

Agir pour une santé durable Priorités et perspectives en Europe

Tiphaine Delhommeau

Introduction de Denis Stokkink

Préface de Etienne Caniard

Postface de Luc Berghmans

Asbl Pour la Solidarité, janvier 2011

ISBN : 978-2-930530-12-3

Dépôt légal : D/2011/11.262/1

Think Tank européen *Pour la Solidarité*



Le Think Tank européen *Pour la Solidarité* (asbl) – association au service de la cohésion sociale et d'un modèle économique européen solidaire – travaille à la promotion de la solidarité, des valeurs éthiques et démocratiques sous toutes leurs formes et à nouer des alliances durables entre les représentants européens des cinq familles d'acteurs socio-économiques.

À travers des projets concrets, il s'agit de mettre en relation les chercheurs universitaires et les mouvements associatifs avec les pouvoirs publics, les entreprises et les acteurs sociaux afin de relever les nombreux défis émergents et contribuer à la construction d'une Europe solidaire et porteuse de cohésion sociale.

Parmi ses activités actuelles, *Pour la Solidarité* initie et assure le suivi d'une série de projets européens et belges ; développe des réseaux de compétences, suscite et assure la réalisation et la diffusion d'études socio-économiques ; crée des observatoires ; organise des colloques, des séminaires et des rencontres thématiques ; élabore des recommandations auprès des décideurs économiques, sociaux et politiques.

Pour la Solidarité organise ses activités autour de différents pôles de recherche, d'études et d'actions : la citoyenneté et la démocratie participative, le développement durable et territorial, la responsabilité sociétale des entreprises et la diversité, et la cohésion sociale et économique, notamment l'économie sociale.

Rue Coenraets, 66 à 1060 Bruxelles
Tél. : +32.2.535.06.88
Fax : +32.2.539.13.04
info@pourolasolidarite.eu
www.pourolasolidarite.eu

Les Cahiers de la Solidarité

Collection dirigée par Denis Stokkink

Publications récentes :

La lutte contre la pauvreté en Europe et en France, Série Cohésion sociale et économie sociale, n° 24, 2010.

Concilier la vie au travail et hors travail, Cahier de la Solidarité hors-série, 2010.

Responsabilité sociétale des entreprises : la spécificité des sociétés mutuelles dans un contexte européen, Série Cohésion sociale et économie sociale, n° 23, 2010.

Faut-il payer pour le non-marchand ? Analyse, enjeux et perspectives, Série Cohésion sociale et économie sociale, n° 22, 2009.

Mobilité durable. Enjeux et pratiques en Europe, Série développement durable et territorial, n° 21, 2009.

Tiphaine Delhommeau, *Alimentation : circuits courts, circuits*

de proximité, Série développement durable et territorial, n° 20, 2009.

Charlotte Creiser, *L'économie sociale, actrice de la lutte contre la précarité énergétique*, Série développement durable et territorial, n° 19, 2009.

Europe et risques climatiques, participation de la Fondation MAIF à la recherche dans ce domaine, Série développement durable et territorial, n° 18, 2009.

Thomas Bouvier, *Construire des villes européennes durables*, tomes I et II, Série développement durable et territorial, n° 16 et 17, 2009.

Europe, énergie et économie sociale, Série développement durable et territorial, n° 15, 2008.

Décrochage scolaire, comprendre pour agir, Série Cohésion sociale et économie sociale, n° 14, 2007.

Séverine Karko, *Femmes et Villes : que fait l'Europe ? Bilan et perspectives*, Série Développement durable territorial et politique de la ville, n° 12 (n° 13 en version néerlandaise), 2007.

Sophie Heine, *Modèle social européen, de l'équilibre aux déséquilibres*, Série Cohésion sociale et économie sociale, n° 11, 2007.

La diversité dans tous ses états, Série Cohésion sociale et économie sociale, n° 10, 2007.

Francesca Petrella et Julien Harquel, *Libéralisation des services et du secteur associatif*, Série Cohésion sociale et économie sociale, n° 9, 2007.

Retrouvez toutes nos publications
sur www.pourlasolidarite.eu/-publications-

Sommaire

**Faire le pari de la santé durable,
par Denis Stokkink, Président de Pour la Solidarité 9**

**La dimension sociale de la santé durable,
par Etienne Caniard, Membre du Collège de la Haute Autorité
de Santé, France 17**

**Agir pour une santé durable : Priorités et perspectives en
Europe, par Tiphane Delhommeau 23**

Chapitre I. Santé et développement durable :
quels enjeux prioritaires ? 27

I. A. Pas de développement durable sans bonne santé 29

I.A.1 Les inégalités écologiques :
de multiples impacts sur la santé 31

I.A.2. Inégalités sociales de santé :
quand les difficultés sociales s'additionnent 38

I.A.3. L'apport de la démarche développement durable . 45

I. B. Le changement climatique,
une nouvelle donnée d'envergure 47

I.B.1. « Plus de carbone, moins de santé ;
moins de carbone, plus de santé » 48

I.B.2. Effets du changement climatique pour la santé humaine	50
I.B.3. Adopter des approches systémiques.	53
Chapitre II. Cadres de réflexion, cadres d'action	55
II. A. Jalons internationaux	57
II.A.1. La reconnaissance d'une imbrication par nature	57
II.A.2. Promotion de la santé et de la durabilité à l'échelon local	59
II. B. Regard sur l'Union européenne.	62
II. B.1. La santé comme problématique européenne.	62
II.B.2. Focus sur quelques États membres	66
Chapitre III. Perspectives pour une santé durable	91
III. A. Mettre en œuvre des politiques intégrées.	93
III. B. Promouvoir une alimentation équilibrée et un mode de vie adéquat	97
III. C. Œuvrer pour un cadre de vie sain	111
III. D. Des acteurs de la santé exemplaires.	120
Conclusion	141
Bibliographie	143
Postface, par Luc Berghmans, Observatoire de la Santé du Hainaut	149

Faire le pari de la santé durable

Par Denis Stokkink, Président de Pour la Solidarité

L'heure n'est plus aux preuves : le développement durable, aujourd'hui sur toutes les lèvres, ne peut faire l'impasse sur la santé. Pas de développement durable sans bonne santé... et inversement : des milliers d'études et articles démontrent la nécessité de prendre le mal à la racine en s'attaquant aux déterminants de santé – soit l'environnement, le contexte économique, le contexte social.

L'heure n'est plus aux preuves, et pourtant les acteurs de santé, et notamment à l'échelon communautaire – qui se veut un moteur en matière d'environnement –, tardent à reconnaître ces liens et à en prendre acte.

Ce Cahier de la Solidarité, destiné à un large public professionnel ou novice, se veut un instrument de sensibilisation et un outil d'inspiration pour qu'enfin le défi de la santé durable soit pris à bras le corps.

Un devoir de solidarité européenne

Depuis plusieurs années, le Think Tank européen Pour la Solidarité (PLS) s'est donné pour mission de contribuer à la construction d'une Europe porteuse de cohésion sociale et de développement durable.

Nous sommes convaincus qu'en matière de santé, l'Union européenne a une responsabilité à endosser. Et ce, d'autant plus que de nouveaux défis communs voient le jour, tels que le vieillissement de la population, les impacts de la pollution, ou encore l'augmentation du coût des soins due aux innovations et aux avancées technologiques.

On peut cependant s'inquiéter de la manière dont cette responsabilité est à l'heure actuelle assumée à l'échelon communautaire.

En juin 2010 a été adopté par le Conseil européen un projet de directive visant à faciliter les soins transfrontaliers¹. Ce que les promoteurs de ce texte présentent comme une avancée encadrant une pratique à ce jour restreinte (environ 1% des dépenses de santé en Europe), nous apparaît alarmant.

Le devoir de solidarité européenne ne peut pas prendre appui sur une législation qui permettra aux seules franges les plus riches et les plus mobiles, de profiter des meilleurs soins, des systèmes de santé les plus efficaces. Et ceci ne serait qu'une des conséquences néfastes d'un tel marché commun de la santé ; tourisme médical, stagnation des systèmes actuellement les moins performants, incapacité des États à planifier l'offre de soins sur leur territoire, et autres phénomènes, seraient à prévoir.

Si ce projet de directive a toutefois un mérite, c'est celui de pointer les inégalités criantes en matière de santé qui existent entre les différents États membres : l'espérance de vie, les taux de mortalité liés aux maladies, etc.

C'est bien le propos de ce Cahier que d'appeler les instances européennes à s'emparer de ces enjeux. Notre conviction est que cela passera par des leviers tels que l'environnement, la justice sociale et économique, pour lesquels l'UE dispose de compétences et de moyens. Un simple exemple : pour agir sur les inégalités géographiques dans l'accès aux soins, favoriser l'établissement de structures de soins de proximité serait bien plus constructif qu'encourager la mobilité intra-européenne des patients comme le ferait la directive exposée plus haut.

Ce sont ces mesures, agissant en profondeur, qui pourront changer la donne à long terme.

1. Les soins transfrontaliers sont ceux consistant à soigner un patient dans un État européen différent de son État d'origine ; le patient demeurant pris en charge financièrement par le système de son pays.

Miser sur le préventif

Au-delà de l'Union européenne, terrain de prédilection du Think Tank Pour la Solidarité, d'autres acteurs clés travaillent ou peuvent œuvrer à promouvoir une santé durable.

Les pouvoirs publics dans leur ensemble, bien entendu, sont concernés. La santé publique figure parmi les premières dépenses des États. On nous présente souvent les systèmes de santé comme « en crise ». Et quelle serait la solution pour réduire les déficits ? Réduire l'offre ! Ce qui revient à colmater des brèches pour en ouvrir d'autres, plus béantes encore, ailleurs.

Pour penser à long terme, c'est au contraire la prévention primaire qui doit être mise sur le devant de la scène. Car c'est une évidence : en termes de coûts aussi, prévenir vaut mieux que guérir. Aujourd'hui, les actions de prévention sont encore le parent pauvre des dépenses de santé. Pourtant, elles sont bien un des moyens principaux pour enrayer l'accroissement permanent, structurel, de ces dépenses.

Deux axes principaux attirent alors notre attention :

- Travailler sur les comportements des personnes : prévenir les comportements à risques – tabac, alcool, etc. ; encourager des modes de vie plus sains en utilisant des arguments et incitatifs les plus efficaces.
- Associer véritablement les politiques de santé et d'environnement. Ne pas le faire, c'est persister à créer de nouvelles maladies : la collaboration entre ces deux domaines doit donc être permanente. En France par exemple, le Comité de la Prévention et de la Précaution (CPP) aurait un rôle de premier plan à jouer, puisque sa mission est d'aiguiller les actions du Ministre chargé de l'environnement. Son rôle purement consultatif n'est pas à la hauteur des enjeux actuels.

En matière d'implication d'envergure de la part des pouvoirs publics, l'exemple de l'évolution des transports urbains à Copenhague est très instructif.

Globalement peu efficace en ville, la voiture pose aussi d'importants problèmes de sédentarité, de pollution et de stress. À Copenhague,

l'automobile régnait il y a trente ans : il n'y avait pas de culture du vélo ou de la marche. Cela a changé d'une part grâce à un plan d'urbanisme à long terme, d'autre part grâce à la mise en avant des arguments d'efficacité (des moyens transports plus rapides) et d'économies (moins chers).

En trois décennies, la capitale du pays a réussi à piétonner son centre et à faire en sorte que 37% des transports se fassent à vélo. Sur le plan de la santé, les études montrent que les personnes qui se rendent au travail en vélo présentent un taux de mortalité inférieur de 40% à la moyenne de la population² ; et l'on sait que l'activité physique diminue les risques d'accidents cardiovasculaires et de certains cancers. Favoriser les transports actifs au quotidien, c'est donc aussi amoindrir, à terme, les frais liés aux soins de certaines maladies.

L'implication nécessaire des entreprises

Les entreprises, qui pour diverses raisons tendent à se soucier de plus en plus de leur responsabilité sociétale, ne peuvent pas faire l'impasse sur la santé. Elles doivent s'impliquer.

On ne parle évidemment pas ici de s'approprier un « discours santé » et de le valoriser à grand renfort de marketing afin de mieux vendre des produits qui n'ont de « santé » que le nom... aussi omniprésent qu'insensé, ce cynisme publicitaire n'a rien à voir avec la RSE.

En revanche, en tant qu'acteur économique et lieu de vie quotidienne de millions de personnes, les entreprises se doivent d'insérer l'enjeu de la santé dans leur fonctionnement.

En interne, la logique est celle du gagnant-gagnant : meilleure productivité et mieux-être seront au rendez-vous. Une démarche RSE prenant soin de la santé des salariés a de quoi intéresser tous les niveaux hiérarchiques.

Bien entendu de nombreuses initiatives mériteraient d'ores et déjà d'être soulignées. Pensons par exemple aux entreprises faisant le choix de promouvoir auprès de leurs employés une alimentation

2. Kristian Villadsen, architecte et consultant, lors de « À pied, à vélo, des villes actives », Colloque sur les transports actifs. Montréal, 3 et 4 juin 2010.

locale et saine³ ; à celles encourageant leurs salariés à utiliser des modes de mobilité douce ; ou encore à celles luttant de diverses manières contre les phénomènes de stress chez les salariés. Il y a là un sillon de progrès et de prévention qui doit être creusé et encouragé.

La responsabilité sociétale des entreprises ne se limite par ailleurs pas à ses impacts sur ses collaborateurs et employés. Doivent être pris en compte, bien plus globalement, les communautés et environnements d'accueil des entreprises. Le chemin semble encore bien long, notamment si l'on se tourne du côté des multinationales. Selon une enquête⁴ menée auprès de 430 multinationales françaises, il apparaît que la plupart de leurs dirigeants et la majeure partie de leurs responsables de la mobilité internationale n'établissent pas de lien entre responsabilité sociétale de l'entreprise (RSE) et santé à l'international ! Et ce, y compris dans des entreprises où la réflexion sur la RSE est déjà avancée, et où des actions en la matière ont déjà été posées, à l'égard des salariés, membres et collaborateurs de l'entreprise.

Selon cette même étude, seule une contrainte exogène assortie de la démonstration que l'image de l'entreprise est en jeu, pourrait changer la donne. Le changement devra donc être suscité à la fois par la réglementation, et par les entreprises elles-mêmes – la réussite et les bénéfices tirés des efforts des uns devant servir d'incitatif pour les autres.

Pour les mutuelles de santé, une question d'intégrité

Le mouvement mutualiste se situe, depuis ses prémisses, au plus proche du développement durable, notamment par l'absence de but lucratif et par ses objectifs d'équité sociale⁵. On peut même affirmer

3. Pour des bonnes pratiques en la matière, consulter : « Circuits courts. circuits de proximité. Pour une alimentation durable », Les Cahiers de la Solidarité, n° 20, Série Développement durable et territorial, 2009.

4. « Responsabilité Sociale de l'Entreprise (RSE) et santé à l'international », étude TNS Sofres commanditée par International SOS, in Sandra Besson, Actualités news environnement, 4 novembre 2008. <http://bit.ly/ej1j0I>

5. Comme le précise le Code de la Mutualité, les mutuelles de santé n'ont pas de but lucratif et ont pour vocation « *la prévoyance, la solidarité et l'entraide afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique des membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. L'activité des mutuelles se situe donc dans le domaine de la protection sociale exclusivement en ce qui concerne la personne humaine* ».

que plus les mutuelles sont fidèles à la démarche du développement durable, et plus elles sont fidèles à elles-mêmes.

Quel meilleur terrain, alors, que les mutuelles de santé, pour concrétiser la durabilité en matière de santé ? Prenons l'exemple de l'accès aux soins. Contribuant à la lutte contre l'exclusion sociale, les mutuelles de santé se distinguent des assureurs commerciaux dans la mesure où « *elles ne procèdent généralement pas à une évaluation personnalisée des risques à l'adhésion, qui consiste à écarter les personnes à risque élevé de maladie ('mauvais risques'), ni au calcul des cotisations en fonction du risque spécifique encouru par l'individu assuré. Ainsi, elles garantissent l'accès pour toutes les personnes à des services qui, surtout dans le domaine sanitaire et social, sont considérés comme essentiels* »⁶.

Les mutuelles de santé sont naturellement portées à être actives dans la sphère sociale du développement durable, et assument là un précieux rôle d'intérêt général. Il est probable qu'elles gagneraient encore à adopter une démarche de développement durable plus globale : c'est-à-dire à associer davantage les questions environnementales à leur démarche, tant leur préoccupation première, la santé, et les questions environnementales sont intrinsèquement liées.

Le secteur associatif, au plus proche des besoins des populations

En matière de santé, le terrain associatif s'avère aussi innovant que prolifique. Les associations sectorielles abondent, reflets de l'ampleur des questions de santé. Ce tissu associatif, en se faisant le porte-parole des individus, contribue à faire évoluer la gouvernance dans le sens d'une participation de tous (citoyens, associations, pouvoirs publics, entreprises, etc.) au processus de décision. Ce qui en fait un acteur primordial pour toute démarche de développement durable.

Restons dans la sphère des associations relatives au secteur de la santé, mais cette fois du côté des dispensateurs de soins : et intéressons-nous aux maisons médicales.

Ces lieux de santé de proximité adoptent une démarche globale particulièrement favorable au développement durable. Basées sur un

6. « Responsabilité sociétale des entreprises. La spécificité des sociétés mutuelles dans un contexte européen », *Les Cahiers de la Solidarité*, n°23, Série responsabilité sociétale des entreprises et diversité, 2010.

principe d'auto-gestion et de non hiérarchie interne, leurs missions sont non seulement la dispensation de soins de santé primaires, mais aussi la santé au-delà de la préoccupation curative. La sensibilisation, l'éducation permanente et l'implication des activités communautaires, sont au nombre de leurs préoccupations. Le leitmotiv est le suivant : développer l'autonomie des individus dans la prise en charge des problèmes de santé⁷.

En bref, ce que proposent les maisons médicales n'est rien de moins qu'une autre manière d'envisager la médecine, la santé, mais aussi la gouvernance d'entreprise. Et cette vision intégrée n'est pas sans rappeler celle promue par le développement durable.

On le voit à travers ces quelques exemples, le secteur associatif, proche des besoins et attentes des populations, est un terrain fertile pour les initiatives de santé durable. Toutefois, le regroupement, la mise en réseau et la mutualisation de connaissances et moyens ne doivent pas être en reste. Ils permettent de peser plus lourd face aux décideurs politiques et économiques, et de mieux progresser vers de communs objectifs.

Professionnels de la santé : un devoir d'exemplarité

Les hôpitaux, centres de soins et de manière générale, les professionnels de la santé, sont, par définition, un acteur de première importance pour l'application concrète de démarches de santé durable. Pour reprendre les mots des parties prenantes au 34^e congrès de la Fédération internationale des Hôpitaux à Nice (2005) : « *L'hôpital a par sa vocation, ses missions et ses activités, une plus grande responsabilité et un devoir d'exemplarité dans la mise en place d'une stratégie de développement durable.* »

Dans ce secteur, d'évidentes avancées ont lieu, qui émanent d'une part de la réglementation en vigueur (i.e. pour la gestion des déchets hospitaliers) ; et d'autre part de démarches volontaires (i.e. constructions intégrant des éléments d'architecture bioclimatique, choix d'achats socialement et écologiquement responsables, etc.).

