Bourguet, à Montpellier, met en évidence un effet de cocktail entre deux substances : le chlordane et l'éthinylestradiol. Les femmes exposées à l'éthinylestradiol sont celles qui prennent la pilule. Il faut avoir une vision d'ensemble de l'environnement, et l'exposition médicamenteuse en fait partie.

☞● Marianne Auffret

Le danger, pour des non spécialistes comme moi, est d'avoir une vision un peu « fouillis ». C'est la raison pour laquelle on a essayé de découper les domaines de la connaissance pour qu'ils puissent interagir.

☞● Christophe Rafenberg

Je voudrais réagir à une autre question : pourquoi on ne fait pas ? Je voudrais vous parler du roi, l'économiste, et du poulpe. Vous verrez que cela va bien ensemble. Nous sommes dans un système où l'économiste a pris le pouvoir. Tout est contingenté, tout est calculé. Nous avons un système où les ressources sont assez faibles, où nous avons une très faible marge de manœuvre. Dans les études qui ont été faites récemment, il y

avait des coûts extrêmement importants : 40 Md€, 60 Md€, 100 Md€... C'est ce que j'appelle la stratégie du poulpe. Quand le poulpe se trouve confronté à un poisson qui veut le manger, il se fait beaucoup plus gros qu'il ne l'est réellement en faisant un nuage. Le petit poulpe se cache derrière le gros nuage – de pollution, en l'occurrence. Avec ces études économiques, j'ai l'impression que l'on a stérilisé le débat. Quand on commence à parler aux gens de 100 Md€, de 60 Md€, de 80 Md€, ce sont des sommes tellement importantes, tellement énormes que la majorité du public a du mal à les conceptualiser et les élus locaux et nationaux ont du mal à interpréter ces signaux économiques. On stérilise donc un peu le débat en disant qu'il s'agit d'un très gros problème, que 100 Md€, c'est énorme, et que c'est tellement énorme que l'on ne sait pas quoi faire.

Je pense qu'il faut revenir à des choses très terre-à-terre, des choses assez simples, que les gens peuvent comprendre : une consultation, cela coûte 23€. Point barre. Cela coûte 23€ au système de soin. Le système de soin, c'est vous, c'est nous, ce sont les entreprises, c'est la nation. Il est très important de repasser sur des valeurs de ce type, pour que les gens puissent les accaparer, les intégrer et en même temps, d'appliquer ce fameux principe de pollueur payeur, pour que l'on puisse récupérer des économies à destination de la prévention. En effet, on ne fait pas de prévention sur la pollution de l'air ou très peu. Je parle de prévention sanitaire à destination des mamans, des enfants, de l'Éducation nationale. On n'en fait quasiment pas : on n'a pas les moyens de le faire. Il n'y a déjà plus d'infirmières ni de médecins dans les établissements scolaires... Il faut repasser par là pour pouvoir débloquer de l'argent à cet effet.

«● Isabelle Momas

Je voudrais réagir à propos de la dernière intervention. Il me paraît très intéressant d'avoir cette approche qui permet une cartographie à l'échelle locale. Je m'interroge sur la possibilité d'extrapoler vos indicateurs. J'ai cru comprendre que vous aviez une sorte d'indicateur « maison » pour traduire la situation globale de pollution atmosphérique. Est-ce transposable ailleurs ? Y a-t-il une validation, une réflexion globale au-delà de la région ? Ce serait utile.

«● Marie Jardin

C'est un indicateur qui a été élaboré par Air Paca. Une réflexion a lieu

en ce moment au niveau national et ces travaux ont lieu avec la région Rhône-Alpes. C'est une expérimentation sur un indicateur synthétique, qui devrait être utilisé prochainement.

«• **Isabelle Momas**

Vous parlez d'indicateurs en santé – environnement, puisque nous avons vu que vous aviez beaucoup d'indicateurs en environnement. Est-ce un indicateur qui a du sens sur le plan sanitaire ?

«• **Marie Jardin**

Oui, forcément.

«• **Isabelle Momas**

Cela dépend comment il est construit. Il faudrait aller vers des indicateurs qui ont tout de même un intérêt sur le plan sanitaire.

«• **Marie Jardin**

Il s'agit d'un indicateur composite, qui prend en compte les concentrations des différents polluants, qui est calculé sur une maille très fine et qui est également pondéré sur la population.

«• **Laurent El Ghazi**

Quelle est la maille ?

«• **Marie Jardin**

Elle n'est pas la même en milieu urbain et en milieu rural, mais il me semble qu'elle est de l'ordre de 10 ou 20 mètres. C'est un modèle très fin de modélisation.

«• **Isabelle Momas**

En tout cas, c'est une initiative intéressante.

«• **Marianne Auffret**

M.El Ghazi vient, de façon tout à fait cavalière, d'inaugurer l'échange avec la salle... Je vous invite à vous exprimer.

ÉCHANGES AVEC L'AUDITOIRE

☞● Yorghos Remvikos

Professeur en santé environnementale, CEARC (Cultures – Environnements – Arctique – Représentations – Climat), directeur du master SSEnTS (Science de la Santé de l'Environnement et de la Société), Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

Je réagis à votre propos, qui est la première erreur méthodologique, celle de découper le problème. C'est une erreur historique et je vous prie, vraiment, de saisir la gravité de mon propos. Si vous ne décidez pas de jeter Descartes à la poubelle, parce que c'est la méthode de Descartes, que de découper le problème pour avoir des parties qui peuvent être résolues, c'est une erreur méthodologique majeure, parce que tout est lié. **La santé est un système et les différents déterminants sont liés entre eux.** Il n'y a donc pas moyen de découper le problème. C'est une erreur que de le faire, parce que quand vous tirez un fil, vous voyez que tout le reste vient avec.

Je réagis également à l'approche de santé – environnement de l'ORS PACA, qui, par le choix des indicateurs, nous refait encore une fois des chapelles. La santé environnementale est quelque chose qui est global et ne représente pas que les environnements physiques, même si vous avez finalement introduit petit à petit un certain nombre d'indicateurs supplémentaires. Il faut partir de la vision globale et tirer les fils pour voir ce qui est véritablement relié. Il ne faut pas croire que l'on va faire de la qualité de l'air tout seul, que l'on va faire du bruit tout seul, que l'on va faire de la pollution des sols tout seul et ainsi de suite.

☞● Marianne Auffret

Le fait que j'incarne le rôle du candide ne fait pas de moi une totale « couillonne ».

☞● Yorghos Remvikos

Mais non ! Vous représentez un propos classique, qui est répercuté de manière permanente depuis 1671.

☞● Marianne Auffret

Cela vous ouvre la possibilité de réagir.

«• Yorghos Remvikos

Absolument!

«• Carlos Dora

Coordinateur du département Santé publique, environnementale et déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Permettez à Carlos Dora, de l'OMS, un commentaire cartésien. Vos interventions étaient très intéressantes. Ce qui m'a un peu manqué était la prise de décision et au-delà de la prise de décision, quels sont les impacts. Je ne connais pas votre système, mais quand on fait une description des risques en santé – environnement pour l'habitat, pour les transports, etc., est-ce que l'on peut aussi voir une connexion avec la prise de décision ?

Par ailleurs, je suis totalement d'accord avec ce que vous êtes en train de faire sur le plan de l'étude économique. Quelles sont les discussions qui ont été menées avec les pouvoirs publics, qui financent, avec les assurances, par exemple, qui ont un intérêt, évidemment ? Comment peut-on utiliser vos données qui sont intéressantes ? Avez-vous l'opportunité de faire cela ?

«• Christophe Rafenberg

Je vous remercie de poser la question, mais c'est une question fort gênante. Je suis en lien avec des administrations, qui ont des modes de calcul d'économies que je trouve totalement aberrants, sans aucune approche raisonnable du point de vue de la santé. Je suis absolument convaincu, par exemple, que l'on a donné à certains fonctionnaires des calculs à faire. Est-ce que ces gens-là ne se sont pas trompés ? N'ont-ils pas confondu des maladies mortelles et des maladies non mortelles ? D'autres, par exemple, ne savent que nous avons une muqueuse du bout des lèvres jusqu'à la fin de notre tube digestif... Il est très compliqué de travailler avec ces administrations. Surtout, elles ont beaucoup de mal à revenir en arrière, à admettre qu'un certain nombre d'études est biaisé, qu'un certain nombre de chiffres qui a été calculé n'est pas bon. Nous sommes donc un peu en *free-lance* par rapport à certaines administrations régaliennes dans le domaine de l'environnement, pour ne pas les citer, et pour l'instant, nous ne sommes pas du tout soutenus.

☛ Yves Buisson

Institut Théophraste Renaudot

Le problème a été posé, tout à l'heure, de savoir comment l'on pouvait faire le lien entre le savoir savant et les décisions politiques. Je trouve qu'il y a là un tiers qui est complètement exclu : le pouvoir d'agir des habitants. Comment faire un lien avec les chercheurs, qui sont d'excellents experts – il ne s'agit pas de remettre leurs compétences en cause –, et comment les citoyens, les habitants peuvent-ils s'emparer de ces savoirs ? Aujourd'hui, ce sont des tiers exclus. On estime qu'ils n'ont pas d'expertise, alors qu'ils en ont une d'usage. On estime qu'ils doivent être de purs réceptacles du bien qu'on leur veut malgré eux. Nous sommes dans un système où le citoyen est toujours incompetent, impuissant, déresponsabilisé.

La responsabilité en santé publique, on le sait bien, c'est : « vous fumez trop, vous buvez trop, vous conduisez trop vite, vous faites l'amour sans vous protéger... C'est cela qui vous rend malade. » Ce n'est jamais un système, un monde qui, effectivement, est soumis aux lobbies, à l'économie, un système, comme le disait Engels, où le renard est libre dans le poulailler libre. On privatise les bénéfices, on socialise les pertes et tant que nous serons dans ce système, nous aurons des problèmes de santé environnementale majeurs.

☛ Nathalie Lambert

Je ne suis pas forcément la mieux placée pour cela, mais je voulais réagir au sujet de la déresponsabilisation des gens. Nous, dans notre mode de pratique médicale, nous avons complètement changé, avec l'éducation thérapeutique. Nous redonnons le pouvoir aux gens, y compris dans leur maladie, et également dans l'environnement. Dans nos consultations d'asthme, il y a beaucoup d'informations et notamment, beaucoup d'informations sur l'environnement. L'hôpital Trousseau participe à un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) national extrêmement concret, qui va évaluer l'impact des conseils et des conseillères médicales en environnement intérieur intervenant auprès des enfants atteints d'asthme. En lien avec la Caisse primaire d'assurance maladie nous allons évaluer, premièrement, l'impact des coûts d'un malade dont l'asthme n'est pas contrôlé, qui va consulter aux urgences, qui consomme des médicaments, qui est hospitalisé, et nous allons mettre ces coûts en regard avec le remboursement des frais de la conseillère médicale en environnement intérieur, qui donne les conseils adéquats aux parents sur beaucoup de choses qu'ils ne connaissent pas parce que nous sommes

déresponsabilisés, parce qu'il y a un manque de pédagogie, que nous ne savons pas ce qu'il faut faire de notre intérieur... C'était mon cas, avant que je m'intéresse à la question. Ces conseils permettent de voir que l'on peut contrôler l'asthme, faire des économies de santé, et cela peut avoir un impact direct sur le patient, qui peut prendre sa maladie en charge.

«• Yves Buisson

Je n'en suis pas sûr.

«• Marianne Auffret

Le patient est aussi un usager citoyen.

«• Nathalie Lambert

Bien sûr! Je ne parle pas de la prévention en amont. Nous, nous les voyons une fois qu'ils sont malades.

«• Virginie Le Torrec

C'est un très beau débat, qui soulève beaucoup de questions auxquelles nous sommes confrontés quand nous essayons de mettre en place des plans territoriaux et de faire agir des parties prenantes différentes et qui ont des intérêts différents.

J'ai levé la main pour prendre la parole avant que Marianne se défende toute seule sur sa position d'animatrice de débat.

Nous avons bien compris, dans l'intervention de Yorghos qu'il souhaitait mettre en avant le besoin d'une approche globale de la santé. Mais cela n'empêche pas de découper les problèmes, d'aller chercher des leviers d'actions qui sont à la fois spécifiques, qui ont une portée transversale... Mon propos est peut-être un peu méthodologique, mais je trouve important de tenir la ligne que ce qui va peser sur la santé d'une population et des individus qui la composent, ce sont des effets systémiques, dans lesquels il y a des enjeux d'exclusion du savoir, du débat, de la prise de décision. Notre responsabilité première, à nous, édiles, est d'assurer la démocratie locale et la participation de tous à cette question et à l'élabo-

ration de politiques locales. Mais cela n'empêche pas, derrière, de penser des articulations respectueuses, attentives et ouvertes avec des champs professionnels qui ont aussi une expertise à faire valoir. Je pense qu'il ne faut pas enfermer les gens dans l'idée qu'ils sont des victimes d'un système, et que nous devons être attentifs au partage des connaissances, aux enjeux de médiation, au poids des adultes-relais, bref, à tout ce qui compose la santé communautaire et même, à un certain moment, habiliter individuellement les gens. C'est aussi ce qui fera qu'ils ne seront pas enfermés dans une conception de l'éducation thérapeutique réduite à l'observance des traitements, qui est aussi un autre risque de démocratie sanitaire et sur lequel les professionnels de santé sont très vigilants parce que derrière, il y a l'enjeu de la liberté du patient. Il ne faudrait pas que l'on arrive à une situation où, pour des motifs économiques, si vous n'avez pas « tué le chat », on ne vous rembourse pas.

« Serge Robert

Secrétaire nationale de l'association Fibromyalgie France

Je voudrais d'abord réagir en tant que chercheur et j'aimerais que l'on parle d'autres milieux, notamment de l'eau, les sédiments et le sol, qui sont des milieux permettant des relargages. C'est focalisé sur l'air, mais dans nos différents plans régionaux de santé environnement, on ne parle pas que de l'air. C'est important, mais ce n'est pas que cela.

J'aimerais aussi réagir en tant qu'association de malades, représentante d'usagers, par rapport aux propos tenus par le représentant de l'institut Renaudot, qui a une vision un peu ancienne de ces questions, puisque les citoyens, en tant que représentants d'usagers, peuvent intervenir dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), dans les établissements de santé, dans les conférences de territoire et mènent ce dialogue, défendent cette position par rapport aux usagers de la santé. Maintenant, nous sommes dans ces structures de concertation, puisque l'important est de se concerter avec l'administration, les professionnels de santé, les décideurs de toute sorte, en tant que partenaires à part entière, notamment en matière de santé environnementale. Il s'avère que nous débattons des PRSE. Pour ma part, je suis vice-président de la commission « prévention » de la CRSA du Poitou-Charentes. À notre demande, nous avons eu une session sur les pesticides, sur leur influence dans tous les domaines : les cheveux, l'alimentation...

«• Marianne Auffret

Nous allons...

«• Serge Robert

S'il vous plaît... Je vais être un peu méchant : la parole est restée au niveau de la table et nous aimerions bien, en tant que public, pouvoir aussi réagir, et pas uniquement du côté gauche, parce que nous avons deux poumons pour respirer du bon air. J'aimerais que l'on puisse équilibrer et que l'on fasse participer le public.

Je disais donc qu'en tant qu'usager, en tant que citoyen, on pouvait intervenir, que l'on pouvait faire plus. Et par ailleurs, je voudrais que l'on parle d'autres milieux.

«• Laurent El Ghazi

En effet, et, comme membre de la CRSA depuis qu'elle existe, je suis un fervent partisan de la démocratie en santé. Mais nous y sommes quand même très loin de la parole aux usagers, aux habitants, aux citoyens. C'est en progrès, mais nous en sommes tout de même très loin.

«• Serge Robert

En revanche, nous aimerions bien que les élus soient présents dans les conférences régionales de santé.

«• Albert Levy

Architecte et urbaniste, chercheur au CNRS (LAVUE - Laboratoire Architecture, Ville, Urbanisme, Environnement, UMR CNRS 7218, ENSA - Ecoles Nationale Supérieure d'Architecture, Paris Val de Seine)

Tout ce que vous nous avez dit était fort intéressant, mais cela nous montre qu'en l'état des connaissances, une médecine curative qui serait basée sur la pharmacologie ou la technologie est encore inexistante et inadéquate, absente. Nous devons donc forcément nous tourner vers une médecine préventive. C'est précisément là que réside le changement de paradigme dont parlait André Cicoella. Or, on sait aujourd'hui que la

prévention ne représente qu'environ 5 % de la santé publique. Il va donc falloir réellement changer de paradigme. Cela signifie que bien sûr, il faudra toucher les habitants, mais essentiellement, aujourd'hui, les producteurs d'environnement qui sont les producteurs de cet environnement pollué, de cet environnement contaminé. Les producteurs de cet environnement, j'en vois deux. Il y a les élus, qui sont responsables : ce sont eux les urbanistes en chef. Et il y a tous les professionnels de l'espace, de l'urbanisme, que sont les architectes, les urbanistes, etc., qu'il faut sensibiliser à la question environnementale. Il fut un temps où ces problèmes de santé concernaient et intéressaient directement les élus et les urbanistes. Cette dimension s'est perdue. Je rappelle les préoccupations du choléra, du typhus, qui ont amené Haussmann à transformer Paris. Ce sont les problèmes de tuberculose qui ont amené tout le mouvement moderne à transformer et à changer l'espace traditionnel de la ville historique. Aujourd'hui, nous sommes face à des problèmes assez graves, sur le plan de la crise sanitaire, qui devraient amener nos architectes et urbanistes à renouer avec ces problèmes sanitaires, avec les élus. Malheureusement, ce n'est pas encore le cas. Une des réponses à cette porosité qui a été évoquée vient de là. Elle vient d'un travail de formation, d'information très important en direction de ces deux catégories d'acteurs.

☞ Jean-Michel Louche

Conseiller municipal et communautaire, Saverne

Je suis élu d'opposition dans une petite ville alsacienne. Je voudrais revenir sur les propos d'André Cicoletta, qui disait que l'on ne pouvait pas attendre d'avoir toutes les informations pour agir. C'est quelque chose qui me parle énormément parce que pour le vivre localement, je peux dire que l'information qui circule dans cette salle n'est pas prise en compte par les élus, n'est pas intégrée. Si on leur en parle, ils vont dire que cela leur évoque quelque chose, mais il n'y a pas assez de prise de conscience de tous ces facteurs dont vous avez parlé. C'est le premier élément, qui me semble fondamental : si ce travail est fait, on pourra faire le lien avec l'action. En termes d'actions, on sent qu'il y a ici beaucoup de personnes du monde médical. On demande si l'on doit traiter avant ou après, mais il y a aussi déjà des actions sur le plan politique en matière de pollution, de circulation, des actions extrêmement concrètes : est-ce que je continue à favoriser la voiture ou pas ? Ce sont des actions que les politiques ont en main, mais ils ne veulent pas les mettre en œuvre : ils n'ont même pas conscience de tous les liens que vous évoquez là.

«• Marianne Auffret

Vraiment ?

«• Jean-Michel Louche

Dans mon secteur, c'est la « cata ».

«• Laurent El Ghozi

Certains commencent quand même. En tout cas, nous sommes là pour essayer de faire en sorte qu'ils aient les informations nécessaires et qu'ils s'en servent pour agir. A vous tous de les éveiller à ces questions.

«• Marianne Auffret

Est-ce que quelqu'un a des idées sur des lieux de rencontre et des modalités de croisement entre des scientifiques et des élus ? Y a-t-il des occasions, que j'ignore ?

«• Jacques Wajnsztoł

Médecin généraliste, SMC Medicina, Saint-Mandé

Je suis médecin généraliste de base. Étant médecin, donc parmi les acteurs principaux de ce problème d'environnement et de santé, je peux vous certifier que les médecins généralistes de base, à 23 €, n'y connaissent absolument rien, ne se sont pas concernés et ne sont pas intéressés. Lorsque j'ai fait mon Diplôme inter-universitaire de santé environnementale à la Salpêtrière, j'ai voulu faire venir un copain avec moi. La première chose qu'ils m'ont dite, était : « mais Jacques, à quoi cela sert ? Cela te rapporte quoi ? On va faire de la médecine descriptive, de la mésothérapie, cela nous rapporte des sous. Mais parler aux gens, pour 23 €, cela ne vaut pas le coup. Je pense qu'il serait temps d'intervenir auprès des médecins et de trouver une façon de les intéresser, parce que nous avons du travail à faire auprès de la population et de nos élus. Cela, c'est une chose.

Maintenant, et je rejoins là un peu ce qu'a dit notre collègue, nous nous sommes trop compartimentés. Or je pense que c'est un tout. Il est certain que c'est compartimenté, mais nous pourrions tout de même faire

une synthèse globale, que l'on parle de l'ensemble de l'environnement. Moi, en tant que médecin, je travaille sur l'environnement extérieur : l'air, le bruit, tous les facteurs polluants, mais je travaille aussi sur l'environnement intérieur de l'organisme. Je considère que malheureusement, nous sommes confrontés à des pollutions multiples, auxquelles nous avons du mal à échapper. Ne pourront y échapper que ceux qui ont un système immunitaire correct, qui savent réagir au stress, se protéger, et je pense que c'est une voie qu'hélas, on ne développe pas. Je pense qu'il y a du travail à faire à ce niveau-là.

☞ ● **Bellina Léon**

Maire adjointe à la santé et au handicap, Noisy-le-Grand

Je suis élue d'une ville de 66 000 habitants. Nous n'avons absolument aucun lien avec les médecins de notre ville. D'abord, nous n'avons pratiquement plus de médecins, puisqu'ils ne veulent pas venir s'installer dans les villes de Seine-Saint-Denis. Ceux qui restent sont submergés de travail, parce qu'ils sont obligés de prendre beaucoup plus de patients que ce qu'ils peuvent.

Nous sommes en train de monter un projet d'atelier santé ville (ASV), qui ne sera peut-être pas accepté parce qu'actuellement, l'Agence régionale de santé (ARS) n'a pas tellement de moyens. Nous sommes donc loin de vos propositions.

Nous avons par ailleurs un problème d'argent, parce que ces recherches nécessitent beaucoup d'argent. Or dans les communes, l'argent est le nerf de la guerre. J'étais moi-même dans le corps médical, mais qui va comprendre cela ?

☞ ● **Marianne Auffret**

C'est une vraie question.

☞ ● **Christophe Rafenberg**

Je voudrais répondre à l'intervenant précédent, dont j'ai trouvé l'intervention très intéressante. Avez-vous une idée du nombre d'heures dispensées aux étudiants en médecine pendant leur cursus de formation sur le sujet santé – environnement ? Zéro. Officiellement, il n'y a pas de

module. Cela a existé dans le temps. Cela a disparu. Nous sommes effectivement face à un gros problème.

«● Isabelle Momas

Cela dépend des universités. À Paris Descartes, nous l'avons introduit dans nos concours de 1^{re} année, mais je reconnais que c'est largement insuffisant. En revanche, nous l'avons introduit en pharmacie : la santé environnementale est présente tout au long du cursus, jusqu'à des masters. La question de la formation est importante. Nous nous devons tous de nous battre, en termes de formation continue, et je pense que cela va passer, pour que la santé – environnement soit une thématique prioritaire et reconnue.

Par ailleurs, depuis plus de dix ans, j'appelle de mes vœux à ce qu'une formation très large soit faite auprès de tous les professionnels qui sont amenés à intervenir sur l'environnement, et en particulier, les urbanistes, les architectes et tous ceux qui sont amenés à intervenir dans l'aménagement du territoire. Au-delà du corps médical, ce sont les professionnels qui interviennent dans le champ de l'environnement qui doivent être formés.

«● Laurent El Ghozi

C'est le plus compliqué.

«● Pascale Colom

Médecin directeur de la santé publique, ville de Villeurbanne

Je voudrais faire part de mon expérience. Il est parfois déprimant d'entendre que rien ne se fait au sujet de la médecine. Les médecins ne sont jamais assez formés, ils ne sont jamais ceci, ils ne sont jamais cela. Il n'y a pas que les médecins. Il y a aussi les élus et les urbanistes. À Villeurbanne, nous avons fait le choix d'avoir un plan local de santé environnementale, qui est une base pour aider et mobiliser l'ensemble des acteurs. Les habitants également, parce que nous avons aussi mis en place des solutions. Je voudrais vous faire part de ces propositions que nous avons faites pour faire discuter les élus, les habitants, les chercheurs et les techniciens, puisque nous intervenons aussi pour les agents. Je dirige un service communal d'hygiène et de santé. Nous travaillons donc aussi

sur les environnements intérieurs via l'amélioration de l'habitat. Nous avons mis en place une commission de santé environnementale, où nous avons proposé, par tirage au sort, à des citoyens de venir travailler sur des sujets de santé environnementale et surtout, de les aider à essayer d'élaborer aussi des solutions qui soient proposées par eux, c'est-à-dire non que la ville doit faire, mais qu'ils proposent au quotidien. Nous avons tenu notre première séance. Je pense qu'il y a des techniques d'animation de ces commissions qui sont fondamentales pour que le dialogue se fasse correctement, mais j'ai bon espoir que les citoyens de Villeurbanne proposent de nombreuses solutions et que ce ne soit pas moi qui doive agir. Il y a des solutions. Il ne faut pas tout le temps taper sur le milieu médical. Nous avons bien vu, en termes de déterminants de santé, que le médical constitue une toute petite partie. Les urbanistes sont aussi concernés, il faut aller les interpeller, les réveiller. Beaucoup de colloques sont organisés sur le sujet. Il faut juste un peu de temps.

☞ Laurent El Ghazi

Nous sommes effectivement à l'émergence de quelque chose de nouveau et de complexe et il est évident que l'on ne peut pas avoir tout résolu avant d'avoir commencé.

☞ Patrick Atlas

Médecin directeur, ville de Clichy

Je voudrais dire aux personnes qui réfléchissent à la santé dans la ville d'embaucher un médecin comme directeur de la santé pour faire le lien entre le territoire, les professionnels, et participer à des réunions techniques. C'est ce que j'essaie de faire.

On parle des contrats locaux de santé comme étant des outils utiles pour réfléchir. Il y a encore des marges de progression. Il y a peut-être un nid, ici, de critiques.

Vous parlez de diagnostics, mais je suis désolé, ce ne sont pas des diagnostics. Ce sont des états des lieux. En tant que médecin, si je vous donne un médicament contre la douleur, si vous avez mal quelque part, sans faire de diagnostic, je risque de vous porter préjudice. Si l'on ne fait pas de diagnostic, on ne peut pas appliquer de solutions. Les solutions que l'on applique, qui sont financées par l'ARS, ne correspondent pas forcément aux états des lieux. Dans le Val-d'Oise, on fait des choses pour le cancer,

la santé mentale, le sida etc., mais pas d'actions financées en amont. Il y a encore une marge de progression entre les outils et les financements existants. Il reste des actions qui sont sur le résultat des problèmes environnementaux : cancer, sida, diabète... On fait des diagnostics, mais il faut des diagnostics sur les états des lieux.

«● Patrick Padovani

Adjoint au maire, délégué au comité d'hygiène et de santé, aux personnes handicapées, au plan Alzheimer, à la toxicomanie et au sida, ville de Marseille

J'aimerais replacer un peu le débat sur le pouvoir des villes. Quand j'entends dire que la méthodologie n'est pas la bonne, je me place en tant qu'élu et non en tant que médecin ou chercheur. Je cherche comment un élu qui s'engage en santé environnementale peut exprimer à d'autres élus, qui ne sont pas forcément engagés, et à d'autres thématiques ou d'autres acteurs d'un territoire qui ne sont pas forcément engagés, comment il peut exprimer son action. Ce n'est pas en disant, de façon globale : « oui, il faut, y-a-qu'à... », mais en mettant l'accent sur quelque chose de particulier. On parle de l'air, parce que c'est ce que nous respirons tous et que c'est ce qui touche toute la population. Il faut toucher les gens à l'endroit où cela fait mal.

Nous réfléchissons tous, dans nos municipalités, dans la globalité d'action, nous pouvons avoir des modalités d'outils de travail, mais il faut que l'on sectorise, que l'on touche tous les acteurs séparément, parce que nous n'arriverons pas à les toucher simplement avec de grandes phrases et en moralisant. Si nous voulons conserver la position d'un élu qui travaille dans ce sens, nous ne sommes pas comme les chercheurs, nous ne sommes pas à la croisée des chercheurs, des médecins, des cliniciens, des scientifiques. C'est la difficulté du politique. Certes, la globalisation est une bonne chose, nous devons travailler avec les chercheurs, avec tout le monde, mais chaque fois sur ce qui fait mal et sur ce qui impacte les publics, qui souvent, ne se sentent pas concernés, ou concernés seulement dans le cadre d'une mobilisation temporaire, à tel moment de la vie de la cité ou à l'occasion de telle ou telle manifestation.

«● Marc Schoene

Président de l'Institut Théophraste Renaudot

Je vous livre une réflexion et une information.

Cela ne fait pas très longtemps que notre association et moi-même nous impliquons dans ce registre, dans ce paradigme de la santé environnementale. J'assiste à des réunions comme celles-ci et je suis frappé, non pas par le corporatisme, mais par une certaine forme de violence qui règne sur le sujet. Je le dis comme je le ressens parce que cela me paraît important pour l'avenir : dans ce secteur quand même très peu compétent sur ces questions, qui a vraiment besoin de comprendre de quoi il s'agit, je crois que nous devons, les uns et les autres, faire preuve de davantage d'écoute et de souci de partage. Nous pouvons nous le dire ici : chacun défend ou sa boutique, ou son territoire, ou son secteur. Or, c'est global, et si c'est global et si c'est important, soyons extrêmement attentifs, pour avancer sur le sujet, à d'abord aller vers l'autre avant de défendre son point de vue. Je ne le dis vraiment à l'égard de personne, je le dis pour nous tous.

Quant à l'information que je voudrais vous donner, puisque Laurent El Ghazi ne l'a pas dit et que quelqu'un demandait comment trouver des lieux où tout le monde se retrouve, nous sommes en train, entre autres avec Élus, santé publique & territoires et le réseau français des villes-santé de l'OMS, de préparer, pour novembre 2016, des rencontres sur deux jours pour que tous ceux qui sont concernés sur un territoire puissent partager des expériences et des réflexions, auxquelles participeront des élus, des habitants, des chercheurs, des experts, etc. Au-delà de ces deux journées, je pense que le fait de se retrouver entre acteurs extrêmement différents est vraiment un des enjeux à venir.

«• Virginie Le Torrec

Je souscris tout à fait au propos de Marc Schoene. Je voudrais juste ramener dans le débat le fait que la plupart des villes de taille moyenne ou de grande taille ont généralement une université et des chercheurs sur place, et que c'est souvent une ressource. C'est bien sûr le cas à Nanterre, mais c'est aussi le cas à Saint-Denis, à Paris... **Il y a souvent bien plus de ressources sur un territoire que ce que l'on croit. Cela renvoie à la capacité d'action d'une ville, qui est de fédérer les énergies présentes et de faire en sorte que chacun contribue avec ce qu'il a et ce qu'il sait faire.** Les universités peuvent développer des stratégies d'observation locale partagées avec les acteurs locaux. Cela se pratique à Nanterre, cela se pratique à Saint-Denis, sur certains points, cela va se faire à Paris avec le plan de santé – environnement, puisque c'est un volet que nous souhaitons développer. Cela s'est fait aussi dans des expériences qui aujourd'hui, ont fait l'objet de publications et qui sont particulièrement intéressantes.

Je pense à la ville de Richmond, à côté de San Francisco. Je pense aussi au travail sur la biodiversité qui est conduit à Montréal, dans la communauté urbaine, qui montre que cela peut être extrêmement productif. Il existe beaucoup d'autres exemples.

«• Laurent El Ghozi

C'est aussi ce que fait Élus, santé publique & territoires depuis quinze ans, en particulier avec des géographes de l'Université de Nanterre, mais également, avec deux autres universités (Saint-Denis et Amiens).

«• Myriam Ruffa

Étudiante, Sciences Po Paris

Je suis étudiante à Sciences Po en cycle d'urbanisme et architecte de formation. Vous parlez de compétences, de formation. Ce serait une bonne chose que vous veniez faire des conférences à Sciences Po, parce que ce sont des questions qui nous intéressent. Le master d'urbanisme réunit beaucoup de professionnels, avec des formations très diversifiées. Nous avons des juristes, des architectes, des économistes, des scientifiques. C'est un moyen qui pourrait vous permettre d'atteindre le plus grand nombre.

«• Dirk Ibach

Directeur de programme, Initiatives médicales en santé et environnement

Je voudrais apporter un modeste témoignage relatif à la formation médicale continue des médecins. Je co-pilote un programme qui s'appelle «Initiatives médicales en santé et environnement», qui a pour mission de contribuer ou en tout cas, de diffuser une culture en santé – environnement auprès des médecins, en particulier les médecins généralistes. Notre expérience, sur les trois à quatre dernières années, notamment à travers un premier module «cancer et environnement», qui a été déployé auprès de plus de 500 médecins partout en France, dont plus de 100 en région PACA, grâce à un partenariat avec l'ARS PACA. Notre expérience est que les médecins s'intéressent à la santé – environnement. Ceux qui participent à nos réunions, jusqu'à présent en soirée, ne sont pas nécessairement des fervents de la cause environnementale ni de la santé environnementale. Ils sont là parce qu'ils admettent qu'ils n'en savent pas suffisamment, que c'est important pour leurs patients. Ils viennent

après une longue journée de travail, entre 20 h 30 et 23 h 30, voire même parfois minuit, pour que nous puissions échanger avec eux et réfléchir ensemble à des éléments de réponse sur des sujets de santé – environnement du type « cancer et environnement », que nous avons abordé en premier. Nous sommes en train de déployer un deuxième module sur l'air intérieur. J'en profite pour remercier chaleureusement le docteur Lambert et le professeur Momas, qui nous ont beaucoup aidés dans la réalisation de ce module. Une réunion aura lieu mardi prochain, en soirée, à l'hôpital Pasteur 2 de Nice, avec 38 médecins inscrits, ce qui n'est pas rien. On ne peut vraiment pas dire que les médecins et notamment, les médecins généralistes ne sont pas intéressés. Mais il est vrai que dans le dialogue qui s'instaure avec leurs patients, il y a des limites, des contraintes de temps, et la prévention n'est pas la chose la plus défendue, aujourd'hui, on le sait bien. En tout cas, il y a un véritable intérêt et l'on peut espérer qu'enfin, le développement professionnel continu, qui a beaucoup de mal à se mettre en place, s'il arrive à se stabiliser, permettra également d'approfondir ces sujets.

☞● **Marianne Auffret**

J'ai l'honneur de conclure cette table ronde pour laisser la place à Carlos Dora, mais je profite de ce que j'ai le micro pour glisser un petit mot « corpo ». Les élus devraient mieux faire, mais il faut tout de même avoir en tête que la plupart d'entre eux, dans les 36 000 communes de France, sont bénévoles ou quasiment bénévoles. Ils pratiquent généralement leur mandat après leur longue journée de travail, à côté, le week-end... La question du terrain, de la possibilité de se former se pose aussi de façon cruciale pour les élus. Cela ne veut pas dire que l'on ne peut rien faire, mais il faut aussi tenir compte de ce cadre d'intervention possible.