7. HUENS V., LADAVID C., LAGRÈVE C., *Les maisons médicales : acteurs de l'économie sociale*, SAW-B, juillet 2008.
<http://www.maisonmedicale.org/Les-maisons-medicales-acteurs-de-1,974.html>

La plupart des démarches de développement durable mises en place relèvent de volontés individuelles, reposent sur la conviction d'une ou quelques personnes. La sensibilisation et la formation sont donc de mises. Et la réglementation doit encourager ces initiatives encore éparses ; ce n'est pas encore assez le cas. N'est-il pas aberrant, comme le précise Olivier Toma⁸ que le Plan hôpital 2012 (France), « *ne prévoit pas l'obligation d'un étiquetage des produits de construction* », ce qui va « *générer une dépense à hauteur de 10 milliards d'euros, sur la période 2009/2012, sans imposer de normes de précaution élémentaire ! Construire des hôpitaux ou les rénover avec des produits douteux ou peu efficaces dans leur éco-conception, sans prendre en compte leur obsolescence, revient à devoir en changer dans quelques années* ».

En bref, la marge de progrès demeure immense.

Nous le disions, l'heure n'est plus aux preuves

L'importance d'une démarche globale et préventive est aujourd'hui démontrée et documentée. Et pourtant, le champ des actions à entreprendre demeure bien peu arpenté.

Quand osera-t-on véritablement changer les systèmes de santé pour les axer davantage sur la prévention, pour viser le long terme ? Cette publication se veut inspirante pour les multiples acteurs de la santé comme pour le grand public. Nous espérons pouvoir contribuer à ce qu'émergent des politiques de santé durable et de nouvelles initiatives de terrain.

La santé durable est un enjeu universel et à tous points de vue, phénoménal : n'attendons plus avant de nous en emparer.

8. Président du Comité pour un développement durable en santé, entretien disponible en ligne sur le Portail du développement durable en PACA, 25 septembre 2009 <http://www.rsepaca.com/olivier-toma-interview-56.html>

Depuis trois ans, l'association C2DS, Comité pour un développement durable en santé, s'efforce de faire connaître les bonnes pratiques du secteur de la santé, de sensibiliser et de former les acteurs de la santé : www.c2ds.com

La dimension sociale de la santé durable

Par Etienne Caniard, Membre du Collège de la Haute Autorité de Santé, France

Très souvent la santé durable n'est évoquée qu'au travers de ses liens avec l'environnement. Certes l'environnement est très présent lorsqu'il est question de santé. Certes les déséquilibres environnementaux jouent un rôle majeur dans l'état de santé des populations, particulièrement dans les pays du Sud. Certes beaucoup reste à faire pour que la prise en considération des questions environnementales dans les politiques de santé devienne réalité. Il ne saurait donc être question de négliger les liens essentiels entre environnement et santé mais ils ne doivent pas occulter les autres dimensions de la santé durable, notamment la dimension sociale qui concerne les inégalités en premier lieu mais aussi la politique de la ville, la démocratie ou le rapport au travail.

Une prise de conscience récente de l'importance du « pilier social »...

Il est habituel de rappeler que le développement durable repose sur trois piliers, l'économique, l'écologique et le social.

Pourtant, si l'on relit le premier plan de Stratégie nationale de Développement durable (SNDD) français qui couvrait la période 2003-2008, on constate qu'il n'envisageait la santé que par « *la prévention des risques de pollution et autres atteintes à la santé et à l'environnement* », alors que dès 2002 l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

avait développé l'idée qu'une bonne santé devait reposer sur les trois piliers du développement durable, incluant donc le social.

Cette lacune a été comblée dans la SNDD 2009-2013 qui, parmi les neuf défis qui structurent ses orientations, mentionne la santé publique en précisant qu'« *il convient de prêter une attention particulière à la qualité des milieux et **aux inégalités sociales potentielles*** ».

Aujourd'hui, dans les pays développés les facteurs contribuant à la mortalité prématurée sont les suivants¹ : les conduites individuelles (principalement tabagisme, mauvaise alimentation, manque d'exercice) à hauteur de 40%, les prédispositions génétiques pour 30%, les conditions sociales défavorables 15%, un mauvais accès aux soins 10% et enfin la pollution 5%. On sait également que les caractéristiques sociales (niveau de revenu, d'éducation, de logement, conditions de travail...) déterminent de manière importante l'exposition aux facteurs environnementaux défavorables et plus encore façonnent les comportements face aux risques.

Ce qui est vrai au niveau de l'individu l'est aussi au niveau des populations, les fortes corrélations entre cohésion sociale et espérance de vie d'une population le démontrent aisément.

...pourtant présente depuis longtemps dans les réflexions sur la santé publique

Si les fondements de la santé publique relevaient à l'origine de logiques de sécurité publique et de réglementation économique, c'est dès le 18^{ème} siècle² qu'apparaissent des objectifs de préservation de santé de la population, même si la notion de santé durable était encore loin de voir le jour. Le 19^{ème} siècle marque la prééminence de l'hygiène publique, proche de nos préoccupations environnementales mais moins inscrite dans le long terme. C'est à partir de 1945 que les progrès spectaculaires de la médecine ont transformé, bien au-delà des nouvelles possibilités thérapeutiques, le regard de la société sur la santé. La prééminence d'une vision biomédicale, la fascination devant les prouesses techniques ont parfois fait passer l'homme derrière la machine, nourrissant ainsi des critiques radicales telle celle

1. Patrick Peretti-Watel, Jean-Paul Moatti, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérivés*, La République des idées/Seuil, 2009.

2. Didier Tabuteau, Aquilino Morelle, *La Santé publique*, Que sais-je ? Septembre 2010.

d'Yvan Illich en 1975 dans la *Némésis médicale*. La confiance dans le progrès, néanmoins justifiée, a conduit à dévaloriser la prévention (à quoi bon prévenir puisque l'on pourra guérir), à croire à une victoire définitive sur les maladies infectieuses et à négliger l'importance des comportements individuels comme des déterminants sociaux³.

Ce sont pourtant bien ces derniers qui doivent être aujourd'hui au centre des politiques de santé si l'on veut effectivement bénéficier du progrès médical et de l'innovation, réalisés ces cinquante dernières années et de ceux attendus dans les toutes prochaines décennies.

Même si l'analyse que l'on peut faire des évolutions de la santé publique n'est pas directement transposable à la santé durable, les leçons que l'on peut tirer de ce rapide survol de l'histoire doivent être retenues pour éviter une vision restrictive des enjeux d'une politique de santé durable.

Comment réinscrire les débats sur la solidarité dans le long terme ?

Certains auteurs⁴ opposent « l'échange-marchand » (caractérisé par un intérêt immédiat des agents) à « l'échange-don » (ou échange réciproque) qui fait intervenir des motivations diverses mais généralement orientées vers le long terme.

Ce qui conduit à poser la question de la justice entre générations, évidemment très différente de la simple justice sociale. C'est sur cette base que Rawls dégage un principe de justice entre générations qui repose sur un mécanisme de réciprocité indirecte (faire pour ses descendants ce que l'on aurait aimé que ses ascendants fissent pour vous).

La dimension temporelle de la solidarité ne saurait donc se limiter à l'approche environnementale, d'ailleurs parfois marquée par le conservatisme et la nostalgie.

Tous les débats sur les minima sociaux, les limites de l'État providence mériteraient probablement d'être éclairés par cette dimension temporelle, des obligations réciproques n'ayant de sens que dans le long terme. La fonction principale de l'État n'est-elle pas d'inscrire

3. Didier Tabuteau, Aquilino Morelle, *op. cit.*

4. André Masson, *Droit et Société*, vol. 34, 2002.

les politiques de solidarité dans la durée ? Nous en sommes loin, les artifices divers utilisés pour reporter à des échéances de plus en plus lointaines le remboursement de la dette sociale (création de la CADES⁵) par les gouvernements français successifs en sont la démonstration la plus flagrante.

Si la dimension temporelle est au centre du développement durable, de la santé durable entendue dans ses liens avec l'environnement, il faut en rappeler avec force l'importance dans la réflexion sur les solidarités... dans les pays riches notamment. En effet, en santé comme dans les autres domaines du développement durable, il ne faut jamais oublier lorsqu'on réfléchit à la part respective du risque et du progrès de se demander si ceux qui pourraient bénéficier des bienfaits d'une politique de précaution sont les mêmes que ceux qui courent les risques. Occulter cette question peut conduire à de grandes désillusions.

Est-il par exemple plus important, en termes de santé durable, de multiplier les contrôles sur les produits textiles portés par les occidentaux ou de s'intéresser aux conditions de travail, et à leurs conséquences sanitaires, des ouvrières indiennes qui les confectionnent. Il ne s'agit pas d'opposer les deux objectifs mais beaucoup plus simplement de les hiérarchiser, de ne pas en oublier un, précisément celui qui devrait être prioritaire !

Avant de chercher à vivre plus longtemps, certains hommes se soucient d'abord de vivre. Qui pourrait le leur reprocher ?

Pas de santé durable sans indicateurs adaptés

À l'instar des interrogations qui entourent les indicateurs de développement durable (comment sortir de la toute puissance du PIB qui ne mesure pas la qualité de la vie, ignore les atteintes à l'environnement et les questions de répartition ?), la question des indicateurs de santé doit être posée. La volonté est indispensable à l'action mais elle est insuffisante. L'absence des connaissances nécessaires au choix des priorités, à la vérification des hypothèses peut abaisser la volonté au rang d'incantation.

5. Caisse d'Amortissement de la Dette sociale, qui renvoie la charge de notre dette aux générations futures.

Le Conseil économique, social et environnemental français a adopté en mai 2009 un rapport sur les indicateurs de développement durable et l’empreinte écologique. S’il insiste évidemment sur l’accélération nécessaire de la connaissance statistique des volets sociaux et environnementaux, en précisant les domaines sur lesquels doit porter cette amélioration (fréquence de mise à jour des résultats, adaptation à la décision publique...), le point le plus important de ses recommandations réside dans l’association étroite des citoyens et de la société civile au choix des indicateurs et à l’évaluation de leurs évolutions.

Cet effort de pédagogie et d’appropriation dans un domaine complexe et marqué par l’incertitude est une impérieuse nécessité si l’on veut éviter l’emprise de l’émotion et de l’irrationalité. Il est hélas toujours plus facile, pour les décideurs, d’émouvoir, de faire peur que de chercher à adapter les décisions aux connaissances, de reconnaître qu’il faudra évoluer en fonction des incertitudes.

Développer une véritable pédagogie de la complexité, donner des repères au public, faciliter la compréhension et favoriser le développement de l’esprit critique sont probablement les principaux défis auxquels ont à faire face les démocraties pour améliorer la décision publique, tout particulièrement dans un domaine aussi sensible à l’émotion et aux représentations personnelles que celui de la santé. S’accorder sur ce qu’il faut mesurer et sur les outils les mieux adaptés est la première marche à franchir.

Conclusion

L’évocation récente de la « santé durable » dans les débats et son instrumentalisation de plus en plus fréquente impose une réflexion sur les conditions nécessaires pour passer du débat théorique à la mise en œuvre des politiques. Le « succès » du développement durable et de son corollaire sanitaire ne doit pas devenir un refuge rassurant devant la dictature du court terme, le zapping médiatique, les décisions politiques davantage guidées par l’émotion et les sondages que la réflexion et la raison.

Pour se convaincre du risque d’instrumentalisation de la « santé durable », il suffit de rentrer ce terme dans un moteur de recherche. Très vite apparaissent des sites commerciaux mêlant offres d’assu-

rance, produits de confort, promotions pour des thérapies plus ou moins validées ou... secrets pour devenir centenaire. La santé durable est d'ores et déjà devenue un argument commercial.

Ne nous détournons pas des vrais problèmes, celui des inégalités et de la pauvreté qui doivent être les préoccupations premières de toute politique de santé durable. Jean de Kervasdoué⁶ rappelle à juste titre que la pauvreté demeure le principal ennemi des écosystèmes naturels. S'éloigner des réalités conduit souvent à privilégier l'évocation des valeurs dans une dimension plus symbolique que dans la mise en œuvre. L'enjeu politique est aussi celui du résultat.

S'inscrire dans la durée, bien sûr, mais aussi savoir hiérarchiser les priorités, à partir de données acceptées parce que discutées dans le cadre d'un débat public qui ne se limite pas à quelques aspects de la santé durable, peut permettre de faire de cette dernière le levier d'une transformation des politiques sur laquelle la santé publique a toujours échoué...

6. *La peur est au-dessus de nos moyens*, à paraître en 2011.

Agir pour une santé durable : Priorités et perspectives en Europe

Par Tiphane Delhommeau

Allergies, affections respiratoires, cancers, impacts des hausses des prix alimentaires... Nombreux sont les phénomènes qui en témoignent : la santé humaine dépend de celle de son écosystème, la Terre. Les atteintes à l'environnement et aux milieux naturels ont des répercussions sur le bien-être individuel et collectif. De même, à l'heure où l'espérance de vie continue de croître en Europe, de profondes inégalités face à la maladie persistent, voire se renforcent. L'équité en matière de santé est un facteur fondamental de la justice sociale. Or, sans justice sociale, vanter le développement durable en marche dans nos sociétés n'est que poudre aux yeux.

Alors que le développement durable est sur toutes les lèvres, comment pourrait-on faire l'impasse sur la santé, condition *sine qua non* de tout bien-être humain ?

L'épanouissement des populations, le développement des compétences des citoyens, le respect des équilibres naturels, sont des préalables pour toute amélioration de la santé. Un exemple simple l'illustre. Pour être en bonne santé, nous avons besoin d'une alimentation suffisante, équilibrée, variée, saine. Notre santé dépend ainsi du climat – donc aussi de ses modifications –, de la biodiversité domestique et sauvage – actuellement menacée –, de l'absence de toxicité – d'où l'importance de la question des pesticides et des résidus chimiques –, de l'accessibilité des denrées alimentaires – elle-même dépendante des moyens financiers de l'individu consommateur, du contexte économique dans lequel il évolue, et de bien d'autres facteurs encore.

Pourtant évidentes, les influences mutuelles entre les domaines de la santé et du développement durable (économie, environnement, social) n'ont été que tardivement reconnues par les organisations internationales et les acteurs de la santé. Lorsqu'en 1975, le docteur Higginson¹ affirma que 80 % des cancers avaient une cause environnementale, ses propos furent accueillis par le scepticisme et les critiques de ses pairs. Trente ans plus tard, l'Appel de Paris², déclaration internationale sur les dangers mortels de la pollution chimique, a été signé par plus d'un millier de personnalités scientifiques et d'organisations non gouvernementales à travers le monde. De la même manière, il aura fallu attendre le début des années 2000 pour que l'ONU parle d'objectifs du millénaire pour le développement et fixe parmi ceux-ci l'objectif d'amélioration de la santé.

Il n'est plus possible aujourd'hui de fermer les yeux face à la recrudescence d'épidémies et la persistance d'inégalités sociales face à la maladie. De même, force est de constater que de nouveaux défis voient le jour, qu'ils soient mondiaux ou plus localisés. En Europe des questions aussi variées que le vieillissement de la population, les problèmes liés à la nutrition, les impacts de la pollution ou encore les effets du changement climatique, figurent au premier rang de ces nouveaux enjeux. Ceux-ci *a fortiori* tendent à toucher, à nouveau, les populations déjà plus fragiles d'un point de vue social et économique.

En somme, il est urgent de se préoccuper de la santé de manière plus transversale, plus préventive, sans quoi les actions demeureront partielles, moins efficaces et coûteuses. Autrement dit, pas de santé sans santé durable.

Le Sommet sur le développement durable de Johannesburg, en 2002, marque une étape en la matière. La déclaration issue du sommet insiste sur le fait que la bonne santé repose sur les trois piliers du développement durable – l'économique, l'écologique et le social. L'accent est mis aussi, dès lors, sur l'importance de préserver dès à présent la santé des générations futures et d'adopter dans le traitement des maladies, une approche qui respecte les équilibres naturels.

La présente publication vise à éclairer les enjeux actuels en matière de santé durable, à éclairer les liens existants entre les politiques de

1. Alors Directeur du CIRC, Centre international de Recherche contre le Cancer, à Lyon.

2. L'Appel de Paris a été lancé suite au colloque « Cancer, environnement et société » tenu en 2004 à l'UNESCO à Paris.

santé et celles de développement durable, à fournir un panorama des actions entreprises et à entreprendre en Europe. Pour ce faire, ce Cahier s'articule en trois grandes parties.

Une première partie analytique expose les enjeux actuels en matière de santé durable. Le point est fait sur les inégalités sociales et écologiques, obstacles à une justice sociale réelle, fondement nécessaire de toute idée de durabilité.

Ces enjeux posés, la deuxième partie du cahier se penche plus spécifiquement sur l'action actuelle des institutions internationales, en analysant la prise en compte croissante des liens inextricables entre développement durable et santé à divers échelons : international, européen, étatique.

La troisième partie du cahier enfin s'axe sur les orientations à privilégier afin de favoriser une santé durable, et sur la présentation de bonnes pratiques européennes déjà mises en place dans certains pays européens. Investir dans la santé a d'indéniables retombées positives sur l'évolution économique et sociale des sociétés. Le coût de l'inaction en matière de santé peut être colossal, si rien n'est fait dès à présent pour protéger la population de maux croissants tels que ceux liés à la malnutrition ou à un environnement néfaste. On s'attachera donc tout particulièrement à présenter le développement durable comme un moyen pour réduire à terme les coûts des dépenses en santé.

Chapitre I. Santé et développement durable : quels enjeux prioritaires ?

I. A. Pas de développement durable sans bonne santé

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Au-delà des caractéristiques physiques et physiologiques de chaque individu, la santé est intrinsèquement liée à des facteurs sociaux, économiques et environnementaux. Elle nécessite un environnement social et écologique viable.

Le Sommet de Rio, en 1992, avait fortement mis l'accent sur la place de la santé dans le développement durable, au même titre que la lutte contre la pauvreté, lui consacrant une longue réflexion, le chapitre 6 d'Action 21 (agenda de la conférence), et rappelant que la santé et le développement sont étroitement liés. Le premier article de la Déclaration de Rio affirme d'ailleurs que « *les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature* ». Ainsi, dans le cadre du développement durable, la santé est un objectif, mais également un préalable indispensable.

Le revenu, l'éducation, les conditions de vie et de travail, le comportement en matière de santé et l'accès aux soins sont quelques-uns des principaux facteurs de bonne santé. L'environnement, tout particulièrement, est de plus en plus considéré comme la clé d'une meilleure santé. Certaines pathologies, telles que la tuberculose, l'asthme, le saturnisme ou encore les troubles nutritionnels, peuvent être perçus comme le reflet d'un environnement « malsain » : environnement bio-physique (insalubrité du logement, humidité, air ambiant) ; habitudes de vie malsaines (tabagisme, malnutrition, manque d'activité physique), ou encore intégration sociale difficile

(isolement, chômage, etc.). Les actions purement thérapeutiques ne suffisent pas pour lutter contre ces facteurs de mauvaise santé. Leur prévention dépasse largement le champ de la médecine.

I.A.1 Les inégalités écologiques : de multiples impacts sur la santé

Contexte et définition

Même si les données en la matière demeurent encore incomplètes, il est clair que de nombreux facteurs environnementaux ont des impacts directs ou indirects sur notre santé. La qualité des milieux de vie (air, eau, sols) dépend par exemp le de la présence ou non de contaminants (biologiques, chimiques, physiques), de nuisances (bruit, insalubrité), de changements environnementaux (variation climatique, biodiversité).

Certaines pathologies sont aggravées, voire déterminées, par l'environnement. Les récentes études relayées par la Commission européenne avancent par exemple le chiffre de 400 000 européens mourant chaque année des conséquences de la pollution de l'air.

Autre exemple, les autorités publiques estiment en France que :

- « – *De l'ordre de 30 000 décès anticipés par an sont liés à la pollution atmosphérique urbaine,*
- *un doublement de la prévalence des maladies allergiques respiratoires est enregistré depuis 20 ans,*
- *seules 37% des ressources en eau potable disposent aujourd'hui de périmètres de protection,*
- *la qualité de l'eau dans le milieu naturel se dégrade de manière continue,*
- *14% des couples consultent pour des difficultés à concevoir, celles-ci pouvant être liées à des expositions à des substances toxiques pour la reproduction,*
- *7 à 20% des cancers seraient imputables à des facteurs environnementaux,*
- *près d'un million de travailleurs seraient exposés à des substances cancérogènes,*

– *les risques liés aux expositions dans les locaux sont mal connus alors que la population y séjourne environ 80% de son temps.* »³

L'urbanisation, le changement climatique, la dégradation d'écosystèmes, la dissémination de polluants, ont des répercussions directes sur la santé. Par ailleurs, dans l'ensemble des pays riches, les maladies chroniques augmentent : cancers, diabète, maladies cardiovasculaires, obésité, dépressions... L'asthme, les allergies, le stress sont d'autres exemples de troubles divers affectant la santé des personnes.

Les populations plus pauvres sont particulièrement vulnérables face à ces affections, en étant particulièrement exposées au bruit, à une mauvaise alimentation, à des conditions de travail difficiles, à un logement de mauvaise qualité, aux pollutions intérieures, etc. Aux inégalités sociales et financières viennent encore s'ajouter les inégalités écologiques.

Les « inégalités écologiques » renvoient donc à toutes les formes de cumul d'inégalités d'accès à la qualité du cadre de vie et des inégalités dans l'exposition aux nuisances. Cela regroupe des inégalités « *face à l'accès à des ressources naturelles de qualité (eau, air), face à l'exposition aux risques naturels et technologiques, face aux nuisances et aux pollutions, dues au niveau plus ou moins grand d'intégration des préoccupations environnementales dans les politiques urbaines (choix des formes urbaines, transports)* »⁴.

On développera ici deux exemples représentatifs, soit la qualité de l'habitat et la question des nuisances sonores.

La qualité de l'habitat

Les personnes occupant des logements vétustes sont au premier rang des victimes de pollutions et maux divers affectant la santé : mauvaise isolation, mauvaise ventilation, chauffage défaillant ou

3. Site internet du ministère français du Développement durable, rubrique Environnement et Santé. <http://www.ecologie.gouv.fr/-Sante-et-environnement-.html>

4. *Les inégalités écologiques en milieu urbain*, Rapport de l'Inspection générale de l'Environnement, ministère de l'Environnement et du Développement durable, France, 2005.

inexistant, présence de moisissures, d'acariens, peintures contenant du plomb... Cela se traduit par différentes atteintes à la santé des habitants, depuis les allergies, les maladies respiratoires, jusqu'aux troubles digestifs ou encore troubles neurologiques. Les plus fragiles, enfants et personnes âgées, étant aussi les plus sensibles à ces dangers. N'oublions pas non plus qu'un logement de mauvaise qualité est aussi un milieu plus propice « *aux accidents et aux traumatismes, à la violence domestique, au stress lié au bruit (...) à des troubles mentaux tels que la dépression* »⁵.

La précarité énergétique, par exemple, est au cœur de ces problématiques : les populations plus pauvres tendent à choisir un logement de qualité moyenne voire mauvaise, afin de le payer moins cher⁶. Mais ce seront eux aussi qui, disposant déjà de moyens financiers limités, se retrouveront à devoir payer des factures énergétiques beaucoup plus élevées. Le choix est alors souvent fait de chauffer peu ou pas le logement, ce qui n'est pas sans impact sur la santé.

Impacts sanitaires de la précarité énergétique

Selon sa définition la plus précise, « Un foyer pauvre en énergie est celui qui ne peut pas se permettre de se chauffer de façon adéquate à un coût raisonnable. La définition acceptée le plus communément pour décrire un foyer pauvre énergétiquement désigne un foyer qui a besoin de dépenser plus de 10% de ses revenus pour se procurer l'ensemble des combustibles utiles et pour chauffer sa maison à une chaleur standard adéquate. Celle-ci est en général fixée à 21°C dans la pièce principale et à 18°C dans les autres pièces occupées – températures recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé »⁷.

Les racines de la précarité énergétique sont nombreuses : libéralisation des marchés de l'énergie, situation de pauvreté des ménages et ses contraintes, mauvaise qualité du logement, va-

5. OMS Europe, « Environnement et logement », Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, Budapest (Hongrie), 23-25 juin 2004.

6. Pour plus d'informations sur la précarité énergétique, voir Think tank européen Pour la Solidarité, « L'économie sociale, actrice de la lutte contre la précarité énergétique », *Cahier de la Solidarité*, n° 19, série Développement durable et territorial, 2009.

7. UK Fuel Poverty Strategy, November 2001 <http://www.berr.gov.uk/files/file16495.pdf>

riations des prix de l'énergie, crises du logement, ou encore la question du pouvoir d'achat⁸, en sont autant de causes structurelles et conjoncturelles. L'analyse de ces causes multiples dépasse ici le cadre de notre étude. Reste que les conséquences de la précarité énergétique sont loin d'être négligeables⁹. Concernant la santé physique et mentale, l'eurodéputée Eluned Morgan précise que « la personne pauvre en énergie est confrontée à de fortes situations de doute, de déconnection et à des problèmes physiques et mentaux »¹⁰. Le cercle vicieux est à la fois matériel et psychologique. Le logement symbolise le chez-soi, le refuge ultime pour les personnes déjà fragiles. La dégradation du logement et les conditions de vie « anormales », en n'utilisant que peu ou plus d'eau chaude, de chauffage, de lumière, d'appareils électriques, atteint la santé morale en altérant l'image de soi, et constitue « un frein à la fois à la vie sociale et à la vie personnelle »¹¹. Le lien direct entre la précarité énergétique et la santé physique a été démontré, notamment chez les enfants et les personnes âgées¹². Les conséquences se manifestent par des allergies et les maladies liées aux poêles à pétrole, au froid et à l'humidité peuvent même aller jusqu'au décès, particulièrement lors des pics de froid hivernaux. La détérioration de l'hygiène par manque de ressources nécessaires – eau chaude par exemple – est également responsable de maladies et de prolifération de bactéries.

Les nuisances sonores

Au travail, dans la rue, à la maison : le bruit est une nuisance extrêmement courante qui constitue un véritable enjeu de santé publique. Les zones urbaines sont particulièrement touchées¹³. À l'heure où en-

8. On se reportera pour plus de détails à la publication Think tank européen Pour la Solidarité, « L'économie sociale, actrice de la lutte contre la précarité énergétique », *op. cit.*

9. *Ibidem.*

10. MORGAN E., MEP, Rapport Energy Poverty in the EU, 2008.

11. Diagnostic des causes et conséquences en Belgique, Espagne, France, Italie et Royaume-Uni, WP2-D5, projet EPEE, programme Énergie Intelligente Europe.

12. *Ibidem.*

13. La carte interactive NOISE (Noise Observation and Information Service for Europe) permet de consulter en ligne les données sur la pollution sonore par pays et par ville.

viron 75% de la population européenne vit en ville et où les volumes du trafic sont toujours en hausse, le nombre de plaintes liées au bruit dans l'environnement se multiplie dans de nombreux pays européens¹⁴. En France par exemple, l'enquête permanente de l'INSEE¹⁵ sur les conditions de vie révèle que le bruit est la nuisance la plus souvent citée par les ménages (54%) habitant des agglomérations de plus de 50 000 habitants. Les transports, les travaux et les industries sont les premiers responsables de la pollution sonore environnementale.

Selon le Livre vert de l'Union européenne *Politique future de lutte contre le bruit*, un Européen sur cinq souffre de niveaux de bruit considérés comme excessifs, c'est-à-dire néfastes pour la santé physique et psychologique. L'Organisation mondiale de la Santé estime de son côté qu'environ 40% de la population de l'UE est exposée au bruit du trafic à des niveaux dépassant 55 dB(A), et que plus de 30% le sont à des niveaux dépassant 55 dB(A) durant la nuit¹⁶.

L'exposition excessive au bruit peut être chronique et/ou continue. Le bruit a des effets auditifs, sur les organes de l'audition, mais aussi extra-auditifs, pouvant perturber l'organisme en général, et notamment le sommeil, le comportement. L'organisme ne s'habitue pas au bruit. Les personnes soumises à des bruits continus peuvent penser s'être habituées, mais leurs électroencéphalogrammes montrent un sommeil perturbé et non réparateur.

Le système cardio-vasculaire est aussi affecté par l'exposition excessive au bruit, tout comme le système endocrinien et le système immunitaire. La diminution de la vigilance, de l'attention (dans les usines exposées au bruit le taux d'accident de travail est multiplié par 4), et de la capacité de mémorisation, sont aussi des effets immédiats du bruit. Les effets sur la santé mentale sont aussi reconnus, le bruit étant perçu comme la nuisance principale par les personnes présentant un état anxio-dépressif. Le bruit joue alors un rôle de facteur aggravant.

14. Agence européenne de l'Environnement (www.eea.europa.eu).

15. *Enquête permanente sur les conditions de vie de 2002 de l'INSEE*, citée dans *Bruits et santé*, ministère de la Santé et des Sports, France, 2007.

16. OMS, How many people are affected by noise? http://www.euro.who.int/Noise/Activites/20030123_1?language=French, consulté le 26.11.09.

Le bruit a des effets de discrimination sociale. Les personnes seules, celles vivant au seuil de la pauvreté, les retraités et les étrangers représentent une proportion importante d'habitants à proximité des installations industrielles et des voies de communications bruyantes.

Les victimes de ces nuisances constituent alors des groupes de personnes, trop fragmentés pour leur permettre de faire pression et défendre leurs intérêts auprès des autorités autrement que de manière très localisée. Ainsi le bruit est devenu un problème social causé par tous mais touchant surtout les personnes défavorisées ; voire un problème causé par les uns et touchant les autres.

Pollution sonore et discrimination sociale : l'exemple des avions survolant la Région bruxelloise

Après de multiples tiraillements politiques et la montée au créneau d'association de riverains dans des quartiers aisés qui furent un temps survolés, les avions décollant de l'aéroport international de Zaventem suivent aujourd'hui la « route-canal ». Cette route est dite « plus sécuritaire » et survolant des zones « peu peuplées », selon les propos ses partisans. C'est en fait une double aberration, puisque d'une part, un site gazier pourrait être touché en cas d'accident, et que d'autre part la route survole la commune de Molenbeeck, soit une des communes les plus peuplées de la Région bruxelloise, et une commune dont la population, fortement issue de l'immigration, se caractérise globalement par un capital socioculturel faible. En somme, alors que les populations à fort capital social et culturel ont su s'organiser pour protester contre le survol de leurs quartiers, cela n'a pas été le cas pour les populations de quartiers modestes voire défavorisés.

Les effets du bruit

Effets physiques	Effets psychologiques
<ul style="list-style-type: none">• Lésions auditives• Troubles des fonctions végétatives• Problèmes cardiovasculaires• Augmentation de la pression sanguine• Diminution de la profondeur du sommeil• Maux de tête	<ul style="list-style-type: none">• Sensation de gêne• Stress, nervosité, tension• Abattement• Perturbation du sommeil• Troubles de la communication• Irritabilité• Symptômes psychosomatiques
Effets économiques	Effets sociaux
<ul style="list-style-type: none">• Coûts de la santé• Coûts de la lutte contre le bruit• Coûts de l'aménagement du territoire• Pertes de production dues à la baisse de rendement du personnel• Baisse des loyers et des prix immobiliers	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés de communication• Jugements portés sur les autres• Ségrégation sociale (ghettos de bruit)• Diminution de la solidarité• Agressivité

Source : Office fédéral de l'Environnement, des Forêts et du Paysage (OFEFP), Lutte contre le bruit en Suisse, État actuel et perspectives, Berne, 2002.

I.A.2. Inégalités sociales de santé : quand les difficultés sociales s'additionnent

La santé, bien plus qu'une affaire de soins curatifs

La population des pays industrialisés n'a jamais été en aussi bon état de santé : les maladies infectieuses, qui au début du 20^{ème} siècle étaient encore une cause de mortalité majeure, sont aujourd'hui globalement sous contrôle. L'espérance de vie est en constante augmentation.

Mais la médaille a un revers. Le fossé se creuse, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques, entre territoires, dans de multiples domaines. L'indicateur usuel qu'est l'espérance de vie est ainsi à double-tranchant : en 2005, un Italien ou un Suédois âgé de 50 ans pouvait espérer vivre encore 30 ans, contre seulement 21 ans pour un Letton ou un Lituanien. Pour les femmes, l'espérance de vie était la plus importante en France, Italie et Espagne (environ 85 ans), et la plus faible en Lettonie et Hongrie (79 ans)¹⁷. D'un point de vue social, les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2, les troubles de santé mentale, de santé bucco-dentaire, le sida, sont autant de maux qui, malgré les améliorations globales, se font toujours plus virulents pour les populations moins nanties.

Ce sont ces types d'écart, pourtant évitables, que l'on désigne comme des inégalités sociales de santé.

Quelques chiffres qui prennent la mesure des inégalités

...À l'échelle de l'Union européenne :

En Europe, la prévalence des incapacités durables chez les hommes âgés de 80 ans et plus est de 58,8% parmi les moins instruits contre 40,2% parmi les plus instruits¹⁸.

17. Pour le détail de ces données, voir le site de l'Observatoire européen des Espérances de vie : www.ehemu.eu

18. OMS, *Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé*, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/index.html

...À l'échelle d'un pays :

En France¹⁹ :

- à l'âge de 35 ans, un cadre supérieur présente une espérance de vie supérieure de 6,5 années à celle d'un ouvrier ;
- la détection du SIDA se fait après l'apparition de la maladie, soit trop tardivement pour un traitement efficace, chez 54% des patients d'origine africaine, mais seulement 21% des patients d'origine française ;
- le risque de surmortalité entre la trentième et la quarantième année est aggravé dans les petites villes.

En Belgique²⁰, selon la place que l'on occupe dans l'échelle sociale, l'âge moyen du décès est entre 3 et 5 ans plus précoce chez les personnes défavorisées et, celles qui ont un faible niveau de scolarité, vivent en bonne santé en moyenne 18 à 25 années de moins que celles qui ont un haut niveau d'études. Pourtant, le nombre de recours aux soins en hospitalisation et en contact avec le médecin généraliste est en moyenne 2 fois plus élevé chez les personnes ayant le moins de revenus.

...À l'échelle d'une ville :

Dans la ville de Glasgow (Écosse), l'espérance de vie des hommes à la naissance est de 54 ans dans le quartier de Calton et de 82 ans dans celui de Lenzie. Soit une différence de 28 ans entre deux quartiers à peine distants de quelques kilomètres²¹.

Les populations issues de classes socio-économiques aisées – détenant un diplôme d'études supérieures, disposant d'un revenu élevé et vivant dans des « beaux quartiers » – vivent plus longtemps et sont en meilleure santé que les personnes appartenant aux classes socio-économiques basses. Le phénomène est même plus nuancé et plus gradué : en fait, chaque fois qu'un individu gravit un échelon

19. Troisième rapport triennal du Haut Comité de la Santé publique (HSCP), *La santé en France*, 2002.

20. Groupe de travail « Inégalités en santé », Fondation Roi Baudouin, 2008.

21. OMS, *Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé*, op. cit.

de l'échelle sociale, il réduit son risque de maladie et de mort prématurée²².

La santé est donc bien loin de se résumer au traitement des maladies. Le système de soins est *un* des déterminants de la santé des populations : bien d'autres existent. Privation matérielle (mal ou sous-nutrition, conditions de travail difficiles, etc.) mais aussi immatérielles (stress, angoisse, moindre estime de soi, effritement des liens sociaux) sont autant de facteurs négatifs pour la santé physique et mentale. Le contexte de crise économique en fournit d'ailleurs une démonstration malheureusement bien actuelle.

L'impact de la crise économique sur la santé mentale

La crise économique a provoqué depuis un an un véritable bond de la demande en services de santé mentale en Grande-Bretagne, indique une récente étude menée dans ce pays.

Licenciement, dettes, saisies immobilières : les menaces pesant sur les ménages en ces temps de récession sont source d'angoisse et de stress pour les individus. L'impact psychologique de la crise met les services de santé sous pression, alors même que les gouvernements tendent à couper dans les dépenses publiques, services de santé compris. Grave erreur : les listes d'attente s'allongent, les coupures de budget provoquent retards et difficultés de prise en charge par les services psychiatriques. Si les gouvernements européens sont tentés de limiter ainsi les dépenses de court terme, cette attitude promet d'être catastrophique à plus long terme : le constat semble si évident que l'on se désole que l'urgence semble empêcher de penser en termes égalitaires et plus novateurs.

À l'inverse, les auteurs du rapport appellent à répondre aux besoins engendrés par la crise et à prévenir la croissance de ce mal-être. Deux pistes notamment sont avancées pour rendre le système plus efficace : (1) réorganiser profondément les services afin de faire en sorte que les patients soient suivis de

22. Pour un résumé plus détaillé concernant la Belgique, voir « Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes », *MC-Information*, numéro 233, juillet 2008.

manière plus continue et personnelle, et non pas par une série de différents professionnels – situation actuelle qui n’aide pas la guérison – ; (2) mettre en place des mesures de soutien pour les employeurs afin d’éviter le licenciement des personnes présentant déjà des fragilités mentales.

Source : *Mental health and the economic downturn, National priorities and NHS solutions*, London School of Economics, The Royal College of Psychiatrists in the UK and The NHS Confederation’s Mental Health Network, nov. 2009.

http://www.lse.ac.uk/collections/PSSRU/pdf/mental_health_downturn121109.pdf

L’environnement professionnel est un bon exemple de ces facteurs sociaux pouvant au quotidien affecter la santé physique et/ou mentale des personnes. Les relations entre l’état de santé et les conditions de travail ont été maintes fois étudiées. Les horaires décalés, les expositions au bruit, aux vibrations, aux substances toxiques, les postures pénibles portent préjudice à la santé. Mais ce n’est pas tout : un faible pouvoir de décision, une hiérarchie pressante et aux attentes fortes, la répétition des tâches et la stagnation par défaut d’apport de nouvelles connaissances, le manque de reconnaissance pour le travail fourni, la précarité des contrats, ont aussi des effets néfastes sur la santé²³.