☞● **Laurent El Ghozi**

Je voudrais ajouter un mot sur le lien entre Observatoires régionaux de la santé et Agences d'urbanisme. C'est quelque chose de complètement nouveau. La première fois que j'ai été invité en tant que président d'Élus, santé publique & territoires, avec Gérard Salem (Pr. De Géographie, Univ. Paris Ouest Nanterre), au Congrès annuel de la Fédération nationale des agences d'urbanisme (Fnau), à Bordeaux, il y a quatre ans seulement, nous avons essayé d'expliquer un certain nombre de choses aux urbanistes, qui les ont complètement découvertes : il a fallu commen-

cer par se mettre d'accord sur le sens des mots utilisés par les uns et par les autres... Il y a donc véritablement des fertilisations croisées de deux cultures à mettre en œuvre. Les débats que nous avons eus mettent en évidence que chacun a quelque chose à y dire, quelque chose à y faire et que c'est dans ce partenariat-là, qui est naissant et qui peut être un peu conflictuel au début, que l'on arrivera, avec la population, à construire une société un peu plus vivable.

QUELS LEVIERS D'ACTION DES VILLES EN SANTÉ ENVIRONNEMENTALE?

EXPERTISE
INTERNATIONALE
ET ÉCLAIRAGE
DE L'OMS

«• Carlos Dora

*Coordinateur du département de santé publique et environnement
de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).*

Tout d'abord, merci pour cette excellente session. Pour moi, il est très intéressant de voir plusieurs perspectives parce que je pense que la réponse que nous devons trouver est une réponse à toutes ces questions qui ont été posées. Il n'y a pas une solution : il y a plusieurs solutions et même s'il faut les bâtir, il faut aussi créer les éléments de réponse pour pouvoir bouger sur ces sujets.

Je suis médecin épidémiologiste. Cela fait une vingtaine d'années que je travaille avec les politiques publiques, surtout urbaines : transport, énergie, habitat et santé. En ce moment, je coordonne en partie le groupe de l'OMS qui travaille sur la limitation de la pollution de l'air, les politiques en matière de changement climatique et leurs liens avec la santé.

Nous commençons un projet actuellement. Vous savez que l'OMS n'a pas eu de programme de santé urbaine au niveau global, depuis des années, des décennies. Nous sommes en train de commencer cela. Je viens de recevoir confirmation des financements. Nous allons étudier les outils et la connaissance qui existent, déterminer qui nous allons impliquer sur le terrain, chercher la façon d'utiliser ces bases, identifier le rôle des médecins cliniques, des professionnels de santé publique, mais aussi de la société civile, des planifications urbaines... Beaucoup de monde est impliqué. Comment pouvons-nous faire évoluer la question ? J'apprécierais vos commentaires pour bâtir ce programme. Nous voudrions vous impliquer de la meilleure façon possible parce que votre expérience, la perspective que vous avez, est très riche et très intéressante.

Premièrement, je crois qu'il faut trouver des points d'entrée. **Pour bouger les thématiques complexes comme celles qui existent en matière de santé et environnement, il faut trouver les bons points d'entrée. Il faut le pouvoir politique et l'envie politique de transformer.**

Pour nous, à l'heure actuelle, nous nous mobilisons sur quelques éléments que je vais vous présenter. Il y a d'abord la pollution de l'air, pour les raisons qu'a évoquées le professeur Momas. Depuis une dizaine d'années, nous avons de nouvelles données sur la pollution de l'air. Ce ne sont pas uniquement des maladies qui affectent le système respiratoire, ce sont aussi des maladies vasculaires : cardio-vasculaires, cérébro-vasculaires...

Cela fait une énorme différence dans le nombre estimatif de mortalité et de morbidité. Le risque vasculaire est un nouvel élément dans la discussion et amène à réfléchir à la manière de traiter les maladies car-

dio-vasculaires. Ces nouvelles données font que l'on estime aujourd'hui à 7 millions le nombre de morts dans le monde lié aux polluants de l'air extérieur. C'est le même qu'avec le tabac et c'est beaucoup plus que les maladies infectieuses, par exemple. C'est surtout le cas dans des pays assez pauvres, en Afrique, en Asie, parce que l'on considère soit la pollution interne, soit la pollution externe.

Les ministres de la Santé ont pris une décision à l'assemblée mondiale de la santé, cette année, au mois de mai 2015. Jamais l'assemblée mondiale n'avait pris de décision sur la pollution de l'air. Ils ont dit que les systèmes de santé devaient faire quelque chose, avec d'autres acteurs. Il faut équiper les systèmes de santé pour qu'ils travaillent avec les autres afin de gérer les questions de l'origine, des sources de la pollution et obtenir des co-bénéfices pour la santé.

Les sources de pollution de l'air sont les systèmes de transport, l'énergie, l'aménagement du territoire, l'agriculture... Il y a donc plusieurs politiques publiques et investissements privés qui sont à l'origine soit de la pollution de l'air, soit des changements climatiques, parce qu'il y a une connexion très proche. Si l'on fait des interventions qui peuvent améliorer la pollution de l'air en matière de transports, elles peuvent aussi réduire les accidents routiers, le bruit, faciliter l'activité physique de la population...

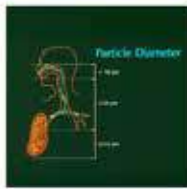
Cette connaissance, en général, est traitée, pour les médecins, les professionnels de la santé publique, les professionnels de santé, de façon verticale. On travaille sur les accidents de manière complètement séparée de la pollution de l'air, de la prévention de l'obésité.

Une façon d'intégrer est de voir d'où cela vient et quelles sont les options des politiques qui peuvent apporter la plupart des bénéfices soit pour la pollution, soit pour le changement climatique, soit pour la santé, d'une façon globale. En tant que vision, on voit que c'est une des façons d'intégrer la connaissance de l'environnement – santé dans la prise de décision sur les politiques. C'est très large. Les professionnels et les spécialistes ne sont pas nécessairement prêts à faire tout ce mélange, mais je crois que cela change. Comment créer cela? Qui est-ce qui peut intégrer cette information? Les médecins jouent certainement un rôle et doivent s'impliquer parce qu'il y a des conseils qui peuvent être donnés aux patients souffrant de maladies cardio-vasculaires ou respiratoires. Ce n'est pas la totalité. Les spécialistes de santé publique doivent aussi disposer d'outils pour travailler sur la question. **Nous avons des outils. La question n'est pas que nous ne sommes pas équipés – car nous le sommes, le problème est que nous n'avons pas mis tous ces outils ensemble.**

Les polluants de l'air: nouvelles évidences scientifiques

Les particules moins de 2.5µm pénètrent profondément dans les poumons et impactent le corps, favorisant les pas uniquement les maladies respiratoires mais aussi les **AVC, maladies cardiaques, cancers et pneumonies.**

PARTICLE SIZE AND DEPOSITION



PM<10µm – Coarse

Medpagder.com

PM<2.5µm – Fine

PM<1µm – Ultrafine

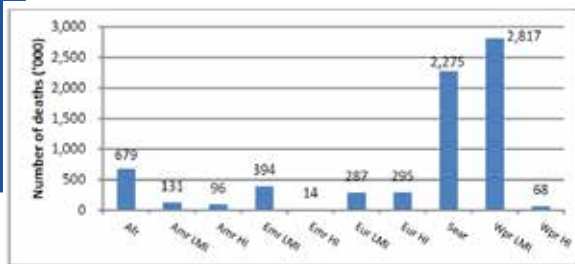
2 | Public health and environment



Décès liés aux polluants de l'air extérieur et intérieur (OMS)

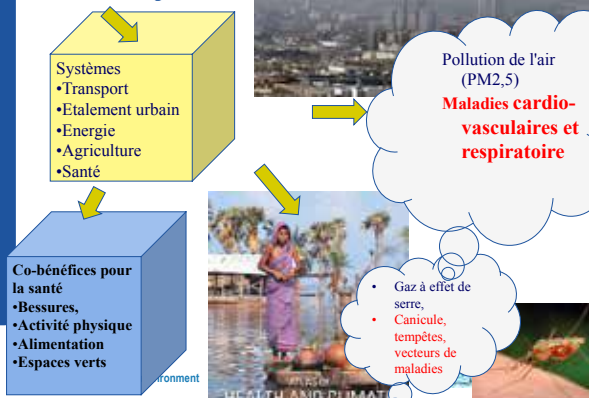
~ 7 millions de morts en 2012

La pollution = facteur de risque principal pour 1/5 des maladies non-transmissibles



Déterminants sociaux

Economie du pétrole

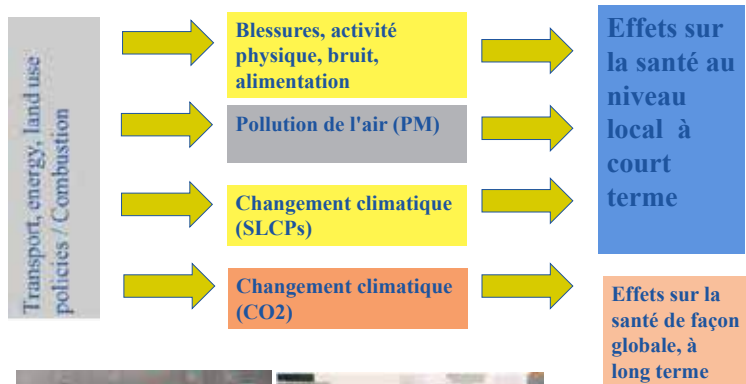


La première porte d'entrée est donc la pollution de l'air. Nous avons cette décision des ministres de la Santé. **La deuxième porte d'entrée est le changement climatique.** Il n'y a que nous, les professionnels intéressés par la santé environnementale, qui pouvons donner cette idée d'éco-bénéfice pour la santé des politiques publiques qui sont en train d'être mises en place pour le CO₂. Même les polluants à court terme, comme le carbone suie et le méthane, ne sont pas pris en considération. C'est vraiment à nous de donner une vision plus globale des implications en santé. L'étalement diffus du carbone suie a des implications très importantes pour la santé : des implications à court terme, au niveau local. Il est donc beaucoup plus logique d'expliquer cela en tant qu'élu, en tant que planificateur urbain, en tant que société civile impliquée dans la participation volontaire à ces éléments de décision. Il est beaucoup plus logique d'expliquer ce que l'on fait dans sa communauté, quels sont les résultats pour le changement climatique, qui est global, mais aussi quels sont les bénéfices pour la santé au niveau local.

Je suis complètement d'accord avec notre collègue économiste. On parle de milliards et de milliards, on ne sait pas qui sont ces personnes, on ne sait qui est-ce qui paie, qui bénéficie des économies... Cela ne fait pas sens. Ce n'est pas logique. J'ai fait un peu d'économie de la santé, et il me semble absolument nécessaire qu'il y ait des gens qui puissent présenter cela aux populations locales, mais aussi à ceux qui font des dépenses pour les soins, les assurances médicales... Il y a des acteurs qui sont potentiellement intéressés, mais ils n'ont pas eu d'informations adaptées qui fassent la connexion.

Je crois que c'est le même raisonnement que l'on fait pour le changement climatique. Les politiques qui ont des effets sur la pollution et le changement climatique – politique de transports, etc. – sont en général basées sur la combustion des combustibles fossiles. C'est l'une des raisons du problème. On sait que ces mêmes politiques produisent du CO₂, qui agit sur le changement climatique à long terme, à un horizon d'environ cent ans, mais aussi que les gaz du changement climatique à court terme jouent sur la pollution de l'air et sur plusieurs co-bénéfices. Le volume des effets sur la santé au niveau local à court terme est beaucoup plus important en termes de poids des maladies. On estime que le poids des maladies attribuées à ces mesures qui auront des bénéfices pour la population à court terme et au niveau local est énorme et que l'impact du changement climatique sur la santé à long terme est certes important, mais beaucoup moins. Les maladies infectieuses, la canicule, les orages, etc., ont un impact sur la santé, mais il n'y a pas, en face, de comparaison avec le niveau des bénéfices pour la santé, en termes de poids des maladies qui résultent

Réduire la pollution de l'air : bénéfiques pour la santé



des mauvaises politiques, dont beaucoup relèvent de décisions au niveau urbain. **Les municipalités ont un pouvoir sur la qualité de l'habitat, puisque ce sont elles qui délivrent les autorisations. Elles prennent les décisions en matière de transport public, de gestion des déchets. Il y a énormément d'éléments qui ont une importance au niveau local.**

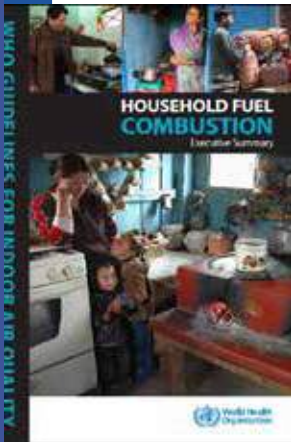
L'autre point d'entrée, ce sont les objectifs du développement durable, qui sont désormais aussi importants pour les pays riches que pour les pays pauvres, contrairement à auparavant, où les objectifs du développement durable étaient uniquement pour les pays pauvres. C'est une tout autre discussion, qui peut être utile pour les pouvoirs publics parce que pour faire face à ces demandes, où est-ce que la pollution de l'air s'applique directement sur les objectifs du développement durable. L'OMS a travaillé sur cette question parce que c'est une façon de porter cette discussion, d'amplifier cette discussion. Nous avons un indicateur, sur les villes durables, qui sont l'un des objectifs : la pollution de l'air au niveau des villes. Et nous avons les bases de données de l'OMS. Nous sommes donc prêts.

Il faut trouver des solutions, mais nous avons une façon de mesurer les progrès. Il ne s'agit pas uniquement de mesurer les progrès en termes de pollution de l'air. J'aimerais aussi que l'on mesure les progrès en termes de réduction des maladies dues à la pollution de l'air et que l'on puisse faire la corrélation avec les politiques publiques, les investissements, les décisions. C'est possible, parce que nous nous occupons de l'eau et l'assainissement, à l'OMS. Nous faisons un monitoring global aussi dans les pays en développement et en concertation avec des universités, des chercheurs. Nous avons un programme qui mesure dans chaque pays, chaque année, quelles mesures politiques ont été prises en matière d'eau et d'assainissement, quels investissements ont été faits, quels sont les résultats, si les politiques ont été réellement appliquées. Nous avons un protocole de suivi qui est tout à fait faisable et qui s'appelle GLAAS (*Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking-Water*), grâce auquel nous avons une expérience.

Cela nous permet de disposer d'indicateurs. Il serait aussi utile d'avoir des indicateurs pour la prise de décision dans les domaines qui amènent de la pollution : les transports, l'habitat, etc. Il serait utile de considérer les prises de décision, les investissements, les changements de politiques, parce que même si c'est écologique, on peut avoir une façon de tracer les parcours et comparer, au moment où on le fait, dans une centaine de villes ou dans 200 villes dans le monde. On a même la possibilité de faire des statistiques, de se documenter, de voir les effets. Même les prises de décision dans ces politiques des transports, du bâtiment, de l'énergie,

se comparent en chiffres. Il y a 36 000 choses que l'on peut faire pour améliorer les transports, la santé ou l'habitat dans la ville.

L'OMS a également des indicateurs en matière d'accès à l'énergie propre à l'intérieur des domiciles. Il y a des orientations de l'OMS sur l'énergie au domicile qui indiquent que le kérosène est un désastre pour la santé publique. Nous l'avons documenté. Elles indiquent aussi qu'en général, la façon dont le charbon et le bois – que l'on considère comme écologique –, sont brûlés dans les pays en développement est un désastre. C'est une énorme cause de mortalité : il y a 4 millions de morts par an. Nous avons fait des recommandations basées sur la science qui invitent à exclure le kérosène, à ne brûler de bois et de charbon que dans des poêles et des chaudières extrêmement performantes.



Recommendation 4:

- Household combustion of kerosene is discouraged

Rationale:

- High levels of emissions of PM and other health-damaging emissions.
- Epidemiologic studies suggest links to tuberculosis, cancer, respiratory disease, adverse birth outcomes, etc., but are not of adequate consistency/quality.
- Kerosene use carries substantial risks of burns and poisoning.

En général, au niveau du domicile, nous n'avons pas de preuve que cela fonctionne. Au niveau de la production d'énergie régionale, cela peut marcher, parce que l'on peut avoir la technologie adaptée. Mais il faut passer aux combustibles propres. Des expérimentations sont menées dans certains pays, comme en Indonésie, où l'on a attribué des subventions à 70 millions de foyers pour passer du kérosène au gaz. Le gaz est propre. Ils ont économisé de l'argent. Ces grands changements de politiques sont possibles. La même chose se fait en Équateur, nous discutons cela avec le Paraguay... Quand l'OMS vient mettre cela sur la table du ministre de la Santé et en général, du ministère de l'Environnement, avec les acteurs de la société civile, la question de la santé environnementale est considérée comme importante dans ce contexte, parce qu'il y a de bonnes raisons de prendre ces décisions. Ce sont les orientations de l'OMS en termes de combustibles et je crois qu'il valait la peine qu'elle les prenne parce que c'est le début des orientations sur les sources de pollution de l'air.

Nous faisons la même chose pour l'habitat. Nous étudions toutes les évolutions de la science en matière de bâtiment. Nous avons aussi des guides et des classifications en matière d'environnement. Mais cela manquait pour la santé. Nous sommes en train de le faire. Je crois qu'il appartient aussi aux systèmes de santé, aux chercheurs, de gérer les connaissances et de les capitaliser pour qu'elles puissent être utilisées par des personnes qui travaillent dans les marchés immobiliers, qui font des investissements, qui délivrent les autorisations de construction des maisons. C'est très concret, très spécifique, et cela joue un rôle en matière d'impact sur le système de santé.

Nous avons aussi comme indicateur de santé le poids de la pollution interne et externe sur le handicap. Nous avons donc trois indicateurs.

Pourquoi devons-nous faire cela en tant que professionnels de la santé publique, en tant qu'OMS ? Premièrement, parce que l'information utilisée pour la prise de décision est imparfaite. On n'a pas encore apporté les informations nécessaires. Que connaît-on des impacts de la pollution, des politiques publiques sur la santé ? Nous n'avons pas organisé cela. Nous n'avons pas apporté cela aux élus, à la société civile organisée. Nous n'avons pas partagé cela. C'est une lacune. Et maintenant, la question qui se pose en termes économiques est de savoir si l'on prend des décisions avec une formation incomplète. Il y a des coûts parfois importants qui pourraient être évités, mais pour le moment, on ne fait rien pour gérer cela.

La deuxième raison est que l'on est en train de créer des problèmes de santé pour les publics qui ne peuvent pas voter ou s'exprimer, comme les

enfants ou les gens qui n'ont pas les moyens de communiquer. Nous avons la responsabilité de parler pour ces groupes de la population pour lesquels il y a des impacts pour l'avenir.

La troisième raison est d'assurer des décisions économiques qui soient raisonnables.

Nous avons assez d'informations sur les impacts des politiques publiques. L'OMS a publié des éléments à ce sujet qui peuvent améliorer la santé, les inégalités en santé par le transfert de ces connaissances aux villes. **Nous pouvons aussi favoriser le partage d'informations et l'échange entre les villes avec lesquelles nous allons travailler, qui sont plutôt des villes de pays en développement, en Afrique, en Asie et en Amérique latine, et d'autres villes.** Je pense que les outils et les connaissances ne suffisent pas, qu'il faut aussi s'inspirer de l'expérience. Il faut savoir comment faire pour mettre en œuvre un changement aussi important que celui-là.

Les outils existent : l'évaluation des impacts sur la santé, l'évaluation des risques, l'analyse éco-bénéfice, l'analyse éco-efficacité – ce que l'économiste disait... Il y a des choses que nous avons déjà. Mais est-ce qu'ils connaissent les coûts de l'entraînement à la gestion des territoires, de l'aménagement du territoire, de la planification urbaine ? Probablement pas. Il faut que ces outils et la capacité de les utiliser soient partagés, et pas uniquement par les académiciens ou les acteurs des pouvoirs publics, mais aussi par la société civile, par des groupes qui peuvent utiliser ces informations à leur façon. Parce que nous, nous avons une façon cartésienne de présenter les données, et nous nous sentions bien, mais il y a d'autres personnes qui peuvent utiliser la même information de façon complètement différente, ce qui est très utile et très créatif.

Pourquoi c'est important pour la société?

- Eviter des coûts inutiles
 - Au secteur du soin
 - A l'économie
- Pour défendre les intérêts de ceux qui ont peu d'influence
 - Les enfants souffrent des conséquences sur leur santé
- Pour promouvoir l'équité en santé
 - Les piétons et cyclistes ne créent pas de pollution mais sont exposés à des risques pour leur santé à cause des véhicules. Une mobilité en santé pour les plus vulnérables améliore aussi la santé en augmentant l'accessibilité au travail, à l'éducation et aux services

Assurer des décisions économiques responsables

Santé publique: gouvernance des risques pour la santé

- Cibler les facteurs environnementaux et sociaux qui déterminent/influencent la santé et que sont directement influencés par les activités de développement dans de nombreux secteurs autres que la santé
- Engager avec un large éventail d'acteurs, dans un contexte donné de prise de décision, qui ont souvent des intérêts différents et contradictoires



Approches de l'action intersectorielle dans des aires urbaines

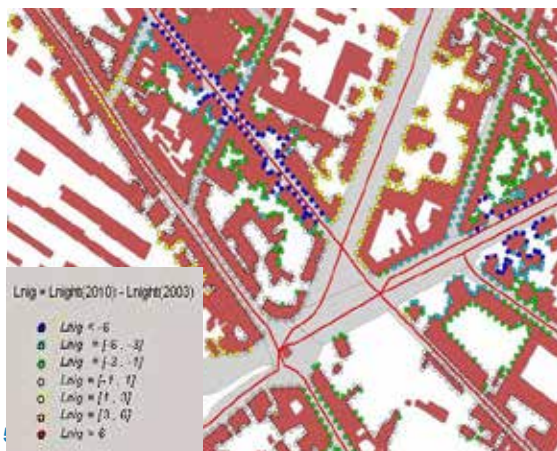
1. **Méthodes** – Etudes Impact Santé, analyse coûts-bénéfices, évaluation des besoins
2. **Politiques urbaines** liées aux compétences des villes : transport, logement, étalement urbain, eau, déchets, éducation, santé
3. **Gouvernance & opportunités** pour influencer les investissements et le comportement vers la santé et l'équité.

Exemples :

- Influence sur des politiques sectorielles
- Société civile : ce qui a marché

Cartographier le risque – ex. l'exposition au bruit

HEARTS: Florence case study
Lnight level differences in receptors (coloured dots)
between 2010 and 2003 scenarios



A comparison of noise levels in 2010 vs 2003 scenario shows a marked reduction of Lnight levels

Nous allons cibler sur les politiques publiques où les villes ont un pouvoir: les transports, l'énergie, les déchets, le bâtiment, l'aménagement urbain et explorer, expérimenter des modes de gouvernance. L'idée consiste à créer des espaces d'exploration. Je crois qu'il est extrêmement stimulant d'avoir le genre de discussions que nous avons ici. Par exemple, les architectes ont des laboratoires, dans les pays en développement, qui invitent des artistes pour donner la vision future de la ville. Il est nécessaire d'apporter des éléments en santé – environnement aussi dans ce type de discussion. J'ai collaboré avec des laboratoires d'écoles d'architecture et de planification urbaine. L'école de Columbia a ainsi treize laboratoires dans des pays en développement. Il faut apporter ces connaissances et voir comment un artiste ou un humoriste peut présenter ces bases de données de façon à ce qu'elles puissent être comprises par les élus, les investisseurs...

Nous avons énormément de données, nous pouvons établir la cartographie de beaucoup de choses, nous avons des outils pour estimer des gains économiques comme HEAT, qui analyse les coûts/bénéfices des déplacements à vélo. Nous menons des analyses transversales qui identifient les intérêts communs des politiques de secteur, pour savoir où sont les connexions. Il y a un travail de sciences politiques à faire, un travail de compréhension. Il faut se demander quels sont nos intérêts de santé publique. En général, on laisse cela à côté de la santé environnementale, alors que ce sont des choses qui doivent être intégrées. Des études ont été menées en Europe sur les effets de la réduction des transports dans un certain nombre de villes (diapositive n° 19).

Nous avons édité un guide des conseils que nous avons émis pour l'habitat, pour l'énergie, pour l'eau, pour les transports. Quelle meilleure politique de transports souhaite-t-on? L'OMS dit clairement que les transports publics, qui amènent de la haute qualité, et les déplacements à vélo et piéton, où le risque d'accident est bas, sont la meilleure façon de se déplacer pour la santé. L'habitat est extrêmement important. Nous avons des études de suivi, de cohortes qui démontrent les impacts de l'amélioration de l'habitat. Il y a des études réalisées en Nouvelle-Zélande qui sont très importantes et très concrètes, avec un suivi sur plusieurs années de l'amélioration de la santé, des économies de coûts sanitaires, etc.

Nous menons un travail sur l'énergie et la santé, sur l'accès à l'énergie propre en santé. Les systèmes de santé utilisent beaucoup d'énergie. Il y a du potentiel.

Nous devons intégrer tous ces éléments. **C'est nécessaire et je crois que les villes sont l'endroit où cette connexion est la plus possible,**

parce qu'il y a une proximité entre l'impact des politiques publiques, le citoyen et la prise de décision. Ces connexions sont beaucoup plus complexes à faire au niveau des pays. Au sein des villes, il y a beaucoup plus d'opportunités.

Evaluer les coûts externes

**Les coûts de
la santé sont
les coûts
externes les
plus
importants.**



Montrer les coûts et les bénéfices :

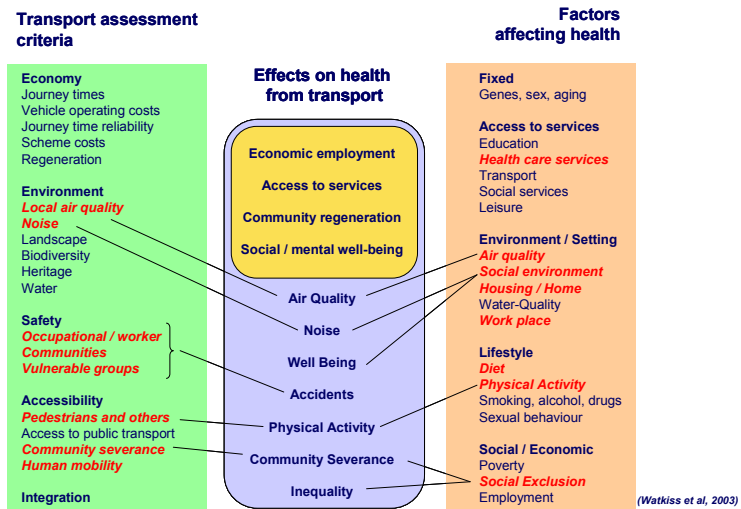
L'outil de l'OMS HEAT pour l'estimation des gains économiques sanitaires dus à l'utilisation du vélo

The image displays three components related to the HEAT tool: a green cover of the 'Economic Assessment of Transport Infrastructure and Policies' report, a screenshot of the HEAT web application interface, and a white cover of the 'Health Economic Assessment Tool for Cycling (HEAT for cycling) User guide'.

Télécharger le document avec le mode d'emploi, HEAT pour le vélo et guide d'utilisateur sur : www.euro.who.int/transport/policy/20070503_1

17 | Public health and environment

Identifier les objectifs communs afin de définir des actions partagées à travers les secteurs

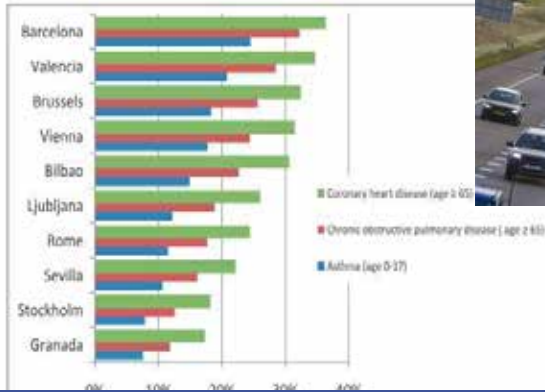


Recherche:

Montrer les bénéfices des politiques urbaines

ex: maladies non-transmissibles attribuée à l'exposition à la pollution liée au trafic routier

Percentage of population with chronic diseases whose disease could be attributed to living near busy streets and roads in 10 Apekom cities



World Health Organization
HEKOM

Conseils sur les politiques publiques: ex. que est un transport urbain “sain”

De meilleurs carburants et véhicules aident, mais le transport en véhicule privé augmente la congestion, les blessures, la pollution et l'inactivité physique.

Le transport public et les mobilités actives améliorent l'accès aux écoles, emplois et services pour les plus pauvres, les enfants, les femmes, les personnes âgées et handicapées, ce qui améliore l'équité. Cela peut réduire le nombre de blessures, de maladies cardiovasculaires et encourager une activité physique saine.

Aller au travail en vélo a permis de réduire la mortalité prématurée de 30% parmi les personnes qui prennent les transports en commun à Shanghai & Copenhague.



Accès à une énergie propre/durable dans le secteur de la santé

- Substituer aux générateurs diesel des sources durables (solaires, hydro...)
- Adopter des technologies médicales efficaces énergétiquement
- Cela peut éviter des manques en énergie – le manque d'électricité peut être fatal pour la naissance des bébés ou pour d'autres services urgents pendant la nuit, et l'électricité est nécessaire pour conserver les vaccins, pour stériliser les équipements...



Au Nigeria



Au Vietnam

Un habitat favorable à la santé

« L'amélioration de l'isolation a permis d'économiser 0.26 mois de vie par personne »
(UK Warm Front Programme)

« Moins d'asthme, de jours d'absence à l'école, de visites chez le docteur ont été reportés par les occupants des maisons isolées »
(Etude néo-zélandaise sur l'isolation)



Réduction des maladies respiratoires de 9% à 20% et augmentation de la productivité individuelle entre 0.48% et 11% avec des stratégies de ventilation naturelle

La santé comme un indicateur de durabilité des politiques et des investissements

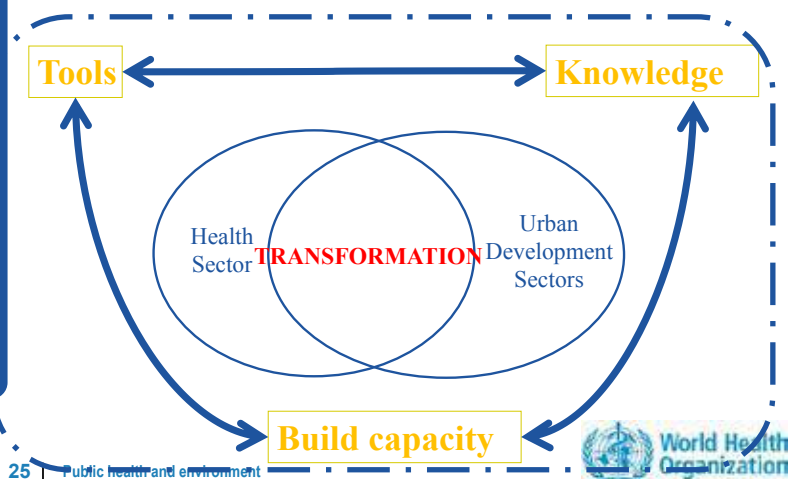
ex. Outil « GLAAS » –sur eau et hygiène

Suivre les tendances:

- Santé
- Risques pour la santé (WatSan)
- Investissements
- Politique
- Leur mise en place



Framework of Collaboration



La dernière diapositive vous présente un modèle que nous développons. Nous allons essayer de nous impliquer avec des villes de pays en développement et impliquer des villes en pays développés pour faire des échanges. J'ai un peu d'argent, un peu de ressources, ce n'est certainement pas suffisant, mais au départ, il faut créer un modèle. Il faut identifier les outils, la capacité d'investissement, l'information, et établir des liens. Nous allons commencer avec Addis Abeba, nous passerons à Abidjan, au Caire. Ce sera un groupe dédié à l'Afrique. C'est quelque chose de nouveau, de très stimulant.

Je suis très content d'avoir partagé avec vous un peu de notre passion et écouté vos expériences, qui sont très riches.

☞ Laurent El Ghozi

Merci, Carlos Dora, de cette vision de l'OMS et surtout, de ce programme passionnant. Nous aimerions tous que l'OMS s'intéresse à notre propre collectivité et puisse nous aider à faire ce lien entre connaissance, outils, décision...

ÉCHANGES AVEC L'AUDITOIRE

«• Yorghos Remvikos

Merci, Carlos Dora, pour ce panorama très complet. J'ai une première interrogation, qui porte sur l'efficacité, pour susciter l'engagement, de passer par la multiplicité des risques. Je comprends que la qualité de l'air soit un point d'entrée pour les collectivités territoriales. Est-ce un point d'entrée pour le citoyen ? Je m'interroge sur le caractère un peu plus motivant, mais effectivement, un peu plus complexe à mettre en œuvre, de ce que serait une mobilisation autour de la qualité de vie, en passant par quelque chose de plus positif que la multiplicité des risques.

J'identifie aussi un risque qui pourrait en particulier être porté par le monde des ingénieurs, celui qu'au travers de toutes ces recommandations, on finisse par bâtir un modèle unique de ville, et cela, cela me terrifie. Je trouverais insupportable le côté normalisateur dans la construction, dans l'aménagement et l'urbanisme. Nous le voyons déjà aujourd'hui, parce que c'est alimenté par les forces du marché. On voit la multiplicité des centres commerciaux, qui sont des déclinaisons du copier-coller... En même temps, je me demande comment l'on peut accompagner l'appropriation par les citoyens, dans leur diversité, de ce qui forme la qualité. Le logement, je suis désolé, est un élément de la qualité de vie, mais son insertion dans le tissu urbain conditionne bien plus la capacité de circuler, d'avoir accès à des services et à des aménités.

«• Carlos Dora

C'est la cause première. Cela dépend où l'on se trouve. En Chine, c'est la cause la première. Il y a plusieurs éléments. Je vois les éléments, au niveau global, qui justifient notre engagement. On me donne un soutien. J'ai le même souci que vous avez avec mes collègues des maladies non transmissibles, qui ne font pas attention à la qualité de l'air en tant que facteur de risque. Nous sommes tous dans une situation similaire. Il faut être sage et savoir ce qui marche, et cela doit être partagé. Je vous comprends et je suis d'accord avec vous : je ne veux pas un monde avec des *shopping malls*.

☞● Pascale Colom

À Villeurbanne, le modèle que nous avons expérimenté est assez proche de celui que vous nous avez présenté : le partage d'outils, la démarche d'observation pour partager une vision des choses. Les outils d'observation ne sont jamais parfaits. Ils donnent des images floues, mais on se rapproche de plus en plus de la chose. C'est l'échange entre les différents partenaires – chercheurs, élus, habitants ou techniciens – qui nous rapproche de la photo et qui rend la photo moins floue. Les indicateurs ne sont jamais parfaits, mais ils aident à cette démarche et dès lors, se construit une solution qui n'est pas uniforme, mais qui est un choix adapté au territoire ou même, au quartier. Dans une ville, il y a des quartiers. Avec la commission environnementale, des risques sont sortis, mais dans un autre quartier, le risque sera différent. Cela pourra être le bruit, la pollution... En tout cas, c'est un angle d'attaque qui me paraît essentiel. Il me semble indispensable, ensuite, de redonner une approche globale, mais elle se fait dans un deuxième temps, parce qu'il faut que tout le monde chemine. Je n'ai pas non plus d'approche du risque de la santé, mais c'est peut-être un début pour ouvrir les choses. Pour l'avoir expérimenté, il me semble que c'est vers votre modèle qu'il faut aller, pour que chacun apporte sa propre expertise. Il n'y en a pas une qui est plus importante que l'autre. De plus, cela met tout le monde ensemble.

☞● Laurent El Ghozi

Merci beaucoup. Il est toujours intéressant d'avoir des regards extérieurs qui nous aident à réfléchir.

LES VILLES-SANTÉ DE L'OMS

RÉSOLUMENT
ENGAGÉES DANS
DES POLITIQUES
DE SANTÉ
ENVIRONNEMENTALE

☛ Charlotte Marchandise-Franquet

*Présidente du Réseau français des villes-santé de l'OMS,
mairie adjointe à la santé et à l'environnement, ville de Rennes*

Bonjour à tous. Merci de m'avoir invitée. Je suis présidente du Réseau français des villes-santé de l'OMS, dont beaucoup de villes représentées ici sont membres. Je suis aussi élue à la santé à la ville de Rennes. Le Réseau des villes-santé de l'OMS base beaucoup son action sur un binôme technicien/élu qui représente une ville.

Ce réseau est issu du travail de l'OMS. Où peut-on agir? Nous avons fait la charte d'Ottawa, nous avons fait la santé positive, nous avons fait la santé dans toutes les politiques et maintenant, le bon lieu, ce sont les villes. Les villes adhèrent donc. Nous tenons beaucoup à ce que ce ne soit pas un label, pour dire: «j'ai le label», mais une implication et un sujet sur lequel nous travaillons, nous partageons, nous nous posons des questions. Nous venons non pas pour nous vanter d'avoir fait des choses extraordinaires, mais pour expliquer ce que nous essayons de faire, les actions qui marchent et que nous voulons partager, celles que l'on n'arrive pas à conduire et pour lesquelles nous avons besoin d'aide.

Aujourd'hui, le réseau compte 89 membres. Le nombre est assez stable, entre les villes qui partent, depuis les élections d'avril 2014, et celles qui arrivent.

Je pense que tout le monde est assez clair sur le concept positif de la santé. L'entrée est la réduction des inégalités sociales de santé, et nous sommes tous d'accord sur ce point. Ce réseau n'est pas partisan. Il rassemble des villes de tout bord, mais nous sommes tous d'accord à ce sujet.

Quand nous parlons de santé dans toutes les politiques, notre but ultime, celui sur lequel nous travaillons, et de faire en sorte qu'à chaque délibération en conseil municipal, sur chacun des points énumérés sur le schéma ci-après, nous ayons un label «santé», de nous demander si la délibération est favorable à la santé ou non.

Le processus consiste à outiller les élus locaux pour qu'ils puissent convaincre leurs collègues élus dans toutes ces dimensions. Les relations internationales ne sont pas mentionnées sur la diapositive, parce qu'elles n'étaient pas encore entrées dans les objectifs. Nous avons commencé à travailler sur la notion d'*healthy twinning* (jumelage sanitaire), parce que nous faisons beaucoup de choses avec des villes à l'étranger et que les adjoints aux relations internationales n'intègrent pas forcément le fait de se lier. J'ai découvert, lors d'une réunion européenne, une ville qui était jumelée avec ma ville, Rennes, et qui était aussi ville-santé, mais nous ne le savions pas. Nous nous sommes dit qu'il y avait peut-être des choses à faire. De la même façon, quand on établit un lien nord – sud avec des villes où l'on envoie des choses, on peut y mettre notre connaissance, notre compétence en santé, partager des expertises. Virginie Le Torrec citait l'exemple de Richmond, où ce sont des citoyens qui collectent de la donnée. Or en Afrique, comme on manque de données, il y a des choses extrêmement positives à faire. Par ailleurs, le concept d'*healthy twinning* permet à l'élu en charge de la santé, qui n'est pas toujours l'élu le plus attendu dans les conseils municipaux ni celui qui a la meilleure cote – c'est lui qui vous dit qu'il faut arrêter de fumer... –, de présenter des projets innovants, mobilisateurs. Je suis convaincue que c'est aussi notre travail que de faire rêver sur un sujet passionnant, sur lequel tout le monde et d'accord, d'avoir une approche positive et d'embarquer les gens. C'est l'un des outils.

Nous avons une approche intégrée de la qualité de l'air et du climat, dans l'esprit de la COP 21.



La santé : un concept positif

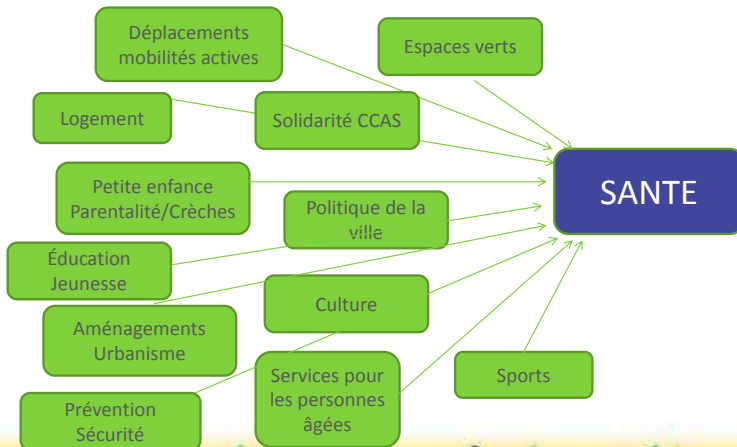
- Un état de bien-être complet à la fois physique, mentale et social => pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.
- Une ressource de la vie quotidienne : permet de vivre pleinement, d'utiliser tout son potentiel
- Une ressource pour le développement social et économique d'un territoire
- Influence de la qualité de l'environnement urbain

Attention particulière sur les inégalités sociales de santé

Le projet : intégrer cette problématique dans toutes les politiques locales



La Santé dans toutes les politiques locales



Je ne détaille pas le schéma présenté ci-contre, mais c'est un outil, un moment pour travailler. Nous cherchons vraiment à partager les outils. En effet, nous avons des outils. Il est parfois difficile de les mobiliser, mais nous en avons, nous en produisons. Ces outils génèrent des co-bénéfices. C'est ce discours que nous devons tenir, y compris avec les médecins généralistes, y compris avec la légitimité démocratique du réseau de faire remonter des choses. Il y a des maires qui changent d'avis sur des politiques parce qu'à deux reprises, à la réunion avec les nouveaux habitants, ils ont posé des questions sur la pollution de l'air. Parfois, la décision politique, c'est aussi cela. Le fait d'être dans des réunions publiques permet de faire remonter des sujets qui n'étaient pas en haut de l'agenda politique, parce qu'il y a tellement de sujets dans l'agenda politique. Cette légitimité est importante. Je pense que dans cette salle, il n'y a que des héros, mais qu'il faut le faire ensemble. L'OMS parle de « champions ». Les champions de la santé – santé au sens large, en y incluant la santé environnementale – sont une façon de changer.

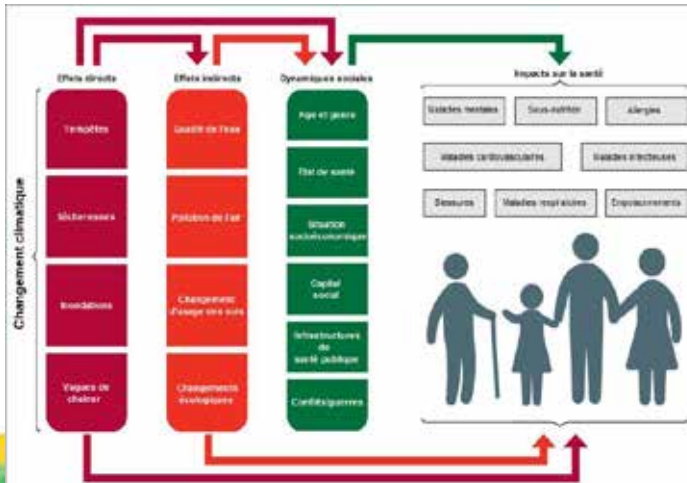
Nous disposons d'outils réglementaires, qui seront développés cet après-midi. Les villes doivent aussi se saisir des documents cadres comme le plan de protection de l'atmosphère, qui désormais, prévaudra réglementairement sur le plan climat – énergie territorial, celui-ci devenant le plan climat air – énergie, sur le plan régional de santé... Nous avons donc une légitimité à demander à ce que l'on n'oublie pas la santé. La loi de transition énergétique nous donne des outils remarquables pour aller influencer sur les marchés publics, sur nos cantines, sur la ressource en eau. Il existe des outils concrets, que nous devons partager. Parfois, ce ne sont pas des outils spectaculaires. Ce n'est pas forcément le sujet de l'article qui est en tête dans le journal régional, mais cela produit de vrais effets sur la santé des gens.

L'outil HEAT est un outil d'évaluation économique proposé par l'OMS. J'ai trouvé l'intervention de notre collègue économiste remarquable, mais ce n'est pas l'outil dont nous nous servons. En revanche, nous travaillons avec HEAT, qui me semble un mode extrêmement positif en général. Il est décrit dans le document en ligne sur le site d'ESPT. Nous l'expérimentons dans deux ou trois villes pilotes qui veulent le tester. Nous en faisons une méthodologie qui est reproductible et adaptable et que nous mettons en bien commun. Nous partageons le plus possible. Nous cosignons la lettre avec la coalition des acteurs de la promotion de la santé. Nous essayons de faire entendre notre voix. Nous *tweetons* beaucoup aux députés, dans l'idée de faire remonter cette voix. Nous commençons à avoir des retours. Il y a parfois des acteurs que l'on ne sait pas associer, comme les scientifiques. Je pense que nous avons une bonne fenêtre d'op-



Qualité de l'air et climat : une approche intégrée

Watts N, Adger N, Agnolucci P et al., "Health and climate change: policy responses to protect public health", The Lancet Commissions, 23/06/2015, p. 1-60



portunité pour travailler plus ensemble. Il ne s'agit pas d'instrumentaliser le réseau. Des villes m'ont demandé de venir ouvrir des journées dédiées à la santé parce que la présence de la présidente du réseau, pour l'élu, est localement importante. Elle donne du poids à son action et légitime son prochain budget, sachant que la santé n'est pas une compétence des villes et que ses budgets sont parfois difficiles à débloquer et à conserver.

Les villes sont des lieux d'innovation. Entrer sur les *smart cities*, les villes intelligentes, est un enjeu de justice sociale. Aujourd'hui, les *smart cities* sont le grand sujet. Cela crée de la fracture numérique sur la fracture sociale et en même temps, je pense que c'est une chance de ne pas le faire. On peut complètement imaginer que l'on se saisisse de cet objet politique. Le président de ma métropole est très content dès que l'on parle de *smart cities, de french tech...* Eh bien, faisons-en quelque chose au cœur des quartiers. Nous avons des maisons de quartier, des comités consultatifs, des ateliers santé ville. À nous de nous saisir de cela. Aller récolter des données environnementales est une façon de s'appropriier les mesures, de reprendre confiance avec les agences de surveillance de la qualité de l'air qui, elles, bénéficient de tendances. C'est une occasion de s'approprier la question pour faire évoluer son comportement, parce que c'est ma rue, c'est devant l'école de mes enfants, c'est ma pratique. C'est moi qui construis cette donnée et dès lors, je peux en tirer un pouvoir. C'est aussi dire aux innovateurs qu'ils sont bien mignons, mais qu'ils font des objets de consommation que les gens vont s'acheter. Nous pensons qu'il faut les construire ensemble, avec les villes, avec les limites de notre temps politique, de notre budget primitif, de l'implémentation transversale, qui prend parfois plus longtemps. En même temps, ce sont des choses qui sont adaptées, alors que les animateurs de la COP 21 font de superbes choses, mais nous ne pouvons pas les adapter dans nos villes. L'action publique, l'innovation et les associations, évidemment avec les usagers, doivent travailler ensemble.

L'éco-bénéfices, les mots-clés, les entrées thématiques sont des occasions d'aller solliciter des acteurs que l'on ne voit pas autrement. Nous avons réussi à mobiliser des médecins généralistes sur certains sujets pour avoir un lien autour de la santé – environnement. Il y a beaucoup d'autres exemples, comme avec le réseau des hôpitaux et les structures qui promeuvent la santé. Ce sujet est assez peu investi par les villes et par les hôpitaux, alors que c'est subventionné par les PES, que cela figure dans la loi de santé... C'est un bel outil, qui n'est pas approprié. Je pense qu'il y a des outils que nous pouvons investir ensemble et que nous pouvons vraiment affirmer le pouvoir des villes.



Un leadership des villes

RESEAU VILLES-SANTÉ DE L'OMS

Déclaration des Villes-Santé à Athènes, 2014

« la qualité de la vie urbaine implique une action urgente de notre part vis-à-vis du changement climatique et de ses effets sur la santé ».

Les villes possèdent des leviers efficaces pour faire et faire avec

- **Légitimité démocratique**
- **Politiques publiques** : transports, mobilité, enfance, jeunesse, culture, politique de la ville, logement, cohésion sociale etc.
- **Outils réglementaires** : gestion des sols, de l'eau, normes de construction, hygiène et salubrité
- **Documents cadres** : Plan Local d'Urbanisme, Plan de Déplacements Urbains, Plan Local de l'Habitat, Plan Climat Air Énergie Territorial, Plan de Protection de l'Atmosphère.



Les villes, lieux d'innovation pour mobiliser les habitants et les acteurs du territoire

RESEAU VILLES-SANTÉ DE L'OMS

La justice sociale au cœur de l'action

- en utilisant les ressources locales pour lutter contre l'exclusion et les inégalités. Le
- favorise les partenariats
- encourage la participation pour répondre collectivement au défi de la réduction des émissions
- Collaboration, logique d'« empowerment » et de résilience communautaire.

Contrats Locaux de Santé

- partager ces enjeux avec les acteurs des soins de premier recours. L'enjeu face aux nouvelles formes de maladies et d'infections est ainsi plus largement partagé. Les professionnels peuvent de leur côté relayer l'importance pour les habitants de changer leurs comportements, pour leur santé comme pour celle de la planète.

Les données environnementales, levier de changement de comportement ?

Les habitants comme participants actifs de la politique environnementale de la ville.

Axer sur les co-bénéfices



Conclusion

RESEAU VILLES-SANTÉ DE L'OMS

Face au défi climatique, les municipalités et les intercommunalités se doivent d'intégrer cette problématique à leurs politiques locales, en complément des orientations nationales.

Les associations d'élus œuvrent à partager les bonnes pratiques et à donner des outils concrets aux villes pour agir.

Les mesures liées à la préservation de l'environnement et au développement urbain durable sont également bénéfiques pour la santé, la qualité de l'air, et le bien-être des habitants, favorisant l'attractivité du territoire.

Un choix gagnant sur tous les plans !

☞ Laurent El Ghozi

Merci, chère Charlotte, pour cette présentation du Réseau français des villes-santé de l'OMS et pour tout ce que vous faites. Nous voyons que nous sommes très en complémentarité, y compris dans nos interpellations des parlementaires. Comme vous le disiez, la loi « Santé » repassant au parlement, nous allons recommencer à écrire, à tweeter, à envoyer des mails, en espérant toujours le miracle de la compréhension par les parlementaires... mais aussi de leur engagement résolu. La question est posée ici : comment faire en sorte que ces questions arrivent à l'oreille, d'abord, à la compréhension, ensuite de ceux qui hésitent, que ce soient les élus, les professionnels de santé, les urbanistes et architectes, mais aussi les parlementaires, ceux qui décident. Il y a un énorme travail à accomplir, nous sommes là pour le faire. Ces questions sont relativement nouvelles. Je le répète, ce n'est qu'en 2012 que la Fédération nationale des agences d'urbanisme s'est dit que la question de la santé pourrait être évoquée dans son congrès. Depuis trois ans, je considère qu'un énorme chemin a été parcouru avec les évaluations d'impacts en santé, avec toutes les questions que l'on se pose, avec l'entrée de la santé dans l'environnement. J'entends bien que l'air, même s'il est indispensable, n'est pas l'alpha et l'oméga de l'environnement, mais c'est une bonne entrée, qui parle aux habitants, parfois à tort et à travers, par exemple lorsqu'ils parlent de nuisances olfactives : ont-elles un impact sur la santé ? Peut-être que oui, peut-être pas, mais l'important est qu'ils en parlent et fassent le lien. Je suis convaincu que c'est une entrée mobilisatrice, à partir de laquelle, effectivement, on peut à nouveau relancer une approche globale, comme le disait Virginie Le Torrec à propos de Villeurbanne.

☞ Charlotte Marchandise-Franquet

Précisément, il y avait une journée d'atelier sur la santé à Villeurbanne à laquelle je participais, avec la Fédération nationale des agences d'urbanisme. J'ai proposé, en conclusion, de faire un groupe commun santé – urbanisme.

☞ Laurent El Ghozi

Nous avons rencontré la Fnau il y a deux ans avec la même idée de constituer un groupe de travail commun. Vous l'avez refait à Villeurbanne. Année après année, nous allons peut-être y arriver... Mais les architectes

urbanistes ne sont pas les seuls à fabriquer la ville. Il faudra sans doute réfléchir au moyen d'associer les fabricants de centres commerciaux à ces réflexions, que ce soit au Cœur de quartier de Nanterre ou ailleurs.

«● Françoise Bousson

*Formatrice en santé environnement,
Réseau environnement santé de Rhône-Alpes*

Je m'interroge, avec vos associations ESPT et le Réseau des villes-santé, sur le terme « ville ». Vu le programme de la journée, on a l'impression qu'en France, il n'y a que des grandes villes. Comment prenez-vous en compte l'aspect spécifique des petites villes et des territoires ruraux ? Pour vous donner un exemple, en région Rhône-Alpes, dans le cadre du PRSE 2, le RES a été missionné sur une formation pilote en santé – environnement. Sur 100 demandes d'élus pour la formation, il y en avait 98 de petites et moyennes villes, aucun de grandes villes. Il y a une demande spécifique de la part de ces villes. En urbanisme, par exemple, elles ont besoin d'accompagnement et d'outils. Elles n'ont pas du tout les mêmes services que les grandes villes et souvent, cela peut passer par la communauté de communes. Quelques communautés de communes commencent à élaborer des plans locaux de santé – environnement. Quel appui, quel soutien peut-on attendre de vos associations quand on a des besoins spécifiques ?

«● Charlotte Marchandise-Franquet

Il est vrai que les villes de notre réseau comptent globalement plus de 20 000 habitants. Mais il y a aussi de plus petites villes, qui n'ont pas de service de santé, pour lesquelles c'est la direction générale de la santé qui intervient, qui nous mobilise. D'une part, l'adhésion est proportionnelle au nombre d'habitants. D'autre part, tous les outils sont en accès libre sur le site. Le groupe sport – santé sur ordonnance, par exemple, est ouvert et n'est pas limité qu'aux villes-santé. Il n'y a aucun problème à cet égard. Néanmoins, la question de la taille des communautés de communes et des métropoles est une question qui nous anime beaucoup. Le prochain colloque, en mai, à Aix-les-Bains, portera sur ce thème – les colloques sont ouverts. Nous y évoquerons ce qui va se passer avec les compétences en matière de santé, ce qui se passera avec les métropoles et comment nous pouvons être force de proposition pour commencer à *tweeter* plus tôt, pour ne pas être pris de court au moment du passage de la loi, même si nous avons les propositions avant.

Il y a des exemples assez positifs comme celui de Maubeuge, qui n'est pas membre du réseau, mais qui a réussi à monter un projet qui a abouti – assez difficilement, certes – à ce qu'il y ait un vice-président en charge de la santé à la communauté de communes. Nous devons nous appuyer sur de tels exemples, qui peuvent soutenir l'élu.

☞● Serge Robert

Vous avez ciblé votre concertation entre les élus et les professionnels de santé, essentiellement. Dans le cadre de la démocratie sanitaire, il existe tout de même des lieux de concertation. Je rappelle qu'il y a des conférences régionales de la santé et de l'autonomie, auxquelles participent tous les partenaires, à l'image du Grenelle de l'environnement. Or il s'avère que malheureusement, les élus sont peu présents. Nous, en tant qu'association d'usagers – je suis dans une association de malades agréée par le ministère de la Santé –, nous voudrions dialoguer avec les élus pour pouvoir aller plus loin.

De même, avec la loi sur la santé, pour arriver à un niveau inférieur – pas inférieur en terme de qualité –, il y a les conseils territoriaux de santé, qui auront un rôle énorme à jouer, beaucoup plus que les conférences de territoire auparavant. Autour des Conseils de la vie sociale, etc., nous aimerions bien, en tant qu'association d'usagers, avec aussi les professionnels de santé et d'autres partenaires, pouvoir dialoguer avec les élus de façon positive.

☞● Laurent El Ghozi

Je suis parfaitement d'accord, y compris à propos de l'absence régulière et, de mon point de vue, inacceptable, dans les CRSA, les conférences de territoire. Mais il est vrai que les élus n'ont pas que cela à faire et ce n'est pas une de leurs compétences. Peut-être qu'un niveau de plus grande proximité que celle des conférences de territoire, celui des nouvelles conférences de territoire ou des plus petits territoires, sera une réponse.

Pour ce qui concerne les communes rurales, il y a en effet énormément de communes rurales qui ont les mêmes interrogations. Je n'ai pas encore été sollicité sur les sujets de santé environnementale dans les communes rurales, mais sur les autres questions de santé, quelles qu'elles soient, comme par exemple la démographie de la santé mentale. Les communes rurales et les petites agglomérations se posent ces questions et

parviennent de plus en plus à mettre en place des plans locaux de santé, voire des contrats locaux de santé.

Par ailleurs, le service Mairie-conseils de la Caisse des dépôts et consignations, avec lequel nous travaillons depuis des années, essaie d'apporter des compétences aux petites communes qui n'ont pas les moyens de le faire.

Enfin, les questions se posent en effet absolument de la même façon dans les petites communes, même si les moyens et les réponses ne sont pas forcément les mêmes.

«• Marianne Auffret

De la même façon, la cotisation des villes et des villages pour adhérer à ESPT est proportionnelle à leur nombre d'habitants. Ce n'est pas un frein à la possibilité, pour les villes, de se grouper. Il y a des points qui ne sont pas communs, mais il y en a énormément qui le sont sur ces questions. Même à Paris, qui est la plus grande commune de France, la question de la ville dit une chose, mais au-delà du périphérique, nous avons aussi une question d'intercommunalité, même si elle ne se pose pas dans ces termes-là. Dès lors, les questions sur la manière de mettre en œuvre une politique concernant la pollution atmosphérique se posent différemment à l'échelle des petites villes, mais dans les grandes villes aussi, il faut faire avec son voisin. En ce qui concerne la qualité de l'air, précisément, ce sont à la fois des politiques que l'on peut impulser à partir des villes, mais qui sont très dépendantes de l'aménagement du territoire et de politiques plus vastes qu'à l'échelle de la ville. C'est finalement le point que nous avons avec les petites villes : il faut faire avec le voisin qui est juste au-delà du périphérique ou derrière la frontière.

«• Laurent El Ghozi

La plus petite commune adhérente à Élus, santé publique & territoires doit avoir 249 habitants. C'est donc ouvert à tout le monde.

☞ Charlotte Marchandise-Franquet

La double adhésion est possible. C'est le cas de beaucoup de villes qui sont également membres d'Élus, santé publique & territoires.

À propos des usagers, je ne suis moi-même pas invitée à la CRSA de Bretagne. Ce sont souvent des élus régionaux, des élus métropolitains. Moi, élue municipale, je l'ai demandé, mais je n'y suis pas. Je ne suis pas au conseil de surveillance du centre hospitalier universitaire. C'est la maire de Rennes. Je suis à l'hôpital psychiatrique – je pense que c'est parce que la réalité de l'hôpital psychiatrique est assez compliquée. Mais il y a une vraie volonté d'être présents parmi les élus locaux impliqués. Nous ne sommes pas forcément dans les CRSA ou dans les conférences de territoire. Parfois aussi, il est difficile de se mobiliser. Il y a des villes qui ont du mal à donner des ordres de mission à leurs élus sur des moyens. Néanmoins, au niveau local, dans les contrats locaux de santé, les associations d'usagers sont associées. Je parle des villes actives. Au bout d'un an et quelques, je ne prétends pas connaître les 90 villes adhérentes du réseau, mais toutes celles que je rencontre y travaillent fondamentalement. Elles réfléchissent aux moyens d'impliquer les partenaires dans les conseils citoyens, dans les quartiers, dans les conseils locaux de santé mentale, à la façon de créer la cité à partir de cela. Il s'agit vraiment de la place de l'habitant dans la cité, qu'il soit malade, en situation de handicap, parce que la cité n'est pas adaptée. C'est bien l'objectif. Les élus locaux sont des gens qui, en tout cas au niveau municipal, sont des gens accessibles. N'hésitez pas à aller les solliciter. Dans le cadre de la loi de santé, nous nous sommes battus pour maintenir les contrats locaux de santé. Les conférences territoriales plus grandes m'inquiètent, parce que notre action se fait avec des partenaires que nous connaissons, avec lesquels nous nous rencontrons et nous partageons des idées. Ensuite, nous faisons remonter le fruit de nos réflexions. Beaucoup d'expériences qui se créent au municipal sont rediffusées par l'ARS aux petites communes, qui n'ont pas forcément de tels partenariats. Il ne s'agit pas de dire : cela, c'est mon dispositif à moi. Il s'agit de dire : nous avons mis au point un dispositif innovant. Comment pouvons-nous le partager et faire en sorte que n'importe qui puisse s'en saisir ? À mon sens, nous passons vraiment du quartier à la ville et à la région.

☞ Laurent El Ghozi

Ce sujet est un sujet important, puisque nous parlons du pouvoir des villes.

À la CRSA d'Île-de-France, pour près de 12 millions d'habitants, il y a trois élus municipaux et deux élus d'intercommunalité, pour 1281 communes, un élu par département (soit 8) et trois élus pour le Conseil régional. Il ne faut pas penser que vous aurez tous votre élu à la CRSA. Avec les grandes Régions, cela diluera encore un peu plus.

Par ailleurs, si, dans la loi HPST, d'abord, puis dans la loi de modernisation du système de santé, les dispositifs locaux tels que les contrats locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale sont inscrits, c'est véritablement parce que nous avons fait un travail de lobbying, d'auditions auprès des parlementaires, de siège auprès du cabinet de Marisol Touraine, etc. Les élus ont joué leur rôle pour que leur place soit un peu plus inscrite dans la loi.

Enfin, et je rejoins là tout à fait ce qu'a dit Charlotte Marchandise, c'est tout de même le rôle des citoyens, spontanément ou en association, que d'aller tirer les basques de leurs élus et de leur dire qu'ils aimeraient bien faire des choses ensemble sur la santé. Il existe des lieux de concertation comme les conseils de quartier, mais il y a aussi la mobilisation des citoyens. Dans une ville comme Nanterre, ce sont des choses qui fonctionnent parfois de manière exubérante...

☞ Charlotte Marchandise-Franquet

J'ai oublié de vous dire que l'agence Santé publique France, qui est en cours de création, va réunir les agences sanitaires, les agences de promotion de la santé dans un grand outil. Je pense qu'il y a un enjeu assez fondamental du point de vue de l'accès aux données et de la remontée d'informations. Il n'est pas encore posé, mais chaque fois que vous croisez des gens de l'Inpes, faites savoir que les villes sont là, parce que nous pouvons nous retrouver avec une usine à gaz ou avec quelque chose d'extrêmement pertinent pour lier les scientifiques et les décideurs. Je pense que cela se joue là.

☞ Laurent El Ghozi

À cet égard, il y a deux enjeux. Le premier est que les données des villes remontent à l'agence et le second, que les collectivités puissent accéder à ces données pour conduire leurs politiques.

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION PUBLIQUE:

L'ACCOMPAGNEMENT
DU PROCESSUS

☞● **Yorghos Remvikos**

Professeur en santé environnementale, CEARC (Cultures – Environnements – Arctique – Représentations – Climat), directeur du master SSEnTS (Science de la Santé de l'Environnement et de la Société), Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

Je vais essayer de reprendre le sujet de la santé environnementale, mais vu sous un angle différent. Nous parlons de la même chose, mais nous ne mettons pas tous nécessairement le même contenu derrière. Je vais aussi accorder quelques minutes à la justice environnementale, et vous verrez que cela forme un ensemble cohérent.

Je précise que du début à la fin, je m'inscris dans la promotion de la santé, dont je n'ai pas entendu un mot ce matin. C'est une observation que je fais en passant.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET JUSTICE ENVIRONNEMENTALE - DES SUJETS COMPLÉMENTAIRES ET EN COHÉRENCE AVEC LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Nous nous sommes tous approprié la définition holistique de l'OMS : la santé comme complet bien-être, mais il ne faut pas négliger qu'il y a toujours des débats et de vieilles habitudes qui résistent. Il est en particulier difficile de mélanger ce qui est objectivable et quantifiable, ce qui porte sur la santé physique et qui s'exprime de manière générale par des indicateurs de mortalité et de morbidité, et tout ce qui est subjectif, qui porte sur le bien-être, et à quoi il faut pourtant accorder autant d'importance.

La charte d'Ottawa aura 30 ans l'année prochaine. En ce qui la concerne, je ne vois pas une seule trace de changement de pratiques en cohérence avec les attendus de cette charte dans quelque domaine que ce soit, mais en particulier, dans les politiques de santé portées par les ministères des maladies, comme vous le savez.

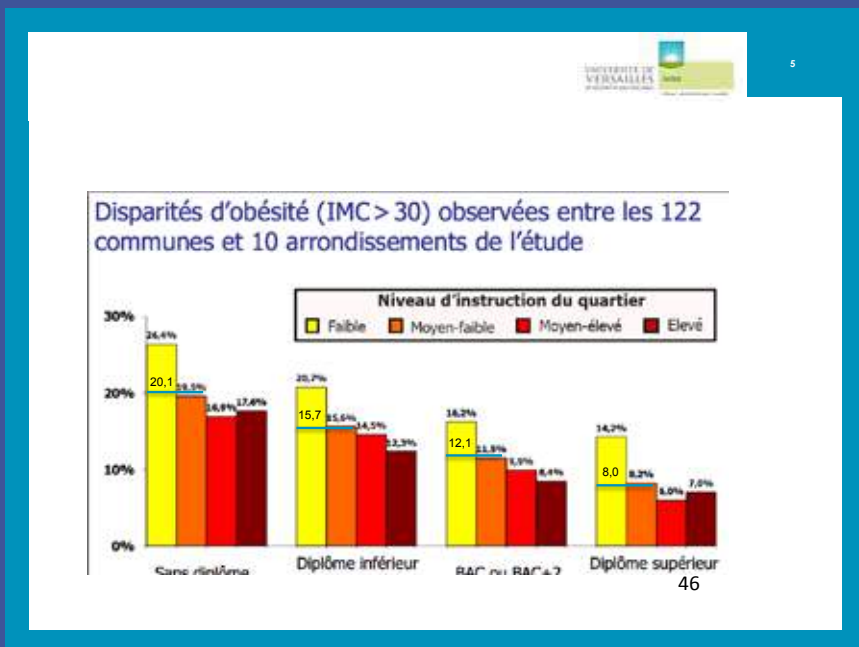
À un moment donné, je vais essayer de parler de ma vision de ce qu'est l'usager du système, parce que je pense que c'est un mot qu'il faut mettre de côté et je vous expliquerai pourquoi. Ce n'est pas pour refuser l'existence des usagers. Il s'agit juste de savoir ce que l'on entend par ce mot.

Je ne ferai pas non plus d'historique de la santé environnementale, qui est née aux États-Unis, par la reconnaissance, dans les années 1960, que l'environnement influençait la santé. Je note simplement que dans votre petit dépliant, il n'y a que le début de définition qu'a proposée l'OMS en 1994, puisque l'OMS parlait d'environnement physique, social, comportemental, psychologique, psycho-social, esthétique, etc. Il existe de nombreuses dimensions de la santé environnementale, bien au-delà des aspects de l'environnement physique.

Ma proposition, pour la santé environnementale, est qu'elle ne corresponde finalement qu'aux mêmes attendus de la promotion de la santé, mais avec une différence, à savoir que l'on aborde le sujet par les environnements de vie, de manière large. J'y ajouterais un autre fil, qui est aussi important, celui de la santé communautaire, celui des approches communautaires, qui n'est pas vraiment dans la tradition française, puisque typiquement, la santé publique française s'adresse toujours aux individus.

En 2015, on ne peut pas passer sous silence l'obligation de réduction des inégalités sociales de santé. Charlotte Marchandise en a parlé. Mais la question que je pose est celle-ci : à quoi sont-elles dues ? **Souvent, le sujet est traité par l'accès aux soins de toute une série de populations exclues et l'on ne traite pas vraiment le gradient des inégalités sociales de santé.**

Je passerai par deux exemples. Le diagramme ci-après représente les disparités d'obésité, qui est calculée par l'indice de masse corporelle. Il s'agit d'une cohorte francilienne. Vous avez quatre groupes avec premièrement, les indicateurs que l'on utilise en proxy pour le statut social, qui est représenté par le niveau d'études jusqu'au plus haut niveau d'études atteint par les personnes qui sont recrutées dans cette cohorte. On passe de la catégorie « sans diplôme », dont la moyenne est de 20%, à 8% pour ceux qui ont un diplôme supérieur. Mais chaque catégorie est elle-même éclatée en quatre groupes, parce que l'on peut être sans diplôme et vivre dans un quartier où le niveau d'instruction est globalement faible, ou dans un quartier où le niveau d'instruction est globalement élevé. Pour quelqu'un qui est sans diplôme, le risque passe de 26% à un peu moins de



18% si le quartier dans lequel il vit a un statut globalement supérieur. À l'autre extrémité, c'est également valable : si quelqu'un qui a un diplôme supérieur habite un quartier où le niveau d'instruction est très faible, lui aussi double quasiment son risque de devenir obèse.

Ceci montre que le statut individuel, le statut de la personne, a une influence, mais son environnement également. Nous pourrions ainsi réfléchir aux ressources qui peuvent être trouvées dans cet environnement et à la manière dont nous pouvons travailler sur cette accessibilité aux ressources. Sur la même cohorte francilienne, quand on mesure l'obésité par l'indice de masse corporelle, les conclusions sont les mêmes que lorsqu'on la mesure par le tour de taille.

Introduisons un paramètre complémentaire. Pour chacune des quatre catégories en fonction du niveau d'éducation, on distingue ceux qui font leurs courses dans un hard-discount de ceux qui font leurs courses ailleurs. On observe que sauf pour la catégorie qui a le plus haut niveau d'éducation, le fait de faire ses courses au hard-discount augmente le risque de devenir obèse. Si ce n'est pas le cas pour ceux qui ont un haut niveau d'éducation, alors qu'eux aussi, peuvent faire leurs courses au hard-discount, l'hypothèse est que le haut niveau d'éducation permet d'être plus discriminant et de faire de meilleurs choix ou de compenser éventuellement l'alimentation par d'autres facteurs favorables : pratiquer une activité physique, être satisfait de sa vie, de manière générale... Ceci doit nous interpeller sur le fait que les populations les plus défavorisées n'investissent pas nécessairement dans l'alimentation, ne font pas nécessairement les bons arbitrages. Il ne s'agit pas de leur en vouloir ou de les traiter d'irrationnels – loin de moi cette idée ! –, simplement, leurs priorités ne sont pas les mêmes. C'est aussi l'une des raisons pour lesquelles j'invite les professionnels de santé à ne pas traiter ce sujet de manière frontale. J'y reviendrai.

Je n'oublie en aucun cas les impacts de l'environnement physique : la qualité de l'air, le bruit, les sols, l'eau, les îlots de chaleur urbains. Je n'en parlerai pas par la suite. Néanmoins, ce que je mets en avant, c'est que les options d'aménagement et d'urbanisme influencent les perceptions. C'est d'autant plus vrai quand on se situe dans un contexte de quartier défavorisé. Il peut y avoir des services et des aménités à proximité, mais la perception d'un manque d'équité d'accès peut générer des sentiments d'injustice et ces sentiments d'injustice sont à l'origine de ce stress psycho-social qui peut retentir sur des maladies physiques comme l'obésité, les maladies cardiovasculaires, le diabète, qui ont une dimension qui passe par les voies du stress. Chaque individu fait une évaluation comparative

de sa situation par rapport à ce qu'il trouve ailleurs. Ceci peut alimenter ce sentiment d'injustice. Quand je dis que les opportunités présentes à proximité sont vécues avec un référentiel que peut avoir chaque communauté et qu'elles donnent lieu à différents arbitrages, c'est encore une fois pour expliquer pourquoi on peut observer parfois qu'un simple pouvoir d'achat accordé aux populations défavorisées n'est pas nécessairement investi dans tout ce qui peut améliorer la santé.