Comme le souligne l’Observatoire français de la Pauvreté, ces conditions de travail sont « *plus fréquentes dans les professions non qualifiées qu’occupent plus généralement les plus démunis lorsqu’ils travaillent* ». Cela augmente encore les risques de problèmes de santé pour ces personnes : « *par exemple, les accidents du travail sont plus fréquents dans les professions manuelles, lorsque les conditions de travail sont pénibles (posté, horaires, charges lourdes...), lorsque les contraintes sont nombreuses et que les travailleurs manquent d’expérience et qu’ils débutent sur un poste (...)* » ; « *ainsi les hommes jeunes, sans qualification et peu formés, polyvalents ou en contrat de courte durée (multipliant les situations de « nouveau poste ») sont de fait fortement exposés aux accidents du travail, d’autant plus qu’ils consti-*

23. CAMBOIS E., « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé », *Les Travaux de l’Observatoire 2003-2004*, Observatoire de la Pauvreté, 2004.

tuent par ailleurs le vivier de recrutement de métiers qui présentent des conditions de travail à risque. »²⁴

Les personnes en difficultés sociales sont majoritairement au chômage ou sans activité ; or, les risques de maladies, de troubles et de décès sont plus importants pour les chômeurs. Ceux-ci sont plus susceptibles d'être atteints de symptômes dépressifs. En outre, l'alcoolisation excessive, le tabagisme et la prise de psychotropes sont plus courantes pour ces populations. À cela s'ajoute la baisse des revenus, mais aussi la baisse d'estime de soi et la perte en termes relationnels, liés à une perte d'emploi.

En somme, les personnes en situation sociale difficile sont tout au long de leur vie davantage exposées à des risques de santé *« que ce soit par leur histoire familiale, leurs conditions de vie, des comportements directement ou indirectement préjudiciables pour leur santé, un recours moindre à des examens préventifs »²⁵.*

La question de l'accès aux soins

Les inégalités de santé sont également présentes en matière d'accès aux soins. On peut distinguer trois obstacles principaux à l'accès aux soins : (1) les disparités d'accessibilité géographique, (2) le manque de moyens financiers, (3) l'opacité du système de santé. Une enquête sur la qualité de vie en Europe²⁶ souligne qu' *« un nombre non négligeable d'Européens signale avoir des difficultés à accéder aux services de soins. Par exemple, plus de 25% des gens estiment qu'ils sont trop éloignés de leur médecin ou de l'hôpital, plus de 38% mentionnent des délais trop longs pour obtenir des rendez-vous chez les médecins, et plus de 27% ont des problèmes à assumer les frais de la consultation médicale ».*

(1) Tous les territoires ne sont pas également desservis, en Europe comme ailleurs : ceci est vrai entre les différents États, mais aussi

24. Ibidem.

25. Ibidem.

26. « Deuxième enquête sur la qualité de vie en Europe », Eurofound, Fondation européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail, Publications Europa, 2008. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/52/fr/1/EF0852FR.pdf>

à l'intérieur des États. Pour ce qui est de l'accès aux soins, l'enquête sur la qualité de vie en Europe²⁷ révèle « *un déficit d'équipements médicaux, principalement dans le sud de l'Europe (à l'exception de l'Espagne) et dans les zones rurales* ». Ces disparités spatiales se reproduisent largement à l'intérieur des États. Exemple en Île-de-France : « *En ce qui concerne les établissements hospitaliers de court séjour (...), Paris concentre toujours un tiers des lits et places pour 19% de la population régionale.* »²⁸ Dans certains territoires, en milieu rural surtout, les délais de rendez-vous médicaux s'allongent jusqu'à atteindre des mois ou même une année²⁹.

- (2) Le manque d'accès peut être lié à un manque de moyens, pour la consultation de spécialistes, les soins, l'achat de médicaments. En Belgique par exemple, on estime que 60 % des personnes pauvres ne peuvent intégrer les coûts liés aux soins de santé dans le budget du ménage, et que 17% doivent reporter les soins dont ils ont besoin³⁰.

La Couverture maladie universelle : quand l'accès financier ne résout pas tout

La Couverture maladie universelle (Cmu), en France, est destinée à permettre l'accès au soin, le remboursement des soins, prestations et médicaments à toute personne résidant en France et qui n'est pas déjà couverte par un autre régime obligatoire d'assurance maladie.

Selon les études menées sur l'impact de ce système mis en place en 2000, « *l'effet Cmu est réel puisque, parmi les personnes qui ont déclaré avoir renoncé à des soins dans le passé, deux sur trois ont eu recours à des soins depuis l'accès à ces*

27. Eurofound, *ibidem*.

28. « Disparités spatiales de l'offre de soins en Île-de-France », Note Rapide Population-Modes de vie, numéro 435, Institut d'Urbanisme de la Région Île-de-France, septembre 2007

29. Enquête IPSOS Secours Populaire, septembre 2008.

30. DE BOYSER K., « Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers », 2007, in « Inégalités de santé, Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé », *MC-Information*, numéro 231, juillet 2008.

droits (...)»³¹. Cependant, l'accès financier ne résout pas tout. Il arrive même que la consultation ait lieu mais sans effet : « Les traitements préconisés, les recommandations pour des examens complémentaires peuvent rester sans effet parce qu'inadaptés aux conditions de vie ou de travail de ces personnes ou encore parce qu'ils ne leur paraissent pas indispensables alors que coûteux, tant financièrement qu'en temps et en démarches diverses. »³²

Se posent également des difficultés en matière d'information : certaines couches de la population n'ont en effet pas connaissance des avantages et services de soins qu'elles peuvent mobiliser. Cela peut être le cas par exemple pour les populations immigrées maîtrisant trop peu la langue de leur pays d'adoption.

31. RAYNAUD D., « L'impact de la Cmu sur la consommation individuelle », *Études et Résultats*, DREES, n° 223, mars 2003.

32. CAMBOIS E., « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé », *op. cit.*

I.A.3. L'apport de la démarche développement durable

Les déterminants de la santé sont loin d'être purement biologiques. La cohésion sociale, la préservation des écosystèmes, l'amélioration des milieux de vie quotidienne, sont bien les voies à privilégier pour améliorer la santé des populations.

« Think global, act local » : la devise sous-tendue par la notion de durabilité permet d'apporter un début de réponse à ces constats :

« Penser globalement » la santé, c'est bien prendre en compte ces multiples déterminants de la santé, adopter une vision holistique de la santé ;

Quant au « Agir localement », il consiste à construire des solutions au plus près de l'utilisateur, dans son environnement quotidien, et en créant des liens avec sa communauté.

« Penser globalement, agir localement », c'est en somme se poser à l'encontre de tendances poussant à réduire les coûts et dépenses publiques, avec ses évidents corollaires en termes d'accroissement des inégalités. Le développement durable identifie des problèmes universels et les prend en charge au plus près des populations : « *Il se situe aux antipodes d'une économie de casino.* »³³

Améliorer le bien-être des personnes et tâcher de vivre dans une société plus solidaire : ce sont en soi des raisons bien suffisantes pour combattre les inégalités de santé. Mais pour en favoriser le passage à l'acte, l'argument économique n'est pas à négliger, surtout en période de crise économique. Une étude européenne a ainsi démontré que s'attaquer aux inégalités de santé, qui coûtent l'équivalent de 1,4% du PIB européen, donnerait sur le long terme un coup de fouet à l'économie européenne³⁴. Cette étude intervient au moment où les

33. LORACH J.-M., « Inégalités de santé et action territoriale : situation et perspectives offertes par les principes du développement durable », Développement durable et territoires, Points de Vue, mis en ligne le 05 mars 2004, consulté le 13 janvier 2010. URL : <http://developpementdurable.revues.org/index1032.html>

34. Economic arguments for addressing social determinants of health inequalities, DErminE – an Eu consortium for action on the socioeconomic Determinants of Health, December 2009.

gouvernements tendent à couper dans les dépenses publiques de santé, ce qui a été dénoncé comme dangereusement contreproductif par la Commissaire européenne à la Santé, Androulla Vassiliou.

Les coûts d'investissements ciblés pour agir sur les déterminants sociaux des inégalités de santé seraient bien moindres que ceux engendrés à terme par une absence d'action, ou pire encore, par une réduction des budgets telle qu'opérée actuellement. Autrement dit, réduire les inégalités de santé est non seulement une question de justice sociale, mais cela participe aussi à la santé économique des États.

I. B. Le changement climatique, une nouvelle donnée d'envergure

« Le changement climatique est l'un des plus grands défis de notre temps. De par ses effets extrêmement néfastes, l'évolution du climat va modifier certains déterminants essentiels de la santé : l'alimentation, l'air et l'eau. » Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS

I.B.1. « Plus de carbone, moins de santé ; moins de carbone, plus de santé »³⁵

Le changement climatique affecte la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est formelle : « *Le problème essentiel peut se résumer en quelques mots : le changement climatique met directement en péril la santé. La planète va se réchauffer progressivement mais les effets des phénomènes climatiques extrêmes (...) seront brutaux et durement ressentis.* »³⁶

Les modifications et la plus grande variabilité du climat sont causes de maladies et de décès. Les phénomènes météorologiques extrêmes et les modifications locales du climat (inondations, sécheresses, tempêtes, vagues de chaleurs, etc.) se font plus intenses, plus fréquents, et affectent directement la santé. Indirectement, les modifications dans l'eau, l'air, la qualité et la quantité de nourriture, les écosystèmes, l'agriculture, les moyens de subsistance et les infrastructures, forment aussi des menaces pour la bonne santé.

Les effets du climat sur la santé humaine ne sont et ne seront pas également ressentis sur toute la planète. Les personnes pauvres, très jeunes, âgées et/ou malades, y sont plus exposées. Les populations des pays dits « en développement », notamment celles des petits états insulaires, les populations de zones arides, de haute montagne ou de zones côtières densément peuplées sont tout particulièrement vulnérables. Dans les pays à plus faibles revenus, l'OMS estimait en mars 2009 que 150 000 décès par an étaient liés aux effets du changement climatique, principalement du fait de mauvaises récoltes et de malnutrition, de maladies diarrhéiques, de paludisme et d'inondations.

Si globalement les pays occidentaux, dont l'Europe, font partie des régions « moins touchées » par les effets directs du change-

35. Organisation mondiale de la Santé (OMS) : « Les effets du changement climatique doivent être pris en compte », note du 11 mars 2009, http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2009/climate_change_20090311/fr/index.html

36. Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS, avril 2008, Journée mondiale de la Santé, « Le changement climatique va ébranler les fondements de la santé ».

ment climatique, ces régions ne sont pas pour autant à l'abri des phénomènes climatiques d'envergure. Rappelons-nous que la canicule de 2003 a causé 35 000 décès en Europe, et qu'en 2005, l'Ouragan Katrina a fait 1800 morts aux États-Unis. Et notons en parallèle que si rien n'est fait, la température moyenne des étés en France en 2050 pourrait être la même que la température maximale vécue durant l'été 2003³⁷. Cela étant, les effets du changement climatique sur la santé vont bien au-delà encore de ces chiffres. Des points d'incertitudes subsistent, mais l'on peut déjà prévoir un certain nombre d'effets sur la santé.

37. Dr Michael Wilks, Président du Comité permanent des Médecins européens ; propos relayé par Euractiv, « Health 'forgotten' in climate talks », 7 octobre 2009, <http://www.euractiv.com/en/health/health-forgotten-climate-talks/article-186161>

I.B.2. Effets du changement climatique pour la santé humaine

L'impact des risques climatiques et des catastrophes naturelles

La hausse du niveau des mers, l'augmentation de la fréquence et de l'intensité des événements météorologiques extrêmes auront nécessairement des impacts en termes de santé, de manière directe ou indirecte.

Des pathologies plus virulentes et plus nombreuses

La plus grande variabilité météorologique et les modifications des équilibres naturels ont un impact sur les maladies infectieuses. La majeure partie des pathologies les plus meurtrières dans le monde sont aussi très sensibles aux conditions climatiques. C'est le cas notamment de maladies à transmissions vectorielle, comme le paludisme et la dengue. Les vecteurs (moustiques, parasites) sont sensibles à la hausse moyenne des températures. Celle-ci sera de plus combinée à la hausse de la pluviométrie en certaines régions, un autre critère qui favorise la propagation des maladies infectieuses.

Des pathologies supposées éradiquées dans certains pays européens pourraient y réapparaître, du fait de ces perturbations climatiques.

Sauf mesures d'envergure pour limiter le changement climatique – mesures que le récent fiasco de Copenhague ne laisse pas entrevoir –, ces pathologies seront donc de plus en plus présentes et virulentes, difficiles et coûteuses à combattre.

Par ailleurs, sous l'effet de la chaleur, les pics de pollution seront plus nombreux, augmentant ainsi la mortalité des personnes cardiaques ou ayant des problèmes respiratoires. La croissance de la quantité de pollen dans l'air favorisera une recrudescence des allergies. Les personnes les plus vulnérables et les enfants devraient être les plus

touchés ; les personnes allergiques seront en outre plus susceptibles de développer de l'asthme.

Le nombre de cancers de la peau pourrait augmenter, du fait de l'appauvrissement en ozone, gaz qui par sa présence dans la stratosphère absorbe une grande partie du rayonnement solaire ultraviolet, nocif pour la peau.

Enfin, de manière globale, de nouvelles maladies et épidémies pourraient voir le jour. Il est donc essentiel de réagir, car si rien n'est fait, le coût matériel et humain pourrait être colossal³⁸.

Hausse du niveau des mers

Le réchauffement climatique provoque une fonte de la calotte glaciaire et des glaciers et, par conséquent, une hausse du niveau des mers. Cela menace la qualité de vie et la santé des personnes vivant dans des régions côtières. C'est aussi problématique pour les habitants des villes où les eaux douces proviennent uniquement de la fonte saisonnière des glaciers. Alors que cette dernière peut faire l'objet de prévisions, le volume d'eau douce devient beaucoup plus aléatoire avec le changement climatique.

Par ailleurs, celui-ci se caractérise par des pluies moins prévisibles, et un réchauffement global qui entraîne une plus grande évaporation. Cela affecte la qualité et la quantité d'eau douce, entraîne des sécheresses, et finalement menace la santé de millions de personnes.

Impacts sur la production alimentaire

La production alimentaire sera fortement affectée par le changement climatique. La répartition des ressources agricoles sera modifiée notamment par les changements de pluviométrie et l'augmentation de catastrophes naturelles. Les filières d'approvisionnement alimen-

38. Dr Patrice Halimi, Secrétaire général de l'Association Santé Environnement France (Asef), in *Les impacts du changement climatique sur la santé*, Dossier, France-Soir, 12 novembre 2009.

taires pourraient en outre se voir fragiliser par l'accélération potentielle du développement de bactéries et micro-organismes.

Le tout peut provoquer des échecs de cultures, maladies du bétail, modification de rendements et de la productivité, disparition de ressources génétiques utilisées pour les productions agricoles³⁹.

Conjugués à la raréfaction de l'eau douce, ces phénomènes risquent d'engendrer une baisse de la productivité et une hausse des prix des denrées alimentaires. Olivier De Schutter, Rapporteur spécial des Nations unies sur le droit à l'alimentation, qualifie le changement climatique de « *bombe à retardement pour la sécurité alimentaire* », ajoutant que le réchauffement du climat sera ressenti de manière disproportionnée par certains pays parmi les plus pauvres et, au sein de ceux-ci, par les plus populations les vulnérables.

Selon les prévisions, l'Europe sera nettement moins touchée par la baisse des rendements agricoles. Il est même probable que les rendements augmentent dans une large partie du territoire. Mais l'Union européenne n'en sortira pas indemne pour autant. Les secteurs de productions se décaleront très probablement vers le Nord tandis que le Sud souffrira davantage de stress hydriques. Surtout, l'impact sur le prix des denrées alimentaires se fera sentir : le système d'approvisionnement alimentaire actuel étant largement basé sur des flux internationaux d'importations-exportations, l'Union se trouve fort dépendante de productions étrangères qui, elles, sont directement affectées par le changement climatique. De plus le prix de l'énergie fossile allant croissant du fait de la raréfaction du pétrole, matière première nécessaire aux modes de production ainsi qu'aux flux commerciaux internationaux, l'approvisionnement tel qu'il s'organise actuellement se verra confronté à certaines entraves. Et le prix des transports d'approvisionnement se reportera sur le prix des denrées en magasin.

39. FAO, *Changements climatiques et production alimentaire*, 2008.

I.B.3. Adopter des approches systémiques

Étant donné l'ampleur et la variété de ces probables effets du changement climatique sur la santé, il est clair que la santé ne relève pas de la seule compétence des professionnels de la santé ; pas plus que les défis environnementaux n'intéressent que les écologistes. Il importe d'autant plus d'adopter une approche systémique des politiques intégrées : toute politique qui est bonne pour l'environnement est bonne pour la santé. Un exemple simple : laisser sa voiture au garage et se rendre au travail à vélo, cela vaut pour la planète (réduction des émissions de gaz à effet de serre) et donc pour la santé humaine globale. De plus cela contribue à diminuer la circulation routière, donc le nombre de décès et de traumatismes graves consécutifs aux accidents de la route. Par ailleurs, contrairement à l'utilisation de la voiture, qui isole les gens, la marche à pied, le vélo et les transports en commun stimulent les contacts sociaux. Enfin le fait de faire de l'exercice physique améliore la condition physique et psychologique individuelle.

Encourager ce type de geste, par des infrastructures ou encore des incitatifs financiers adaptés, c'est donc faire « d'une pierre trois coups » : pour la santé individuelle, collective, environnementale.

Le Dr Mike Gill⁴⁰ précisait en octobre 2009 qu'il est du devoir des décideurs politiques de lier ces deux problématiques, de manière à encourager la compréhension par le grand public de l'urgence de l'action et des changements dans nos modes de vie. À voir cependant la cacophonie à la Conférence de Copenhague en décembre 2009, et à noter à l'opposé les nombreux mouvements citoyens appelant à l'action face au changement climatique, on peut supposer que l'affirmation inverse pourrait être tout aussi vraie : une frange importante du grand public prend conscience des risques, alors que le greenwashing et l'inaction poursuivent pour le moment leur route en haut lieu.

40. Bureau du Climate and Health Council ; propos relayés par Euractiv, « Health 'forgotten' in climate talks », 7 octobre 2009, <http://www.euractiv.com/en/health/health-forgotten-climate-talks/article-186161>

Chapitre II. Cadres de réflexion, cadres d'action

II. A. Jalons internationaux

II.A.1. La reconnaissance d'une imbrication par nature

Les politiques de santé ont évolué au fur et à mesure de la mise sur le devant de la scène de la notion de développement durable. Quels sont ces jalons politiques ayant abouti à l'émergence de la notion de santé durable ?