Je vais vous raconter une première histoire à travers une EIS, une Évaluation des impacts en santé, qui a été réalisée dans un quartier de Nanterre qui s'appelle Cœur de quartier. L'EIS suscite beaucoup d'intérêt en France, mais je ne suis pas sûr que tout le monde partage le même niveau de compréhension et lui accorde le même sens. Et le sens pour qui ? Est-ce le sens pour les élus ou les autres décideurs publics, les agents des collectivités, nos institutions ? C'est quelque chose qu'il va falloir clarifier. Ces éléments sont importants pour questionner nos pratiques scientifiques et également, nos postures éthiques, nos attitudes et nos valeurs et surtout, ne pas en rester au discours technico-administratif, particulièrement cher à l'institution régionale qui est en charge de la santé, qui cherche à savoir qui est compétent et qui est dépositaire de l'autorité, sans s'intéresser vraiment à l'approche elle-même et à sa richesse.

Cette évaluation porte sur un grand projet d'urbanisme, associé à la reconstruction d'une gare, la gare RER de Nanterre-Université. Les deux services de l'aménagement et de la santé nous ont demandé de conduire cette EIS, sachant que ce n'était pas un projet idéal parce qu'il s'agissait d'un projet très avancé, qui n'avait pas nécessairement des options sur lesquelles nous pouvions jouer.

Nous avons donc proposé de profiter de l'occasion de cette évaluation pour susciter ou faire émerger une culture commune sur les liens entre urbanisme, lieux de vie et santé et en même temps, se donner l'obligation de trouver les moyens de réduire les inégalités sociales de santé et de ne pas nous cantonner à l'aide à la décision, qui a la valeur classique que l'on accorde à l'EIS. Il s'agissait de développer un modèle d'analyse, un schéma causal, et une grille d'évaluation. Nous verrons cela au fur et à mesure.

La définition classique de l'EIS, dans le consensus de Gothenburg (OMS, 1999) est la suivante : « combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une mesure peut être évaluée selon ses effets potentiels sur la santé de la population et la distribution de ces effets à l'intérieur de la population ». J'insiste simplement sur le fait que cette démarche affiche aussi un certain nombre de valeurs : démocratie, développement durable, équité en santé, valeur éthique des données probantes.

Nous sommes obligés de baser nos conclusions sur la littérature et pas sur nos propres goûts ou nos propres croyances. Je note encore une fois que cette première définition confine un peu l'EIS dans le rôle d'outil d'aide à la décision.

Nous allons voir comment l'on décline les différentes valeurs dans un processus et quel sens on leur donne. C'est l'une des questions que nous nous sommes posée au sujet de cet EIS comme question de recherche : comment peut-on les traduire dans un processus d'EIS en ayant la charte d'Ottawa et la réduction inégalités sociales de santé comme obligations essentielles ? L'EIS peut aussi être un terrain d'apprentissage. Encore faut-il pouvoir le démontrer.

Le niveau de compréhension est intéressant à analyser parce que dans le processus d'EIS, il y a l'évaluation des impacts sanitaires, souvent sur un seul facteur, par exemple la qualité de l'air. Carlos Dora en a montré un exemple : comment évalue-t-on la mortalité due à un niveau de pollution ? Mais il y a aussi une approche sociale, dans laquelle on mobilise l'ensemble des déterminants, qui s'apparente à ce qu'en France, on appelle l'évaluation des impacts en santé. Les deux sont des processus experts : une équipe d'experts mène un processus. Mais il y a aussi un processus transdisciplinaire, dont je suis un défenseur, qui a comme conséquence la nécessité de croiser les savoirs de l'expertise et les savoirs de l'expérience, pour répondre aux préoccupations formulées par Yves Buisson, ce matin. Dans cette approche, il n'y a pas de hiérarchie entre les deux formes de savoir. On considère, quand on va dans un quartier, que la communauté est experte dans son environnement de vie et l'on ne se permet pas d'arriver avec des conclusions toutes faites.

L'EIS est un processus général, mais notre approche comporte des spécificités. La première est la mise en tension des problèmes. Nous nous donnons l'obligation de savoir tout ce qui a généré le débat, dans l'élaboration des options, pour que ce soit discuté. Nous ne sommes pas là pour lisser les problèmes : il faut les faire ressortir et développer le débat, la négociation autour de ces problèmes. Nous cadrons la démarche sur le développement durable – je vous montrerai comment –, nous co-construisons les critères d'évaluation avec les agents des services, parce que cela fait partie de leur montée en compétences et de l'acquisition de la culture commune, nous essayons d'assurer la participation citoyenne, mais surtout, d'intégrer la parole habitante dans le processus d'évaluation. Nous sommes en situation réflexive et délibérative et nous partageons les pistes de recommandations dans une réflexion collective, parce qu'il importe que les gens comprennent que nous faisons une recommandation au lieu

d'en donner 70, 80 ou quelque nombre que ce soit.

Au sujet des inégalités sociales de santé, de l'équité et des approches communautaires, puisque je me suis donné l'obligation de marier les trois fils, celui de la promotion de la santé, celui des inégalités sociales de santé et celui des approches communautaires, nous avons cherché autour du projet et dans le projet les communautés qui étaient les plus vulnérables, communautés dont nous avons récolté la parole en porte à porte.

Je vous donne la définition de la communauté (diapositive n° 15), parce que j'ai parfois été confronté à des gens qui disaient faire du communautaire, mais qui n'avaient absolument aucune compréhension de ce qu'est une communauté, ce qui modifie tout de même les lieux où l'on peut intervenir, les lieux où il y a communauté et les lieux où il n'y a pas communauté.



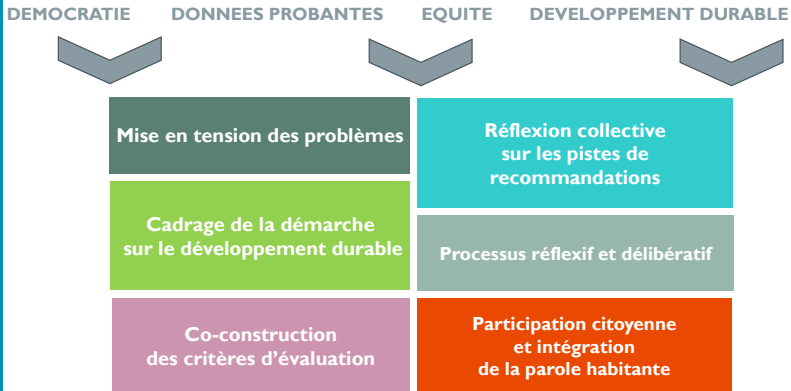
EIS : Des compréhensions qui divergent

- Un processus expert :
 - Une approche biomédicale, impacts sanitaires dus à un seul facteur, ex. la qualité de l'air
 - Une approche sociale, avec mobilisation de l'ensemble des déterminants
- Un processus transdisciplinaire, dont la conséquence est :

Un nécessaire croisement { Savoirs formels, ceux de l'expérience
Savoirs locaux, ceux de l'expertise

En clair, il n'y a plus de réelle hiérarchie entre les deux formes de savoirs, mais bien complémentarité, voire synergie

Les spécificités de notre approche



Inégalités sociales de santé, équité et approches communautaires

La notion de gradient social de santé et l'obligation qui nous est faite de chercher les moyens de le réduire, nous a conduit à rechercher les communautés les plus vulnérables, au sein et autour du projet.

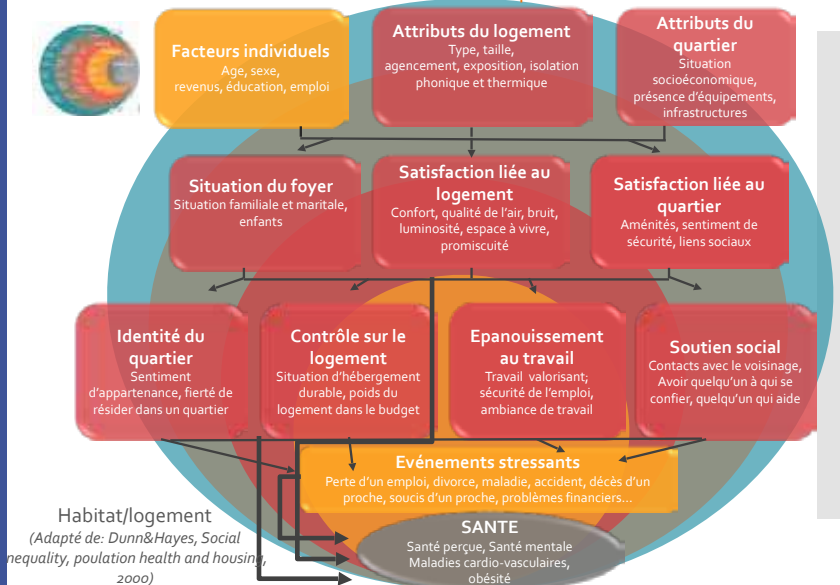
Mais, qu'est-ce qu'une communauté ?

L'OMS (1998), dans le Glossaire de promotion de la santé, nous en propose une :

- *A specific group of people, often living in a defined geographical area, who share a common culture, values and norms, are arranged in a social structure according to relationships which the community has developed over a period of time. Members of a community gain their personal and social identity by sharing common beliefs, values and norms which have been developed by the community in the past and may be modified in the future. They exhibit some awareness of their identity as a group, and share common needs and a commitment to meeting them.*

Je parlais tout à l'heure de chaînes causales. Sur la diapositive n° 16, vous voyez en haut des facteurs individuels et des facteurs physiques. Au fur et à mesure, quand on descend, on passe à des facteurs psychologiques et subjectifs: la satisfaction liée au logement, au quartier, l'identité du quartier, le contrôle sur le logement, le soutien social et évidemment, les événements stressants qui, eux-mêmes, peuvent produire des impacts sur la santé, qu'ils soient mesurés en tant que santé perçue, en tant que santé mentale, en tant que maladie, etc. Ceci s'inscrit dans un contexte d'habitat – logement.

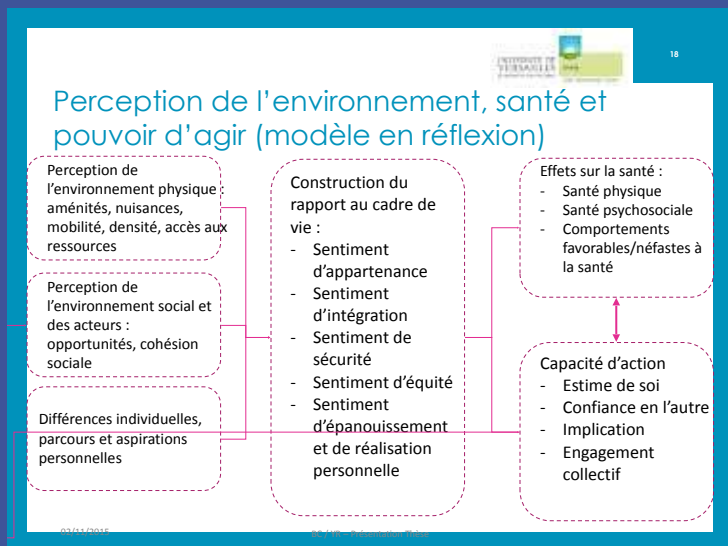
Chaînes causales et influence sur la santé à de multiples niveaux



Certaines questions sont ouvertes. Quels liens les populations établissent-elles entre leur environnement et leur bien-être ? Ils marient des aspects expérientiels, affectifs et relationnels : l'expérience de la vie dans le quartier, l'identification avec le quartier, les relations avec le voisinage, ils perçoivent des inégalités – je montrerai quelques exemples – et éventuellement, ils expriment des attentes une capacité de s'impliquer.

Comment intégrer cette vision citoyenne et comment la récolter ? Nous nous sommes rendu compte que lorsque des flyers invitant à des réunions publiques sont distribués dans les boîtes aux lettres, beaucoup de gens ne se déplacent pas. On croit avoir fait le maximum en termes de concertation alors qu'en fait, il n'y a pas eu rencontre entre les populations, qui ont leurs attentes, et les intentions que peuvent avoir les élus – qui sont tout à fait louables, je ne le conteste pas.

La diapositive n° 18 propose un premier cadre qui montre comment, à partir des perceptions de l'environnement physique et de l'environnement social, des différences individuelles, du parcours résidentiel, etc., on peut construire un rapport au cadre de vie. Dans un quartier de Trappes qui était coupé, isolé par des infrastructures extrêmement bruyantes, nous avons demandé aux habitants quel était leur environnement. Pour eux, l'environnement, c'étaient les relations avec le voisinage. Ce n'était ni la verdure, ni les oiseaux, ni les arbres, ni le bruit. Ils nous ont parlé du bruit des scooters, mais pas du bruit lié aux infrastructures, qui était un peu notre point d'entrée, au départ. Nous voulions qu'ils parlent des infrastructures pour conceptualiser cet aspect de risque dans leur appréciation de leur environnement. Cela n'a pas été le cas.



La diapositive suivante vous montre comment nous cadrons sur le développement durable. Le bien-être des communautés est au centre. Nous avons les trois piliers, avec le social en bleu, l'économique en rouge et deux tons de vert, que nous avons séparés par commodité, pour l'évaluation: l'environnement habité, donc le cadre de vie, et l'environnement non habité, qui comprend les enjeux des services des écosystèmes, du climat: biodiversité, déchets et ainsi de suite. J'ai toujours aussi la volonté d'afficher les déterminants politiques, une volonté portée par l'OMS, parce que les déterminants politiques sont aussi des facteurs qui impactent l'action. J'insisterai simplement sur le pilier économique. Vous voyez que nous avons évité de n'afficher que ce qui est financier, richesse matérielle. Nous avons ajouté l'attractivité du quartier, tout ce qui peut entrer dans la prospérité, qui est à la fois tangible et intangible. Dans le pilier social, nous avons mis le capital social et l'équité, mais vous pouvez voir les catégories que nous affichons: cohésion sociale, perception de la vie dans le quartier et équité d'accès, parce qu'il peut y avoir une offre d'aménités importante, dans le quartier, et pourtant, pour différentes raisons, par exemple pour des raisons tarifaires, il y a des inégalités d'accès à cette offre. Cette figure permet d'essayer d'afficher les déterminants de santé qui correspondent. Ceci se fait en commun avec les agents des services des collectivités. Ce n'est pas pour leur donner du travail que nous devons le faire, mais parce que c'est ainsi que l'apprentissage se fait.



Nous avons décidé de ne pas baser cette EIS sur les maladies et les maladies physiques, mais de la placer sous le chapeau du bien-être et de la santé mentale. Nous avons développé une chaîne causale qui parle des enjeux du développement durable, des catégories que je vous ai montrées tout à l'heure, pour passer par tout ce qui fait société au sein et autour du quartier et qui peut impacter à la fois les comportements, le bien-être et éventuellement, au travers du stress, indirectement, les maladies cardiovasculaires, l'obésité et le diabète qui évidemment, sont, sur le territoire de Nanterre comme dans toutes les villes avec un Indice de développement humain, l'IDH2, relativement faible.

Comment avons-nous traité la chose ? Je prends deux options. Dans les options que nous avons évaluées, il y avait l'offre commerciale, qui faisait partie du projet. Vous voyez l'offre commerciale qui est proposée par le porteur de projet (diapositive n° 21). En dessous figure l'analyse des discussions avec les « évaluateurs », c'est-à-dire les agents des services. On constate une densité et une diversité des commerces, mais vous voyez tout de suite que la question de l'équité d'accès, la typologie et la grille tarifaire se pose, de même que celle de la temporalité, puisqu'il est prévu que le centre commercial soit fermé le week-end, ce qui montre que c'est la population de passage qui est visée et non celle qui habite à proximité, dans les logements sociaux qui sont à quelques dizaines de mètres. À droite, vous voyez la parole des habitants, que nous avons recueillie en porte-à-porte. Nous avons récolté du *verbatim* et chaque fois que des sujets concernaient une des options, nous les avons versés. Ils ont exprimé la même inquiétude concernant l'égalité d'accès à l'offre commerciale par l'offre et la tarification. Ils ont aussi noté qu'il n'y avait aussi aucune proposition d'emploi pour eux dans les commerces et encore moins pour l'entrepreneuriat local, parce que les loyers qu'exige Bouygues dans ce centre commercial sont beaucoup trop élevés et ne sont donc pas accessibles à l'entrepreneuriat local issu de ces cités défavorisées.

Pour ce qui concerne les espaces publics (diapositive n° 22), les points de discussion portaient sur la place accordée au piéton dans le projet, le caractère très minéral des espaces, des espaces pensés essentiellement pour la gestion des flux des piétons. Ces espaces pouvaient être occupés par des activités temporaires, pouvaient être des lieux de ressourcement, des lieux de rencontre, mais tout est pensé pour gérer les flux entre les différents et les parkings. Quand on questionne les habitants, ils relèvent le manque d'accès à des équipements. Nous avons récolté beaucoup de doléances relatives aux pressions sur le parking. L'interprétation est que les habitants se sentent envahis. Ils ont l'habitude d'avoir un petit territoire qui est à eux. Il y a des immeubles qui viennent les entourer, avec

MISE EN PERSPECTIVE AVEC LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ET PROCESSUS DÉLIBÉRATIF. EXEMPLE DES COMMERCES

Typologie de commerces

Accessoires de mode : 3	Jeux/jouets librairie : 1
Alimentation spécialisée : 1	Loisirs/maison : 1
Banque : 1	Pharmacie : 1
Boulangerie : 2	Restauration rapide : 5
Coiffure : 2	Restaurant : 7
Convenience store : 1	Pressing : 1
Cosmétique, parfumerie : 2	Prêt-à-porter/chaussures : 7
Cardonnier/clés : 1	Prêt-à-porter enfants : 1
Culture loisirs : 1	Retoucheur/cigarettes électroniques : 1
Décoration/cadeaux : 2	Sports et loisirs : 1
Fleuriste : 1	



Source: DAD, Service développement local, exploitation AL Legendre Août 2014

Analyse et points de discussion

- + **Densité et diversité des commerces**
- + **Potentiel d'animation du quartier**
- Programmation commerciale de type franchise et grandes enseignes
- Question de l'équité d'accès aux commerces : typologie de commerce et grille tarifaire
- Question de la temporalité des commerces
- Place pour l'innovation sociale et l'économie sociale et solidaire

Prise en compte du point de vue des habitants

- + **Plus-value par rapport à la carence actuelle de commerces sur le secteur**
- Inquiétudes concernant l'égalité d'accès à l'offre commerciale (offre et tarifs adaptés aux nouvelles résidences et aux bureaux)
- Frustration par rapport à une offre à laquelle ils ne pourraient pas accéder (ex. salle de sport)
- Attentes en matière d'emploi dans les commerces
- Opportunités pour les petits commerces (loyers trop élevés)

MISE EN PERSPECTIVE AVEC LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ET PROCESSUS DÉLIBÉRATIF. EXEMPLE DES ESPACES PUBLICS



Analyse et points de discussion

- + **Place accordée au piéton sur le projet**
- + **Continuité des cheminements**
- + **Opportunité des Terrasses**

- Caractère très minéral des espaces
- Espaces pensés essentiellement pour la gestion des flux piétons
- Questionnement sur la qualité des espaces publics et leur disponibilité compte tenu de l'augmentation de la population

Points de vigilance issus des enquêtes habitants

- + **Espaces en cœur d'îlot jugés vétustes sales ou dégradés : opportunité liée aux requalifications des espaces CDQ et ANRU**
- + (opportunité) envie d'initiatives visant la réappropriation de l'espace
- Manque d'accès à des équipements collectifs (ou non identifié)
- Inquiétude sur la sécurité de la zone
- Facteur de tension sur les problèmes de stationnement et attentes vis-à-vis de CDQ

une gare, et ils se sentent complètement dépossédés de cet espace. Cet élément n'était absolument pas apparu dans la concertation elle-même, en tout cas dans ce que nous avons pu consulter.

Quinze agents de sept services différents ont participé à la démarche. Quelle est leur vision ? J'ai noté ici quelques *verbatim*. Du côté de la direction de l'urbanisme : « D'habitude, chacun apporte son expertise et on perd la globalité dans l'analyse du projet ». « Retours positifs des agents du fait de pouvoir se retrouver tous ensemble autour d'une même table pour échanger sur le projet ». D'habitude, dans les collectivités, le dossier passe d'un bureau à l'autre et chacun traite sa partie. En l'espèce, ils étaient obligés de traiter l'ensemble du projet collectivement. Cela n'a pas été facile au début parce que celui qui s'occupait des commerces n'avait pas envie de s'exprimer sur la qualité des espaces verts. Mais finalement, en échangeant, en obtenant un peu d'informations des collègues, il y a eu très peu de blancs dans le tableau d'évaluation qui nous servait de support pour l'exercice. Du côté des autres services : « La démarche a permis un décloisonnement ». Ce « levier de cohésion et sa vocation transversale ont amené de l'interconnaissance. » La démarche leur a donc permis de se nourrir mutuellement de connaissances. S'agissant du cadrage sur le développement durable, j'ai pris les deux *verbatim* les plus marquants :

« Cette expérimentation m'a permis d'avoir une vision plus large du développement durable et de bien intégrer à présent l'importance de la pris en compte de l'humain dans l'ensemble des politiques de la ville et l'importance des différents déterminants de la santé, dont le volet social »

« Il n'y a pas que le cadre physique, les déterminants sociaux et individuels influencent la capacité des populations à s'approprier les espaces »

La démarche a eu du sens et a permis ce croisement entre les enjeux du développement durable et les déterminants de la santé, puisque ce sont deux obligations qui sont faites à l'ensemble des politiques municipales.

JUSTICE ENVIRONNEMENTALE, DÉVELOPPEMENT DURABLE, RÉSILIENCE... DES SUJETS EN LIEN AVEC LA SANTÉ ?

Je vais maintenant vous raconter une deuxième histoire sur la justice environnementale. C'est un travail que j'ai réalisé dans le Bronx, plus spécifiquement, sur la façon dont la justice environnementale, qui est née aux États-Unis, est mise en œuvre.

Les inégalités socio-environnementales sont un fait. Dégradation environnementale et défaveur sociale sont clairement corrélées, même en Île-de-France. Ce n'est pas une corrélation absolue, mais à l'échelle de la région, c'est particulièrement marqué, avec toutes les installations Seveso dans les unités urbaines de faible statut et tous les monuments historiques dans les unités urbaines de haut statut. La Seine-Saint-Denis est l'héritage historique. Encore faut-il savoir comment ces décisions d'y concentrer toute l'industrie ont été prises. Mais il y a aussi les outils de planification des infrastructures et des activités. La politique de la Drire (Direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement) est de concentrer les installations industrielles là où il y a moins d'habitants. Mais « moins d'habitants » ne veut pas dire « pas d'habitants ». L'environnement devient aussi un élément structurant des inégalités, puisque le marché s'empare de la qualité environnementale, la valorise et dès lors, empêche les gens qui ont moins de pouvoir d'achat d'y accéder. Ce jeu foncier, les phénomènes d'auto-sélection doivent aussi être pris en compte, et cela ne se décide pas sur les cartes et par l'élaboration de SIG (Système d'information géographique).

Qu'est-ce que la justice environnementale ? C'est un concept qui est né aux États-Unis suite au constat d'une ségrégation socio-environnementale et ethnique prononcée – puisqu'ils font des statistiques ethniques. Si vous le souhaitez, vous pouvez aller voir sur Internet l'histoire de la Warren County, où le concept est né. Le travail que j'ai fait dans le Bronx amène plusieurs constats. C'est un quartier extrêmement fragmenté par les infrastructures ferroviaires et routières, avec des résidus de la concentration d'installations industrielles tout au long de la rivière qui parcourt le Bronx, une extrême densité du tissu bâti, avec peu d'ouvertures et d'espaces verts. Les réponses américaines au sujet de la justice environnementale ont été notamment réglementaires : il y a un ordre exécutif donné par Bill Clinton qui oblige l'agence de protection de l'environnement de traiter le sujet. Dans chaque dossier, il y a un volet relatif à la justice environnementale. Il n'y a pas de grands programmes de requalification, mais il y a un maintien actif ou la création d'espaces ouverts prioritairement

dans les quartiers pauvres, qui sont souvent « gérés » par les communautés elles-mêmes. Vous comprendrez tout à l'heure pourquoi je mets « gérés » entre guillemets. Il y a beaucoup de restaurations environnementales, associant bénéfiques écologiques et sociaux. Ces populations découvrent donc l'environnement et les enjeux environnementaux et se les approprient très bien.

Le grand effort d'*outreach* signifie que l'on essaie d'atteindre le plus grand nombre de citoyens possible. Cet effort, qui fait partie de l'action publique, vise à susciter de la mobilisation, avec un réseau de structures partenaires d'une exceptionnelle et d'une grande diversité. Il comprend des structures intermédiaires de toutes sortes qui peuvent être publiques, qui peuvent être des ONG, qui peuvent être mixtes. L'objectif d'avoir la communauté au centre, avec tous les acteurs autour. C'est un peu le modèle de la santé primaire que l'on attend toujours depuis 1978, par analogie. Le but est de fédérer des initiatives, d'accompagner la montée en compétences et même, d'assurer l'accès aux financements, puisque c'est la puissance publique qui récolte des dons privés, qui les met dans un fonds, et que l'argent de ce fonds est distribué sur la base d'appels à projets. Évidemment, la priorité est toujours donnée aux quartiers défavorisés.

Les initiatives participatives foisonnent, avec une mobilisation communautaire, des jardins et des parcs autogérés, mais aussi des actions impulsées par la puissance publique comme l'activité de kayak le long de la rivière pour permettre aux jeunes de ce quartier de redécouvrir la rivière. Vous voyez, en haut de la diapositive n° 29 (voir le diaporama www.espt.asso.fr), la photo d'un parc qui à l'origine, était une cimenterie. Elle a fait faillite, le terrain a été saisi par la ville, qui a voulu construire. La communauté s'est mobilisée. Elle souhaitait le garder en espace ouvert. C'est devenu un parc autogéré, mais ils ont conservé les traces des installations industrielles du passé, parce que cela formait pour eux une sorte d'ancrage identitaire. Il s'appelle le *Concrete Plant Park*. C'est un lieu tout à fait remarquable. Nous avons eu l'occasion de mener de nombreuses interviews de gens qui procédaient à son entretien un jour de nettoyage de printemps.

Je ne m'attarde pas sur les jardins communautaires, parce que c'est une démarche un peu plus connue, pour concentrer sur la façon dont se fait l'*outreach*, cette sortie vers la société civile, avec un triptyque : susciter l'engagement des communautés, fournir toutes les informations et les ressources et assurer leur *empowerment*. C'est donc une logique totalement différente, avec cet *empowerment*, qui est une autonomisation, une capacité à agir sur l'espace public en autonomie et où les communautés

deviennent des acteurs de leur environnement. Vous comprenez maintenant pourquoi j'essaie de me battre contre le terme d'usager. L'usager n'est qu'un client du système de soins, par exemple, et donc un récepteur de services publics et à ce titre, il n'est pas impliqué, pas responsable et pas nécessairement motivé pour entrer dans la logique du système. Si la démocratie sanitaire passait par les acteurs de l'environnement, je serais le plus heureux.

Je vous livre quelques principes qui vous expliqueront pourquoi je mettais «géré» entre guillemets. Aux États-Unis, il existe un principe qui s'appelle la *stewardship*. Le *steward* est un intendant, un régisseur. La puissance publique contractualise, délègue la gestion de ces espaces aux communautés, aux organisations communautaires et aux organisations de la société civile. L'éducation est omniprésente et chaque jardin communautaire que nous avons visité avait une petite parcelle pour l'école du coin. L'implication des enfants est donc quelque chose de très important. Toutes ces organisations ont une action très appuyée sur les jeunes en échec scolaire, qu'elles impliquent dans la surveillance environnementale, dans les projets de sciences citoyennes, choses qui se font très timidement en France, qui sont malheureusement très peu connues et qui gagneraient à être beaucoup plus mises en œuvre. Les canaux festifs ou artistiques sont également présents : l'environnement, ce n'est pas juste découvrir l'environnement, c'est un projet éducatif complet.

Bill De Blasio est devenu maire de New York en 2013. Souvenez-vous de son nom : il sera certainement candidat à l'investiture démocrate dans les prochaines années. Tout son mandat est placé sous le chapeau de l'équité. Je me concentrerai sur cette presque-citation synthétique où, article après article, il appelle « à constituer des communautés vibrantes » en expliquant que c'est la seule condition pour qu'elles deviennent un jour résilientes, c'est-à-dire pour garantir leur capacité à encaisser les chocs et à rebondir. Je trouve que c'est une vraie leçon de confiance en l'avenir, et elle est confirmée par le discours des communautés. Ces communautés «vibrantes», ce sont des communautés qui débordent de créativité et d'envie de faire.

Le tableau sur la diapositive n° 34 est une comparaison entre les approches en France et aux États-Unis. En France, l'approche des inégalités environnementales – puisque l'on ne parle pas de justice – est institutionnelle, avec des attendus scientifiques, et se positionne sur le plan politique. Aux États-Unis, c'est plutôt communautaire, avec beaucoup d'implication de droits civiques et d'implication civique. La science et le politique viennent après. En France, on s'intéresse à la multi-exposition

aux pollutions, avec des tentatives de faire des SIG, d'élaborer des indices de multi-exposition, alors qu'aux États-Unis, c'est une distribution inéquitable. Elle est posée dans les quartiers défavorisés et l'on travaille de manière procédurale pour donner accès aux aménités et diminuer les risques. C'est surtout dans la conception de l'action publique qu'il y a des divergences. En France, on fait des études de zones, par exemple pour les multi-expositions, et l'on essaie de corriger les disparités par la politique de la ville, ce qui commence à s'épuiser un peu, puisque le nombre de quartiers concernés a diminué. On ne sait pas vraiment pourquoi on a fixé un seuil de tant de quartiers et pas plus. Aux États-Unis, en revanche, il s'agit d'une lutte générale. C'est un principe général de lutte contre les discriminations par la mobilisation des communautés, que la puissance publique accompagne pour leur permettre d'atteindre ce niveau nécessaire. En France, les politiques sont plus nationales, même si cela se reporte sur l'échelon local, alors qu'aux États-Unis, c'est purement à l'échelle municipale que cela se passe.

	Approche française : « inégalités environnementales »	Approche anglo-saxonne : « justice environnementale »
Cadre d'émergence	<i>Institutionnel, « scientifique » et politique</i>	<i>Communautaire, mouvement pour les droits civiques puis scientifique et politique</i>
Sujet d'étude	<i>Multi-exposition aux pollutions et nuisances environnementales</i>	<i>Distribution inéquitable des risques et aménités, inégalité « procédurale »</i>
Conception de l'action publique	<i>Etudes env. et sanitaires / Correction des disparités, politique de la ville</i>	<i>Lutte contre les discriminations, mobilisation des communautés, accompagnement et empowerment</i>
Echelle d'étude	<i>Nationale (niveau de décision), même si la politique porte sur des quartiers</i>	<i>Locale (district, quartier, site d'implantation...)</i>

J'en arrive à ma conclusion, qui est une forme d'interpellation.

Je vous appelle à réfléchir, d'abord, à la manière dont on va corriger tout ce qui augmente les inégalités. Je vous ai dit que ce qui générerait en permanence des inégalités, c'était notamment le marché. Quand on me dit que l'on va traiter le symptôme, moi, je propose de regarder où est la cause et d'essayer d'agir sur celle-ci. Pour revenir sur l'impact du quartier sur l'obésité, je pense que cultiver la mixité sociale, dans un quartier, c'est favoriser la rencontre de différentes populations, se baser sur ceux qui ont un pouvoir d'achat pour faire venir une offre commerciale dont tout le monde peut profiter, créer des initiatives de coopération entre communautés. Je pense que c'est ainsi que l'on peut cultiver la mixité sociale, et pas uniquement en imposant la création de 20 ou 25 % de logements sociaux par ville, puisqu'il y a des villes qui n'en ont pas et des villes qui en ont beaucoup.

Je n'insiste pas sur la nécessité de redonner un sentiment d'utilité sociale à tous, tellement c'est une réflexion générale.

Mais surtout, il faut tout faire pour recoller les morceaux. Tous les discours que nous avons récoltés dans les quartiers défavorisés sont des discours d'une désespérance absolue, de gens qui ne retrouvent plus de place dans le système et qui se sentent constamment rejetés vers les marges. Il ne s'agit pas de faire de saupoudrage. Il s'agit de travailler à fond sur les causes du processus de ségrégation, de donner à ces gens de la reconnaissance, de la dignité, et pas seulement de repeindre leur façade.

Je fais référence à des valeurs, mais je vous assure que je reste fidèle à mon métier de scientifique et donc, à mes approches scientifiques. À ce titre, j'accepte de prendre des risques, de me confronter aux réalités avec une ébauche de cadre théorique et d'obtenir des résultats empiriques non pas simplement par la mesure et la modélisation, mais aussi par l'immersion, l'observation patiente et l'écoute sans préjugés. Je ne vais jamais frapper à la porte avec un questionnaire préétabli. Nous laissons les gens parler. Finalement, c'est la seule condition pour faire avancer les connaissances, pour trouver de la nouveauté. Je ne suis pas un ingénieur qui utilise des outils et des recettes préétablies.

Je terminerai en vous affichant quatre des cinq attendus de la charte d'Ottawa.

- Elaboration de politiques pour la santé ; un premier avertissement car la traduction ne retranscrit pas l'esprit du texte d'origine (Build Healthy Public Policy)

- Il est question de création d'environnements favorables, mais il faut passer par l'anglais *enabling* qui est mieux représenté par le mot *habilitant*, qui offre des opportunités, encourage la créativité...
- Renforcement de l'action communautaire (donc collective), que nous pouvons exprimer comme un capital social, en tissant des liens, en créant des opportunités de rencontre et d'action, dans le respect des diversités.
- Acquisition de nouvelles aptitudes (on peut parler de capital humain), mais toujours dans le contexte collectif (échanges, partage), ce qui renforce les liens et non des stratégies individuelles...

Il n'est pas question d'élaboration de politiques pour la santé. Le texte anglais parle de politiques «saines». Il est question de création d'environnements favorables, mais si l'on traduit le terme anglais «*enabling*», ce sont des lieux *habilitants*, des lieux où les gens trouvent des opportunités, où ils peuvent s'épanouir, travailler, s'emparer de leur autonomie. Il s'agit aussi de renforcer l'action communautaire.

Je pense vous avoir montré quelques pistes. C'est une action collective. Nous utilisons le capital social. Ce n'est pas le lieu, ici, pour en parler. Mais c'est la création des opportunités de rencontres et d'actions collectives, dans le respect des diversités, parce qu'il ne s'agit pas de faire encore une fois un nouveau système normatif où tout le monde se réunit à la même enseigne. Il faut aussi acquérir de nouvelles aptitudes, ce qui prend du sens dans une dimension collective, dans l'échange, dans le partage, et appuyer tout, ce qui renforce les liens et non des stratégies individuelles.

Je conclurai par ces mots: loin de moi toute idée de la France des *start-up*, qui est une façon de conforter toutes ces stratégies individuelles qui sont en train de miner la cohésion sociale. On se demande quel label on doit mettre sur ces politiques. Le ministre de l'Économie est tout de même allé dire aux jeunes des cités qu'eux aussi, pouvaient devenir des millionnaires. Je ne sais pas d'où il sort. Je ne sais pas ce qu'il a dans le crâne, mais en tout état de cause, il est tellement déconnecté des réalités de terrain que cela fait vraiment peur.