En 1987, le rapport Brundtland lance la notion de développement durable, soit « *un développement qui satisfait les besoins de la génération actuelle sans priver les générations futures de la possibilité de satisfaire leurs propres besoins* ». Santé et développement durable sont dès lors implicitement imbriqués, l'un comme l'autre étant centré sur le bien-être humain présent et à venir.

Au fil du temps, le concept de développement durable a évolué. Il est aujourd'hui compris comme la réconciliation de trois grands axes : développement économique, préservation de l'environnement, équité sociale. Autrement dit, l'environnement est la condition, la société est la finalité pour laquelle se fait le développement et l'économie est un moyen d'y parvenir. Le développement durable induit donc dès le départ une remise en question des modes de vie trop gourmands en ressources, en énergie, porteurs d'inégalités sociales à court comme à long terme. Les changements doivent être profonds. On est bien loin d'un simple verdissement de l'économie, bien loin d'un sauf-conduit sémantique. Bien loin, enfin, de la nébuleuse de greenwashing qui tente de récupérer le concept de « durabilité » au profit de ceux-là mêmes qui ont conduit à la nécessité d'agir.

Appuyant l'importance de l'environnemental et du social, le Sommet de la Terre à Rio en 1992, souligne explicitement que : « *Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature.* »

Le Plan d'Action 21, « 21 mesures pour le 21^{ème} siècle », adopté à l'issue du Sommet de Rio par les gouvernements de 185 pays, reconnaît

le lien étroit entre la santé et l'environnement. Action 21 consacre un chapitre à la protection et à la promotion de la santé, partant du principe que si les gens ne sont pas en santé, il ne peut y avoir de développement durable. Action 21 met en évidence les liens entre la pauvreté et le sous-développement, d'une part, et la protection de l'environnement et la gestion des ressources naturelles, d'autre part. Le programme d'actions fixe cinq objectifs prioritaires en matière de santé publique : (1) la satisfaction des besoins en matière de soins de santé primaires, (2) la lutte contre les maladies transmissibles, (3) la protection des groupes vulnérables, (4) la santé des populations urbaines, (5) la réduction des risques pour la santé occasionnés par la pollution et les menaces écologiques.

Dix ans plus tard, le Sommet mondial de Johannesburg, en 2002, voit l'émergence réelle du concept de santé durable. La Déclaration issue du Sommet souligne que la bonne santé s'appuie sur les fameux trois piliers du développement durable. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) s'empare de la thématique et prend la responsabilité d'un plan d'action sur la santé et l'environnement. Ce plan d'action traite de plusieurs questions à la confluence de la santé, de l'environnement et du développement, dont la contamination de l'eau, la pollution de l'air et la gestion des produits toxiques.

II.A.2. Promotion de la santé et de la durabilité à l'échelon local

La Charte d'Ottawa et la Charte de Bangkok

Issues des conférences internationales pour la promotion de la Santé, les Chartes d'Ottawa (1986) et de Bangkok (2005) fixent pour les pays signataires des objectifs d'engagements pour lancer et poursuivre un processus de promotion de la Santé, dans le cadre du projet Santé pour Tous l'OMS.

La Charte d'Ottawa définit les préalables à toute amélioration de la santé : *« Se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. »*

Les deux Chartes déclinent cinq grands axes d'action :

- (1) Renforcer les politiques urbaines de santé publique : responsabiliser les décideurs politiques, souligner l'impact de leur action sur la santé ; inciter à entreprendre des mesures de promotion de la santé (structures adaptées, cadres de vie sains et agréables, etc.).
- (2) Assurer un environnement favorable : créer des environnements sains, adopter une approche socio-écologique de la santé.
- (3) Renforcer les actions collectives : pousser à l'implication concrète de la collectivité, pour planifier, élaborer des plans et stratégies effectives.
- (4) Développer les habiletés personnelles et communautaires : informer, éduquer à la santé ; permettre aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci.
- (5) Réorienter les services et encourager les nouvelles missions des services de santé : changer l'attitude et les comportements au

sein des services de santé, vers une prise en compte des besoins de l'individu au-delà des seuls aspects curatifs ; œuvrer avec les particuliers, les associations, les professionnels de la santé, les institutions, et les gouvernements à la création d'un *système* de santé.

Les Villes-santé

Les collectivités locales sont de façon générale un des moteurs du développement durable au sein de l'Union européenne, et plus particulièrement les villes.

Concentré de richesse, mais aussi concentré de maux environnementaux et sociaux, les villes sont des lieux dynamiques, qui inspirent à la fois des initiatives de promotion de la santé et des pratiques relatives au développement durable. Ce sont ces constats qui ont inspiré la création de réseaux « Villes-santé », promus par le programme « Santé pour tous » de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Les Villes-santé mettent la communauté, l'équité, l'environnement, aux premiers rangs des préoccupations des élus. Sans suivre un modèle similaire, chaque Ville-santé met en place des projets destinés à :

- répondre aux besoins essentiels des citoyens (eau, nourriture, logement, travail, sécurité, statut social),
- la qualité de son environnement, la force de son tissu social,
- l'utilisation la meilleure possible des ressources naturelles,
- la richesse de la vie culturelle,
- la vigueur et la diversité de son économie,
- les conditions d'accès aux services publics et privés,
- le degré de contrôle que les habitants exercent sur les décisions qui les concernent,
- l'état de santé de la population, etc.

La démarche est donc avant tout transversale. À ce jour, 30 réseaux Villes-santé se sont constitués en Europe et d'autres se développent notamment dans les pays francophones, l'Amérique du Sud et du Nord.

Les Agendas 21 locaux

Issu, comme on l'a vu, du Sommet de Rio, le programme Action 21 fixe 2500 recommandations pour accomplir un développement durable. Ce programme se décline concrètement au niveau local avec les « Agendas 21 locaux », soit des plans locaux de durabilité, pouvant être mis en place par une ville, mais aussi par d'autres collectivités locales et même d'autres types de structures. C'est ainsi que par exemple, le Centre hospitalier universitaire de Brest a mis en place un Agenda 21 local.

Quel que soit l'échelon de leur mise en place, les Agendas 21 locaux font la part belle aux questions de santé. Le développement de transports non-polluants, la promotion de la mobilité douce, la lutte contre les logements insalubres, la création d'épiceries sociales et solidaires, l'adoption d'un plan Climat, sont des interventions régulièrement entreprises dans le cadre de ces Agendas, et qui œuvrent en faveur d'une meilleure santé.

La ville de Bordeaux, par exemple, reconnaît la nécessité d' « *agir pour un environnement respectueux de la santé* » comme une des sept thématiques guidant son Agenda 21. Cela passe par diverses actions : encourager des « *modes de vie plus sains et plus sûrs : alimentation équilibrée, limitation des déplacements polluants, incitation à la marche, à la pratique du vélo et à l'activité physique* » ; mettre en place un « *Objectif zéro phyto 2012* », afin de supprimer définitivement l'usage des pesticides et herbicides dans les cultures de la villes ; relancer le tramway et revoir l'ensemble des déplacements urbains ; ou encore étendre les espaces verts.

II. B. Regard sur l'Union européenne

II. B.1. La santé comme problématique européenne

L'inscription de la santé dans les politiques européennes de développement durable : repères chronologiques

1999 : Traité d'Amsterdam. Six tendances non durables sont identifiées en Europe : l'exclusion sociale, le vieillissement démographique, le changement climatique, *la santé*, l'érosion des ressources naturelles, la non-maîtrise des transports.

2000 : Processus de Lisbonne. La croissance économique et l'emploi y apparaissent comme les objectifs stratégiques primordiaux de l'Union européenne. À noter cependant, les années de vie en santé ont été intégrées comme l'un des 50 indicateurs structurels clés d'évaluation de la stratégie.

2001 : Le Conseil de Stockholm ajoute à ces deux objectifs la dimension du développement durable.

2001 : Sommet de Göteborg : « Stratégie européenne de développement durable » (SEDD). La SEDD identifie des champs d'actions nécessaires : l'exclusion sociale, le vieillissement démographique, le changement climatique, l'énergie, les transports, la consommation et la production, les ressources naturelles, la santé, la promotion du développement durable dans le monde.

2001 : Sixième programme communautaire d'action pour l'environnement, « Environnement 2010: notre avenir, notre choix ». Le lien environnement-santé est identifié comme un des quatre domaines d'actions prioritaires, avec le changement climatique, la biodiversité, la gestion durable des ressources et des déchets.

2005 : Le Conseil européen adopte une déclaration sur les principes directeurs en matière de développement durable, principes devant guider la révision de la stratégie SEDD en 2005-2006.

2006 : Nouvelle stratégie européenne de développement durable. Le caractère urgent de la démarche est mis en exergue, en particulier dans les domaines suivants : changement climatique, consommation d'énergie, la *santé publique*, la pauvreté et l'exclusion sociale, la pression et le vieillissement démographique, la gestion des ressources naturelles, la perte de diversité biologique, l'utilisation des sols ou encore les transports.

La compétence communautaire en matière de santé

Le domaine de la santé relève essentiellement de la compétence des États membres. Mais depuis le traité de Maastricht de 1992, l'Union européenne dispose d'une base juridique pour intervenir dans le domaine de la santé publique (article 152 TCE). L'Union doit ainsi veiller à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté.

Certains textes contraignants peuvent être adoptés par l'Union. La réglementation sur le tabac en est un exemple, puisqu'elle provient d'une norme communautaire qui impose une limitation de la teneur en goudron et nicotine, et rend obligatoire l'inscription sur les paquets de cigarettes d'un avertissement dissuasif. La politique de traçabilité, la réglementation sur l'étiquetage, en sont d'autres exemples.

Ces réserves mises à part, le rôle de l'Union européenne demeure bien de compléter le travail des États membres, par exemple dans le domaine des menaces sanitaires transfrontalières, de la mobilité des patients et de la réduction des inégalités en matière de santé. Somme toute, l'objectif de santé publique ne relève pas à proprement parler de l'échelon communautaire, il n'en est pas moins un objectif de l'Union ; ce qui exige un programme de financement adéquat. Ce cadre de référence est fourni par la Stratégie de santé de l'Union européenne. La gestion de son financement relève principalement de la Direction générale de la Santé et de la Protection des Consommateurs (« DG Sanco »), à travers le deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé pour 2008-2013, géré en coopération avec l'Agence exécutive pour le Programme de Santé (PHEA).

Principes et thèmes de la Stratégie de Santé de l'Union européenne

La Stratégie « Ensemble pour la Santé : Une approche stratégique pour l'Union européenne 2008-2013 » fournit des éclairages sur des questions clés et grands enjeux mondiaux, énonçant des principes et thèmes stratégiques (non contraignants) devant guider l'amélioration de la santé en Europe :

Principes : (1) Une approche basée sur des valeurs partagées, (2) Lien entre prospérité économique et santé, (3) Intégration de la santé dans toutes les politiques, (4) Renforcement de la voix de l'Union européenne dans le secteur de la santé sur la scène internationale.

Thèmes stratégiques : (1) Prise en compte du vieillissement de la population, (2) Protection des citoyens face aux menaces pour la santé, (3) Encourager des systèmes et technologies de santé dynamiques et innovants.

Les déterminants de la santé liés au mode de vie, aux milieux sociaux et environnementaux sont, dans le texte, au cœur de la Stratégie. La mise en corrélation des indicateurs de santé et des indicateurs socioéconomiques y est aussi promue; autrement dit il s'agit d'articuler les différents programmes et politiques communautaires, de promouvoir le travail de réseautage entre États membres, le tout pour permettre une approche globale de la santé publique. Cette vision holistique des questions de santé n'est pas sans rappeler la logique des démarches de développement durable.

Malgré cela, le fossé entre les intentions et les moyens reste très grand. Comme le précise le consortium européen Determine, en 2008 moins d'1% du budget de l'Union européenne était voué à la santé ou à des thèmes directement reliés à la santé ; pourtant de nombreuses études démontrent qu'il s'agit bien d'un des tout premiers sujets de préoccupations des citoyens européens⁴¹.

41. *Améliorer l'équité en santé par le biais des déterminants sociaux de la santé dans l'Union européenne*, Bilan du travail effectué par le consortium DETERMINE au cours de sa première année, 2008. <http://www.refips.org/files/generale/Resume%20actions.pdf>

Certaines pistes d'actions et de financement sont alors à chercher du côté des autres politiques communautaires ayant un impact sur la santé. Environ 36% du budget de l'Union européenne est dépensé pour des programmes de développement structurel afin de garantir une plus grande équité entre les différentes régions européennes. En 2007, pour la première fois, la santé a été intégrée en tant que domaine de financement explicite dans la nouvelle Politique de Financement structurel (2007-2013). Cela signifie que le Fonds européen de Développement régional (FEDER) peut désormais être utilisé pour « *développer et améliorer les niveaux de santé qui contribuent au développement régional et à la qualité de vie dans les régions* »⁴².

De même, la Politique agricole commune, qui reçoit plus de 40% de financements européens, a, au-delà des objectifs quantitatifs de production, des impacts évidents sur la santé liée à l'alimentation. Cette conscience s'accroît peu à peu, ce qui en fait un secteur potentiellement porteur de progrès en matière de santé.

Autre exemple d'envergure, le Sixième programme d'action de l'Union européenne pour l'environnement, intitulé « Environnement 2010 : notre avenir, notre choix » (2002-2012), comprend un volet « Environnement et santé » visant à « *atteindre une qualité de l'environnement qui ne met pas en péril ni influence négativement la santé des personnes* ». Le but est d'identifier les risques pour la santé et de légiférer en conséquence, d'introduire des priorités environnementales et sanitaires dans d'autres politiques, dans la législation relative à l'eau, à l'air, aux déchets, au sol ; de développer la recherche dans le domaine santé-environnement, de mieux évaluer les risques des produits chimiques (Directive Reach), d'interdire ou limiter les pesticides les plus dangereux, de mettre en œuvre la législation relative à l'eau, de produire des normes sur la qualité de l'air et une stratégie sur la pollution atmosphérique, de produire et appliquer une directive sur le bruit.

42. *Ibidem.*

II.B.2. Focus sur quelques États membres

La mosaïque européenne

Au cours de la seconde moitié du 20^{ème} siècle, les pays européens ont tous progressivement étendu à la quasi-totalité des citoyens la couverture des risques sociaux. Celle-ci s'organise de façon variable selon les pays, avec une distinction forte entre les systèmes où prévaut le principe d'assurance liée au travail et ceux où la protection généralisée est fondée sur la solidarité, indépendamment de toute activité professionnelle. Depuis une vingtaine d'années, tous les pays européens, confrontés notamment à la très forte croissance des dépenses de santé, de chômage et de retraite, ont cherché à freiner les dépenses sociales. Ce faisant, tous ont diminué les prestations, et certains sont allés jusqu'à remettre en cause certains des principes sur lesquels leur système avait été fondé. Ainsi, le Royaume-Uni a introduit des éléments de « marché » à l'intérieur de son service public de santé.

Autre élément commun aux politiques étatiques, les incitatifs pour encourager les acteurs de santé à être exemplaires en matière de durabilité, font encore défaut dans la plupart des pays européens. Les professionnels de ce secteur prennent notamment de plus en plus conscience de leurs impacts environnementaux, mais le manque de financements freine globalement la mise en œuvre de certaines solutions pourtant essentielles. Les politiques de santé restent généralement centrées sur des mesures de court terme, visant à réduire les déficits des budgets de santé. Certains pays accusent plus de retard que d'autres : par exemple, trois établissements de santé français détenaient en 2009 la certification ISO 14001 (norme internationale attestant d'une démarche globale d'amélioration des performances environnementales). En Allemagne, 80 établissements de santé en étaient titulaires.

Plus spécifiquement en matière de soins de santé, les objectifs généraux décrits dans les programmes nationaux sont souvent identiques : création d'environnements favorables, santé pour tous, en-

couragement à des modes de vie sains, lutte contre les inégalités de santé, etc. Leur mise en œuvre concrète est cependant fort différente. Le contexte politique, culturel, législatif, juridique, socioéconomique et sanitaire, change la donne d'un pays à l'autre : pour l'élaboration et le contenu des programmes, mais aussi pour l'« opérationnalisation » sur le terrain. Par exemple, alors que certains pays optent pour une politique nationale de santé publique qui se réfère à *un* plan, d'autres élaborent différents plans en fonction de thématiques et de priorités nationales (voire régionales) du moment.

Pour chaque État présent ci-dessous, on expliquera brièvement le fonctionnement du système de santé et de protection sociale, ainsi que les liens entre politiques de santé et politiques environnementales ; puis l'accent sera mis sur une ou quelques réalisations particulièrement notables concourant à construire une santé durable.

Belgique

Organisation

La Belgique est un État fédéral où un grand nombre de compétences ont été transférées aux Régions (Flandre, Wallonie, Bruxelles) et Communautés (flamande, française et germanophone). Cela entraîne une répartition des niveaux de compétence entre les Régions, l'État et les Communautés. Les Communautés sont responsables des domaines « dits personnalisables » (santé, culture, enseignement, etc.), tandis que la compétence pour les matières « dites territoriales » revient aux régions (emploi, environnement, économie, etc.). Les initiatives relatives à la santé durable, par exemple celles faisant le lien entre santé et environnement, se retrouvent donc souvent à cheval entre ces pôles de compétences communautaires et régionaux.

En matière plus strictement de mesures de santé, les Communautés sont compétentes pour les soins de santé et de prévention, la promotion de la santé, les soins en milieux hospitaliers et extra-hospitaliers, les maisons de soins. Le Fédéral est cependant compétent pour certains domaines : le système d'assurance maladie, les modalités et règles de financement des établissements ; soit « la plupart des

aspects financiers des soins de santé⁴³». Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement est le service public fédéral belge chargé des matières de santé, de sécurité alimentaire et d'environnement.

Un des enjeux dans un État fédéral comme la Belgique, est donc de pouvoir exploiter les données liées à la santé dont disposent les services publics et d'améliorer la communication et la collaboration entre ceux-ci aux différents niveaux de pouvoir fédéral, régional et communautaire.

Quelques orientations et réalisations notables

Au plan national :

Notons tout d'abord que la santé fait partie des priorités des deux Stratégies nationales de Développement durable (SNDD) qui sont par ailleurs complétées par des stratégies régionales. La deuxième SNDD émet les priorités suivantes : combattre la pauvreté ; le vieillissement de la population ; la santé publique ; les ressources naturelles ; le changement climatique ; la mobilité.

Du point de vue des liens entre santé et environnement, la Belgique a mis en place en 2003 un Plan national d'Action Environnement-Santé. Celui-ci a vu le jour dans le sillage de la conférence ministérielle environnement-santé de l'OMS – Europe, organisée en 1994 à Helsinki, à l'issue de laquelle les États membres de cette organisation s'étaient engagés à rédiger des Plans nationaux d'Action Environnement-Santé (NEHAP).