Je vous remercie pour votre patience.

«• Laurent El Ghozi

Je crois que tout le monde absorbe tout ce que tu as dit.

«• Yorghos Remvikos

En période postprandiale, c'est toujours difficile...

«• Laurent El Ghozi

Merci pour ce plaidoyer, beaucoup plus exigeant que ce que nous avons dit ce matin et que beaucoup de choses que nous essayons de faire. Finalement, pour toi, tout est d'abord affaire de partage, de justice sociale. Celle-ci fait bien sûr partie de l'aspect bien-être de la santé, mais c'est beaucoup plus exigeant et surtout, beaucoup plus politique que ce que l'on peut faire au niveau local. Le niveau local ne détermine pas tout. Beaucoup de choses peuvent cependant y être faites et peut-être, d'abord, écouter ce que disent les gens qui y habitent, comment ils vivent, mal ou bien. Leur objectif n'est effectivement pas de « devenir millionnaire » ... mais de vivre le mieux possible ensemble.

«• Yorghos Remvikos

Ce n'est pas ce qu'ils demandent. Ils demandent de la dignité, ils demandent de retrouver une place...

«• Laurent El Ghozi

Ils demandent simplement d'être reconnus et d'avoir leur juste place dans les quartiers, dans la ville, dans la société. J'imagine que cela soulève un certain nombre de réflexions ou de questions.

ÉCHANGES AVEC L'AUDITOIRE

« Julia Bardes

Chargée d'études, ESPT

Je trouve très intéressante l'idée que l'on n'ait pas de préjugés quand on va sur le terrain. Est-ce que cette idée d'*empowerment* n'est pas déjà elle-même un préjugé? N'est-ce pas une attente de notre part?

« Yorghos Remvikos

C'est une question intéressante. Puisque je présente le modèle américain, on peut supposer que je suis favorable au modèle américain de société de manière générale, ce qui n'est pas le cas. Ce dont je peux témoigner, c'est que les gens qui ont participé à la restauration des défenses côtières, qui avaient lourdement été frappées par Sandy, nous ont dit que le fait d'avoir participé et d'avoir fait participer leurs enfants les amènerait à dire un jour : c'est moi qui l'ai fait et je vais le respecter. Cette relation à l'environnement qui se construit dans l'action et pas uniquement dans l'accès à une qualité de verdure – ce que nous avons fait nous-mêmes –, est le gage d'un avenir d'une meilleure reconnaissance des enjeux que celle que l'on peut avoir aujourd'hui, où tout nous est accordé plus ou moins gratuitement à travers le service public.

L'empowerment est cette capacité de se prendre en main, de comprendre ce qui arrive et d'aller chercher les informations plutôt que de rester là à écouter le prêche de la santé publique : ne mangez pas ceci, ne faites pas cela, « mangez bougez! », « cinq fruits et légumes par jour », etc., ce qui, en tant qu'action d'apprentissage, est très peu efficace. C'est ce sens-là que je donne à l'*empowerment* de gens qui deviennent acteurs, qui peuvent s'épanouir. Vous trouvez peut-être que c'est un préjugé, mais tout scientifique que je suis, j'ai aussi mes croyances et mes schémas de pensée.

« Serge Robert

En tant que représentant d'association de malades et de proches, je ne peux pas ne pas réagir à votre conception d'usagers de la santé, parce que sur le terrain, ce n'est pas du tout ce que nous défendons, nous, associations de terrain. Le terme de malade est très réducteur puisque la charte d'Ottawa fait surtout référence au bien-être. Nous sommes donc tous concernés par la santé. Nous ne sommes pas que des malades, des proches

ou des familles de malades. On peut être patient. Mais patient signifie être passif. Il y a même des collectifs qui sont devenus des impatientes. Usager de la santé, c'est utilisateur de la santé, au bon sens du terme, c'est-à-dire aussi en tant qu'usager actif. Dans nos regroupements en termes de représentation d'usagers, croyez bien que nous ne sommes pas du tout des potiches dans les collectifs de démocratie sanitaire. Au contraire, nous portons la voix de nos mandants. C'est un terme fort, que nous défendons, et que nous revendiquons.

«● Laurent El Ghozi

Je n'aime pas le terme « usager » parce que précisément, cela fait usagé. Usager de la santé, du système de santé, cela renvoie tout de même trop souvent aux soins et à la maladie. Je préfère le terme « patient – usager – citoyen », parce que nous tous, simultanément ou successivement, sommes patients, usagers et surtout, citoyens.

«● Yorghos Remvikos

J'apporte une clarification parce que je ne vous visais pas vous particulièrement. Je ne visais pas les usagers, je visais le concept d'usager qui est porté par l'ARS, selon lequel ils accordent une pseudo-démocratie sanitaire qui, pour moi, a été nourrie par ce qu'est la démocratie. La démocratie est une éthique de gouvernement et non une forme de gouvernement. Les gens qui utilisent le terme « démocratie » devraient savoir de quoi ils parlent. Quand je visais les autorités et la façon dont le système est conçu, il ne venait même pas à l'idée de refuser que des associations de patients soient des acteurs authentiques du domaine de la santé. Mais le terme d'usager, comme le dit Laurent El Ghozi, a des connotations, a une charge de sens, et je pense que ce sens n'est pas le bon. C'est tout ce que j'essayais de dire.

«● André Cicolella

J'aimerais revenir sur ce présupposé consistant à dire que l'on part du bien-être et du cadre de vie. Cela signifie, si je comprends bien, que vous faites l'impasse sur la situation sanitaire, en fait. Au temps, je suis d'accord sur le discours critique que vous pouvez avoir sur l'approche institutionnelle, il faut intégrer, y compris dans la demande sociétale, l'action sur les

causes des maladies. Pour aller plus loin, je pense qu'il faut compléter la définition de l'OMS. Dans cette définition, la santé est un bien-être et n'est pas uniquement l'absence de maladie. Cela me semble tout à fait positif et cela reste valable. Je pense qu'il faut compléter par une définition éco-systémique : la santé traduit la relation de la qualité de la personne humaine à son écosystème. Selon moi, c'est très important parce que cela donne la perspective sur la manière de construire et d'arriver à cet état de bien-être. Sinon, on a l'impression que c'est un état passif, dont on hérite. Je pense que cela se construit. L'enjeu de la santé environnementale, telle que je la vois, est lié à cette notion d'*empowerment*, à la façon dont les gens s'approprient l'environnement. Mais il faut amener cette dimension de la crise sanitaire, sinon, on a un discours qui peut paraître quasiment angélique, alors qu'il y a une croissance des pathologies chroniques chez les gens, qui y sont de plus en plus confrontés.

☞• Yorghos Remvikos

Vous avez parfaitement raison, mais c'est juste une question d'ordre, de chronologie dans la façon de procéder. C'est une approche purement pragmatique, qui n'est ni idéologique ni une construction particulièrement théorique. Cela signifie que quand il y a des gens pour lesquels le plus important est la reconnaissance et le statut social, la confiance en soi, il est plus facile de commencer par là pour construire un raisonnement sur leurs comportements éventuellement néfastes sur la santé que de partir bille en tête en leur disant : mangez ceci, ne fumez pas, etc. C'est tout ce que j'ai. Je parlais uniquement de ce changement d'ordre d'interventions. Il est évident que l'on va parler des problèmes de qualité de l'air, de qualité de l'air intérieur, etc. Mais on se base sur leur demande. On obtient leur engagement sur leur perception des enjeux. Après, le cheminement se fait. Mais c'est un travail long et difficile et un travail qui ne cadre pas avec des interventions sur des projets où l'on doit produire des résultats en six mois. Ce sont des choses que l'on vit en Afrique, dans des bidonvilles ou des villages ruraux éloignés. C'est exactement la même chose, le même raisonnement que l'on essaie d'appliquer, à partir de leur conceptualisation des problèmes et non de nos priorités de santé publique.

☞• Yves Buisson

Mon expérience est qu'en France, à ce qu'il me semble – je peux me tromper –, il y a quand même une peur institutionnelle de la place que

peuvent prendre les habitants, qu'on les appelle habitants, usagers, citoyens, élus, patients. C'est la peur que s'ils sont informés, ils posent des problèmes. J'ai réalisé un petit film de dix minutes sur le saturnisme, qui a été traduit en quatorze langues. On m'avait dit: mais vous n'y pensez pas! Les gens vont nous submerger, ils vont être complètement affolés! Pas du tout. Cela a donné aux gens des compétences pour comprendre ce qui leur arrivait et ce que leurs enfants risquaient dans leur habitat. Mais la première réaction des institutions a bien été la crainte de voir des centaines de personnes débarquer à la Ddass (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales). Quand, à partir de l'expertise des habitants que nous visitons pour le saturnisme, nous avons voulu passer à la qualité thermique des logements, nous nous sommes carrément heurtés à un veto total: ne vous occupez pas de cela, nous ne vous financerons pas parce qu'il est hors de question qu'un état des lieux, un pré-diagnostic puisse venir des habitants eux-mêmes dans leur expertise d'usage. À la Ddass, on m'a dit textuellement, il y a quelques années: « mais de toute façon, vous, on vous connaît. Vous êtes toujours trop proche des habitants ». C'est mon expérience. Dans ce qu'avait l'air de nous dire Yorghos Remvikos, on a l'impression qu'aux États-Unis, quels que soient tous leurs défauts par ailleurs, il y a tout de même une petite différence. En tout cas, en France, quand on veut agir à partir des services des villes, on est confronté à une méfiance, pour ne pas dire une défiance, de l'expertise du citoyen.

«● Virginie Le Torrec

Il ne faut peut-être pas trop faire de généralisations parce que si nous voulons faire évoluer les choses, comme nous l'avons dit ce matin, je serais plutôt favorable à ce que nous partagions les expérimentations que nous avons essayé de faire marcher. Nous sommes plusieurs villes à avoir fait des expériences qui n'étaient pas merveilleuses. Nous y allons par petits pas, mais je pense qu'il faut vraiment, dans notre langage, que nous fassions attention, parce que si nous nous mettons les uns contre les autres, nous n'y arriverons pas. Nous avons tous besoin les uns des autres. Les institutions font ce qu'elles peuvent. Je suis aussi dans une institution, j'essaie de convaincre, mais j'essaie aussi de ne pas généraliser. Si l'on est contre l'ARS, contre les médecins, les institutions, comment voulez-vous construire? Je pense qu'il est bien de faire l'état des choses, mais nous sommes dans la promotion de la santé et j'aimerais que nous ayons des expériences positives: qu'est-ce qui a marché? Quelle ville a réussi quelque chose? Quelles sont les tendances que l'on a pu voir?

J'aurais envie de vous interroger par exemple sur le porte-à-porte. Nous avons essayé de mettre la concertation en place. Nous avons constitué une commission de santé environnementale, nous avons tiré des personnes au sort. Ce n'est pas du tout représentatif, mais nous essayons. Nous allons écouter les gens. Nous nous sommes aperçus qu'il n'y avait pas de jeunes. Nous irons les chercher. Nous avançons progressivement. En tout cas, nous essayons d'être ouverts. Loin de nous la pensée que nous sommes merveilleux et que nous savons tout faire, mais nous devons absolument partager nos expériences positives pour aller de l'avant.

☞• **Yorghos Remvikos**

J'ai deux réponses à vous donner. Je suis totalement d'accord avec vous sur le fait que les lieux d'échange d'expériences sont ce qui manque, et des lieux d'échange qui ne sont pas nécessairement thématiques. Quelqu'un peut conduire une expérience sur l'alimentation alors qu'un autre l'a fait sur les jardins partagés, un autre sur le sport, et il a réussi à susciter une mobilisation. Il a donc des choses à nous dire sur la manière dont il a procédé.

Ce sont les enseignements de la santé communautaire. Il faut apprendre à lire un lieu où la communauté a un potentiel, où elle a une « agentivité », comme disent les Canadiens, un pouvoir d'agir en autonomie parce qu'il y a quelques réalisations ou quelques leaders communautaires qui se distinguent, et ne pas aller dans le quartier qui vous semble nécessiter le plus d'interventions parce qu'il est au bout du rouleau. Là, vous n'avez aucune mobilisation communautaire, les gens se méfient. C'est un peu la discussion que j'avais hier avec Laurent El Ghozi au sujet des Roms. Les Roms ne sont pas une communauté. Si vous faites du travail communautaire avec les Roms, vous vous épuisez. Dans les quartiers, il faut des relais communautaires. Dans le quartier des *Provinces françaises*, qui était le quartier vulnérable que nous avons choisi, nous avons rencontré une dame avec un SEL, un système d'échange local, cela, c'est quelque chose sur quoi l'on peut construire. On s'appuie sur une initiative. Aux Mureaux, nous avons trouvé une foultitude d'associations, dont certaines sont très puissantes et capables de faire de la parentalité, des jardins partagés, etc., de gérer cela en tant qu'association. Ces bonnes expériences nécessitent d'être répertoriées. Val et Sciences Citoyennes faite avec la Ligue de l'enseignement, au *Val-fourré*, à Mantes-la-Jolie, dont j'ai eu connaissance parce que ce sont des collègues qui mènent ce projet, est abandonnée. Cela a été fait, cela a eu du succès et cela a été abandonné.

Il n'y a pas de valorisation de l'action communautaire, de l'autonomie de la communauté, de l'appropriation des environnements et ainsi de suite.

Je suis donc totalement d'accord avec vous et je dirai une dernière chose : ce n'est que de l'expérimentation. Celui qui dit avoir la recette, il ne faut pas le croire. Il s'agit d'expérimentation à mettre en place et c'est la raison pour laquelle je défends aussi mon statut de chercheur certifié de la recherche-action et non pas un bureau d'études qui vient copier-coller des méthodes. Ce sont vraiment des choses qui sont encore à définir.

«● Laurent El Ghozi

Je crois que c'est juste la question de la démocratie, que ce soit la démocratie en santé, lorsque l'on parle du droit des patients, et du rééquilibrage de la relation entre le soigné et le soignant, que ce soit la relation entre les usagers d'un service, les utilisateurs d'un service, que ce soit la relation entre des élus - qui sont là pour mettre des choses en place, pour essayer d'avancer, pour décider - et leurs habitants, qui ne seront pas forcément d'accord, qui sont en plus extrêmement divers. Nous, élus, nous avons une décision à prendre, mais nous avons cent avis différents. Comment faire avec cela ? Nous n'avons pas la recette, nous n'avons pas la réponse, mais c'est, comme le disais Yorghos, la question de l'éthique de la décision publique.

Quant à la position de l'ARS, je ne sais pas comment c'est ailleurs, mais en Île-de-France, il y a véritablement la volonté de prendre en considération l'ensemble des avis, pas seulement l'avis des habitants, l'avis des professionnels, même s'il pèse lourd, l'avis des élus, même s'ils sont absents, bref, l'ensemble des avis. Il me semble que la seule façon de faire, c'est de faire ensemble. On peut le dire autrement, mais c'est fondamentalement la question de la démocratie : comment fabrique-t-on de la décision valable pour l'ensemble de la société, pour l'ensemble des habitants, pour l'ensemble des professionnels, à partir de positions diverses ?

Le fil rouge de la justice sociale et de la démocratie – et il y a une position qui est politique, trans-courants mais politique –, est peut-être ce qui peut nous guider et c'est ce qui me paraît être la meilleure façon de faire de la santé environnementale.

☞• Yorghos Remvikos

Partout où la société se construit, à l'école particulièrement. La société, les valeurs se construisent à l'école. Aujourd'hui, vous avez une école qui va dire à des enfants de 6 ou 7 ans qu'ils n'arrivent à rien, qu'ils sont fichus. Peut-on continuer dans ce sens? Peut-on continuer avec un échec, au collège, qui consiste à ne pas être capable, en 3^e, de résoudre les équations différentielles? C'est totalement absurde. Nous avons un système qui est mis au service de la performance et de la sélection d'une élite républicaine qui est une absurdité totale...

☞• Patrick Padovani

Je suis d'accord avec toi, mais il y a une variable d'ajustement que l'on n'a pas construite, qui est la temporalité des actions. Quand on parle des différents publics qui sont engagés, il y a une temporalité des chercheurs qui est une temporalité très longue. Le citoyen peut aussi s'inscrire dans une temporalité très longue. Nous, élus locaux, nous sommes entre deux temporalités : celle des citoyens et celle de nos élus nationaux, qui ont une vision à cinq ans. C'est ce qui est le drame, en santé publique : la vision se réduit à cinq ans. C'est la vision d'une élection. C'est ce qui fait toute l'ambiguïté de l'action que nous devons mener : la nôtre, celle d'élus locaux, et la relation que nous avons avec la population, et la relation que nous avons aussi avec ceux qui sont dans la technique, dans la recherche. Pour eux, cinq ans, c'est très court, et c'est normal : quand on construit en santé publique, ce n'est pas cinq ans. C'est dix ans, quinze ans, vingt ans. Nous, nous avons une action à ce niveau, mais ceux qui sont les vrais décideurs, eux, ont une vision à court terme. La population, elle aussi, a cette vision à long terme, parce qu'elle se construit sur la société. La notion de temporalité est importante.

☞• Une auditrice

ARS d'Île-de-France, Paris

J'entends certains reproches qui sont faits à l'ARS, mais il y a certains domaines sur lesquels nous sommes très contraints et où notre marge de manœuvre est nulle. Je prends l'exemple de l'amiante. Aujourd'hui, lorsque quelqu'un entre dans un logement, chaque bailleur est obligé de fournir un diagnostic sur lequel est indiqué s'il y a de l'amiante ou non. De ce fait, nous avons beaucoup d'appels de personnes qui sont complètement paniquées : «J'ai deux enfants, je vais prendre un logement

social, on me dit qu'il y a de l'amiante, que l'on ne va pas la retirer, mais la recouvrir, est-ce que je peux y aller ? Est-ce qu'il y a de l'amiante dans le logement que je vais quitter ? » Nous n'avons pas de réponse satisfaisante à apporter à ces gens qui, avec cette information, ne sont pas bien chez eux. Ils sont complètement angoissés à l'idée que leurs enfants vont être malades à cause de leur habitat. Nous n'avons aucun moyen de contraindre les bailleurs, publics ou privés, de faire les travaux. S'ils ne les font pas, nous pouvons éventuellement faire des signalements. Il faut essayer de rassurer les gens, mais il ne faut pas nier l'existence du problème.

TABLE RONDE

LE POUVOIR
DES VILLES

«• Laurent El Ghozi

Nous passons au pouvoir des villes, puisque c'est ce que nous espérons tous pouvoir mettre en place. J'appelle Estelle Kleffert, qui va se présenter puis assurer l'animation, ainsi que les intervenants de la table ronde.

«• Estelle Kleffert

Directrice du mouvement Générations cobayes, non merci

Je commence par un petit intermède sur l'éco-orgasme.

Je représente l'association « Générations Cobayes, non merci ». Cette association s'est créée suite au décès d'un étudiant en collège ostéopathe. Ses camarades se sont demandé comment, à 25 ans, on pouvait mourir d'un cancer. Ils ont organisé un cycle de conférences à l'occasion duquel ils ont eu une prise de conscience et se sont dit qu'ils devaient agir. Ils ont créé ce que l'on a appelé, à l'époque, « l'Appel de la jeunesse », pour interpeller les décideurs politiques et économiques sur ce sujet et mettre fin à l'épidémie de maladies chroniques.

Le problème est que lorsque l'on parle de ces sujets, c'est souvent très anxiogène, trop culpabilisant. Le message, en gros, est le suivant : vous allez tous mourir ou du moins, beaucoup souffrir, pendant de longues années, vous n'avez pas de solution et en plus, c'est de votre faute parce que vous achetez n'importe quoi. Nous, ce discours ne nous intéressait pas. Nous ne voulions pas parler d'écologie de cette façon-là et nous avons pensé à l'éco-orgasme.

L'éco-orgasme est l'orgasme écologique. Il s'agit de se faire du bien sans se faire de mal. Nous traitons sept thématiques, reprises dans sept commandements^{*}, notamment les ondes, les nanoparticules, les perturbateurs endocriniens, les additifs. L'objectif est de donner des solutions aux jeunes pour se protéger, leur expliquer les constats scientifiques, mais surtout, fournir des solutions. Nous le faisons de différentes façons.

Notre objectif premier est de créer un mouvement de jeunes sensibilisés. Aujourd'hui, nous sommes 40 000 jeunes à être intéressés et à interagir sur ce sujet. Nous les informons à travers des campagnes sur le web, nous réalisons des vulgarisations scientifiques, nous rencontrons les jeunes dans leur région. Nous avons actuellement quinze groupes actuellement en France. Dans toutes les régions, nous organisons des conférences, des ateliers où les jeunes apprennent à faire leurs cosmétiques eux-mêmes. Nous formons beaucoup les jeunes parce que nous considérons que les

• Pour découvrir et télécharger les 7 commandements de l'éco-orgasme : <http://site.generationscobayes.org/les-7-commandements-de-l-%C3%A9co-orgasme>

gens portent la parole : si on sensibilise une personne, cette personne peut en sensibiliser cinq. Nous formons les jeunes sur le sujet grâce à des scientifiques. Par exemple, nous avons écrit notre dernier livre, *Et notre santé, alors ?*, qui est un dialogue entre experts et jeunes sur ces sujets.

Enfin, grâce à ce mouvement de jeunes qui prend du poids, nous allons vers les secteurs politique et économique. On nous dit souvent : « Ah oui, les jeunes s'intéressent à la santé ! » Effectivement, les jeunes s'intéressent à la santé. On nous demande des solutions. Il n'existe pas toujours de solutions saines dans les produits que nous recherchons. Nous allons donc voir les start-up qui développent des solutions, nous travaillons avec elles.

Nous travaillons aussi avec les élus, parce que dans vos processus, vous cherchez parfois à mobiliser la société civile, ce qui n'est pas toujours évident, et nous, de notre côté, nous cherchons à travailler avec les élus pour mettre en place des solutions. Nous essayons donc de nouer cette double relation.

Nous souhaitons remercier ESPT de nous permettre d'intervenir ici parce que maintenant, nous allons parler de solutions. Nous avons beaucoup parlé de problèmes, ce matin, et l'on voit bien que nous sommes tous à la recherche de bonnes pratiques. L'objectif de cette table ronde est de présenter des exemples de politiques qui ont été mises en place et qui marchent, d'échanger et d'outiller chacun de vous pour pouvoir continuer à agir. Je pense que nous avons tous une frustration, un besoin d'agir. Nous allons donc essayer de partager ces solutions maintenant.

J'invite chaque intervenant à se présenter

GRANDE-SYNTHE – Transition écologique et socio-sanitaire

«● Hélène Verriele

Directrice générale adjointe du pôle Lien social et vie locale à la ville de Grande-Synthe

Grande-Synthe est une ville de 25 000 habitants, située dans l'agglomération de Dunkerque. C'est une ville historiquement industrielle. Nous reviendrons plus en détail sur le choix politique qui a été fait. Le domaine dans lequel j'interviens est la politique de la ville, la relation avec les associations, la gestion de maisons de quartier. Nous avons proposé de faire une intervention à deux voix parce que sur le sujet qui fait l'objet du débat, la ville mène un travail très étroit avec le centre de santé, une structure associative représentée par Brigitte Deroo.

«● Brigitte Deroo

Directrice du centre de santé de Grande-Synthe

Le centre de santé est né d'une volonté commune d'habitants et de politiques. Grande-Synthe, de par sa naissance, a vu les baraquements, la construction, l'arrivée massive de populations d'étrangers ou d'autres régions de France. Il a donc fallu construire très vite. À cette époque, il y avait eu cette volonté des habitants et des politiques, et j'insiste vraiment parce qu'aujourd'hui, nous parlons de volonté politique, mais à Grande-Synthe, il y a eu cette demande commune au même moment sur la thématique de la santé. Il a d'abord fallu construire une maternité, parce que c'est une population jeune, et dans un deuxième temps, un centre de santé pour la prévention. Le maire de l'époque a voulu ouvrir ce centre sans aucun professionnel. Il a ouvert un bâtiment vide et a attendu les habitants, en les invitant à venir demander ce dont ils avaient besoin, pour faire en sorte de le créer. Le centre de santé, qui ne porte que le nom d'origine québécoise de centre de santé, mais qui n'est pas un dispensaire ni un centre de soins primaires, est une maison de promotion de la santé. Il est né grâce à ces groupes de travail, ces groupes de réflexion d'habitants. Les groupes ont abordé différentes thématiques : la santé au travail, en raison de l'importance de la population ouvrière de la commune, l'environnement, etc.

Le centre a été créé en 1978 et il atteint aujourd'hui son point d'orgue, avec près de quarante ans d'existence.

MOUANS-SARTOUX – La santé publique passe aussi par l’assiette

« Gilles Pérole

*Maire adjoint à l'enfance à l'enfance et à l'éducation, Mouans-Sartoux,
président de l'association Un plus bio*

Mouans-Sartoux est une ville de 10 000 habitants située dans les Alpes-Maritimes. J'aurais pu vous parler de plusieurs sujets autour de la santé. Aujourd'hui, nous avons retenu l'alimentation.

La ville de Mouans-Sartoux n'a pas de service de santé ni de techniciens de santé, mais nous avons un Agenda 21 qui prend en compte un certain nombre de problèmes de santé en lien avec l'environnement. C'est pourquoi nous aurions pu parler de qualité de l'air intérieur, de mobilité durable, de qualité de l'eau, puisque nous avons une régie municipale des eaux... Nous nous sommes donc saisis d'un certain nombre de domaines de santé, que nous essayons de travailler correctement avec la population. **Le fait qu'il n'y ait pas de service de développement durable ni de santé amène tous les services à y travailler.** Cette transversalité dans la prise en charge de cette problématique permet de parler de santé dans l'éducation, dans l'urbanisme, dans les services techniques. C'est une particularité de la commune.

La question de la sensibilisation est importante. Tout ne peut pas reposer sur les élus. Nous avons senti quelques appels, ce matin, pour que les élus fassent leur travail, et je suis entièrement d'accord. Mais quand on parle de santé – environnement, on parle surtout de changement de pratiques individuelles quotidiennes. Cela ne viendra pas d'en haut : cela ne viendra pas du ministère, cela ne viendra pas non plus forcément du maire. Cela viendra vraiment d'un changement de pratiques et d'une prise de conscience de chaque citoyen. Nous faisons aussi de la santé à travers la culture et notamment, à travers un festival du livre, qui accueille 50 000 visiteurs, soit cinq fois notre population. Au-delà de vendre des livres, dans lesquels on apprend déjà beaucoup de choses, un certain nombre de débats citoyens se déroulent sur trois jours, au cours desquels toutes ces problématiques, en lien avec nos modes de vie, puisqu'il y a la santé, l'économie, le « vivre ensemble »... sont abordées. C'est cette approche multiple, où chacun s'investit, qui nous a permis d'avancer.

NANTES – Le Plan local d’actions en santé environnementale (Plase)

« Catherine Bassani-Pillot

Conseillère municipale déléguée à la santé environnementale, ville de Nantes

Je suis élue à Nantes depuis les dernières élections municipales. Je précise que je ne suis pas une élue « professionnelle », parce que je vous entendais ce matin interpellé les élus : où sont les élus ? Que font les élus ? Il faut savoir qu’il y a beaucoup d’élus qui travaillent à côté. Le mandat d’élus, c’est un engagement au service de la collectivité. Je ne le dis pas pour récolter des fleurs et des bravos, mais simplement pour remettre les choses à leur place. Pour ma part, je suis devenue élue pour voir ce qu’il est possible de faire dans cette position-là. J’invite tout le monde à s’engager de la même façon.

Nantes est une ville plutôt favorable à toutes les politiques de santé. Je suis conseillère municipale déléguée à la santé environnementale auprès d’une adjointe déléguée à la santé, précarité et grande pauvreté. **Dans le cadre des mandats relatifs à la santé, à Nantes, ces deux élus font le lien entre les populations en situation précaire et l’exposition à des environnements de vie défavorables.** Ceci est acquis. Il existe des élus à la santé environnementale à Nantes depuis déjà trois mandats, et il y a une continuité d’un élu à l’autre. **Le temps du politique est souvent trop court pour régler les problèmes environnementaux** – par contre, il est assez court pour détruire l’environnement... **Pour recréer des environnements favorables, six ans, c’est trop court, mais quand il y a une continuité d’un mandat à l’autre cela donne un peu de pouvoir à la ville.** J’ai répondu à cette invitation parce que pour moi, le « pouvoir des villes », c’est le pouvoir de tous les habitants de la ville. Ce n’est pas le pouvoir des institutions de la ville, ce n’est pas le pouvoir des élus de la ville, c’est le pouvoir de tout le monde. Cela rejoint la notion d’*empowerment* dont nous parlions précédemment.

Je suis venue vous parler d’une expérience concrète, réussie, mais qui peut encore s’améliorer, qui s’appelle le Plan local d’actions en santé environnementale (Plase). C’est un plan de 28 actions très concrètes, mises en œuvre au plus près des territoires et de manière transversale. Notre « mission de santé publique » travaille en lien avec toutes les directions de la municipalité, voire de la métropole : l’habitat, les espaces verts, le sport, la petite enfance, la jeunesse, etc. Nous travaillons avec toutes les directions, nous avons des référents pour la mise en œuvre opérationnelle de ces actions.

Nous avons lancé ces actions concertées en 2012 et cette année, nous avons procédé à l'évaluation du plan. L'élément qui en ressort prioritairement est l'urgence d'informer les gens correctement, de leur apporter les bonnes informations pour qu'ils s'emparent de ces questions.

AUBERVILLIERS – Actions en faveur de la prévention sanitaire des risques environnementaux et mobilisation des habitants et des acteurs économiques

«● Maria Mercader y Puig

Maire adjointe à la santé et au handicap, ville d'Aubervilliers

C'est avec plaisir que j'ai répondu positivement à votre invitation pour évoquer ensemble des sujets prioritaires autour de la santé environnementale. La ville d'Aubervilliers y est très sensible et travaille au quotidien, via son service «santé et environnement», à la mise en place des actions que je vais vous présenter avec l'aide de M. Nafa Bensaïd, responsable du service qui est intégré à la direction de la santé publique de la ville. Il s'agit d'actions en faveur de la prévention sanitaire des risques environnementaux et la mobilisation des habitants et des acteurs économiques.

Dans les territoires populaires, les populations ne sont pas informées sur les risques sanitaires environnementaux. Elles ne sont pas non plus assez informées sur les bons gestes pour se protéger. À Aubervilliers, deux programmes sont en place pour sensibiliser les habitants et les acteurs économiques et les faire contribuer à l'amélioration de la qualité de l'air.

Le premier est consacré à l'amélioration de la qualité de l'air dans l'habitat. Des visites sont réalisées au domicile des habitants. Les domiciles visités font partie d'un échantillon de 100 logements sélectionnés à partir de critères environnementaux : logement potentiellement insalubre ou non, logement situé à proximité d'installations extérieures potentiellement polluantes ou non. Des mesures de polluants sont effectuées dans chaque logement. Une brochure illustrée, traduite en plusieurs langues, est remise aux occupants afin de les sensibiliser aux gestes à adopter pour réduire leur exposition aux risques. Un questionnaire est soumis aux occupants pour connaître leurs pratiques et modes d'occupation.

Ensuite, selon les situations, des conseils sont prodigués aux occupants des logements pour améliorer la qualité de l'air intérieur. Un an plus tard, une seconde visite est effectuée dans chacun des logements afin de recueillir de nouveau les pratiques et modes d'occupation et également, pour effectuer de nouvelles mesures de polluants.

Cette action nécessite une pérennisation, car elle permet d'atteindre

trois objectifs : informer la population des risques, identifier les situations où les occupants sont surexposés aux polluants et les sensibiliser aux bonnes pratiques pour s'en prémunir.

Le second programme est dédié à la prévention et à la réduction des émissions diffuses de polluants dans l'air extérieur. Ce programme a **deux objectifs : informer sur les risques pour mieux accompagner le développement des activités économiques et sensibiliser les exploitants à l'acquisition des bons gestes.**

Un agent du service « santé et environnement » arpente les rues d'Aubervilliers pour identifier les adresses qui sont des sources potentielles de pollution de l'air. À ce jour, 120 adresses ont été visitées.

À la suite des visites, des consignes et recommandations ont été données aux exploitations, telles que le remplacement périodique des filtres à charbon pour les cabines à peinture, le ramonage et réaménagement de conduits de cheminées, l'isolation des installations bruyantes, le respect des règles d'élimination des déchets, etc.

Ces deux programmes d'action montrent bien qu'il est possible d'agir au niveau local pour contribuer à la réduction des polluants dans l'air. Mais il est aujourd'hui difficile de pérenniser ce type d'initiative si l'État n'apporte pas son soutien aux communes.

«• Estelle Kleffert

Nous avons eu déjà une présentation complète des différentes interventions. Je pense qu'il y a beaucoup d'interrogations posées aujourd'hui qui vous ont inspiré des réponses. Je propose que nous commençons par recueillir les questions de la salle. Pour cela, je vous invite à vous rapprocher de votre voisin pour vous présenter et formuler ensemble ce que vous attendez de cette table ronde sous forme de questions.

LES QUESTIONS DE L'AUDITOIRE

«• Charlotte Marchandise-Franquet

Avec mon voisin, nous avons relevé que ce qui faisait le point commun de vos actions était que vous aviez réussi à dépasser les blocages. Nous voudrions savoir comment vous y avez réussi, quel est votre « super pouvoir », le « truc » qui a fait que vous êtes parvenu à mener votre action. Nous avons beaucoup parlé de freins, et cela nous permettrait de savoir quels sont les leviers.

«• Bellina Léon

Je ne suis élue que depuis trois mois. Nous sommes tout nouveaux dans la ville et nous avons du mal à contacter les gens, à faire venir le grand public pour discuter. Il n'existait rien depuis vingt ans en matière de santé. Comment alors, mobiliser la société civile ?

«• Marc Schoene

Nous, nous avons entendu quelque chose d'énorme, qui nous pose problème. En fait, ne faut-il pas supprimer les services de santé pour que tout le monde s'occupe de santé ? Pourquoi avez-vous dit ce que vous avez dit et que doit-on en tirer comme conséquences ?

«• Laurent El Ghozi

Je précise que Marc Schoene a été longtemps directeur de la santé à Saint-Denis...

«• Félicie David

Impes

Avec mes deux voisins, nous nous demandions quelle était l'appropriation des démarches par les agents municipaux en tant que relais avec la population.

☞ Estelle Kleffert

Nous avons prévu de passer par trois thèmes sur l'action politique.

Nous allons d'abord essayer de voir comment naît cet enjeu, cette volonté d'élaborer une politique et comment on la met en œuvre.

Dans un deuxième temps, nous traiterons la question de la mobilisation de la société civile : comment impliquer la société civile.

Dans un troisième temps, nous parlerons des indicateurs, des évaluations, pour faire un retour des bonnes pratiques sur ce que chacun a vécu.

Enfin, pour conclure, nous demanderons ce que chacun referait absolument s'il devait refaire cette politique et surtout, ce qu'il ne referait absolument pas.

TABLE RONDE ET ÉLÉMENTS DE RÉPONSE DES ÉLUS

Nous allons commencer avec Gilles Pérole de Mouans-Sartoux. Vous avez mis en place un programme plus ambitieux: vous êtes allé au-delà des requis du PSE. Vous avez mis en place le 100% bio dans vos cantines, pour les élèves et les agents municipaux. **Pourquoi cette thématique de l'alimentation? Pourquoi ce choix?**

«● Gilles Pérole

Comme je le disais, ce n'est pas la seule thématique qui a été traitée. C'est celle que nous avons décidé de mettre en avant aujourd'hui. Elle nous paraît intéressante à double titre.