La première vague de projets NEHAP a eu pour but de collecter des informations, d'établir des diagnostics, de permettre la concertation entre les différents acteurs de ces secteurs, de renforcer les processus décisionnels pour les autorités publiques. Les projets s'intéressaient à diverses problématiques : « Villes et pollutions », « Politiques des produits et pollution intérieure », « Ozone et santé », « Indicateurs environnement et santé ».

Un projet de deuxième NEHAP est en cours. L'avant-projet met l'accent notamment sur la nécessité d'orienter davantage l'action vers

43. Vlaams Agenschap Zorg en Gezondheid : Compétences flamandes en matière de santé, 2007, <http://www.zorgengezondheid.be>

les enfants et poursuit dans les champs d'actions explorés par le premier NEHAP. À noter aussi, le futur NEHAP prévoit des actions destinées à accroître l'intégration de la thématique environnement-santé dans les formations. Il s'agit d'une « priorité 3 », soit une action absolument prioritaire. Cette action en effet essentielle nécessite que des moyens financiers soient dégagés afin de pouvoir concerner la formation initiale comme continue des acteurs de la santé et de l'environnement. Ajoutons que d'autres publics, non mentionnés dans l'avant-projet, devraient aussi être concernés par de telles mesures. On peut penser au personnel enseignant et de manière générale, au personnel en contact avec les jeunes publics ; mais aussi, comme le soulignait Inter-Environnement Wallonie, aux journalistes, qui ont pour mission l'information de la population⁴⁴.

À l'initiative du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, le Plan national Nutrition et Santé pour la Belgique (PNSS-B) est adopté en décembre 2005 et a pour ambition de s'attaquer aux mauvaises habitudes alimentaires et à la diminution de l'activité physique de la population belge.

En effet, ces deux facteurs de risque provoquent une augmentation des cas de surcharge pondérale, d'obésité et d'un certain nombre d'affections chroniques liées sans, pour autant, que la population n'en soit consciente.

Ce plan se fonde sur les initiatives internationales existantes au niveau de l'Union européenne et de l'Organisation mondiale de la Santé. Le mode de travail adopté prône le consensus et la reconnaissance par l'ensemble des parties prenantes de la responsabilité qu'elles doivent assumer. Dix groupes de travail ont été mis sur pied.

Un site internet a été créé afin de mettre en avant les réalisations du Plan : www.monplanutrition.be.

Au niveau des Communautés et au niveau des Régions :

Suite au décret du 17 juillet 2003 portant sur l'organisation de la promotion de la santé en Communauté française, un Programme quinquennal de promotion de la santé ainsi qu'un Plan communautaire opérationnel ont été élaborés.

44. Position de la Fédération Inter-Environnement Wallonie sur l'avant-projet de Plan d'Action national Santé-Environnement (NEHAP), 24 février 2009.

Le Gouvernement de la Communauté française a adopté le premier Plan communautaire opérationnel (PCO) en octobre 2005, mis à jour en 2008. Le PCO met l'accent sur le lien entre la santé et ses déterminants et définit des objectifs opérationnels pour des problématiques de santé prioritaires avec pour finalité d'améliorer la qualité de vie et la santé des personnes :

- en agissant sur les déterminants de la santé (modes de vie, facteurs biologiques, état de santé, environnement physique ou social)
- en s'appuyant sur les structures et acteurs existants
- en veillant à réduire les inégalités devant la santé

En termes de structures et acteurs, soulignons les Centres locaux de Promotion de la Santé (CLPS) qui sont des organismes agréés pour coordonner, sur le plan local, la mise en œuvre du programme quinquennal et des plans communautaires de promotion de la santé. Les centres locaux répondent aux demandes de tous les acteurs du ressort de leur territoire.

Ils ont pour missions :

- d'élaborer un programme d'actions coordonnées respectant les directives du programme quinquennal (...);
- de coordonner l'exécution de ce programme d'action au niveau des organismes ou personnes qui assurent le relais avec la population ou les publics-cibles (...);
- d'apporter une aide méthodologique aux organismes et personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la promotion de la santé et de la médecine préventive, de mettre à leur disposition les ressources disponibles en matière de promotion de la santé et de prévention (documentation, formation, outils, expertises);
- d'initier au niveau de leur ressort territorial des dynamiques qui encouragent le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire, en particulier par la réalisation de conférences locales en promotion de la santé.

La Région wallonne a doté en 2009 la Région d'un observatoire de la

santé (OWS) qui a pour vocation de donner sens aux chiffres en vue d'aider les responsables de la santé dans leurs prises de décisions.

Il est composé d'un pôle épidémiologique au sein du Service public de Wallonie et plus particulièrement dans la Direction générale Opérationnelle en charge des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé (SPW-DGO5) et d'un pôle statistique au sein de l'Institut wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS).

L'ensemble est encadré par un comité d'accompagnement et par un comité scientifique.

L'OWS s'est fixé quatre objectifs :

- produire et diffuser des informations qui permettent d'améliorer les connaissances et la compréhension de la santé des Wallons ;
- mettre en évidence les inégalités sociales de la santé afin de contribuer à les diminuer ;
- fournir des outils scientifiques de conception, de suivi et d'évaluation des politiques de santé publique ;
- rationaliser la connecte de données.

Dans un premier temps, l'OWS a accordé une attention particulière au vieillissement de la population e à ses répercussions sur la santé, aux inégalités sociales de santé et à la problématique des maladies environnementales.

Un premier Tableau de bord de la santé en Région wallonne a été réalisé l'année de sa création – en collaboration avec l'Observatoire de la Santé du Hainaut – et est présenté comme une nouvelle étape pour l'évaluation de la santé de la population wallonne.

La Région wallonne dispose depuis fin 2009 d'un Plan régional Environnement-Santé (PARES), qui comporte sept axes structurants :

- (1) Organiser l'information et la communication en environnement-santé (...);
- (2) Poursuivre et développer la stratégie d'anticipation, d'évaluation et de gestion des risques sanitaires liés à l'état de l'environnement ;

- (3) Développer une politique de connaissance et de réduction des risques sanitaires liés aux pollutions intérieures ;
- (4) Améliorer la connaissance des interactions entre l'environnement et la santé au travers notamment du développement d'indicateurs pertinents ;
- (5) Évaluer les besoins en matière de recherche, compte tenu des recherches menées par ailleurs ;
- (6) Développer les formations spécifiques en environnement santé des professionnels ;
- (7) Poursuivre et développer la collaboration institutionnelle, à tous niveaux.

L'élaboration d'un tel plan est bien entendu un pas important en faveur de politiques et actions de santé durable. On peut ajouter que dans une perspective de durabilité, une attention toute particulière devra être portée :

- aux publics précarisés, notamment sur la question du logement, de la précarité énergétique, des pollutions intérieures ;
- à la création d'espaces d'échanges entre les acteurs non seulement institutionnels, mais plus largement, des secteurs liés à la santé environnementale et à la structuration de ces réseaux autour d'une base de données communes et de projets communs ;
- au soutien des acteurs de terrain que sont les associations, proches des citoyens, au fait de leurs besoins, bénéficiant de liens de confiance liés à la proximité.

La Communauté flamande, quant à elle, dispose de structures et d'outils fort intéressants en vue d'une santé durable, tels que :

- Les conférences de santé (gezondheidsconferenties), qui permettent le partage et l'échange de points de vue, d'idées, d'expériences entre des représentants du gouvernement flamand, des experts en santé, des représentants des groupes cibles et des structures de santé locales et autres organisations de terrain. Les conférences donnent lieu à la formulation de propositions d'objectifs nouveaux ou de points à revoir dans les stratégies existantes. Ces proposi-

tions sont assorties d'une estimation des moyens à mettre en place pour permettre l'atteinte de cet objectif. Ces propositions d'objectifs ainsi que les conclusions de la conférence de santé sont ensuite soumises pour avis au Conseil flamand de la Santé.

- Les « Logos » : ce sont des agences de concertation et organisation de santé loco-régionale, essaimées au nombre de 26 en Flandre et en Région Bruxelles-Capitale. Ces structures sont donc chargées par le gouvernement flamand de missions en matière de politique de santé préventive et ont pour mission de coordonner et faire collaborer les diverses organisations, organisations cadres politiques et structures de terrain, proches des citoyens. Leur intérêt, dans une perspective de durabilité, est donc double : rôle préventif et conciliation entre gouvernance locale et cohérence d'une entité territoriale plus vaste.

La Région Bruxelles-Capitale quant à elle a mis en place des stratégies et réalisations notables dans le domaine de la santé-environnement :

- Le Plan régional de Développement (PRD), mis en place en 2002, met entre autres l'accent sur la qualité de l'environnement intérieur (logement) et extérieur (air, bruit, sols, espaces verts et de détente) afin d'améliorer les conditions de vie et de santé des habitants.
- Le Plan de lutte contre le Bruit insiste sur le rôle des politiques d'environnement, d'aménagement et de gestion urbaine pour créer des villes dont l'ambiance sonore est compatible avec la fonction d'habitation.
- Le Plan d'amélioration structurelle de la qualité de l'air intègre un volet concernant l'exposition individuelle des bruxellois et la santé. Dans ce volet se retrouvent aussi les projets liés à la pollution intérieure.
- Autre initiative, l'interface environnement-santé de l'IBGE a été mis en place dès 1998 pour soutenir les actions et politiques environnementales par des arguments de santé publique. Cela a permis de mettre à jour de nombreux dossiers concernant les principales maladies et symptômes ayant une relation avec l'environnement.

L'interface joue aussi – et entre autres – un rôle de sensibilisation des professionnels de la santé à la pollution intérieure. Par exem-

ple, des cycles de formation des professionnels de la santé et des intervenants communaux sont régulièrement organisés. Un guide pratique, intitulé « Qui SQuATte la demeure de votre patient ? » a aussi été publié, afin d'aider les médecins à prendre en compte la pollution intérieure dans leur pratique quotidienne.

- Autre structure innovante, l'Observatoire de la Santé et du Social est une institution bruxelloise qui a pour mission de rassembler les informations sur l'état de santé et de la pauvreté de la population bruxelloise, de les analyser et de les diffuser auprès des acteurs concernés pour soutenir une politique intégrée de la santé. Entre autres, l'Observatoire publie « le tableau de bord de la santé en Région de Bruxelles-Capitale », dont la dernière version a été actualisée en 2008.

France

Organisation

Le ministère de la Santé et des Sports est en charge, en matière de santé, de la politique de santé publique et en particulier la prévention, l'organisation sanitaire et la formation des professionnels de santé, en liaison avec le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Le Ministère détient quant à lui des compétences, plus ou moins étendues selon les domaines, en matière de : développement durable, environnement, énergie et matières premières, transports et leurs infrastructures, urbanisme, équipement, logement et affaires maritimes.

En plus des Ministères, un grand nombre d'acteurs interviennent dans le champ de la santé durable, par exemple :

- L'INPES (Institut national de Prévention et d'Éducation pour la Santé), qui définit des programmes de prévention sur l'ensemble du territoire. Il est relayé par 117 comités régionaux ou départementaux qui mènent les actions sur le terrain.
- Les DRASS (Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales) élaborent les programmes d'action régionaux

- Les DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) sont chargées de la prévention en matière d'hygiène mentale, d'alcoolisme et de sida.
- Les CODES (Comités départementaux d'Éducation pour la Santé) sont axés sur la formation, l'animation, la santé de proximité. Leurs centres de documentation sont ouverts au public.
- Les agences régionales de santé, créées en 2008, ont pour but de répondre à cinq enjeux importants : accentuer la territorialisation des politiques de santé, renforcer les aspects préventifs de ces politiques, recentrer l'offre des soins vers les soins primaires, améliorer les restructurations au niveau hospitalier mais également promouvoir leur efficacité, réorganiser l'offre hospitalière au bénéfice du médico-social.

Le secteur se caractérise donc par une multiplicité des acteurs et de financements, un entrecroisement des responsabilités ; par la mise en œuvre de moyens conséquents mais aussi une certaine dispersion qui peut poser problème pour la concrétisation des orientations impulsées par l'État.

Discipline transversale, la santé durable relève aussi de la compétence du ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer. Les missions de ce Ministère sont relatives :

- au logement, aux aménagements durables et aux ressources naturelles
- à l'énergie et au climat
- au développement durable
- à la prévention des risques
- aux infrastructures, aux transports et à la mer.

Ce Ministère est relayé en région par les DREAL (Directions régionales de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement), ainsi que par des services départementaux et inter-départementaux.

En matière de santé environnementale, il faut aussi souligner le rôle récurrent de l'Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Éner-

gie (ADEME) qui a pour mission de susciter, coordonner ou réaliser des opérations ayant pour objet la protection de l'environnement et la maîtrise de l'énergie. Si sa mission principale ne concerne pas directement la santé environnementale, l'ADEME contribue beaucoup aux travaux menés en France dans le domaine de la qualité de l'air, du bruit et des déchets, et elle a été un acteur majeur du Programme paneuropéen sur les Transports, la Santé et l'Environnement (PPE-TSE), administré conjointement par la CEE-ONU et l'OMS.

Orientations et réalisations notables

Les tendances fortes en France en matière de santé sont à l'amélioration de l'accès aux soins et la lutte contre les exclusions ; la réduction de la mortalité et la morbidité évitables, ainsi que les disparités régionales en matière de santé. **De plus ce pays a cherché ces dernières années à se doter de structures liant environnement et santé.**

La loi française du 9 août 2004 relative à la politique de Santé publique a deux objectifs prioritaires : réduire la mortalité et la morbidité évitables, en particulier celles des populations fragilisées et réduire les inégalités de santé. Partant du constant que ces deux objectifs sont liés, la France décide de cesser d'opposer soins et prévention, notamment en développant la prévention en fonction des différents groupes à atteindre mais également en prenant en compte l'ensemble des déterminants (environnementaux, sociaux et culturels) qui expliquent en partie les inégalités en matière de santé.

La loi procède de la méthode de programmation par objectifs c'est-à-dire structurer l'approche d'un problème de santé dans des étapes identifiables par tous. Elle reprend la notion de prévention et la replace dans un cadre plus large de santé publique ; définit également des objectifs nationaux, exprimés en résultats sur l'état de santé de la population, accompagnés de plans et de programmes nationaux. Elle organise également le partenariat des acteurs de santé, après avoir défini le niveau régional comme niveau optimal de coopération de l'ensemble des acteurs de santé. Enfin, elle permet l'évaluation de l'ensemble des actions menées.

Le Plan national d'éducation pour la santé

Une particularité française consiste en la mise en place d'un Plan national d'éducation pour la santé (2001) qui s'inscrit dans la démarche

de promotion de la santé définie selon la Charte d'Ottawa (vue plus haut). Ce plan stipule que l'éducation pour la santé est une composante de l'éducation générale et relève d'une mission de service public, intégrée au système de santé *et* au système d'éducation. Dès lors, parents, enseignants, soignants, travailleurs sociaux, associations de patients sont des acteurs naturels de l'éducation pour la santé qui doivent être aidés et soutenus par des professionnels de la santé spécialisés dans ce domaine.

Ce plan est aussi notable en ce qu'il se fixe pour but « *que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité (...), que chaque citoyen ait accès à une éducation pour la santé de qualité, quel que soit son statut social et professionnel, quel que soit l'endroit où il habite, quelle que soit l'école qu'il fréquente, quel que soit le professionnel de santé qu'il consulte* ». Autrement dit, les autorités publiques n'ont pas pour seul rôle de permettre l'accès à des soins curatifs, mais aussi de donner des outils de responsabilisation des personnes vis-à-vis de leur propre santé. Pour que les politiques de prévention soient efficaces, les citoyens doivent adhérer aux dispositions qui sont prises à leur rencontre ; il est nécessaire qu'ils en soient acteurs et qu'ils puissent participer aux décisions.

Plan national de nutrition-santé (PNNS)

Créé en 2001, ce programme comprend neuf objectifs nutritionnels prioritaires, dont augmenter la consommation des fruits et légumes, réduire l'apport journalier en lipides, prévenir la dénutrition et les carences chez les personnes âgées et les personnes en situation de précarité. Depuis 2006, l'accent a été mis sur la prévention, avec un effort supplémentaire sur l'éducation nutritionnelle. Ceci passe notamment par le dépistage précoce et la prise en charge des troubles alimentaires avec la création de réseaux de prise en charge et la formation des soignants ; un recentrage sur les populations défavorisées/précarisées avec mobilisation des mouvements associatifs ; un effort de recherche et d'expertise dans le champ de la nutrition pour mieux dépister et soigner.

Il est intéressant de noter que le plan s'est fortement axé sur la question de l'offre alimentaire, étudiant notamment l'impact des mes-

sages publicitaires et le rôle de la grande distribution. Cela a donné lieu par exemple à la suppression de la publicité pour certains aliments et pour certaines boissons sucrées lors de la diffusion d'émissions s'adressant aux jeunes et au retrait des sucreries aux caisses des magasins de la grande distribution.

Plan national santé environnement (PNSE)

Une des orientations prioritaires du PNSE français (2004-2008 puis 2008-2013) est de promouvoir la santé environnementale, en limitant les polluants et les risques sanitaires qui influent sur la santé et ce, dans tous les milieux de vie. Il permet aussi de développer et d'améliorer la coordination interministérielle entre le ministère de l'Environnement et le ministère de la Santé, et avec les autres ministères (notamment ceux du Travail et de la Recherche). Il a été élaboré de manière conjointe.

Les priorités d'actions sont :

- (1) Garantir un air et une eau potable de bonne qualité (réduction des émissions de particules diesel provenant des voitures, réduction des émissions toxiques d'origine industrielle, etc.) ;
- (2) Prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers (réduire les expositions professionnelles aux agents cancérigènes, renforcer les capacités d'évaluation des risques sanitaires des substances chimiques dangereuses ;
- (3) Mieux informer le public et protéger les populations sensibles, comme les enfants et les femmes enceintes (faciliter l'accès à l'information en santé-environnement et favoriser le débat public, améliorer la prévention du saturnisme infantile et la prise en charge de ces enfants intoxiqués, etc.).

Parmi les réalisations du premier PNSE, citons :

- « – *une réduction des émissions atmosphériques industrielles en cadmium, plomb, benzène, dioxine et chlorure de vinyle monomère comprise entre 50 et 85%* ;
- *des procédures de protection engagées ou réalisées sur près de 75% des captages d'eau potable ;*

- *le lancement d'enquêtes de grande ampleur sur la qualité de l'air dans les logements et dans les écoles par l'observatoire de la qualité de l'air intérieur et la proposition de premières valeurs guides par l'afssset pour certains polluants présents dans l'air intérieur (formaldéhyde, monoxyde de carbone et benzène) ;*
- *l'impulsion d'autres plans gouvernementaux comme le plan santé-travail (...)* ;
- *la création de l'observatoire des résidus de pesticides (...)* ⁴⁵»

Suite à ces premières avancées, ont été établies comme priorités pour PNSE 2 « réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé » et « réduire les inégalités environnementales », ces deux priorités se déclinant en 12 mesures phares (qui elles-mêmes se déclinent en plans nationaux et/ou régionaux). Ces mesures abordent les domaines de la pollution atmosphérique (objectifs chiffrés de réduction des concentrations de particules fines dans l'air, etc.), la pollution intérieure (étiquetage sanitaire des produits de construction, etc.), la mobilité, la qualité des eaux de captage, les rejets médicamenteux dans l'environnement, l'exposition professionnelle aux risques sanitaires (diagnostic, etc.), les logements insalubres. La qualité de l'environnement dans les bâtiments accueillant des enfants fait l'objet d'un point à part entière.