Mais je voudrais d'abord donner un premier élément de réponse à la question de Marc Schoene. Dans les petites villes, il y a très rarement des services de santé. C'est peut-être pour cela que nous nous sommes appropriés la santé de manière transversale. Mais je pense que le modèle n'est pas inintéressant et qu'il y a certainement, pour les grandes villes, des éléments à prendre sur la transversalité. Cela ne signifie pas qu'il ne faut pas de spécialistes ni de techniciens de santé, selon la taille du territoire.

Pour une ville, l'alimentation est une entrée assez facile, puisqu'elle rejoint une compétence, la restauration scolaire, qui existe dans quasiment toutes les 36 000 communes de France. De plus, c'est une entrée conviviale. Le temps du repas est un moment purement pratique et l'on n'a pas forcément l'impression de faire de la santé en étant à table. Pourtant, ce qui est dans notre assiette est un élément important, de manière directe et indirecte. Il y a à la fois ce que l'on mange, en termes d'équilibre alimentaire et de qualité des produits, et tout ce qui a trait aux modes de production. 25 % des gaz à effet de serre proviennent de l'agriculture. Les enjeux sont donc extrêmement forts.

Nous parlions de la nécessité d'avoir une continuité sur plusieurs mandats pour agir en matière de santé environnement. Si notre ville est tellement sensibilisée à ce sujet, c'est parce que notre maire, André Aschieri, a accompli sept mandats dans notre commune, ce qui donne une longueur de projet assez impressionnante. Au cours d'un mandat où il était aussi député, il a créé l'Afset, l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail. Il était donc fortement sensibilisé sur le lien entre santé et environnement. Nous avons cette connaissance

et nous nous sommes demandés ce que nous pouvions en faire sur notre territoire. Si nous n'avions pas la responsabilité d'être exemplaires sur ce que nous pouvions maîtriser en termes de santé environnementale, nous aurions raté notre mandat, notre mission.

Nous avons envisagé ce que nous pouvions faire en matière d'alimentation dans cet objectif. Nous sommes entrés par le PNNS, le Programme national nutrition santé. Ce sont des recommandations, et il y a certains points qui sont intéressants en termes d'équilibre alimentaire. Mais nous avons souhaité aller plus loin parce que l'équilibre alimentaire ne suffit pas si l'on ne s'intéresse pas à la qualité des produits que l'on mange. Si l'on mange plus de fruits et légumes, on absorbe plus de pesticides. Si l'on consomme des farines plus complètes également. Cela nous a questionnés. Lorsque nous avons commencé à essayer, dans notre restauration, de respecter les neuf repères du PNNS, nous nous sommes dit qu'il fallait aller plus loin, qu'il fallait aussi parler de qualité du produit.

Nous avons mis le bio en place en deux étapes. Nous avons commencé par le bœuf, en 1999, période qui doit vous rappeler l'épisode de la vache folle. Beaucoup de cantines ont supprimé le bœuf pendant deux ou trois mois et l'ont remis au menu, en se disant que tout était réglé, puisque l'on ne donnait plus de farines animales. Nous, nous sommes passés au bio parce que nous étions sûrs que le bétail n'avait pas mangé de farines animales, et depuis un certain temps. En 2008, nous avons décidé d'aller plus loin, en considérant que si le bio était essentiel, ce n'était pas 10%, ce n'était pas 20%, mais que cela devait être bio à 100%. En quatre ans, nous sommes passés à 100% d'alimentation bio, en faisant une introduction par produits. Nous sommes passés à 20% simplement avec le pain, les pommes et les laitages, trois aliments qui représentent un énorme volume dans toutes les restaurations collectives dont les restaurations scolaires. Vous voyez que les objectifs du Grenelle ne sont pas si compliqués à atteindre et que l'on peut même aller plus loin. Il se trouve que vous avez la chance d'avoir, autour de la table (avec Grande-Synthe), deux des trois villes de plus 10 000 habitants en France qui sont à 100% bio en restauration collective et nous nous retrouvons d'ailleurs sur certains engagements en matière de santé. La troisième est Saint-Étienne.

Passer au 100% bio peut paraître un objectif inatteignable, mais mon objectif, aujourd'hui, est de vous montrer que ce que nous avons fait est relativement simple et peu coûteux. Notre objectif était de passer au 100% bio à coût constant et nous sommes même parvenus à diminuer légèrement le coût d'achat des aliments.

Du point de vue des chiffres, la moyenne du gaspillage alimentaire

en restauration collective est de 150 g par repas, soit un tiers du repas, dont le poids moyen est de 450 g. C'était le premier axe que nous voulions travailler. Depuis 2010, nous pesons chaque jour nos restes, notre gaspillage alimentaire, et nous sommes passés de 147 g en 2010 – nous étions donc bien dans la moyenne nationale – à 30 g aujourd'hui. Nous avons donc diminué de 80% notre gaspillage alimentaire, ce qui nous a permis d'économiser 15 centimes par repas. Ce sont ces 15 centimes qui nous permettent d'acheter des produits de qualité sans dépenser plus. Actuellement, avec les contraintes budgétaires qui pèsent actuellement sur toutes nos collectivités, c'est un point extrêmement important: la maîtrise financière.

Pour diminuer le gaspillage, au-delà de la pesée, il faut analyser et faire bouger les choses. Il faut d'abord cesser de s'appuyer sur un grammage recommandé multiplié par le nombre de rations quand chaque jour, on jette un tiers de ce que l'on produit. Sur le plan mathématique, cela paraît assez simple. Il faut fabriquer ces grammages repères pour servir suffisamment à manger à chaque enfant, mais sans gaspiller. C'est notre travail, mais c'est pour cette raison que nous continuons à peser quotidiennement. Il convient de servir les plats en portions différentes : il y a de petits appétits, de gros appétits, certains aiment un plat, d'autres en préfèrent d'autres. Il faut donc personnaliser le service en termes de quantités. C'est essentiellement par ce moyen que nous avons réussi à diminuer le gaspillage. Cela passe aussi par le fait, par exemple, de ne plus servir systématiquement une pomme entière à un enfant, mais de la servir au quartier. Même s'il veut en prendre six, ce n'est pas un problème. Nous essayons d'éclater les portions de tous les aliments que nous servons.

Nous avons ensuite travaillé sur notre restauration scolaire pour investir encore plus l'alimentation durable. Nous nous sommes attachés à avoir un approvisionnement de proximité. Quand nous avons fait les premières introductions de bio dans notre marché alimentaire, nous avons étudié la provenance des produits, qui étaient souvent importés d'Argentine, d'Europe de l'Est, etc. La moyenne d'acheminement d'un aliment dans l'assiette est de 3 000 kilomètres. Cela va vite... Même si le gouvernement nous demande sans arrêt d'acheter aux producteurs français, on sait que les marchés publics ne sont pas sa priorité. Il existe des moyens très faciles de privilégier les approvisionnements de proximité et maintenant, on le sait. Vous pourrez consulter les détails sur le site dédié à la restauration scolaire de la ville de Mouans-Sartoux[•], sur lequel sont publiés tous nos marchés. Vous y trouverez les annexes que nous faisons remplir aux candidats pour valoriser les producteurs de proximité. Nous évaluons les distances, les délais entre récoltes et livraisons, les possibilités de visite de

[•] <http://restauration-bio-durable-mouans-sartoux.fr/>

fermes, etc. Dans les Alpes-Maritimes, il pousse plus de villas secondaires que de producteurs de légumes bio. Il en pousse un petit peu, et les rares producteurs bio des Alpes-Maritimes ont eu l'intelligence de développer une diffusion de proximité par les Amap (Association pour le maintien de l'agriculture paysanne), la vente à la ferme, etc. Nous leur avons demandé de remplir des marchés publics pour nous fournir quelques légumes. Nous avons eu zéro réponse.

Nous avons donc créé notre régie municipale agricole. La ville est devenue agricultrice. Nous avons deux agriculteurs qui cultivent les légumes de la cantine et nous sommes autonomes à 80 % de nos besoins en légumes.

Je pourrais vous parler de ce projet pendant des heures. Certains d'entre vous ont pu prendre la plaquette qui donne le détail de ce que nous proposons, mais je n'en avais pas beaucoup. Elle est en téléchargement libre sur le site de la ville et celui d'ESPT (www.espt.asso.fr).

Nous avons un objectif clair : nous voulons respecter la santé des enfants de la commune en les nourrissant et nous voulons respecter l'environnement. Pour nous, c'est vital, prioritaire. À partir de là, nous avons analysé nos pratiques et nous les avons fait évoluer de manière assez pragmatique en mettant un cadre supplémentaire, le cadre budgétaire. Ensuite, l'intelligence humaine a été mobilisée, nos équipes ont été associées. Au début, nous avons un peu raté le coche : nous, les élus, nous sommes toujours dans nos projets, nous voulons galoper, mais il ne faut surtout pas oublier nos équipes. Il est indispensable d'associer les équipes parce que non seulement, elles s'approprient et défendent le projet, mais qu'elles le nourrissent et le font avancer encore plus vite.

Nous avons une grille d'analyse de toutes nos pratiques pour être cohérents avec nos objectifs de respect de la santé et de l'environnement. Je n'ai pas évoqué le volet éducatif, mais il est permanent, que ce soit au moment où l'enfant mange, où il participe à un atelier de cuisine ou de jardinage pendant les temps d'activité périscolaire ou quand il va à la régie agricole semer ou récolter des légumes qu'il mangera. On sait que la saisonnalité est compliquée, à certaines périodes de l'année, même si nous sommes dans le sud. Parfois, il mange des blettes deux fois dans la semaine, mais s'il les a ramassées, s'il les connaît, s'il a un lien affectif avec ces blettes, il les mange beaucoup plus facilement.

Notre projet est très simple, mais nous le menons depuis 2008. Nous n'avons donc pas tout changé en un jour. Un mandat de six ans, c'est

court. Nous, nous ne partions pas de rien : nous avons notre cuisine, nous avons déjà beaucoup de choses. Nous avons distribué un questionnaire, en 2013, dans lequel nous demandions aux enfants ce qu'ils n'aimaient pas à la cantine. Il n'y en a que 11 % qui ont dit qu'ils mangeaient trop de légumes. Si vous faites la même enquête au niveau national, vous verrez ce qu'il en ressort...

Cela veut dire que c'est intégré.

«● Estelle Kleffert

Je parlais de se faire du bien sans se faire du mal. On ne peut donc qu'approuver la convivialité comme façon de mettre en avant la santé environnementale.

Dans la salle, vous nous demandiez par ailleurs comment dépasser les blocages. A Nantes, Catherine Bassani-Pillot, vous nous avait dit qu'il y avait eu un fort soutien politique pour la mise en place du Plan local d'actions en santé environnementale. Comment avez-vous fait pour dépasser ces blocages ? Quel a été ce soutien politique ?

«● Catherine Bassani-Pillot

Je disais tout à l'heure que la longévité, le portage sur plusieurs mandats me paraissaient importants. À Nantes, nous avons un élu spécifique à la santé environnementale depuis trois mandats. C'est ce qui a permis la mise en place de ce Plan local d'actions en santé environnementale. 28 actions sont menées en parallèle et en permanence, dans la durée. Ce sont des processus d'amélioration continue, des allers et retours avec les habitants, les collectifs. C'est un travail très en lien avec les services – cela fait partie des leviers d'action. En tant qu'élue, j'ai découvert qu'il n'était pas si simple de travailler en confiance avec les services. Je ne mets pas les services au défi : je pense qu'ils ont peut-être eu l'habitude de travailler avec certains élus qui ne s'emparaient pas des dossiers. **On a passé un cap à partir du moment où l'on est en confiance avec les services et où les élus se situent vraiment en complémentarité. Nous ne sommes pas sur les plates-bandes des services, nous ne sommes pas des techniciens, nous ne sommes pas des scientifiques.** En revanche, les techniciens et les scientifiques nous apportent de l'aide à la décision et à partir de ces éléments et d'autres éléments qui nous viennent des collectifs citoyens, des habitants, etc., nous agrégeons le tout et nous tentons d'amener cela vers la réalisation de notre programme.

Je vois aussi un autre levier d'action. Nous avons parlé de la vision globale, de l'aspect global de la santé environnementale, mais il y a aussi des aspects concrets. À Nantes, par exemple, un élu en charge d'une thématique est aussi élu sur un quartier. Nous sommes tous en charge à la fois d'une thématique et d'un quartier. La même personne fait le lien entre ce qui se passe sur son quartier et ce qu'il peut amener à sa délégation. Nous échangeons donc à la fois sur notre vision de proximité des quartiers et sur nos différentes thématiques.

Un autre facteur m'aide beaucoup, même si c'est très lourd en termes de temps : je préside un syndicat mixte qui s'occupe de la qualité des eaux de l'Erdre, qui est un affluent de la Loire. Son périmètre est de 1000 km², soit l'ensemble du bassin versant qui est un territoire naturel dans lequel convergent toutes les eaux de pluie et de source. En l'occurrence, il s'agit du bassin versant de l'Erdre, qui se jette dans la Loire à Nantes, et dans lequel il y a une prise d'eau potable de secours en cas de pollution de la Loire. Les enjeux de l'eau y sont donc extrêmement importants. Cette responsabilité requiert du temps, parce qu'il faut aller sur le territoire, qui va largement au-delà de la commune de Nantes, mais elle me permet aussi d'être en lien avec des agriculteurs dont certains sont déjà exemplaires. J'essaie de les mettre en valeur parce qu'ils ont changé leurs pratiques, qu'ils n'utilisent plus de pesticides, qu'ils passent en bio, etc. On retrouve là des leviers d'action sur le territoire en direct, avec cette pensée globale, mais qui permet d'agir localement. Quand on parvient à amener les agriculteurs à changer de pratiques, en l'occurrence, à réduire ou à stopper les pesticides dans leurs cultures, qu'il s'agisse de céréaliers, d'éleveurs ou de maraîchers, on agit à la fois sur la qualité de l'alimentation qu'ils produisent, évidemment, mais aussi sur la qualité de l'eau, puisqu'il y a moins de rejets pollués dans les rivières, et sur la qualité de l'air. À certaines périodes, les pesticides représentent 25 à 30% de la pollution de l'air. Lorsque l'on parle de remonter aux causes premières de pollution, le fait de travailler à l'échelle d'un bassin versant me permet d'agir sur les causes premières de ces pollutions auprès des agriculteurs. J'ai encore du travail à faire : il y a près de 12% d'agriculteurs bio sur le territoire. Je parle du nombre d'agriculteurs et non de surfaces agricoles. Mais c'est possible, et c'est ce que nous voulons mettre en avant.

Je ne veux jamais renvoyer les gens dos à dos : je veux que nous travaillions tous ensemble et que ceux qui ont des bonnes pratiques puissent l'exprimer et être valorisés, même si j'ai bien conscience, aussi, très pragmatiquement, que tout n'est pas transposable. Nous expérimentons, nous voyons ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas, ce qui pourrait fonctionner ailleurs. Nous essayons, et nous nous améliorons. C'est une

démarche d'amélioration continue, avec l'ensemble des acteurs. Je n'oppose personne. C'est pourquoi ce matin, j'étais un peu surprise d'entendre qu'untel ne faisait pas ceci, que tel autre ne faisait pas cela... Ce n'est pas du tout opérationnel. C'est tous ensemble que l'on arrive à changer les choses.

«● Estelle Kleffert

L'idée est de remettre en avant les synergies et le collectif. Je ne peux qu'être d'accord avec cela.

Brigitte Deroo, Hélène Verrièle à Grande-Synthe, vous êtes des précurseurs, puisque la ville a créé le centre de santé en 1978. Vous avez des portes d'entrée multiples : la mobilité, l'alimentation, l'activité physique, l'habitat, l'éducation... Vous avez plusieurs thématiques.

Comment avez-vous choisi vos thèmes et comment gérer la transversalité, puisque la santé environnementale touche la santé, l'environnement et énormément de politiques ? Comment assurer une cohérence entre tout cela ?

«● Hélène Verrièle

Avant d'entrer dans le détail de ces axes transversaux, je reviens sur quelques éléments de contexte de la ville qui permettront d'expliquer la démarche, la manière dont le travail a été mené.

Grande-Synthe est une ville de 21 000 habitants qui, jusque dans les années 1960, était un village maraîcher. Il a connu son extension avec l'arrivée d'Usinor, à l'époque, et donc, de populations venues pour travailler à l'usine. La commune a donc un patrimoine industriel fort. Dès le développement de la ville, il y a eu une véritable volonté politique de placer l'habitant et son bien-être au centre des débats. Il a fallu certes construire rapidement, en faisant probablement des erreurs puisqu'aujourd'hui, nous avons des quartiers en rénovation urbaine sur lesquels il a fallu ré-intervenir. Néanmoins, dès les années 1970, il y avait une volonté d'inscrire la nature dans cette ville qui se développait rapidement. Des espaces naturels ont été créés pour faire un poumon vert afin que les habitants puissent ne pas se trouver uniquement dans un espace urbanisé.

En termes de données socio-économiques, deux caractéristiques sont à relever. Nous avons aujourd'hui une population qui souffre d'un manque

• Le principal objectif du mouvement des villes en transition est de développer la résilience des agglomérations urbaines, c'est-à-dire leur capacité à retrouver un équilibre après les premières perturbations que pourraient provoquer le déclin pétrolier et l'augmentation de la température. Contrairement aux organisations alternatives, les villes en transition cherchent moins à remettre en cause les modes de vie actuels qu'à préparer, par étape, ceux de demain. (Source : <https://www.kpimg.com>)

• Ville située dans le Devon, au sud-ouest de l'Angleterre connue pour être la première ville en transition.

d'emplois évident, avec un taux de chômage qui atteint les 26%, et nous comptons un taux de pauvreté de l'ordre de 30%. Nous avons donc des populations en grande difficulté et une volonté politique très affirmée de mettre néanmoins tout en œuvre pour que les habitants puissent se sentir le mieux possible.

En 2011, la ville a pris la position, par délibération du conseil municipal, de se déclarer ville en transition[•]. À l'inverse de l'exemple de la ville de Totnes[•], où la démarche venait des habitants, à **Grande-Synthe, ce sont les élus qui ont posé cela comme une volonté forte de faire traverser l'ensemble des politiques publiques par un fil rouge important autour de la transition.**

Les grands objectifs stratégiques qui sont travaillés autour de cette orientation sont de chercher à atteindre le facteur 4 à l'échelle du territoire à l'horizon de 2050, donc la **réduction des émissions de gaz à effet de serre, la recherche de l'autonomie**, notamment au regard des ressources possibles, **l'adaptation aux crises**, notamment avec les problématiques de changement climatique, et le renforcement des solidarités.

Au travers de ces quatre grandes orientations stratégiques, les services, aujourd'hui, quel que soit l'enjeu sur lequel ils travaillent, ont ces préoccupations à développer.

Comment cela s'organise-t-il concrètement? Sur un premier axe autour de **l'habitat et de l'aménagement urbain**, nous avons des quartiers en rénovation urbaine – nous sommes en politique de la ville depuis que celle-ci existe, donc 30% des habitants qui vivent dans des quartiers relevant de la politique de la ville ou des quartiers où intervient l'Agence nationale de la rénovation urbaine (Anru). Dans les quartiers en rénovation urbaine ou sur l'ensemble des constructions, la ville entend travailler avec des matériaux ayant des normes environnementales de qualité. La volonté politique et le suivi, de la part du maire, sont extrêmement rigoureux et ne laissent rien passer aux bailleurs, partant du principe que dès lors que l'habitant se sent bien chez lui, son bien-être est déjà assez important. Je n'ai pas indiqué les données sociales, mais nous avons un taux de 67% de logement social sur notre territoire. Vous comprenez donc l'importance de la nécessité de travailler sur le bien-être dans le logement.

Nous avons **un projet d'éco-quartier**, qui devrait démarrer l'an prochain. Dans ce cadre, un travail est réalisé sur l'éclairage public, avec le remplacement systématique de l'éclairage public par des lampes à *led* (Diodes électro-luminescentes) et en ayant diminué l'éclairage nocturne pour préserver la biodiversité.

Je pourrais citer d'autres exemples. En termes de construction, toutes les interventions de la ville sur les équipements publics ont été menées au cours des quinze dernières années. Il reste la construction d'un nouveau bâtiment pour relocaliser le centre de santé, qui se trouve actuellement dans un ancien groupe scolaire, lui-même ancien centre social, donc un bâtiment qui n'est plus du tout aux normes. Ce bâtiment devra répondre aux normes de l'économie circulaire.

Un autre axe très important est celui de **la mobilité durable**. Une réflexion a été menée avec les habitants sur l'implantation de pistes cyclables, dans l'idée de couvrir l'ensemble de la ville avec les pistes cyclables et de mailler ce réseau avec la démarche d'agglomération. Nous réalisons aussi **des actions très concrètes autour de la promotion du vélo**. Des parcs à vélos ont été installés dans tous les groupes scolaires pour lever tous les freins qui pourraient empêcher les enfants d'aller à vélo à l'école, parce que l'on ne sait pas quoi faire du vélo et que l'on a peur de ne pas le retrouver à la sortie des cours. La ville a acheté **des véhicules électriques à hydrogène pour les services municipaux**. L'agglomération a décidé de la **gratuité des bus le week-end et les jours de pollution**, ce qui permet d'encourager des habitudes et des modes de déplacement différents pour réduire l'ensemble de la pollution.

Un troisième volet porte sur **l'alimentation et la biodiversité**, avec, par exemple, l'implantation de **jardins en pied d'immeuble**. Il y avait des jardins ouvriers en périphérie de la ville. Depuis quatre ou cinq ans, des jardins s'installent au pied des résidences. L'identification des habitants qui ont envie de s'y investir se fait en porte-à-porte. Des animateurs de l'université populaire vont voir les habitants pour leur présenter le projet. Dès lors que l'implantation à tel endroit a été décidée, ils sont accompagnés. Par ailleurs, le travail de gestion différenciée des espaces verts est une habitude développée depuis une vingtaine d'années. Cela contribue à la valorisation de la faune et de la flore locales. La ville s'attache aussi à la préservation de la trame verte et bleue. Grande-Synthe est un village dépourvu de patrimoine bâti historique, mais a un véritable patrimoine vert, avec ses espaces verts et ses cours d'eau.

Nous avons aussi un axe sur **la santé et l'environnement**, avec le 100% bio dans les cantines, la mise en place **d'une mutuelle santé pour tous**, dont Brigitte Deroo parlera plus en détail. Nous mesurons aussi la qualité de l'air dans toutes les écoles et les équipements de la petite enfance. **Une démarche d'information des habitants sur la qualité de l'air** a été mise en place. Dès qu'un épisode de pollution est annoncé, l'information est donnée au travers du fanion vert, orange, rouge, qui permet d'informer les

habitants, mais aussi d'éviter que les personnes plus fragilisées sortent ou fassent du sport ces jours-là.

Nous avons donc un panel d'exemples assez large, qui démontre bien la volonté de cette continuité d'action autour de la transition, **tout cela en lien et avec les habitants**, qu'ils soient chez eux, au travers des jardins, ou dans les maisons de quartier... Quel que soit l'endroit où nous avons la possibilité de travailler avec les habitants, nous le faisons. Nous développons **aussi un travail autour de l'économie circulaire et l'économie collaborative** qui sera lancé très prochainement.

☞ Estelle Kleffert

Madame Bassani, vous parliez de 28 actions, ce qui paraît considérable. **Vous disiez que chaque élu était en charge d'une thématique et d'un territoire. Comment parvenez-vous à donner une cohérence à tout cela ?**

☞ Catherine Bassani-Pillot

La cohérence de l'ensemble est assurée par la complémentarité des actions qui sont menées en parallèle. Chaque action est évaluée séparément en fonction de la manière dont elle est réalisée et des indicateurs que nous nous sommes fixés.

Nous avons lancé ce plan en 2012 et nous avons réalisé la première évaluation cette année en 2015. Il en ressort un manque d'indicateurs quantitatifs pour mesurer le résultat des actions, mais de manière empirique, le travail d'évaluation qui a été mené montre que les gens sont satisfaits et qu'il serait beaucoup plus intéressant d'imaginer des indicateurs qualitatifs. Tout à l'heure, il était question de la perception qu'avaient les gens de leur cadre de vie. Finalement, n'est-ce pas ce qui est le plus important ? Si l'on veut réussir à faire en sorte que les gens s'emparent des questions de santé, qu'ils ne soient plus seulement des « patients passifs » ou des usagers, mais des acteurs de leur santé, il est important de savoir comment ils perçoivent leur environnement. Nous avons décidé, à partir de cette année, de mettre en place des indicateurs qualitatifs, pour savoir si les gens perçoivent une amélioration dans leur environnement de vie au sens large. Je n'ai rien contre la mesure quantitative, mais parfois, on se demande ce que l'on mesure et la pertinence de certains chiffres me laisse un peu perplexe.

L'aspect de coordination apparaît au moment où il s'agit de répartir les forces, parce que nous n'avons pas des forces infinies dans ce domaine, même si la ville va bien au-delà de ses compétences obligatoires, comme c'est le cas de Grande-Synthe, par exemple. Les villes qui ont un marqueur social fort, vu la faiblesse des politiques en matière de santé environnementale, s'emparent à un moment donné de la question et vont au-delà de leurs compétences obligatoires. À Nantes, par exemple, nous avons décidé de maintenir et d'entretenir les bains-douches, parce que cela permet à des populations très précaires et très éloignées des institutions d'avoir un minimum d'hygiène, mais aussi du lien social, des contacts. C'est un exemple, mais c'est important.

Je n'énumérerai pas toutes les actions, ce serait fastidieux pour vous, et il y a beaucoup de choses que nous faisons qui ont déjà été dites. J'irai à l'essentiel.

S'agissant de la question de la multithématique, l'élément intéressant, à mon sens, est la mise en place d'un référent dans chaque service. Nous avons une mission de santé publique dirigée par un médecin, Patricia Saraux. Elle a une mission transversale de sensibilisation auprès des autres services et du public. Dans les services de Nantes et de la métropole, nous avons des référents qui sont en charge de suivre les actions que nous avons mises en œuvre. Parmi les actions, certaines sont internes et visent à sensibiliser les services, d'autres sont des actions externes qui visent à informer directement les habitants. Nous menons essentiellement des actions d'information. Ce ne sont pas les plus chères à mettre en œuvre, mais ce sont celles qui portent le plus de résultats. Nous voulons donner aux gens une information fiable et toute l'information, dans l'état des connaissances que nous avons de certains sujets – parce qu'il y a en ce moment des sujets sur lesquels on mesure difficilement les risques et si l'on veut les prévenir, nous essayons de mettre le curseur plus haut que les normes qui nous sont imposées. Je pense par exemple aux ondes électromagnétiques. De nouveaux sujets sont en train de monter, comme les perturbateurs endocriniens. À Nantes, nous faisons beaucoup de choses, mais pour l'instant, il n'y a rien de spécifique sur cette problématique. Nous devons l'ajouter à notre plan.

De manière générale, ce qui me tient à cœur c'est de considérer la santé comme un indicateur de réussite dans toutes les politiques publiques. C'est assez global, mais c'est opérationnel. Je ne suis pas sûre de réussir à le faire dans un mandat, mais ce n'est pas grave : d'autres continueront après. Voici le message que je passe à tous les élus : si l'on considère que la santé est un indicateur de réussite, on va construire de

l'habitat propice à la santé, concevoir des aménagements urbains propices à la santé, etc. Je ne vais pas le décliner sur toutes les politiques, mais c'est un message à faire passer. **Cela suppose du travail auprès des élus, des services, etc. et c'est aussi très structurant.**

☞ Estelle Kleffert

Vous voyez la santé toujours comme référence pour donner de la cohérence à des actions qui sont toutes parallèles.

Vous avez parlé de l'impact de l'information des citoyens. La mobilisation citoyenne est finalement la plus effective. Madame Mercader, vous avez fait un choix radical à Aubervilliers. Vous avez élaboré un programme en deux temps. La première action a été d'aller voir les habitants chez eux pour mesurer la pollution de leur air intérieur. Comment cela s'est-il passé, avec ces habitants ? Le contact que vous avez avec eux est-il positif ? Ont-ils déjà compris votre démarche ? Se sont-ils totalement appropriés vos conseils ? Se sont-ils sentis valorisés ? Quels sont les retours que vous avez sur ce contact ?

☞ Maria Mercader y Puig

Les visites que nous faisons à domicile sont très bien acceptées. Les habitants d'Aubervilliers sont même demandeurs, puisque nous avons l'occasion de discuter avec eux. Dans la salle, deux participantes ont demandé si les agents municipaux s'appropriaient cette démarche et vous, Madame Bassani, vous avez évoqué le fait de travailler en pleine complémentarité avec les services. Il faut tenir compte du fait que ma délégation, en tant qu'élue, ce sont la santé et le handicap, donc deux grosses délégations, pour une ville de près de 80 000 habitants. Je travaille beaucoup, et je me décharge énormément. Je vous ai présenté le travail qui est fait et je sais très bien comment il est fait, avec le responsable du service, qui est ici présent. Si vous voulez savoir comment se déroulent ces visites, ces tests que nous faisons en arpentant les rues d'Aubervilliers, avec quel matériel nous les faisons, il serait préférable de s'adresser à lui.

« Nafa Bensaid

Responsable du pôle Santé et environnement, ville d'Aubervilliers

Je reviens sur le contexte social territorial des inégalités à Aubervilliers, parce que comme chacun le sait, le territoire de la Seine-Saint-Denis et plus particulièrement Aubervilliers et notamment, Saint-Ouen, sont des territoires qui concentrent les inégalités sociales et les inégalités de santé environnementale, du fait du passé agricole, puis industriel, du territoire de la commune et de la précarité sociale des habitants de la ville d'Aubervilliers. Quand nous avons commencé à travailler sur la question de la santé environnementale, c'était très complexe. Nous travaillons avec l'ARS, le Conseil régional, le département, l'ensemble des acteurs institutionnels, mais il est difficile, quand on expose des actions qui sont orientées par rapport à des spécificités territoriales, qui ne sont pas des généralités à l'échelon national, de convaincre les autorités et les institutions de nous suivre sur le plan des financements.

Pour démarrer les deux projets sur la ville d'Aubervilliers, nous étions dans l'obligation de répondre à un appel à projets du Conseil régional d'Île-de-France, qui nous a soutenus sur le plan financier, notamment pour acheter des appareils de mesure. En effet, nous nous sommes dit que si déjà l'on menait une action sur la qualité de l'air, autant la faire au plus près des personnes qui habitent dans des logements insalubres, voire même indignes, parce que ce sont elles qui sont exposées, pour réduire les risques de surexposition vis-à-vis de leur vulnérabilité sociale et de leur vulnérabilité sanitaire.

Nous avons donc choisi de conduire deux programmes vraiment connectés. Le premier vise à réduire la concentration des polluants dans certains logements et le second, à réduire les émissions de pollutions diffuses des activités non ICPE (Installation classée pour la protection de l'environnement). Aubervilliers a en effet la particularité d'accueillir beaucoup d'activités comme les cabines de peinture, la peinture sérigraphie, la blanchisserie ou la mécanique, qui sont implantées à proximité des habitations. Il y a même des rez-de-chaussée qui ont fenêtre ouverte sur ces activités. C'est pour cette raison que nous menons simultanément ces deux actions : une en faveur des occupants des logements et l'autre en faveur des exploitants de ces activités. Ces derniers sont confrontés à des difficultés, dans leur quotidien, parce que parfois, ils ne connaissent pas les normes, les réglementations basiques, par exemple sur le ramonage des cheminées, le remplacement des filtres à charbon des cabines de peinture, pour les pratiques de brûlage de déchets à l'air libre... À Paris, j'ai rarement vu un chantier de grande entreprise brûler des déchets à l'air libre,

mais à Saint-Denis et à Aubervilliers, c'est une pratique courante. Nous sommes obligés de faire la chasse aux exploitants pour leur dire que la réglementation nationale s'applique aussi à l'échelon d'Aubervilliers et qu'il est hors de question d'éliminer de cette façon des déchets qui sont parfois des déchets dangereux.

Les deux programmes sont élaborés dans une approche de recherche-action, avec des méthodologies, des protocoles et également, une approche de volontariat. Nous n'obligeons pas les habitants ni les acteurs économiques à participer aux protocoles. Ils nous signent des décharges. C'est une démarche gagnant/gagnant : il n'y a pas de négatif.

À ce jour, nous avons fait 106 visites dans les logements. Parmi les logements visités, 32 ont déjà bénéficié du deuxième diagnostic. Nous avons constaté une amélioration de la qualité de l'air dans 20 d'entre eux, essentiellement due à l'acquisition des bons gestes par les habitants, comme aérer les pièces au moins dix minutes par jour, ne pas boucher les grilles de ventilation. Ce sont des choses vraiment basiques, qui nous paraissent peut-être simples, à nous, mais pour des populations précaires qui ont des difficultés, même ces gestes simples sont parfois compliqués parce qu'ils ont d'autres préoccupations et qu'ils ne pensent pas forcément à ce type de bonnes pratiques.

☞ Estelle Kleffert

Je me tourne vers Virginie Le Torrec et Sophie Rigard, qui nous ont rejoints en cours de route.

Vous avez piloté toutes les deux la construction du plan parisien de santé environnementale. **Quelle est l'ambition de ce plan ? Par ailleurs, vous avez voulu impliquer la société civile dans sa préparation. Quels retours pouvez-vous nous faire à cet égard ? Est-ce que cela a fonctionné ? Voulez-vous continuer à intégrer la société civile dans l'application de ce plan ?**

PARIS – Le plan parisien santé environnementale

«• Virginie Le Torrec

Conseillère technique au cabinet de Bernard Jomier, ville de Paris

Nous ne pouvons pas faire de retour parce que le plan n'est pas encore passé au conseil de Paris et que sa mise en œuvre n'a pas démarré.

Par rapport aux témoignages précédents qui présentaient d'autres expériences de villes, à Paris, quand nous avons commencé, nous ressentions très fortement que le principal risque était d'avoir un plan défini de manière experte par des techniciens, avec des schémas directeurs très gros, pour une population de 2 millions d'habitants et un très grand nombre d'usagers du territoire qui le traversent. **Nous avons donc travaillé le plan en prenant cela entièrement à rebours et en ayant comme perspective d'avoir un plan qui, d'un côté, cible les inégalités de santé et de l'autre, permette, dans la durée, une co-élaboration des objectifs et qui, finalement, rapproche la décision et la mise en œuvre des arrondissements, des quartiers, donc qui prenne en compte la très grande variété de situations que nous avons rencontrées à Paris.** C'était notre point de départ et je pense que c'est une première réponse à apporter à votre question.

L'inclusion de la société civile, à ce stade, est une volonté politique que nous avons traduite par **une grande curiosité au sujet des attentes vis-à-vis des partenaires associatifs** que nous avons associés à l'élaboration du plan. C'est aussi **un geste politique à destination des services et des professionnels** pour dire que **les citoyens auront leur place tout au long du processus et qu'il faut intégrer cela en termes de temporalité, de modalités d'échange...** De manière générale, nous veillerons à être très attentifs sur l'animation du plan, qui va s'étaler sur au moins cinq ans. Il sera animé par une conférence annuelle, qui sera une sorte de temps fort sur la santé environnementale, qui sera construit à partir des expériences de territoire et qui constituera un bilan de ce qui aura été fait dans la ville. Ce sera aussi l'occasion de lancer de nouvelles actions et un moment où nous allons susciter des échanges entre toutes les parties prenantes, qui auront là un prétexte pour se retrouver, pour échanger, pour râler, éventuellement, mais aussi, simplement, pour pouvoir à nouveau élaborer, à des échelles variées, des projets importants pour elles.