Pays-Bas

Organisation

Au plan national, les compétences des Ministères sont ainsi réparties :

- Le ministère de la Santé publique, du Bien-être et du Sport « *encourage la population à vivre de manière saine, à faire davantage d'efforts physiques, à moins fumer, à modérer la boisson, à avoir des rapports sexuels 'sécurisés', et à adopter une alimentation saine* ». L'accent est mis aussi sur la question de l'équité dans l'accès aux

45. Environnement-Santé, 2^{ème} Plan national 2009-2013, *Des actions concrètes pour la prévention des risques sanitaires liés à l'environnement*. <http://bit.ly/gJBN8>

soins. L'approche en la matière est particulière en ce qu'elle établit un lien explicite entre la santé et la capacité à exercer sa pleine citoyenneté : « *Les personnes ayant des problèmes de santé devraient pouvoir consulter leur médecin traitant, recevoir des soins à l'hôpital ou dans toute autre institution de soins au moment nécessaire. Quoique les Pays-Bas soient un pays riche, une partie de la population ne voit pas cette richesse, n'étant pas économiquement indépendante, et ne peut entièrement participer à la société. Pour améliorer leur position, le ministère coopère avec les ministères des Affaires économiques, de l'Éducation et du Logement pour renforcer l'infrastructure sociale.* »

- Le ministère du Logement, de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement opère dans les domaines de « l'aménagement viable de l'espace, le logement et l'environnement ». C'est aussi lui qui gère et supervise les projets de construction des bâtiments publics.
- Le ministère des Affaires sociales et de l'Emploi rejoint les enjeux de santé durable en ce qu'il a pour tâche de créer des opportunités d'emploi et d'encourager un système actif de sécurité sociale.
- Le Ministère des Transports, des Travaux publics et de la Gestion des Eaux a notamment pour compétence d'assurer la protection durable des eaux. Parmi ses objectifs globaux figurent la sécurité et la qualité de vie aux Pays-Bas, ainsi que « *la responsabilité individuelle des citoyens, des entreprises et des autres autorités* ».

Orientations et réalisations notables

Le système de santé des Pays-Bas a été élu meilleur système de santé en Europe en 2008 et 2009, selon l'indice des consommateurs européens annuel⁴⁶. En 2009, les Pays-Bas se sont classés devant le Danemark (particulièrement performant dans l'accessibilité d'informations pour les patients et le renforcement des droits des patients mais présentant des problèmes en matière de temps d'attente) ; et la Suède (efficace notamment dans l'analyse des coûts/bénéfices en

46. L'indice de santé annuel des euro-consommateurs compare les services de santé de 33 pays européens, avec pour critères : les droits des patients, la « e-santé », les temps d'attente, l'équilibre des budgets, la palette de services offerts, l'accès aux soins.

santé mais moins au point pour l'intégration des NTIC au système de santé).

Les Pays-Bas se sont avérés les plus à la page dans ces différents domaines. Selon Arne Bjornberg, Directeur de recherche à la Health Consumer Powerhouse⁴⁷, le succès des Pays-Bas est aussi lié à la solidité de son modèle, plus tourné vers des démarches expérimentales et innovantes. Dans le domaine par exemple de la lutte contre les inégalités de santé, les Pays-Bas ont réagi plus tôt que la majorité des pays européens.

Lutte contre les inégalités de santé

Les qualités d'innovation des services de santé néerlandais se retrouvent notamment dans la question du traitement des inégalités de santé. Les Pays-Bas en effet consacrent beaucoup d'attention à la réduction de ces inégalités et en sont à leur troisième plan visant une meilleure prise en charge des populations vulnérables et/ou défavorisées en matière de santé. Le dernier plan, élaboré en 2001, a pour mission de réduire les inégalités en termes d'éducation et de revenu, de réduire les effets négatifs des problèmes de santé sur la situation socio-économique et vice-versa et enfin de favoriser l'accès et l'efficacité des soins de santé pour les groupes socio-économiquement défavorisés.

Cette attention particulière a émergé plus tôt que dans la plupart des pays européens (dès 1980) et a été suivie de programmes de recherche et actions relativement pionniers⁴⁸. Le gouvernement néerlandais a adopté dès 1985, l'objectif de l'OMS « la santé pour tous à l'horizon de l'an 2000 », puis le ministère de la Santé a publié, en 1986, un rapport en partie consacré aux inégalités sociales de santé. Ces grandes orientations posées, des programmes de recherche ont été lancés et ont donné lieu à des expérimentations. Le premier programme (1989) visait à établir un diagnostic de l'ampleur et de la nature des déterminants des inégalités sociales en santé. Le pro-

47. Centre d'Études et d'Informations en Santé établi à Bruxelles : <http://www.healthpowerhouse.com/>

48. « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes », *Bulletin d'information en économie de la santé*, Questions d'économie de la santé, n° février 2005, <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes93.pdf>

gramme d'expérimentations (1995-2001) a quant à lui donné lieu à douze expérimentations locales. Celles-ci ont été bâties selon quatre stratégies :

- (1) Améliorer la position socioéconomique des personnes les plus défavorisées : en donnant une allocation aux parents vivant dans la pauvreté.
- (2) Diminuer les effets des problèmes de santé sur la position socioéconomique : par la mise en place d'un soutien scolaire spécifique aux enfants fréquemment absents pour raisons de santé.
- (3) Diminuer l'exposition aux facteurs de risque contribuant aux inégalités sociales de santé : par une réduction des contraintes physiques liées au travail et des modifications de l'organisation du travail visant à réduire le stress professionnel, par des campagnes de prévention de masse et des campagnes de prévention ciblées en milieu scolaire et dans les quartiers défavorisés (tabagisme, hygiène dentaire, nutrition durant la grossesse...).
- (4) Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins : par la formation de réseaux de soins locaux afin de prévenir l'exclusion parmi les personnes atteintes de maladies psychiatriques chroniques, par l'éducation à la santé auprès de patients turcs atteints de diabète et par des soins infirmiers et un suivi réalisé par les généralistes de patients atteints d'asthme ou de maladies pulmonaires chroniques vivant dans des zones défavorisées.

Selon les conclusions de ces expérimentations, il apparaît que les interventions sur les conditions de travail semblent efficaces ; que les interventions locales ou ciblées sont à privilégier, tant pour la prévention que pour le soutien psychiatrique ou l'aide aux malades ; qu'en revanche l'allocation fournie aux parents défavorisés et la campagne de prévention de masse se sont montrées moins efficaces que les autres mesures.

Sur base de ces programmes, des objectifs quantifiés et des recommandations ont été établis à partir de 2001. Le but est d'atteindre l'objectif de l'OMS : « Réduire d'ici 2020 de 12 à 9 ans la différence d'espérance de vie sans incapacité entre les personnes de haut et bas statut socioéconomique, grâce à une forte augmentation de l'espérance de vie en bonne santé du groupe le plus défavorisé. »

Onze objectifs intermédiaires ont également été définis. Ils correspondent aux quatre stratégies d'actions choisies lors de la phase d'expérimentations :

(1) réduire le nombre de ménages pauvres, (2) augmenter le pourcentage d'enfants défavorisés accédant à l'éducation secondaire, (3) maintenir le niveau des inégalités de revenu au niveau de 1996, (4) maintenir le niveau des pensions d'invalidité au niveau de 2000, (5) augmenter le pourcentage de personnes âgées de 25 à 64 ans occupant un emploi rémunéré parmi les personnes souffrant d'une maladie chronique, (6) réduire les différences entre groupes d'éducation, (7) de tabagisme, (8) de sédentarité, (9) d'obésité, (10) d'exposition à des contraintes physiques liées au travail et de contrôle sur le lieu de travail, (11) maintenir au niveau de 1998 les différences de consommations de soins entre groupes d'éducation.

Pour chaque stratégie, quatre politiques et interventions ont été mises en place. Citons par exemple des initiatives de grande échelle, pour prévenir le tabagisme en milieu scolaire ou encore pour mettre sur pied des réseaux locaux pour les patients atteints de troubles psychiatriques chroniques. Des recommandations ont par ailleurs été formulées. Spécificité propre aux Pays-Bas : l'importance du maintien de certains acquis existant était explicitement soulignée et défendue dans ces recommandations (maintenir le niveau des pensions pour les inactifs pour raisons de santé et d'invalidité, maintenir une bonne accessibilité financière aux soins aux personnes de bas statut socioéconomique).

Promotion de la santé dans les établissements scolaires⁴⁹

La santé des jeunes néerlandais, quoique globalement satisfaisante, est un sujet prioritaire pour les programmes de prévention. Certains facteurs de risque sont en effet persistants : la consommation de tabac reste élevée, la proportion de rapports sexuels non protégés s'est accrue. La situation s'est détériorée concernant la consommation d'alcool et le manque d'activité physique. Les troubles de santé mentale demeurent un phénomène assez commun.

49. Exemple tiré de « Pays-Bas : des programmes pour promouvoir la santé dès le primaire », Jansen J. et Buijs G., in La Santé de l'Homme, n° 400, <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/400/06.htm>, consulté le 02.02.2009.

Face à cela, les écoles peuvent jouer un rôle en faveur de la santé et du bien-être des jeunes. Aux Pays-Bas, l'accent est mis sur l'efficacité des programmes scolaires intégrés, holistiques, plutôt que sur des programmes purement informatifs et uniquement enseignés en classe. La campagne nationale « En avant pour la santé ! » (Ga voor gezond !) en est une illustration. En 2008-2009, plus de mille sept cents écoles primaires, ce qui représente environ un quart des écoles primaires néerlandaises. En 2006-2007, mille écoles avaient participé. Si l'efficacité sur le plus long terme reste bien entendu à évaluer, on voit déjà que la campagne permet d'attirer l'attention d'un grand nombre d'écoles sur le besoin de porter une attention structurelle à la santé et au bien-être.

Les objectifs du programme sont :

- La conception d'un programme d'actions, planifié, visant à mettre la santé et la sécurité à l'agenda des écoles primaires hollandaises. L'originalité de la démarche est que l'intégration de ces thématiques est envisagée non pas en organisant des actions ponctuelles, mais bien de façon structurelle.
- La combinaison des forces : le programme doit faire office de fédérateur pour les différentes initiatives de qualité et de haut niveau liées à la santé et à la sécurité dans les écoles.
- Le soutien : le programme doit donner lieu, à plus long terme, à la poursuite des actions et à l'éclosion de nouveaux projets. Autrement dit, le programme doit faire office de moteur, de stimulateur pour l'adoption structurelle de la méthode des écoles en santé dans les écoles primaires.

D'un point de vue concret, la campagne « En avant pour la santé ! » se base sur des activités ludiques sur les thèmes de la santé et de la sécurité. Ces activités sont adressées aux enfants, professeurs et parents.

« En avant pour la santé ! » est une combinaison astucieuse de différents outils et activités :

- un test autoadministré, pour les élèves, les parents et les professeurs. Le test consiste en un questionnaire sur les comportements

de santé (pour les élèves), sur la situation à l'école (pour les professeurs) et sur l'état de santé (pour les parents) ;

- un rapport incluant les résultats pour chaque groupe ou chaque école, auquel les écoles peuvent avoir accès en ligne. Sur la base du rapport, l'école sélectionne des activités sur lesquelles elle souhaite travailler ;
- un classeur de leçons : un cahier pour les élèves, des autocollants, un manuel pour les professeurs et un poster à l'usage de la classe. Le classeur inclut cinq thèmes de santé : l'alimentation, l'exercice, la santé physique, l'environnement social et un environnement scolaire sûr et sain ;
- un bus qui visite environ huit écoles (dans un quartier). Des tracts avec des séries de jeux sont distribués dans les cours de récréation ;
- un site Internet et une lettre électronique.

La campagne est relayée à la télévision nationale, à travers huit programmes. Chaque programme se concentre sur une thématique et inclut un jeu et une « idée de la semaine ».

La campagne connaît un vif succès et constitue un bon exemple de collaboration entre structures publiques et privées : *« Plus de la moitié des écoles ont consacré davantage de temps à la santé depuis leur participation. Un quart des écoles est déterminé à inclure la santé dans sa politique d'établissement. 12 % des écoles participent à nouveau [en 2010-2011]. »*

Suède

Organisation

L'administration centrale suédoise s'organise sur deux niveaux : les ministères, de taille réduite, et les agences nationales chargées des activités opérationnelles. Les agences bénéficient d'une grande autonomie de décision, de gestion (ressources humaines et budgé-

taires) et d'actions. Parmi les structures nationales agissant dans le domaine du développement durable et en lien avec la santé, citons :

- Le ministère de l'Environnement, chargé des questions environnementales et du développement durable. Les questions énergétiques sont du ressort du ministère de l'Industrie, des Énergies et des Communications et ce qui concerne l'habitat dépend du ministère des Finances.
- Le ministère de la Santé et des Affaires sociales, chargé de définir les objectifs généraux du système de santé.
- L'Agence nationale de la santé et des affaires sociales, qui est l'autorité centrale de conseil et contrôle dans le domaine des services de santé, de la protection sanitaire et des services sociaux. Elle joue un rôle dans le développement durable en matière d'amélioration de la santé publique.
- Le Conseil consultatif environnemental, chargé de conseiller le Gouvernement en matière d'environnement. Il se concentre sur deux thématiques : l'utilisation et la gestion durable des ressources naturelles (agriculture, sylviculture, pêche) et le découplage croissance économique/dégradation de l'environnement associé à la nécessité d'une transition du secteur de l'énergie et des transports, des modèles de production et de consommation, et de la planification et la construction urbaine.
- Le Conseil suédois pour le Développement durable est une agence gouvernementale créée en 2005 et chargée de promouvoir le développement durable aux niveaux régional et local. Sa mission est centrée autour de quatre objectifs principaux dont « bâtir une société durable » et « promouvoir la santé pour tous ».

Orientations et réalisations notables

De forts objectifs d'équité

La Suède est connue pour être un acteur incontournable du développement durable et un pays qui depuis longtemps poursuit une politique sociale fortement guidée par des objectifs d'équité.

Les inégalités de santé semblent toutefois être de même ampleur que dans la majorité des pays européens, avec 40% de différence de mortalité entre travailleurs manuels et non manuels⁵⁰. Pour y remédier, l'approche développée par la Suède depuis une dizaine d'années fait le choix d'une politique de santé structurellement imprégnée d'objectifs d'équité – plutôt que de développer une politique ciblée d'action contre les inégalités de santé en tant que telles.

Les prémisses de cette politique sont apparues en 1997. Une Commission nationale de santé publique a alors été mise sur pied, composée de représentants des différents partis politiques et d'experts, et chargée de définir des objectifs nationaux de développement de la santé et des stratégies pour les atteindre. Comme aux Pays-Bas, on remarque que la conception de la justice sociale sous-jacente s'appuie sur l'idée que la santé est une condition pour que chacun puisse exercer pleinement sa citoyenneté.

Le rapport préliminaire de la Commission a émis une série d'objectifs et d'indicateurs. Ce contenu proposé a été soumis à une large concertation. Suite à cela, le rapport final, intitulé « La santé dans les mêmes termes pour tous : objectifs nationaux de santé publique », a été rendu au gouvernement en 2000. Ce rapport se compose de dix-huit grands objectifs, déclinés en une cinquantaine de sous-objectifs. Globalement, le rapport se distingue par le fait que les objectifs sont désignés non pas sous forme de résultats de santé mais de déterminants de santé. Cela induit une place de l'action très en amont du système de soins et de prévention.

Un premier groupe d'objectifs se réfère à des déterminants sociaux *généraux*, sociétaux, mis en avant comme les conditions nécessaires d'une amélioration de la santé de toute la population : la cohésion sociale, la participation et la réalisation de soi, les conditions de vie dans l'enfance, le plein emploi, un environnement de travail ou d'habitat sain, des espaces verts.

Un autre groupe d'objectifs appelle à lutter contre les facteurs de risque liés aux comportements individuels : nutrition, exercice physique, tabac, alcool, sexualité, drogue.

50. Kunst A., Groenhouf F., Mackenbach J., « Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens », in Leclerc et al. Eds, *Les inégalités sociales de santé*, La découverte, p. 53-68.

Une autre série d'objectifs apporte des compléments plus transversaux comme investir à long terme dans la recherche, notamment pour déterminer les coûts et bénéfices des interventions en matière de santé publique ; orienter plus fortement les services de santé vers la prévention et la promotion de la santé.

Une politique de santé publique caractérisée par sa vision intégrée de la santé

La politique de santé publique telle qu'elle a été votée finalement en avril 2003 regroupe les dix-huit thèmes vus plus haut en onze grandes orientations fondamentales. Sur ces onze principes :

- cinq regroupent des facteurs de risques liés au mode de vie individuel : une protection efficace contre les maladies transmissibles, une sexualité sûre, plus d'activité physique, de bonnes habitudes alimentaires, une baisse des addictions ;
- cinq concernent le contexte environnemental, économique et social : participation et influence dans la société, sécurité économique et sociale, sécurité et conditions de vie favorables pour les enfants et les adolescents, un environnement et des produits sûrs, une vie au travail plus saine ;
- un dernier vise à rendre les services de soins promoteurs actifs de la bonne santé.

La politique de santé publique suédoise fait donc une place assez large au lien entre santé et le contexte global. Par exemple, avec l'objectif « participation et influence dans la société », les pouvoirs publics reconnaissent directement que la position des individus dans la société et le sentiment – ou non – de pouvoir influencer sur sa propre vie, sont des déterminants fondamentaux de la santé. Améliorer la santé globale du pays suppose par conséquent de renforcer la démocratie, d'accroître le capital social des plus vulnérables, de lutter davantage contre les discriminations de toutes sortes.

L'objectif « sécurité économique et sociale » illustre aussi la vision intégrée de la politique de santé suédoise. Cet objectif en effet considère explicitement la pauvreté et l'insécurité économique comme des facteurs de mauvaise santé. On a vu que la Commission ayant préparé la loi de santé publique avait assorti chacun des principes d'une

série d'indicateurs d'évaluation de leur réussite. Pour l'objectif « sécurité économique et sociale », les indicateurs posent très clairement des cibles qui relèvent directement non pas des politiques de santé mais bien d'autres politiques, comme celles de l'emploi, des affaires sociales, etc. Par exemple : « diminuer la proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté à un niveau inférieur à 4% (proportion de départ = 4,8%) » ; « faire décroître le chômage de longue durée de 1,4% à 0,5% » ; « accroître le taux d'emploi des personnes avec une maladie de long terme ou un handicap de 53% à 70% ».