Le deuxième volet, en termes d'organisation des services, sera **la création d'un pôle de santé environnementale** qui sera un lieu d'échange,

un lieu de ressources, un lieu qui fera se rencontrer et collaborer services, associations, professionnels, territoires, partenaires institutionnels autour de projets concrets.

Le troisième volet nous amène à être très attentifs, dans l'ensemble, **à faire monter en compétence l'ensemble des acteurs, à s'assurer que le savoir, les connaissances, mais aussi les bonnes pratiques sont partagées par tous les moyens possibles.** Souvent, on est convaincu que le voisin, l'acteur d'à côté, l'élu d'à côté, sait la même chose que nous et que donc, il fait bien le lien entre développement du vélo, lutte contre la sédentarité, amélioration de la qualité de l'air, alors qu'en réalité, ce n'est pas le cas. Nous nous sommes dit qu'il fallait vraiment veiller à ce que les connaissances développées soient produites à la bonne échelle, qu'elles soient opérationnelles, partagées, et qu'il y ait des espaces d'échange qui fassent que les choses sont discutées.

☞ Sophie Rigard

Conseillère technique au cabinet de Bernard Jomier, ville de Paris

Nous aurons peut-être l'occasion de reparler de la question du développement d'une culture en santé environnementale, une culture qui soit partagée, qui soit à destination des plus jeunes, en commençant dès l'école primaire à travers des ateliers, dans le périscolaire, dans les centres de loisirs, donc en mettant tous ces acteurs dans la boucle. Le volet de la culture en santé environnementale concerne aussi les professionnels.

L'appropriation du plan par les acteurs était pour nous quelque chose de primordial, parce que nous nous rendions compte que les institutions produisaient des documents politiques, des orientations, mais qui étaient parfois difficilement appropriables par les acteurs de terrain : ce n'était pas toujours très lisible, ce n'était pas toujours priorisé, on ne savait pas par quel point le prendre. Le fait d'inclure les acteurs du territoire dans l'élaboration du plan, dès le début, était une garantie pour nous. En tout cas, nous mettions les chances de notre côté pour que ces acteurs du territoire possèdent cet outil, l'utilisent et le mettent en œuvre.

Pour l'un des actes structurants du plan, la réduction des inégalités de santé à caractère environnemental, notre concentration s'est portée sur la question de la répartition des aménités naturelles et urbaines sur le territoire. Il y a des contrastes très forts, à Paris, et des enjeux assez spécifiques, qui sont dus au tissu urbain, à sa densité, à sa démographie, à son histoire, qui a laissé une importante hétérogénéité dans la répartition de ces aménités. Cela amène la question de l'appropriation de l'espace public

par les citoyens, celle des espaces qui sont laissés en friche et qui sont des opportunités, pour les gens, de développer des projets, de se rencontrer, de mettre en œuvre des stratégies de compensation des pollutions qui nous entourent au quotidien. Toutes ces questions ont irrigué le plan.

«• Virginie Le Torrec

Nous ne présentons pas le plan pour des raisons de temps et parce que ce n'est pas la logique de l'atelier, mais vous avez dans vos pochettes un petit quatre-pages qui le résume, que nous avons produit pour pouvoir communiquer malgré le report de sa validation politique au mois de février 2016.

TABLE RONDE DES INTERVENANTS

«• Estelle Kleffert

Nous allons continuer avec la question de la participation de la société civile. À Grande-Synthe, vous avez choisi de créer un outil associatif, le centre de santé. **Pouvez-vous nous expliquer comment cela fonctionne et peut-être plus précisément en quoi ce partenariat est une réussite en termes de mobilisation de la société civile ?**

«• Brigitte Deroo

Le centre de santé est né en 1978. Pourquoi créer une association ? La santé n'est pas une compétence obligatoire des villes et le maire de l'époque voulait vraiment prouver que favoriser la prise en charge et monter des plans de prévention était une volonté municipale particulière. La souplesse de fonctionnement du monde associatif était également très intéressante.

Le centre de santé a mis du temps à être crédible. Si la ville de Nantes a des référents de santé dans chaque service, à Grande-Synthe, c'est le centre de santé qui est au service des services municipaux et vice versa. C'est une entité particulière : le bâtiment du centre de santé est un lieu de convivialité. On y parle de santé, on discute de santé, on a des rencontres par rapport à sa santé et malgré tout, c'est un lieu de vie, un lieu de joie, un lieu de bonheur. **C'est l'aspect intéressant de cette démarche. On ne peut parler de santé que si l'on est positif.** Nous ne sommes pas là pour faire peur aux gens, surtout s'ils ont moins de moyens financiers, culturels, éducatifs que tout un chacun. Par conséquent, nous positivons. Les gens sont experts de leur propre santé, ils ont une expérience. Ils ne sont peut-être pas experts scientifiques, mais ils sont en vie, donc ils sont en santé. Nous parlons de leurs attentes.

Pour remonter à l'origine du centre de santé, l'un des premiers vœux de son créateur était que la santé ne devait pas être médicale. Le président du centre n'a jamais été médecin, pas plus que son directeur. Si l'on veut que chaque habitant s'approprie la santé, il ne faut pas qu'elle soit que médicale. Le médecin est dans le soin, la prévention médicale existe, certes, mais nous, nous sommes un autre maillon de la vie. **La méthodologie du centre de santé est de partir des lieux de vie, des préoccupations des gens et c'est à nous, professionnels, de nous adapter aux gens.**

Lorsque nous avons fait le diagnostic de l'atelier santé ville, nous n'avons pas réalisé de diagnostic épidémiologique. L'ARS et le Conseil général, à l'époque, ont souffert parce que nous ne voulions pas de diagnostic épidémiologique et qu'en diagnostic partagé – habitants, professionnels, élus –, nous avons posé la question suivante : pour vous, qu'est-ce que le bien-être ? Nous n'avons pas employé le mot « santé ». Évidemment, il n'y a pas eu beaucoup de réponses épidémiologiques. Nous n'avions pas posé de question dans ce sens. Ce que les gens disaient, c'était qu'ils voulaient que leur médecin les prenne au sérieux, qu'il cesse de les prendre pour des imbéciles. Il fallait donc travailler sur la réciprocité entre le patient et le médecin. Le patient disait avoir aussi envie de se prendre en charge, avec ses moyens, ses capacités. Dès lors, il nous a semblé que le premier axe était de se réapproprier l'accès au droit de se soigner, donc pas uniquement le droit financier. Notre deuxième axe de travail portait sur le besoin qu'exprimaient les gens d'avoir confiance en leurs élus. Le médecin, l'élu, cela faisait beaucoup.

En matière environnementale, il se trouve que pendant la réalisation de cette enquête, un phénomène s'est produit qui a favorisé la réponse. Il y a eu un incident à Arcelor : une puce s'est vidée à un mauvais endroit et il y a eu un beau nuage bien rouge... Le sous-préfet était en train de communiquer par messages radio, conférences de presse, etc. pour dire qu'il n'y avait aucune raison de paniquer, que la situation était bien gérée quand s'est produite une deuxième explosion... Nous avons été un peu aidés dans notre enquête. C'était un nuage non dangereux, il n'y a pas eu de séquelles, c'est pourquoi je me permets de plaisanter. En tout cas, les gens voulaient que les élus arrêtent de les prendre pour des imbéciles et disaient que s'il y avait danger, il fallait le leur dire. « Nous ne sommes pas des imbéciles. Nous savons très bien que pour avoir du boulot, il faut des industries. Nous n'allons donc pas demander et exiger que les industries aillent ailleurs, nous ne sommes pas des idiots. Par contre, expliquez-nous, dites-nous la vérité. » Ceci nous a fait cogiter et nous avons mis en place, suite à cette volonté, ce que nous appelons des « cafés-santé » dans les maisons de quartier. C'est vraiment en lien avec les services de la ville et les agents municipaux. Le café-santé ne se passe pas entre sachants et non-sachants. Nous avons mis en place des ateliers entre habitants, représentants d'habitants, S3PI en tant qu'experts et nous, comme coordonnateurs. Les gens se sont mis à poser beaucoup de questions. Nous avons formé des relais, nous leur avons donné des informations sur les risques industriels majeurs, vu notre situation, sur le contenu des diodes, sur la conduite à tenir – est-ce que je vais chercher mon enfant à l'école ?... Nous avons enlevé des peurs.

Le dernier axe de ce diagnostic pour l'ASV portait sur leur perception du bien-être: «le bien-être, ce ne sont pas uniquement des séances de relaxation. C'est bien, mais c'est pour les riches. Par contre, je veux que mon logement soit bien. Je veux oser sortir de ma tour. Je veux oser aller faire mes courses dans mon quartier...» **«Le bien-être, cela veut dire que je dois être bien dans ma tête, dans mon logement, dans mon quartier.»** Nous nous sommes bien rendu compte que les préoccupations de l'habitant étaient bien loin des messages stéréotypes comme manger cinq fruits et légumes par jour.

L'ASV est parti de ces trois enjeux, les trois priorités demandées par les habitants, et des enjeux de l'ASV et il nous est incombé à nous, professionnels, non pas de jongler, mais de faire en sorte d'entrer dans les cases de l'ARS, parce que pour faire de la santé, il faut être correct sur le plan sanitaire. Hélas, il n'y a que des indicateurs de santé. Nous, nous cherchons des indicateurs de bien-être, de qualité de vie.

Partant des volontés des gens, en l'occurrence, de l'accès aux droits, nous avons mis en place une mutuelle pour tous, par le biais d'une pirouette administrative. Cela génère un gain de pouvoir d'achat, un peu plus de leviers pour acheter des meubles contenant peut-être un peu moins de composés organo-volatiles ou pour acheter des fruits et légumes, par exemple. Tout est vraiment lié.

Nous avons aussi une population jeune et pour parler des perturbateurs endocriniens, il existe, dans la région Nord – Pas-de-Calais, un programme qui s'appelle FEES, pour «Femmes enceintes, environnement, santé». C'est un protocole de formation des sages-femmes et puéricultrices pour travailler avec les futurs parents et les jeunes enfants sur les dangers et les risques des perturbateurs endocriniens et ce qu'il convient de faire à cet égard.

La méthode, avec la société civile, est celle-là: il s'agit d'aller vers les gens et ne pas attendre d'avoir créé un dispositif pour leur reprocher de ne pas s'en servir et de ne pas se préoccuper de leur santé. **Il faut surtout écouter comment les habitants définissent la santé.** Leur définition n'est peut-être pas scientifique ou «OMSienne», mais c'est la leur et c'est à nous de nous adapter à leur définition pour que cela fasse sens. Nous aurons beau faire les plus belles conférences qui soient, nous serons sur des chemins parallèles. On pourra toujours dire que les gens, qui plus est en précarité, vulnérables, ne s'intéressent pas leur santé. Mais ce n'est pas vrai. Ils n'intéressent pas au bon moment.

Nous avons mis en place **un jardin des pollens**. Dans la ville, il y a

une ceinture boisée, on s'y promène. Les gens reconnaissent le bouleau, savent qu'il est allergène. Les habitants connaissent leur ville et automatiquement, quand on a créé un lieu de discussion, de débat *in situ*, on s'apercevait que les gens savaient: «Attention, mon gamin fait de l'asthme...» Nous sommes en train de réaliser une cartographie signalétique des arbres que les gens ont repérés dans leurs propres promenades. Ce sont eux qui vont devenir des «vigies pollen».

Vous demandiez pourquoi nous avons choisi un outil associatif. C'est parce que nous avons cette facilité, cette réactivité possible, qui est beaucoup plus compliquée avec les services de la ville. Il y a des demandes de ballades, nous organisons une ballade. Nous pouvons rapidement mettre en commande de petits panneaux pour la signalétique des arbres qu'il faut repérer. La temporalité de l'habitant est courte: j'ai une question, il faudrait peut-être que l'on me réponde tout de suite. Ce cheminement, ces pérégrinations avec du fléchage, sont faits par et avec les habitants. En outre, nous ferons des mesures, avec des habitants, de ce petit jardin des pollens avec des graminées et des souches d'arbre allergènes.

Je pourrais moi aussi en parler pendant des heures...

«● Estelle Kleffert

Cette expérience montre que la santé environnementale sert à faire du bien-être dans sa vie quotidienne, dans son cadre de vie.

Gilles Pérole, nous allons prendre un peu de recul sur ce que nous venons de dire. **Nous sommes en train d'échanger de bonnes pratiques et vous, vous faites partie des fondateurs du Club des territoires Un plus bio[•], dont l'objectif est précisément de partager ces bonnes pratiques. Comment cela fonctionne-t-il? Est-ce que cela aide vraiment des villes qui hésitent à franchir le pas à le faire? Comment fonctionne ce club?**

• www.unplusbio.org

«● Gilles Pérole

Quand je me suis présenté, je n'ai pas fait référence au club. Je suis président d'Un plus bio. Ce club est né d'abord du projet Un plus bio, qui est de développer la restauration bio collective. Mais aussi, notre projet à Mouans-Sartoux commençant à être connu, nous avons beaucoup de demandes et de visites. Moi aussi, je suis un élu qui travaille à temps-plein

et nous ne pouvons pas tout le temps recevoir tout le monde, intervenir à tous les colloques auxquels on nous invite. Nous les sélectionnons les bons et les sérieux – c'est pourquoi je suis ici aujourd'hui... Mais j'en ai aussi refusé qui étaient sérieux. On ne peut pas être partout !

L'idée est née d'organiser le partage de connaissances et de bonnes pratiques, parce que c'est ce qui fait avancer. Pour les citoyens, quand ils élisent une équipe, six ans, cela paraît long, mais pour monter des projets, ce n'est pas si long que cela. Un mandat passe très vite. Il faut donc éviter de perdre du temps et de réinventer le monde chaque fois.

Le Club des territoires Un plus bio est né en mai 2013, lors d'une assemblée générale à Mouans-Sartoux. Il accueille toutes les villes qui veulent développer le bio en restauration collective sur leur territoire et pas uniquement les villes exemplaires, celles qui ont déjà un certain pourcentage de bio. Nous avons quelques adhérents qui sont entre 0 et 10% d'alimentation bio, d'autres qui sont à 100% et au milieu, il y a toute la palette. L'idée n'est pas de faire un groupe d'experts et de distribuer des bons points, mais d'aider les collectivités à se mettre en mouvement, avec le double objectif de servir plus d'aliments bio dans la cantine, mais aussi, de produire plus d'aliments bio sur son territoire. C'est tout l'enjeu que j'évoquais tout à l'heure : il faut que nous parvenions à avoir des produits bio locaux et pour cela, les collectivités territoriales ont une très grande responsabilité, à travers leur Plan local d'urbanisme, et peuvent faire beaucoup de choses. À Mouans-Sartoux, nous avons un PLU qui a été voté en octobre 2012, dans lequel nous avons triplé les surfaces agricoles. Nous sommes passés de 40 à 112 ha. Je vous rappelle que nous sommes sur la Côte-d'Azur... C'est un vrai acte politique, c'est ainsi que l'on avance.

La particularité du club est qu'il regroupe des communes de toute taille, puisque notre plus petite collectivité adhérente compte moins de 1 000 habitants et la plus grosse est la région Île-de-France. Nous faisons vraiment le grand écart. Certaines communes représentées ici, autour de la table, sont adhérentes, comme Grande-Synthe, certaines sont à la porte du club : Nantes, Paris, Rennes... Ce partage des pratiques est une grande richesse, de même que le fait d'avoir une visibilité suffisante sur le territoire pour faire avancer à différents niveaux. S'il y a des enjeux très locaux, il y a aussi des enjeux nationaux. J'ai rencontré hier la députée Brigitte Allain, qui proposera, début janvier, une loi sur l'approvisionnement local et bio en restauration collective. Je ne crois pas beaucoup aux contraintes, mais elles peuvent aider de temps en temps. Nous l'avons vu sur l'accessibilité des bâtiments. Même si l'on a besoin d'étirer les calendriers, cela peut faire bouger certaines lignes et je crois qu'en matière d'alimentation,

il faut envoyer un petit coup de pied au derrière pour mettre tout le monde en mouvement tout en assurant un accompagnement pédagogique. C'est tout l'enjeu de ce club de territoires.

Je ne veux pas être trop long, mais vous pourrez tout découvrir dans un petit fascicule que vous trouverez dans toutes les bonnes librairies, qui s'appelle *Quand les cantines se rebellent*. Il est sorti à la veille de la COP 21 et vous imaginez que ce n'est pas innocent... C'était notre participation aux débats. Ce manifeste est certes à destination des élus, mais avant tout, du citoyen. Nous pensons que si les citoyens, sur leur territoire, s'emparent d'enjeu et d'expériences réussies ou au moins, d'expériences en construction, ils peuvent participer. Nous le voyons bien dans les expériences qui sont présentées aujourd'hui. Notre pari est le suivant : nous allons travailler ensemble, avec toutes les collectivités, pour faire avancer et partager nos pratiques, et nous allons aussi appeler les citoyens à faire bouger les élus sur les territoires où cela ne bouge pas assez.

«● Estelle Kleffert

Nous allons prendre encore un peu plus de recul. À Nantes, vous avez élaboré l'un des premiers plans relatifs à la santé environnementale, puisque vous l'avez commencé en 2012. Vous avez aussi plusieurs partenariats au niveau international. Vous avez mis en place l'expérience HEAT[•] avec l'OMS. Vous avez participé à des colloques internationaux. Cela vous donne l'occasion d'avoir des synergies au niveau national et international. Quel est votre retour sur cette action à l'étranger ?

• L'OMS Europe a produit l'outil HEAT (Health Economic Assessment Tool) : outil d'évaluation économique des effets sanitaires liés à la pratique de la marche et du vélo (<http://www.villes-sante.com/heat/>).

«● Catherine Bassani-Pillot

L'aspect intéressant de nos échanges avec les autres pays est que nous pouvons étudier ce qui est transposable ou non. Mais je pose tout de suite un bémol parce que bien sûr, il faut tenir compte de notre culture. Sur le plan de l'alimentation, notamment, il est clair que la culture française est quelque chose de bien particulier. L'échange de bonnes pratiques autour de cela, si cela vient d'ailleurs, ce n'est pas forcément partageable. Comme nous faisons partie du Réseau français des villes-santé de l'OMS, notre ligne s'inspire des préconisations et recommandations de l'Organisation mondiale de la santé. Je ne tire pas de bilan négatif, mais je tiens à nuancer le constat. Il est important de voir ce qui se passe à l'étranger, mais pour que ce soit appropriable par les gens, il faut que cela parle aussi à leur culture.

Au-delà de cette information au niveau international, je m'attache beaucoup plus à essayer de mailler le territoire entre le national et le local. Il y a là déjà un énorme travail à faire. Je coprésidé l'un des groupes de suivi du Plan national santé environnement (PNSE) 3, le groupe de suivi « pathologies ». Nous travaillerons, par exemple, la semaine prochaine sur les perturbateurs endocriniens. Dans ce groupe, nous sommes une quinzaine et je suis la seule élue et la seule représentante de la « province ». C'est dire combien nous avons encore, en France, des réflexes trop centrés sur Paris et la région parisienne. Ce n'est pas une volonté des Parisiens, c'est le système qui est fait ainsi. Nous avons amorcé la décentralisation, mais nous n'y sommes pas encore. **Dès lors, il appartient aux élus locaux d'aller vers, vers le citoyen, certes, mais aussi vers le niveau national, pour appeler l'attention sur la difficulté de mise en œuvre sur les territoires des plans qui sont pensés au niveau national. Il y a un grand écart à faire, une sorte de traduction, comme au niveau international.** Nous sommes en France, mais il faut traduire certains documents produits au niveau national pour pouvoir les adapter au niveau local. C'est ce gros travail qui a dû être effectué en 2012 pour pouvoir adapter les préconisations des plans nationaux de santé, des plans de toutes sortes... J'ai travaillé au Commissariat général du Plan à l'époque des premières mesures de décentralisation, je connais la résistance de ce système descendant. Il est vraiment nécessaire de traduire pour mettre en œuvre sur les territoires.

Au niveau local, parmi les actions que nous avons mises en place, nous avons institué le « bureau des projets ». Ce sont des budgets municipaux qui sont vraiment décentralisés sur les quartiers. C'est un collectif du quartier qui a son enveloppe et qui décide ce qu'il veut faire avec. Bien sûr, il y a un auto-ajustement, c'est fait sous contrôle. Les gens choisissent ce sur quoi ils vont travailler et ce qu'ils vont financer, mais ils ont la main sur leur budget. Cette action démarre, je vous dirai dans quelques années si elle fonctionne... En tout cas, cela répondait à une demande.

Autre action très concrète, les « focus santé », que nous organisons une fois par mois. Ce sont des conférences qui se déroulent à la faculté de pharmacie, sur des thématiques annoncées à l'avance, avec un programme. L'accès est libre et gratuit. Il y a d'abord un partage de connaissances et ensuite, un grand débat avec la salle, qui amène des questionnements très pragmatiques. Nous demandons aux intervenants de répondre avec beaucoup de respect aux personnes qui s'inquiètent sincèrement pour leur santé. Par ailleurs, une fois par mois également, nous organisons ces focus dans les quartiers et sur des thématiques à la demande des territoires. Récemment, à Nantes Nord, dans un quartier considéré comme difficile, les habitants ont voulu travailler sur des échanges de bonnes pratiques,

certes, en l'occurrence, des échanges de recettes pour manger mieux et réduire les risques de diabète, de cholestérol... Des recettes de pays différents, parce qu'il y a des gens de communautés différentes qui, derrière cela, avaient envie de se retrouver, envie de partager, parce qu'ils habitaient les mêmes tours, mais qu'il n'y avait pas de lieu pour partager cela. Nous avons fait venir un nutritionniste pour leur expliquer que dans les recettes traditionnelles, on pouvait quand même réduire un peu le gras, le sucre... Pour certains participants l'objectif était juste de se parler, de se sentir pris en considération, respecté. C'était énorme!

Cela m'amène à mon idée de communication positive. Les échanges de bonnes pratiques sont de la communication positive. Mais cela répond particulièrement à la problématique de santé environnementale parce que vous l'avez tous remarqué, les risques en santé environnementale sont pour la plupart des risques invisibles. Il peut y avoir un ciel très bleu, mais très pollué, de l'eau transparente, mais contenant de perturbateurs endocriniens, de beaux fruits et légumes, mais plein de pesticides. Les ondes électromagnétiques ne se voient pas non plus. Ce ne sont que quelques exemples... J'ai identifié là un point commun, qui fait que le manque de connaissances conduit très vite à l'anxiété. Ajouter à cela, vous avez Internet qu'il ne faut pas diaboliser mais où vous trouvez absolument tout et n'importe quoi en termes d'information. Les gens qui sont déjà anxieux vont alimenter leur anxiété à volonté sur les réseaux. À l'inverse, si vous voulez chercher une information fiable et vérifiée, ce n'est pas si simple. Les sources ne sont pas nécessairement faciles à identifier. Il me semble qu'il relève de la responsabilité de la municipalité de fournir l'information la plus fiable possible et aussi, de savoir dire modestement que l'on ne sait pas. Il y a des risques que l'on mesure mal ou sur lesquels nous n'avons pas assez d'informations pour lesquels nous préférons prévenir et garder une vigilance.

«● Estelle Kleffert

Nous allons maintenant parler d'évaluation. Je vous invite à nous indiquer ce que vous recommanderiez absolument de faire aux personnes qui voudraient se lancer et ce que vous ne referiez surtout pas.

Madame Mercader, vous faites une contre-visite chez les habitants après un an pour mesurer l'évolution de la qualité de leur air intérieur. Est-ce que vous observez une évolution positive et pensez-vous qu'à l'échelle d'un an, on peut mener cette action? Est-ce une action vraiment volontaire?

☞ Maria Mercader y Puig

Il faut une deuxième visite, en effet, et c'est une action à long terme. Un an après la mise en place de ces mesures, on constate certaines améliorations, notamment en matière d'acquisition de bonnes pratiques, comme l'a dit M. Bensaïd, par les personnes qui ont pu bénéficier de nos actions. Toutefois, si l'on veut que la prévention devienne une pratique courante et une culture partagée par un plus grand nombre de nos habitants et de nos acteurs économiques locaux, il est impératif de pérenniser ces actions de promotion de la santé et de les développer à l'échelon de nos quartiers.

Je reste convaincue de notre capacité de lutter efficacement contre la pollution de l'air, à condition que cette lutte soit menée collectivement, à l'échelle métropolitaine. Les pouvoirs publics, à tous les niveaux, doivent impérativement s'y investir et y consacrer toute leur énergie.

☞ Estelle Kleffert

Monsieur Pérole, que conseillez-vous et qu'interdisez-vous ?

☞ Gilles Pérole

Je n'ai rien à interdire. Je me limiterai aux conseils. Le bilan que nous faisons sur l'alimentation et sur les autres thèmes est que l'exemplarité de la commune est en elle-même porteuse de messages. Nous avons évalué le travail que nous avons effectué sur l'alimentation en 2013[•]. 66% des familles ont dit qu'elles avaient modifié leurs pratiques à la maison : plus d'aliments bio, plus de produits locaux, plus de produits de saison, moins de plats cuisinés, etc., et c'est simplement de l'imprégnation par l'exemple. Il faut montrer qu'autre chose est possible et qu'à titre personnel, on peut s'y investir. Pierre Rabhi a fondé le mouvement Colibris au festival du livre de Mouans-Sartoux. Ce n'est pas pour rien que nous sommes convaincus que si chacun fait sa part, on avance. Nous, en tant que commune, nous faisons notre part et nous constatons que nos citoyens voient qu'ils peuvent faire la leur, et ainsi, nous avançons.

C'est aussi le cas pour la mobilité. Nous ne disons pas aux gens de faire du vélo : nous demandons à notre personnel de se déplacer à vélo. Parallèlement, nous tenons des ateliers avec les enfants, mais nous demandons aussi à notre personnel de se déplacer à vélo. **Nous n'allons pas demander aux gens de changer leurs pratiques si la collectivité ne change pas les siennes.** C'est notre angle d'attaque.

[•] <http://restauration-bio-durable-mouans-sartoux.fr/wp-content/uploads/2014/06/R%C3%A9sultats-enqu%C3%AAtes-parents-2013.pdf>

«• Estelle Kleffert

Est-ce que les élus se déplacent aussi à vélo ?

«• Gilles Pérole

Les élus aussi, le maire en premier, avec des vélos signés Mouans-Sartoux. Ainsi, on est sûr de ne pas nous rater. La mobilité à vélo n'est pas une question de superficie. À Paris, on se déplace beaucoup à vélo, de même que dans les grandes villes.

«• Marie Jardin

Ce n'est pas le cas à Marseille.

«• Gilles Pérole

Il est vrai qu'à cet égard, Marseille doit progresser. Je suis aussi vice-président du Club des villes et territoires cyclables. Nous pouvons vous aider. Avec des vélos électriques, c'est possible.

«• Estelle Kleffert

Nous avons une question du public.

«• Bellina Léon

Je trouve que toutes ces expériences sont vraiment très intéressantes. Je voudrais poser une question à M. Pérole au sujet de la cantine à 100 % bio. Je trouve cela formidable. Je sors de deux journées sur le climat et il paraît que l'élevage impacte énormément le climat. De plus, le rapport de l'OMS sur l'impact de la consommation de viande sur la santé vient de paraître. Avez-vous aussi une réflexion sur la consommation de la viande et de ses dérivés, les produits laitiers ?

☞ Gilles Pérole

Oui, bien sûr. J'évoquais tout à l'heure les 25 % de gaz à effet de serre provenant de l'agriculture. La plus grande part vient de l'élevage. C'est dans l'élevage que l'on observe la plus grande différence entre les types de culture. Entre un élevage conventionnel et un élevage bio, il y a une grosse différence en termes de production de gaz à effet de serre parce que les prairies où vont paître les bêtes absorbent par elles-mêmes le gaz carbonique, alors qu'il y a moins de différences dans le maraîchage en termes d'émission de gaz à effet de serre.

À Mouans-Sartoux et au sein du *Club des territoires Un plus bio*, nous travaillons beaucoup sur la thématique de l'alimentation alternative. Nous essayons de ne pas tomber dans le débat opportuniste actuel et très clivant de ces repas de substitution, de ces repas végétariens imposés comme alternative à toutes les communes que voulait proposer M. Jégo. En revanche, comme nous ne respectons pas les grammages recommandés, nous ne respectons pas forcément le grammage recommandé de viande. Nous sommes pour une viande de qualité, en moindre quantité, à laquelle nous ajoutons des protéines végétales. Ce n'est pas forcément un repas végétarien. Dans un même plat, on peut avoir une part de protéines végétales et une part de protéines animales. Voilà comment nous avançons.

Pour le personnel, nous n'irons pas trop vite sur cette thématique, qui est clivante au niveau national. Nous allons commencer par former notre personnel. Au mois de mars 2016, nous ferons une deuxième vague de formation avec un repas d'essai et une conférence, où nous inviterons les parents d'élèves, les animateurs qui encadrent les repas, pour qu'ils comprennent le sens de l'évolution. C'est au mois d'avril que nous introduirons beaucoup plus de protéines végétales. C'est préparé et réfléchi.

☞ Estelle Kleffert

J'invite Hélène Verrièle et Brigitte Deroo, qui vont bientôt partir, à conclure sur leur expérience.

☞ Hélène Verrièle

Chaque politique doit faire l'objet d'une évaluation, bien sûr. J'aime bien l'image du colibri. Nous allons tout à fait dans ce sens-là. Chacun a sa part pour le bien-vivre ensemble, la solidarité partagée, la possibilité

de retravailler et de poursuivre le sens de ce qui est fait avec les habitants pour que les habitants se l'approprient de manière à l'utiliser pour eux au quotidien.

«• Brigitte Deroo

Dans le cadre de l'Anru, il a fallu que des habitants bougent et du fait de la petite taille de la ville, ils ont dû changer de quartier durant les travaux de démolition et reconstruction. Au départ, nous avons rencontré des refus, parce que les gens s'approprient leur cadre de vie. En fin de compte, la mutation, au sein de la ville, a fait en sorte que comme il y a un cadre de vie avec de la verdure et des plans d'eau un peu partout, les gens se sont approprié les nouveaux lieux et finalement, beaucoup de personnes ont voulu rester là où elles avaient été relogées, alors qu'elles le refusaient au départ. C'est un élément, dans l'évaluation, qui n'est pas tout de suite dans l'impact environnemental, mais dans l'impact en termes de cadre de vie, les agents ont constaté que l'habitant pouvait aussi se sentir bien dans un autre quartier alors qu'il ne le connaissait pas ou qu'il en avait peur. Cadre de vie, quartier et environnement sont totalement liés.

«• Patrick Padovani

Je voudrais vous livrer une expérience pratique pour illustrer la difficulté de l'exercice, parce que les choses ne sont vraiment pas pareilles, en termes d'environnement, entre ce que vous vivez en haut et ce que nous vivons en bas.

J'ai omis de vous parler des jardins partagés. Nous aussi, à Marseille, nous nous sommes engagés dans ce domaine. Mais nous avons aujourd'hui un préalable en la matière que vous n'avez pas et que vous aurez bientôt, malheureusement, parce que cela monte progressivement. Nous avons une invasion de moustiques tigres, qui occasionnent des épidémies de chikungunya et de dengue. Vous en aurez obligatoirement puisque les épidémiologistes disent qu'en 2025, l'ensemble de la France sera couvert par le moustique tigre.

Un travail est réalisé à cet égard parce qu'il y a des précautions à prendre chaque fois que l'on crée des jardins. Il faut des systèmes pour évacuer l'eau. Nous travaillons sur les jardins partagés, mais chez nous, c'est un véritable fléau, à partir du mois d'avril jusqu'au mois de septembre. Nous avons énormément de plaintes. Les gens nous demandent de faire prati-

quement un épandage comme cela se pratique aux États-Unis, alors que ce n'est pas du tout ce qu'il faut faire. Il faut informer les gens qu'il ne faut pas faire cela, sauf dans les cas où nous avons effectivement trouvé la vraie dengue.

«• Brigitte Deroo

À défaut de moustiques tigres, quand il y a des implantations de ruches dans la ville, les gens ont peur de se faire piquer.

«• Gilles Pérole

Le moustique tigre ne doit pas empêcher les jardins partagés parce que c'est un outil pédagogique. Les moustiques ne s'arrêtent pas aux jardins. Il suffit que les gens aient une coupelle d'eau sur leur terrasse pour que cela les attire. Nous avons des jardins partagés à Mouans-Sartoux et malheureusement, nous avons aussi des moustiques tigres. Ce sont des problématiques que nous travaillons dans le cadre des jardins partagés, qui sont un véritable outil pédagogique.

«• Patrick Padovani

Nous y travaillons aussi, mais dans une grande transversalité. J'y travaille avec les agents du service des espaces verts de la ville, et il est souvent difficile d'avancer en transversalité.

J'ai une question à vous poser. Combien de repas servez-vous? Vous disiez que vous aviez votre cuisine personnelle. Avez-vous une idée du nombre de repas bio de cantine dans les villes rassemblées autour de votre club par rapport à l'ensemble des repas en restauration collective?

«• Gilles Pérole

À Mouans-Sartoux, nous avons trois cuisines. Nous servons un peu plus de 1 000 repas par jour. Pour le Club des territoires Un plus bio, c'est à peu près 1,5 million par jour, soit 13% de la restauration collective, donc pas uniquement scolaire. Il faut dire que la région d'Île-de-France a apporté récemment un nombre de repas important. Mais nous commençons à avoir une implantation sur le territoire national.

«• Un auditeur de la salle

Suite aux actions qui ont été menées dans ces différentes villes, pour revenir sur un indicateur qui est aussi un indicateur de vitalité politique, y a-t-il un impact positif sur le taux de participation aux élections ?

«• Gilles Pérole

Je ne m'engage pas sur les régionales, mais les élections municipales, à Mouans-Sartoux, ont toujours un fort taux de participation, de l'ordre de 70%, et un taux de réélection de l'équipe assez fort aussi.

«• Catherine Bassani-Pillot

À Nantes, nous sommes un groupe de quatorze élus écologistes et citoyens. Je le souligne, parce que c'est le parti Europe Ecologie Les Verts qui a porté cette idée de « faire de la politique autrement » en intégrant dans ses listes de candidats issuent de la société civile, donc des gens qui ne sont pas encartés, mais qui sont en responsabilité dans les associations, dans les entreprises. Les élus de notre groupe s'occupent des politiques d'énergie, de jeunesse, d'environnement, d'habitat, etc., ce qui m'aide d'autant plus à faire passer ces idées de santé auprès de mes collègues, puisque nous sommes tout de même quatorze. Quant au niveau régional, je ne veux pas faire de pronostics. Je resterai au niveau municipal.

«• Même participant

Quel est le taux de participation aux élections municipales ?

«• Catherine Bassani-Pillot

À Nantes, il est assez élevé par rapport au niveau national.

«• Un auditeur de la salle

Je suis un peu nouveau dans la thématique. J'accompagne les collectivités, notamment en matière d'Agenda 21 et tout type de projet de

développement durable. D'après ce que je crois savoir, nous avons des collectivités qui, pour la plupart, ont au moins un Agenda 21 ou une démarche d'ANRU et pour certaines, un PCET. Comme inscrivez-vous vos démarches en matière de santé environnementale en lien avec ces démarches plus larges? Sont-elles des leviers? Viennent-elles parfois brouiller des pistes? Comment articulez-vous cela?

☞ Gilles Pérole

Dans l'Agenda 21, nous avons des fiches qui concernent la santé. Notre Agenda 21 était conduit conjointement avec le PLU pour que le document d'urbanisme soit la traduction de l'Agenda 21 et qu'il prenne en compte les déplacements, la biodiversité. C'est pour cela que nous avons multiplié les surfaces agricoles par trois.

☞ Estelle Kleffert

J'invite les représentants de la mairie de Paris à nous donner plus d'éléments liés à la culture d'une santé partagée et à nous livrer un mot de conclusion.

☞ Virginie Le Torrec

En vous écoutant, je me dis que chacun a ses forces et ses faiblesses. On dit souvent que les villes de petite taille ont moins de moyens que les grandes villes, mais elles ont aussi des leviers de citoyenneté, de mobilisation associative, de proximité, de simplicité, de pragmatisme, parce qu'elles doivent faire beaucoup avec peu de moyens, parce que les gens se connaissent et finalement, restent sur le concret et le vital. On voit aussi les effets de la continuité : à Mouans-Sartoux, c'est le septième ou le huitième mandat. On sent qu'un projet politique, cela se construit dans la durée. Pour Grande-Synthe, c'est plus ou moins la même chose. C'est aussi le cas à Nantes. Ce n'est pas une petite ville, elle a des moyens et il y a la communauté urbaine. À Marseille, c'est pareil. On sent qu'il faut du temps pour construire une politique de santé. Il faut en permanence poser des cartes, se donner la méthodologie pour évaluer et être lucide sur ce qui se met en œuvre, sur le vieillissement des choses. Beaucoup de villes ont été impliquées très tôt en santé, qui ont des appareils municipaux très développés en santé, mais qui, si elles ne font pas attention, ne touchent

qu'une partie de leur population et qui, même si elles ont des centres de santé, n'atteignent pas nécessairement des objectifs de réduction des inégalités de santé qui soient vraiment étayés. La question des moyens est une question qui ressort dans tous les témoignages, qui n'est jamais bloquante, mais c'est un sujet qui est toujours abordé.

En matière de culture de santé environnementale, nous avons d'abord travaillé sur le constat que cette question n'était pas si facilement partagée. D'un côté, il y a beaucoup de gens qui font de la santé sans le savoir, ce qui est très bien, puisqu'ils le font. Mais de l'autre côté, le fait de le savoir et de le valoriser décuple les effets d'une politique de santé transversale, puisque cela donne du sens, cela montre que l'on a voulu travailler sur le sujet. Notre plan intègre plusieurs mesures qui visent à rapprocher les services sur des projets de santé, à travailler la formation et la sensibilisation au long cours. L'enjeu est de mettre en synergie des politiques, de rendre tout cela plus efficient, non dans le sens budgétaire du terme, mais dans le sens où avec des budgets qui sont maintenant sous contrainte, autant atteindre des objectifs que l'on veut atteindre et se dire, quand on atteint quelque chose, que c'est important. Dans la durée, nous souhaitons développer une culture au sein de nos services. Nous avons aussi abordé la question de jeunes générations et l'importance de susciter très tôt dans la vie de bons réflexes et une culture du bien-être, du prendre soin de soi et de la santé environnementale. La santé de la planète est la santé de tout le monde et finalement, lorsque l'on mène un travail sur la résilience générale, on réalise aussi un travail sur la santé. Derrière, il y a des valeurs humanistes assez profondes à porter sur le fait de prendre soin de soi, des autres, de tout ce qu'il y a autour...

Nous avons abordé les enjeux de culture de santé environnementale sous cet angle et non pas sous l'angle des bons réflexes, etc. Cela ne veut pas dire que nous ne menons pas d'actions comme par exemple le renforcement du service aux Parisiens sur l'accès aux diagnostics d'environnement intérieur. Cela nous semble capital pour lutter contre les inégalités de santé dues au logement. Nous nous inspirons pour cela de ce qui est fait ailleurs. Nous avons déjà une unité d'intervention dans l'environnement intérieur, mais nous voulons la développer. Je pense que beaucoup de villes qui ont des compétences en matière d'hygiène le font.

En conclusion, pour une grande ville qui a de nombreux niveaux, beaucoup de services différents, il y a un vrai enjeu d'animation d'une démarche dans la durée, une démarche de capitalisation progressive, de partage, d'évaluation au long cours. Pour nous, l'enjeu est vraiment de mobiliser largement, de ne pas avoir quelque chose qui se rétracte

progressivement, il faut de la mobilisation, comme on le voit parfois, avoir une démarche qui soit un projet vivant, qui puisse agréger de nouveaux acteurs, être en capacité de lancer de nouvelles actions au fur et à mesure des années. Il ne s'agit pas d'une démarche où l'on analyse des causes au départ et où l'on coche au fur et à mesure.

Lenjeu que nous aurons, dans la durée, est de rapprocher la décision et l'action politique des territoires de quartier. À l'échelle d'une ville de deux millions d'habitants, je pense que c'est un vrai enjeu.

Le dernier élément est que cela se passe dans le contexte du Grand Paris. Il y a des enjeux de construction de métropole et il est nécessaire la ville de Paris, qui est une grosse collectivité, de toutes les villes qui sont autour et qui ont des savoir-faire, des expériences, une tradition d'intervention au plus près des populations qui, à mon avis, peuvent être hybridés avec les habitudes de travail que nous avons.

☞ Sophie Rigard

En guise de mot de la fin, je voudrais revenir sur notre volonté, souvent, de trouver la solution parfaite, devant une réalité sociale, de chercher un référentiel qui puisse nous expliquer théoriquement et de manière parfaite ce qui se passe, donc un cadre analytique et théorique assez figé. Le risque, finalement, est de figer une réalité qui est complexe, dynamique et ainsi, de freiner l'action. Il faut donc imaginer comment réinventer notre action face à quelque chose qui est compliqué à comprendre. **L'approche expérimentale et l'analyse en continu de ce que nous faisons, en partenariat avec des chercheurs, avec des étudiants d'université qui eux aussi, apprennent sur le terrain, sont extrêmement intéressantes.** Nous arrivons à relier l'action sur le terrain et l'analyse en continu et ainsi, nous permet des réajustements, de corriger des choses, de partir dans une voie que l'on n'avait pas du tout soupçonnée dès le début, mais qui nous paraît intéressante. L'approche expérimentale est une très bonne approche notamment dans la lutte contre les inégalités, parce que nous cherchons une méthode parfaite pour agir, que nous ne trouvons pas, donc autant expérimenter des choses et voir comment cela se passe.

Par ailleurs, en matière de culture de santé environnementale, je ne reviendrai pas sur tout ce qui s'est dit au sujet des professionnels de santé, mais Virginie et moi avons été interpellées par l'intervention de l'étudiante de Sciences Po en urbanisme. Comment travailler avec les professionnels de l'urbanisme qui, parfois, font des choses pour la santé sans

nécessairement en avoir conscience? Comment formaliser cette espèce d'environnement d'avoir un «plus santé»? Il ne s'agit pas de quelque chose de contraignant, il s'agit de chercher comment faire mieux. C'est un sujet intéressant. À Paris, nous pensons utiliser un outil qui est pertinent pour créer des rencontres entre les professionnels de santé, les chercheurs et les professionnels de l'urbanisme et de l'aménagement : les évaluations d'impact sur la santé. Il en existe encore très peu en France. Il y en a une sur la Plaine – Saint-Denis.

«● Catherine Bassani-Pillot

Il y en a aussi une à Nantes, à Rennes...

«● Une auditrice de la salle

Il y en a une qui est prévue à Lyon et une à Valence. Les villes de Rhône-Alpes sont assez actives.

«● Sophie Rigard

En tout cas, nous considérons que l'outil est intéressant non seulement pour orienter et influencer les décideurs, mais aussi pour faire se rencontrer des cultures professionnelles différentes.

«● Yorghos Remvikos

Mais il est en danger, en Île-de-France, grâce à l'intervention de l'ARS, qui cherche à le normaliser et donc, à décréter, via des bureaux, qui est compétent pour agir, alors qu'ils ne savent rien du tout. J'ai reçu une réponse négative de la part de l'Inpes et j'aimerais bien trouver qui l'a donnée. Cela prouve que la personne qui a répondu n'a rien compris à ce qu'est l'évaluation. C'est un processus libre, ouvert, où la participation doit donner tout ce sens. Ce n'est pas un processus expert où l'on vient mesurer les choses et dire quelle option doit faire l'autre. Il ne faut pas faire de l'évaluation des impacts en santé ce qui est arrivé à l'évaluation environnementale. C'est vraiment le danger.

☞• Sophie Rigard

La parole des citoyens a toute sa place. Il y en a qui sont contre et qui ne la mettent pas en valeur.

☞• Yorghos Remvikos

Un outil chasse l'autre. Le dernier est plus sexy, donc on lui accorde beaucoup de crédit.

☞• Sophie Rigard

Comme tu le disais l'EIS, ce n'est pas la solution parfaite, ce n'est pas miraculeux. C'est une manière d'avancer. C'est une autre méthode, une méthode qui doit être critiquée, enrichie par l'expérience.

☞• Laurent El Ghozi

Nous n'allons pas faire le débat sur l'EIS, ce serait un long débat. Nous allons clôturer la table ronde.

☞• Estelle Kleffert

Je vous remercie tous pour votre partage d'expériences, qui inspirent beaucoup de participants qui attendaient des exemples de bonnes pratiques. Maintenant, nous avons beaucoup de solutions. Si vous voulez des informations personnalisées, n'hésitez pas à vous rendre sur le site de Générations cobayes[•]. Je pense que vous pourrez aussi revenir informellement vers tous les intervenants qui sont ici, qui seront heureux de continuer à partager leur expérience.

[•] [http://www.
generationscobayes
.org/](http://www.generationscobayes.org/)

CLÔTURE

«• Laurent El Ghozi

Nous n'avons pas répondu à la question : « et la santé dans les Agendas 21 et dans les PCAET (plan Climat Air Energie territoriaux) ? » Je pense que c'est une très bonne question, parce que ce sont des outils certes réglementaires, mais qui permettent d'introduire la santé dans les autres politiques et de travailler avec nos collègues. Merci d'avoir posé la question. Nous verrons la réponse une prochaine fois.

Je ne ferai pas de conclusion parce qu'il est tard et que tout le monde a envie de se sauver, mais je retire de cette journée, d'abord, le fait que le concept de « santé environnementale » permet d'ouvrir sur l'ensemble des politiques, ce qui est passionnant. Cela a entraîné aussi un large débat, parfois compliqué, mais qui montre qu'il y a des enjeux. Nous avons appris ce matin que les faits étaient têtus et que nul ne pouvait s'y soustraire, que l'épidémie de maladies chroniques était de plus en plus importante et touchait de plus en plus de gens, mais qu'il y avait des réponses à la fois au niveau local, qui est celui qui nous intéresse, et au niveau national. C'est un autre débat. Je n'élimine pas du tout la question des causes de cette épidémie de maladies chroniques. En effet, elles sont politiques, liées aux modes de consommation, aux modes de production, au système économique, mais elles ne sont pas à la portée des politiques locales, en tout cas dans leurs compétences de politiques locales. Pour autant, bien sûr, elles relèvent de notre vocation de citoyens. Il n'est donc pas question d'éliminer cette dimension.

Il n'empêche qu'au niveau local, il y a énormément de choses qui se font : les cafés-santé, les missions, le centre de santé sans médecins, la ville sans perturbateurs endocriniens, les agriculteurs municipaux, les vieilles pollens, Un plus bio, Etre bien chez soi, le bureau des projets, la culture partagée, la parole des habitants et puis, cette question de la durée et du temps, que l'on pose systématiquement. Le temps n'est pas le même pour les élus, pour les habitants, pour les projets... Pour les projets urbains, il faut dix ans, parfois quinze ans. Yorghos parlait ce matin du projet Cœur de quartier à Nanterre. C'est un projet à horizon de vingt ans. Les habitants qui ont commencé à entendre parler du projet sont partis de Nanterre depuis longtemps ou sont devenus grands-pères.

Nous avons aussi parlé de la convivialité, du bien-être, du bonheur. Tout cela, c'est de la santé, cela dépend de l'environnement, en tout cas largement. Nous avons parlé d'un fil rouge fondamental qu'il ne faut jamais lâcher, celui de la justice sociale et de la lutte contre les inégalités, y compris pour les start-up d'e-santé que nous n'avons pas évoquées, mais

nous y réfléchissons dans un autre groupe de travail. L'e-santé, pour le moment, produit des inégalités et les creuse parce que tout le monde n'y a pas accès et que c'est assez rarement la première préoccupation des promoteurs d'outils d'e-santé. Il faut donc que nous, élus, et vous, citoyens, y soyons particulièrement attentifs. Ce n'est pas un sujet anodin.

Nous avons évidemment parlé du fait que la santé environnementale était une nécessité, une approche absolument globale, holistique – on peut utiliser tous les mots que l'on veut –, mais qu'il fallait quand même commencer par tirer un fil, un fil qui parle aux habitants. Si le fil ne parle pas aux habitants, on ne défera pas la bobine. S'il parle aux habitants, aux professionnels et si les élus s'en saisissent, on pourra débobiner et arriver à une approche globale. C'est en tout cas mon sentiment et c'est ainsi que nous avons essayé de procéder à Nanterre, mais aussi dans de nombreux endroits.

On nous a présenté de multiples expériences, et je trouve qu'il y a de l'inventivité partout. Faut-il faire petit, gros? Toutes ces questions traversent toujours nos échanges et nos journées. Quoi qu'il en soit, merci. Tout cela était bien passionnant. Bon courage à toutes et à tous. Les actes de la journée seront rédigés. Nous demanderons aux intervenants de réagir rapidement pour corriger leur texte, de façon à ce que les actes puissent être diffusés à tout le monde.

Nous avons deux ou trois journées « ESPT » en projet : l'une sur « santé mentale et habitat », l'autre sur la construction des politiques locales avec des différents dispositifs une fois que la loi de modernisation du système de santé sera enfin stabilisée et une autre avec l'institut Renaudot en novembre prochain, Marc Schoene l'a évoquée.

Merci à tous de votre présence, de vos apports et de votre engagement.

Éléments documentaires

Ressources en lien avec les interventions de la journée «Santé environnementale : le pouvoir des villes»

Données scientifiques : l'état des connaissances

Table-ronde animée par Marianne Auffret, Maire adjointe Santé et Urbanisme, 14^e arr. de Paris, 1^{ère} Vice-présidente d'Élus, santé publique & territoires

- **La santé environnementale, un changement de paradigme en santé publique**, (pdf 1,1 Mo – 15 diapos)
André Cicolella, Président, Association Réseau environnement santé
Organisation mondiale de la santé, « Halte à l'épidémie mondiale de maladies chroniques : Guide pratique pour une sensibilisation réussie », Langues: Anglais, français, 2006
[En ligne] http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9242594466_fre.pdf?ua=1 (pdf 2,3 Mo – 29 p.) (consulté le 21 octobre 2015)
- **Épidémiologie environnementale : Méthodes, outils et résultats**
Pr. Isabelle Momas, Professeur en Santé publique et environnement, Université Paris Descartes - Sorbonne Paris Cité
Isabelle Momas, « La cohorte de nouveau-nés Paris (Pollution and Asthma Risk : an Infant Study) », Université Paris Descartes et Mairie de Paris – Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES) (pdf 328 Ko – 4 p.)
Isabelle Momas, « L'environnement : un défi pour la santé », Santé Publique 2010/3 (Vol. 22), p. 275-277 [En ligne] <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-3-page-275.htm> (consulté le 21 octobre 2015)
- **Travaux sur le coût de la pollution atmosphérique sur le système de soin** (pdf 520 Ko – 4 diapo)
Christophe Rafenberg, Équipe EPAR, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé publique
Christophe Rafenberg, Gilles Dixsaut, Isabella Annesi-Maesano, « Évaluation a minima du coût de la pollution atmosphérique pour le système de soin français » Environnement, Risques & Santé – Vol. 14 : 1-16, n°2, Mars-Avril 2015 - doi : 10.1684/ers.2015.0769
[En téléchargement] Résumé (pdf 60 Ko - 2 p.)
- **Évolution des pathologies respiratoires allergiques chez l'enfant** (pdf 2,3 Mo – 58 diapos)
Dr. Nathalie Lambert, spécialisée en pneumo-pédiatrie et allergologie pédiatrique, Praticien hospitalier dans le service d'allergologie (Centre de l'asthme et des allergies) du Pr. J. JUST, Hôpital A. Trousseau, PARIS 12e, Hôpitaux universitaires Est Parisien-AP-HP

- **Le Tableau de bord santé environnement 2015 en Provence Alpes Côte-d'Azur : un outil interactif pour les collectivités territoriales (pdf 616 Ko – 12 diapos)**

Marie Jardin, Statisticienne épidémiologiste, Équipe SESTIM (UMR912/Inserm/IRD/ Université Aix-Marseille), Observatoire régional de la santé PACA

Aurélie Bocquier, Pierre Verger, «**Tableau de bord régional santé-environnement en Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience**», Environnement, Risques & Santé - Vol. 4, n°4, juillet-août 2005

[En téléchargement] Résumé (pdf 86 Ko - 1 p.)

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Dossier Les inégalités environnementales de santé des territoires en région PACA (IEST – PACA), Analyses Recherches et Statistiques PACA, n° 20 - décembre 2014 (12p.) [En ligne] <http://www.ars.paca.sante.fr/Sante-environnement.85065.0.html> (consulté le 1er déc. 2015)

[En téléchargement] Analyses Recherches et Statistiques PACA, n° 20 (pdf 2,36 Mo – 12 p.) http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Sante_publique/Sante_environnement/ARS_PACA_Dossier_20_IEST.pdf

Quels leviers d'action des villes en santé environnementale ? Expertise internationale et éclairage de l'OMS (pdf 1,4 Mo – 25 diapos)

Carlos Dora, Coordinateur, Département Santé publique, environnementale et déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Les villes-santé OMS résolument engagées dans des politiques de santé environnementale (pdf 521 Ko – 10 diapos)

Charlotte Marchandise-Franquet, Présidente, Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS, Maire adjointe Santé et Environnement, Ville de Rennes

«**Le point villes-santé sur... L'outil HEAT 1 - Evaluation économique des effets sur la santé des mobilités actives**», Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, mars 2015 (pdf 720 Ko – 4 p.)

Santé environnementale et justice environnementale : Des sujets complémentaires et en cohérence avec la promotion de la santé (pdf 2,2 Mo – 36 diapos)

Yorghos Remvikos, Professeur en santé environnementale, CEARC, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Directeur du Master SSEnTS

Le pouvoir des villes

Table-ronde animée par Estelle Kleffert, Directrice du mouvement Générations cobayes

- **AUBERVILLIERS** : Actions en faveur de la prévention sanitaire des risques environnementaux et mobilisation des habitants et des acteurs économiques
Maria Mercader y Puig, Maire adjointe Santé et Handicap
Résumé ; plaquette de sensibilisation
- **GRANDE-SYNTHÉ** : Transition écologique et socio-sanitaire
Brigitte Deroo, Directrice du Centre municipal de Santé
Hélène Verrièle, Directrice générale adjointe à la Cohésion sociale
Résumé
- **MOUANS-SARTOUX** : La santé publique passe aussi par l'assiette
Gilles Pérole, Maire adjoint Enfance et Éducation, Président de l'association « Un plus Bio »
Résumé
Julien Claudel, Stéphane Veyrat pour le Collectif Un plus bio, « Quand les cantines se rebellent – Manifeste en faveur d'une restauration collective bio, locale, saine et juste », Périgny, Éd. Court Circuit, octobre 2015
A propos de la loi sur l'approvisionnement local et bio en restauration collective : découvrir le dossier Une nouvelle politique de l'alimentation sur le site du gouvernement : <http://www.gouvernement.fr/action/une-nouvelle-politique-de-l-alimentation>
- **NANTES** : Le Plan Local d'Actions en Santé Environnementale (PLASE) de Nantes
Catherine Bassani-Pillot, Conseillère municipale déléguée à la Santé Environnementale
Résumé
- **PARIS** : Le plan parisien santé environnementale (pdf 1,8 Mo – 4p)
Virginie Le Torrec, Sophie Rigard, Conseillères techniques, Cabinet de Bernard Jomier

Documentation complémentaire :

- **Bulletin épidémiologique hebdomadaire**, Numéro thématique - Epidémiologie et pollution atmosphérique urbaine : l'observation au service de l'action. BEH 1-2, 8 janvier 2013: 1-20.
[En ligne] <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-1-2-2013> (consulté le 1er déc. 2015)
[En téléchargement] http://www.invs.sante.fr/content/download/55035/228129/version/7/file/beh_1_2_2013.pdf
- **Bulletin épidémiologique hebdomadaire**, Numéro thématique - Enjeux environnementaux pour la fertilité humaine. BEH 7-8-9, 21 février 2012: 85-124.
[En ligne] <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-7-8-9-2012> (consulté le 1er déc. 2015)
[En téléchargement] http://www.invs.sante.fr/content/download/30507/155609/version/7/file/beh_7_8_9_2012.pdf
- **Observatoire régional de la santé Ile-de-France, Sabine Host, Edouard Chatignoux, Adrien Saunail**, « Impacts sanitaires de la pollution atmosphérique urbaine et des expositions à proximité du trafic routier dans l'agglomération parisienne. », décembre 2012, 16 p.
[En ligne] <http://orsweb.si2s.com/index.php/fr/publications/environnement-sante/air-exterieur/46-impacts-sanitaires-de-la-pollution-atmospherique-urbaine-et-des-expositions-a-proximite-du-traffic-routier-dans-l-agglomeration-parisienne> (consulté le 1er déc. 2015)
[En téléchargement] http://orsweb.si2s.com/dmdocuments/2012/Synthese_erpurs_EIS_trafic.pdf – (pdf 1,02 Mo – 16 p.) (consulté le 1er déc. 2015)
- **Observatoire régional de la santé Ile-de-France, Sabine Host et Noëlla Karusisi**. « Erpurs : 20 ans de surveillance et d'évaluation des risques de la pollution urbaine sur la santé. Bilan et perspectives », décembre 2014, 6 p.
[En ligne] <http://orsweb.si2s.com/index.php/fr/publications/11-environnement-et-sante/air-exterieur/153-erpurs-20-ans-de-surveillance-et-d-evaluation-de-la-pollution-urbaine-sur-la-sante-bilan-et-perspectives> (consulté le 1er déc. 2015)
[En téléchargement] Synthèse (pdf 72,2 Ko – 6 p.) http://orsweb.si2s.com/dmdocuments/2014/synth_bilan_20ans_erpurs_2014_web.pdf (consulté le 1er déc. 2015)
Rapport (pdf 1,52 Mo – 82 p.) http://orsweb.si2s.com/dmdocuments/2014/Erpurs_Rapport_20ans_WEB.pdf (consulté le 1er déc. 2015)
- Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe avec le soutien de la Commission des Communautés européennes « **Déclaration sur l'action pour l'environnement et la santé en Europe** » Deuxième Conférence européenne sur l'environnement et la santé, Helsinki, Finlande, 20-22 juin 1994 (pdf 490 Ko – 15 p.)

Références internet

- www.record-study.org

Site de l'Etude RECORD, « Residential Environment and CORonary heart Disease » - « Environnement résidentiel et maladies coronaires » (Une cohorte épidémiologique de 7300 participants de 1915 quartiers d'Île-de-France pour décrire les disparités sociales et spatiales de santé et comprendre les effets des environnements géographiques de vie sur la santé)
- www.reseau-environnement-sante.fr

Le Réseau environnement santé (RES) s'est créé pour changer ce point de vue et mettre les questions d'environnement et de santé au cœur des politiques publiques. Pour y parvenir, le RES mène des campagnes sur les grandes questions de santé et d'environnement. Le RES agit pour une meilleure prise en compte des données scientifiques validées et pour la mise en œuvre du principe de précaution.
- www.sfse.org

La Société française de santé et environnement (SFSE) est une association loi 1901 à but non lucratif, créée en 2008 par des chercheurs et des professionnels intervenant dans le champ de la santé-environnement. Elle est reconnue d'intérêt général. La SFSE est une société savante pluridisciplinaire translationnelle ouverte à tous. L'ambition de la SFSE est d'être le lieu où les connaissances, le savoir-faire et le faire-savoir peuvent se combiner.

Au carrefour de disciplines aussi variées que la toxicologie, l'épidémiologie, la chimie, la médecine, les sciences humaines, les sciences sociales, le droit et la gestion, le domaine de la santé et de l'environnement ne peut se passer d'une approche globale.
- www.unplusbio.org

Site internet du Club des territoires Un plus bio (Cf. Présentation de Gilles Pérole, Mouans-Sartoux)
- www.villes-sante.com

Le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS a pour objet de : soutenir la coopération entre les villes ou les établissements publics de coopération intercommunale qui ont la volonté de mener des politiques favorables à la santé et à la qualité de vie urbaine. L'objectif du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS est de susciter une prise de conscience, de stimuler le débat en s'appuyant sur des informations fiables et surtout d'inciter à agir en santé à travers toutes les politiques publiques et à tous les échelons du territoire. • KOVESS-MASFETY V., La santé mentale, l'affaire de tous, Edition Centre d'Analyse Stratégique, 2009

Sigles et abréviations

ALD

Affections de longue durée

Amap

Association pour le maintien de l'agriculture paysanne

Anru

Agence nationale pour la rénovation urbaine

AP-HP

Assistance publique des hôpitaux de Paris

ARS

Agence régionale de santé

ASV

Atelier santé ville

AVC

Accident vasculaire cérébral

BPCO

Broncho-pneumopathies chroniques obstructives

CEARC

Cultures – Environnements – Arctique – Représentations – Climat

CMEI

Conseiller médical en environnement intérieur

CNIFPT

Centre national de la fonction publique territoriale

CRSA

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

Dclass

Direction départementale de l'action sanitaire et sociale

DDT

Dichloro-diphényle-trichloro-éthane

DOHaD

Developmental Origins of Health and Disease

DRÉAL

Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

Diire

Direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement

EIS

Évaluation des impacts en santé

FEES

Femmes enceintes, environnement, santé

Fnau

Fédération nationale des agences d'urbanisme

GLAAS

Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking-Water

ICPE

Installation classée pour la protection de l'environnement

IDH2

Indice de développement humain

Inpes

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

OMS

Organisation mondiale de la santé

ONG

Organisation non gouvernementale

ORS

Observatoire régional de la santé

PACA

Provence Alpes Côte d'Azur

PCAET

Plan climat air énergie territorial

PDU

Plan de déplacements urbains

PHRC

Programme hospitalier de recherche clinique

PLASE

Plan local d'actions en santé environnementale

PLU

Plan local d'urbanisme

PNNS

Programme national nutrition santé

PNSE

Plan national santé environnement

PRSE

Plan régional santé environnement

RES

Réseau environnement santé

SEL

Système d'échange local

SFSE

Société française de santé et environnement

SIG

Système d'information géographique

SIRSéPACA

Système d'information régional en santé PACA

SSEnTS

Science de la Santé de l'Environnement et de la Société



Association nationale des villes pour le développement de la santé publique **« Élus, santé publique & territoires »**

L'association « Élus, santé publique & territoires » a été fondée en octobre 2005 par des élus locaux pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé par la promotion des politiques locales de prévention, promotion et éducation à la santé.

« Élus, santé publique & territoires » est un réseau national d'élus souhaitant développer des programmes de santé sur le modèle de l'Atelier santé ville. Ce cadre d'intervention, doté d'une méthodologie rigoureuse (diagnostic partagé, choix des priorités, comité de pilotage) et de modalités de financements contractuelles avec l'Etat est maintenant prolongé et élargi par les Contrats locaux de santé, inscrit dans la loi HPST. Le réseau promeut un travail intersectoriel, inter institutionnel et interprofessionnel, qui consiste à introduire la « santé dans toutes les politiques » et, au-delà, à mettre en œuvre des réflexions sur l'évaluation de l'impact en santé.

« Élus, santé publique & territoires » met pour cela en place des échanges et réflexions afin de mutualiser les expériences locales pertinentes. Elle organise une à deux fois par an des Journées nationales d'étude. Un partenariat avec l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense lui permet de développer les travaux de recherche sur la santé en milieu urbain et à les rendre utilisables par les décideurs locaux. L'association accompagne également les collectivités dans le développement de programmes territoriaux de santé et la mise en œuvre de démarches telles que les Ateliers santé ville, les Conseils locaux de santé mentale, les Contrats locaux de santé. Les élus de l'association participent, en outre, à différentes instances locales, régionales ou nationales, qui structurent les réflexions et le développement des politiques de santé publique et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (Comités de pilotage et d'organisation de séminaires et conférences, groupes de travail ou groupes de réflexion, conseils scientifiques, jurys d'appels d'offre...). Trois objectifs pour fédérer les élus locaux...

Contact

« Elus, Santé Publique & Territoires »

42, bd de la Libération
93203 SAINT-DENIS Cedex

tel : 01-48-09-55-68

courriel : contact@espt.asso.fr

Web : www.espt.asso.fr

Trois objectifs pour fédérer les élus locaux...

- *Promouvoir toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, favorisant l'accès aux droits, aux soins, à la prévention, à la santé égale pour tous, contribuant à l'éducation et à la promotion de la santé et intégrant les déterminants de la santé, en particulier environnementaux ;

- *Affirmer, faire reconnaître et légitimer le rôle des communes et de leurs groupements dans la mise en œuvre de politiques territoriales de santé publique*, en particulier dans le cadre d'une coproduction avec l'État ;

- *Développer et consolider toute forme de programme de santé publique contractualisé entre les collectivités territoriales et l'État*, dans la logique et sur le modèle des « Ateliers Santé Ville » développés dans le cadre de la Politique de la ville.

L'association en quelques chiffres...

10 ans d'existence...

60 Villes adhérentes dont 3 communautés d'agglomération (représentant plus de 7 millions d'habitants).

35 Villes correspondantes.

15 Régions représentées (Alsace, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes...)

L'association et ses partenaires financiers ...

ESPT est considérée comme « Tête de réseau » à l'échelle nationale et soutenue par le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) et par la Direction Générale de la Santé. Les villes adhérentes contribuent également au développement de l'association par une adhésion volontairement modeste.

L'association en quelques dates...

- *Octobre 2005* : Création de l'association nationale des villes pour le développement de la santé publique « Élus, santé publique & territoires », dans la dynamique des Ateliers Santé Ville et à la suite des **Assises pour la Ville d'avril 2005**.
- *Novembre 2005* : PARIS : Premières rencontres nationales des villes pour le développement de la santé publique sur **le thème des inégalités de santé**.
- *Octobre 2006* : NANTES : 2^{ème} Journée d'étude « **Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux ?** ».
- *Mars 2007* : GRENOBLE : 3^{ème} Journée d'étude « **Le maire et le psychiatre : ensemble pour la santé mentale** ».
- *Juillet 2007* : Mobilisation nationale pour la sauvegarde et le développement des ASV.
- *Octobre 2007* : REIMS : 4^{ème} Journée d'étude « **Offre de soins, accès à la santé : quel rôle pour les élus locaux ?** ».
- *Octobre 2008* : SAINT-DENIS : 5^{ème} Journée d'étude « **Santé des jeunes : une préoccupation des élus locaux** ».
- *Décembre 2008* : PARIS : 6^{ème} Journée d'étude - Colloque européen en partenariat avec le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche en santé mentale « **Elus et psychiatres : quelles bonnes pratiques selon l'OMS pour la prise en charge des malades psychiatriques dans la cité ?** ».
- *Avril 2009* : LILLE : 7^{ème} Journée d'étude « **Politique de santé et développement durable : comment croiser ces deux impératifs au niveau local ?** ».
- *Octobre 2009* : MARSEILLE : 8^{ème} Journée d'étude « **L'observation locale en santé : du diagnostic au pilotage de la politique de santé publique** ».
- *Février 2010* : PARIS : 9^{ème} Journée d'étude « **Santé mentale, SécuritéS et LibertéS – le rôle des élus locaux** ».
- *Septembre 2010* : PARIS : Premières rencontres Médecins libéraux – Élus locaux « **Améliorer la santé de tous : se connaître pour agir ensemble** ».

- *Septembre 2010*: PARIS : X^e Journée d'étude «**Journée de synthèse du séminaire sur la réduction des risques et les salles de consommation à moindre risque**».
- *Novembre 2011*: LE HAVRE : 11^{ème} Journée d'étude «**Politique de santé et programme de réussite éducative, des synergies à construire à l'échelle locale**».
- *Janvier 2012*: PARIS : 12^{ème} Journée d'étude co-organisée avec le CCOMS pour la recherche en santé mentale – thème : **Citoyenneté et santé mentale, les conseils locaux de santé mentale**.
- *Mars 2013*: LYON : 13^{ème} Journée d'étude avec le CCOMS pour la recherche en santé mentale – thème : «**Villes et santé mentale**», 2^{ème} rencontre des conseils locaux de santé mentale.
- *Septembre 2013*: NANTERRE : Colloque international co-organisé avec l'Université de Nanterre et de nombreux partenaires «**Dynamiques urbaines et enjeux sanitaires**».
- *Septembre 2014*: NANTES : 15^e Journée d'étude avec le CCOMS pour la recherche en santé mentale – thème : **Démocratie et santé mentale : Quelles politiques ? quels acteurs ? quels partenariats ?**
- *Novembre 2015*: PARIS : 16^e Journée d'étude avec la Ville de Paris, le Réseau environnement santé et le soutien de l'AP-HP et du réseau français des villes-santé de l'OMS : «**Santé environnementale : le pouvoir des villes**».
- *Printemps 2016*: ILE-DE-FRANCE : Participation de Laurent EL GHOZI, Président d'ESPT au **Groupe régional Santé environnementale Ile-de-France** qui a pour mission de construire le **Plan régional santé environnement** en lien avec le Plan national santé environnement 3 (2015 – 2019).

Sauf exception précisée les actes des différentes « Journées d'étude » sont téléchargeables sur le site de l'association « Élus, Santé Publique & Territoires » : www.espt.asso.fr et disponible en format papier sur simple demande.





L'association Élus, santé publique & territoires

a le plaisir de vous présenter sa 16^e Journée nationale d'étude intitulée :

« **Santé environnementale : le pouvoir des villes** »
Paris, salle de conférence Chaligny – 75012,
Vendredi 27 novembre 2015

L'objectif de cette Journée est de présenter, du point de vue d'une collectivité locale, les nouveaux enjeux politiques ainsi que les controverses que pose la prise en compte des facteurs environnementaux dans l'élaboration d'une politique locale de santé.

L'influence de l'ensemble des environnements de vie (conditions de travail, alimentation, logements, eau, air intérieur et extérieur, etc.) sur la santé des populations est enfin reconnue aujourd'hui par tous les scientifiques et, de plus en plus, par les politiques. Déjà, en 1994, le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirmait lors de la conférence d'Helsinki, «... [La santé environnementale] 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».

Il nous faut comprendre en quoi les conditions environnementales ont une importance croissante sur la santé humaine et comme facteur explicatif de l'épidémie de maladies chroniques et comment, à l'échelle d'une ville ou d'une intercommunalité, il est possible d'identifier les leviers d'actions disponibles et de les mettre en œuvre au service de la santé de tous.

Ainsi, cette Journée vise à :

- **Partager les connaissances scientifiques** actuelles sur la santé environnementale
- **Convaincre les villes de leur responsabilité** vis-à-vis de ces enjeux
- **et de leur capacité à peser, par l'ensemble de leurs politiques**, en faveur de la santé environnementale
- **Présenter des actions** nationales et internationales efficaces conduites par des municipalités
- En s'appuyant sur la **participation de la population** et avec la volonté de lutter contre les **inégalités sociales en santé**.

Cette journée est le fruit d'un partenariat avec la **Ville de Paris et le Réseau environnement santé** avec le soutien de l'**Assistance Publique des Hôpitaux de Paris**.



Association Élus, santé
publique & territoires
42, bd de la Libération
93203 SAINT-DENIS Cedex
www.espt.asso.fr
01 48 09 55 68