Un Plan national d'action environnementale et sanitaire précurseur

La Suède a été parmi les premiers pays de l'OCDE à publier un plan national d'action environnementale et sanitaire, dans la foulée de la Conférence d'Helsinki (deuxième conférence européenne sur l'environnement et la santé) en 1994. Elle en a depuis intégré les objectifs dans les politiques nationales de gestion de l'environnement et de santé publique. Ce caractère proactif a permis à la Suède d'atteindre relativement tôt des résultats importants : baisse de l'utilisation des pesticides, réduction des rejets de métaux lourds dans l'environnement, diminution de l'absorption humaine de substances telles que les polluants organiques persistants (POPs) et le plomb, amélioration de la qualité de l'air intérieur par des réglementations sur les systèmes de ventilation et les concentrations de radon dans les bâtiments.

Chapitre III. Perspectives pour une santé durable

III. A. Mettre en œuvre des politiques intégrées

Au terme de ces deux premières parties de notre étude, que savons-nous sur les causes des atteintes à la santé ?

L'environnement physique a un impact sur la santé : la santé humaine et celle de son écosystème, la Terre, vont de pair. De même la qualité du logement, ou encore celle du lieu de travail, sont essentielles.

L'environnement social est tout aussi important, que ce soit au travail, à l'école, dans le cercle familial, amical, etc. Avoir de bonnes relations sociales et bénéficier d'un soutien social permet de réduire le stress et toutes les réactions psychologiques qui en découlent.

Parler de santé, c'est aussi parler de pauvreté, dans toutes ses dimensions. Le sentiment de participer à la vie culturelle, sociale, économique, est favorable à la santé. La réussite scolaire, l'intégration à une communauté, un travail épanouissant et valorisant, favorisent la bonne situation sanitaire.

Les facteurs d'inégalités de santé se situent à différents niveaux : au niveau individuel et à celui de la communauté ; au niveau des services et structures, au niveau macro-social. Ces niveaux s'influencent les uns et les autres.

La question de l'accès au soin synthétise ces différents enjeux. Pas de santé durable sans politique permettant d'accessibilité géographique, financière, culturelle, à des soins de qualité. La question de l'accessibilité dépend de politiques sectorielles multiples, par exemple pour permettre la mobilité des patients vers les lieux de soins ou encore pour rendre possible l'adéquation géographique entre offre et demande.

À partir de ces quelques points, on voit bien que mener une politique de santé durable, c'est agir en priorité sur les déterminants sociaux et/ou environnementaux de la santé et engager tous les niveaux et les secteurs dans cette action. Autrement dit, il est impératif d'adopter une approche écosystémique des enjeux de santé qui s'applique à :

- agir sur les modes de vie au niveau individuel (alimentation, activités hors-travail, etc.) ;

- renforcer les communautés et la cohésion sociale ;
- agir sur les conditions de vie (revenu, logement, emploi, etc.) ;
- encourager et impulser des mesures sociales, économiques, environnementales, culturelles, qui réduisent, directement ou indirectement, à court ou à long terme, les inégalités de santé ;
- renforcer la dimension environnementale des politiques de santé ;
- adapter ces mesures de large envergure aux réalités de chaque territoire.

L'approche « santé durable » pose comme hypothèse que les stratégies et les programmes qu'elle promeut seront moins coûteux, à court comme à long terme, que bien des soins médicaux et des interventions découlant d'une approche plus classique, plus axée sur le curatif. L'exemple des liens entre environnement et santé est significatif. Une grande partie de la charge actuelle de morbidité mondiale⁵¹ est liée à la consommation d'énergie, aux systèmes de transport (pollutions, accidents de la route). Ainsi, modifier certains modes de vie aurait « *des effets positifs sur des problèmes majeurs de santé publique, notamment la pollution atmosphérique (800 000 décès annuels), les accidents de la circulation (1,2 million), le manque d'exercice physique (1,9 million) et la pollution de l'air à l'intérieur des habitations (1,5 million)* »⁵². Cela permettrait, partout, de diminuer les dépenses de santé publique et les dépenses personnelles liées à ces maladies et accidents.

Le Mémoire de l'Appel de Paris

Pour une politique de santé plutôt qu'une politique de soins

En novembre 2009, 68 experts indépendants, scientifiques et médecins, présentaient un mémorandum destiné à alerter la société civile et les décideurs politiques sur la gravité de la pollution chimique. Le rapport présente 164 mesures à appli-

51. La charge actuelle de morbidité mondiale est le nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné.

52. OMS, *Les effets du changement climatique sur la santé doivent être pris en compte*, 11 mars 2009. <http://bit.ly/dEQ0wx>

quer d'urgence afin « *d'éviter ou d'atténuer les crises de santé publique dans les États membres de l'Union européenne* ».

L'exemple des cancers et autres maux liés à la dégradation de l'environnement (allergies, malformations, stérilité, obésité, etc.) est en effet parlant : il ne peut pas y avoir de politique de santé efficace sans véritable politique environnementale qui lui soit associée.

En novembre 2004, médecins, ONG et scientifiques avaient déjà tiré la sonnette d'alarme, en lançant, suite au colloque « Cancer, santé et environnement » tenu à l'Unesco, l'Appel de Paris, déclaration internationale sur les dangers sanitaires des pollutions chimiques. Cet appel est aujourd'hui signé par plus d'un millier de scientifiques dans le monde. Ce constat effectué, il fallait des solutions, des actions. Le Mémorandum lancé en novembre dernier en fournit⁵³. Parmi celles-ci figurent la réduction des substances chimiques, le retrait des produits organobromés, le développement de l'agriculture bio par le biais d'une révision de la politique agricole commune, ou encore la mise en place de procédures d'évaluation avant mise sur le marché des pesticides, additifs alimentaires et produits cosmétiques qui soient similaires à celles que subissent les médicaments.

Rejoignant les propos du Mémorandum, on ne saurait trop insister sur la nécessité de politiques transversales, s'appliquant notamment à :

- Faire de l'enfance une priorité fondamentale de la santé. Cela concerne les politiques de santé, mais aussi les programmes d'enseignement, qui ont un rôle préventif à jouer, en éduquant à l'écologie, à l'hygiène, à l'alimentation. Ce qui se joue pendant l'enfance conditionne aussi la santé du futur adulte.
- Réformer la Politique agricole Commune afin de permettre davantage le développement de l'agriculture biologique et de l'agriculture raisonnée. Si la PAC a été en son temps un progrès indéniable, on

53. La liste complète est disponible en ligne : <http://bit.ly/gu1ksm>

connaît aujourd'hui ses dérives purement productivistes et leurs impacts environnementaux et sanitaires de plus en plus évidents.

- Adapter les réglementations concernant les normes toxicologiques aux enfants et aux femmes enceintes. Ce sont eux qui sont les plus vulnérables de la société : les doses de toxiques, comme par exemple les résidus de produits phytosanitaires dans la nourriture, devraient être adaptés à ces capacités de tolérance les moins élevées.
- Renforcer le règlement européen REACH, qui est le système d'enregistrement, d'évaluation, d'autorisation et de restrictions des substances chimiques. Si ce règlement, adopté fin 2006, est un pas important dans la réglementation des substances chimiques, il résulte aussi de multiples compromis avec l'industrie chimique et laisse encore des zones floues ainsi qu'un nombre de substances évaluées trop peu étendu⁵⁴.
- Valoriser très activement le tri sélectif, la réutilisation, le recyclage, la réduction en amont des déchets. L'ARTAC⁵⁵ insiste sur l'urgence de poser des moratoires pour l'implantation d'incinérateurs. L'incinération en effet produit des émissions de dioxine et de métaux lourds, néfastes à long terme. Les alternatives existent, ce sont elles qu'il faut choisir.

54. Par exemple, pour qu'une substance soit autorisée, la preuve doit être apportée que les risques qui y sont « valablement maîtrisés ». Or l'article 60 précise qu'en l'absence de preuve, l'autorisation peut tout de même être accordée s'il est démontré que les avantages socioéconomiques l'emportent sur les risques qu'entraîne l'utilisation de la substance et s'il n'existe pas d'alternatives plus sûres.

55. Association thérapeutique pour la Recherche thérapeutique, présidée par le Pr Dominique Belpomme, à l'origine de l'Appel de Paris. <http://www.artac.info/>

III. B. Promouvoir une alimentation équilibrée et un mode de vie adéquat

Une alimentation saine, première médecine durable

Aujourd'hui en Europe, six des sept principaux facteurs de risque de mort prématurée (pression sanguine, cholestérol, indice de masse corporelle, consommation insuffisante de fruits et légumes, manque d'activité physique, consommation excessive d'alcool) sont liés à la façon dont nous mangeons, buvons et nous dépensons (le facteur exclu est le tabac). Bien manger et exercer une activité physique régulière sont donc les premiers pas vers une bonne santé.

L'obésité, un défi croissant pour toute l'Europe

La surcharge pondérale et l'obésité progressent de façon alarmante en Europe. L'obésité constitue l'un des problèmes de santé publique les plus graves que connaît l'Europe parce qu'elle augmente de manière significative le risque de contracter de nombreuses maladies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2 et certains cancers. Actuellement, ces affections sont prépondérantes dans le tableau des maladies et la cause principale de mortalité en Europe et dans le monde. La progression de l'obésité chez les enfants est particulièrement inquiétante. C'est souvent durant les premières années de la vie que sont adoptés les modes de vie, y compris les régimes, habitudes alimentaires et niveaux d'activité ou d'inactivité physique. L'obésité de l'enfant conduit souvent à une obésité de l'adulte et entraîne une surmortalité à l'âge adulte estimée entre 50 et 80%.

L'OMS considère que l'Europe fait partie des régions où la situation est particulièrement préoccupante⁵⁶. Le rapport de l'International Task Force avançait en 2005 le chiffre d'un enfant sur cinq en surpoids ou obèse en Europe, avec une augmentation de 0,2% par an,

56. « L'obésité : un défi pour la Région européenne de l'OMS », *OMS Europe*, 12 septembre 2005. <http://bit.ly/i8Odu8>

soit 400 000 jeunes Européens de plus en surpoids par an. La région méditerranéenne connaît la plus forte prévalence : plus forte même dans certains pays qu'aux États-Unis. Mais, comme pour l'obésité chez les adultes, la tendance est à l'accélération même dans les pays qui présentent traditionnellement des pourcentages peu élevés de surcharge pondérale et d'obésité, comme la France, la Norvège, les Pays-Bas.

L'obésité a donc des conséquences et des coûts :

- Directs : coûts du traitement, des soins, médicaments, réadaptation liés à des maladies dues à l'excès de poids et l'obésité. À l'heure actuelle, en Europe, 2 à 8% des dépenses en soins de santé sont liées à l'obésité. En Espagne, par exemple, ce chiffre est de 7%, soit 2 500 millions d'euros par an.
- Indirectes : dégradation des conditions de vie, souffrance psychologique, diminution de la productivité économique due à une mauvaise santé, à l'absentéisme, à une incapacité voire un décès prématuré en raison de l'excès de poids ou de l'obésité.

Les coûts financiers peuvent être encore plus cachés : l'impact sur les faibles performances scolaires ou encore la discrimination, sont difficilement chiffrables, quoique bien réels.

Un exemple : « *En Angleterre, le coût annuel de l'obésité est estimé à 500 millions de livres dans les dépenses de la sécurité sociale et l'impact sur l'économie est estimé aux alentours de 2 milliards de livres. Le coût humain de l'obésité est calculé à 18 millions de jours de maladies par an ; à 30 000 décès par an, aboutissant à 40 000 années de vie professionnelle perdues et une durée de vie raccourcie de neuf ans en moyenne.* »⁵⁷

Des inégalités sociales à nouveau présentes

L'obésité et les affections qui y sont liées comptent parmi les maladies dont la répartition est la plus inégale et la tendance est à l'accroissement des écarts entre classes sociales. En Europe, la mortalité im-

57. National Audit Office, Tackling Obesity in England, Report by The Comptroller and Auditor General, 2001.

putable aux maladies cardiovasculaires est 1,5 fois supérieure dans la classe ouvrière et chez les personnes à faible niveau d'instruction que dans le reste de la population. Selon une étude française de 2005, « *le risque d'avoir une alimentation très défavorable à la santé est trois fois plus élevé chez les populations défavorisées par rapport à celles d'un niveau social plus élevé (...) Les individus les plus touchés par l'obésité appartiennent aux groupes sociaux les plus modestes* »⁵⁸.

Les moins nantis ont tendance à consommer davantage de viande, de matière grasse et de sucre, alors que les plus instruits mangent plus de fruits et de légumes. On peut en fait parler de corrélation négative entre la qualité de l'alimentation et le statut socioéconomique. Les moins favorisés tendent en outre à adopter un mode de vie plus sédentaire.

Les éléments explicatifs sont très nombreux et leur analyse plus poussée dépasse le champ de cette étude. Parmi ceux-ci, on peut citer la question de l'accessibilité financière à la nourriture saine. La malbouffe, dont les produits de composition sont issus d'agricultures hautement subventionnées et dont la production est délocalisée et fragmentée, coûte souvent moins cher qu'un produit de qualité. Nous nous sommes donc habitués à bénéficier d'une alimentation très bon marché. Or, la qualité a souvent un prix ; ce prix étant cela dit contrebalancé par le fait que les aliments de qualité sont d'une part plus nutritifs (donc nécessitent d'en manger une quantité moindre), d'autre part plus sains (évitent à terme d'autres dépenses, de santé cette fois).

Le problème du manque d'information est aussi bien présent. D'une part, on ne sait pas toujours composer un repas équilibré ; d'autre part il n'est pas toujours évident de savoir où et comment faire ses courses de façon adéquate. Épiceries solidaires, marchés de producteurs, paniers de légumes locaux et frais, jardins communautaires : ce sont autant de moyens de s'approvisionner en produits sains et savoureux, à des coûts raisonnables. Encore faut-il savoir où les trouver. Enfin un autre élément d'explication partielle est la question de l'organisation : bien s'alimenter suppose que l'on sache un peu cuisiner et que l'on accepte de prendre un peu de temps pour cuisiner.

58. L'alimentation des populations défavorisées en France. Synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel, INRA, ISTNA-CNAM, Corela, 2005.

De multiples actions à entreprendre

Au niveau des individus : encourager une alimentation équilibrée et l'exercice physique

Les Européens consomment trop de calories et ne font pas assez d'exercice. De plus, nous avons vu que les populations défavorisées sont plus touchées par les problèmes de santé liés à l'alimentation. Les deux bonnes pratiques présentées ci-dessous ont été mises en place en prenant soin d'être bien adaptées justement aux populations moins favorisées. C'est un élément-clé de leur réussite.

Création d'un réseau d'épicerie solidaires (Écosse)	
Population cible	Les personnes résidant dans la région du West Lothian.
Contexte	Cette région est caractérisée par l'existence de zones particulièrement pauvres. La mise en place d'épicerie solidaires vise à améliorer cette situation. L'épicerie solidaire achète de la nourriture directement chez les fournisseurs et la revend localement à un prix raisonnable.
Objectifs	Permettre de meilleures pratiques alimentaires.
Méthode	Mise en réseau des épicerie solidaires afin d'améliorer leur organisation, coordination et gestion.
Action	Le réseau d'épicerie solidaires du West Lothian (WLFCN) a pour rôle : <ul style="list-style-type: none"> – de soutenir les professionnels et bénévoles travaillant dans les épicerie solidaires (Food Co-op) du West Lothian ; – de sensibiliser les populations locales à la bonne alimentation ; – de former les bénévoles ; – d'encourager le développement de nouvelles initiatives locales, comme la livraison à domicile pour les personnes âgées et plus vulnérables, des cours de cuisine, etc.

Résultats	<p>La mise en place du WLFNC a permis de renforcer l'action des épiceries solidaires. L'existence d'un réseau permet également d'apporter un soutien financier aux épiceries locales.</p> <p>Le projet permet d'accroître la qualité et l'étendue du réseau social du public cible : l'organisation d'activités et d'ateliers sur la bonne alimentation fournit un espace de rencontre, d'échange et de soutien.</p>
Facteurs de succès	<p>Le projet part des préoccupations et besoins du groupe cible et propose des solutions concrètes adaptées. Le public cible est donc plus intéressé et participe davantage aux activités d'information et de sensibilisation qui sont proposées.</p>
Pour plus d'informations	<p>Contact :</p> <p>West Lothian food and health development</p> <p>welfehd@btonnect.com</p> <p>http://www.westlothianchcp.org.uk/chcpnewsroom/events/food_coops/</p> <p>D'après Costongs C., Stegeman I., <i>Promoting social inclusion and tackling health inequalities in Europe, An Overview of good practices from the health field</i>, Brussels, EuroHealthNet, 2004.</p>

Intégration de sessions de sensibilisation à la bonne alimentation dans un programme de gestion de dettes préexistant (Pays-Bas)	
Population cible	<p>Des personnes ayant des difficultés à gérer leurs dettes suivant un programme de soutien en la matière proposé par l'Équipe d'Assistance de Dettes (Team Integral Debt Assistance – TIDA) à Maastricht.</p>
Contexte	<p>L'intervention est le fruit d'une collaboration entre l'Institut régional de Santé publique du Limbourg-Sud (Regional Public Health Institute of South Limburg – RPHI) et l'Équipe d'Assistance de Dettes (Team Integral Debt Assistance – TIDA). Cette dernière offre notamment des sessions de cours obligatoires en petits groupes durant 13 semaines pour leur apprendre à vivre avec un revenu limité.</p>

Objectifs	Améliorer les pratiques alimentaires des personnes ayant un faible statut socioéconomique en leur montrant qu'un revenu limité n'empêche pas une alimentation équilibrée.
Méthode	Intégration de sessions de sensibilisation à la bonne alimentation dans le cadre d'un programme de gestion de dettes.
Action	<p>Le RPHI a introduit deux sessions de cours dispensées par un diététicien sur la bonne alimentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la première séance est informative ; - la seconde se fait dans un supermarché. Les participants doivent mettre en application ce qu'ils ont appris.
Résultats	Une étude a été menée afin d'évaluer l'initiative. Il apparaît que celle-ci est positive : les personnes concernées ont significativement diminué leur consommation de graisses saturées et augmenté leur consommation de jus de fruits ; ils n'ont cependant pas augmenté leur consommation de fruits et légumes.
Facteurs de succès	<p>Intégration du projet dans une structure d'aide pré-existante, ce qui permet de plus facilement atteindre le public cible d'habitude difficilement atteignable. Le caractère obligatoire que peuvent avoir ces programmes d'aide est d'autant plus efficace qu'il permet d'atteindre à coup sûr le groupe cible.</p> <p>L'intégration de l'initiative dans un programme pré-existant permet également de mieux comprendre les préoccupations du public cible, et ainsi de le rendre plus réceptif au message qu'on veut faire passer (dans ce cas-ci, on montre comment concilier un petit budget avec une bonne alimentation en proposant des solutions concrètes).</p>
Pour plus d'informations	<p>http://www.health-inequalities.eu</p> <p>D'après Gillis O., Mertens R , « Mesures concrètes de réduction des inégalités de santé : quelques exemples européens », <i>MC-Informations</i>, 2008b.</p>

L'exercice physique, en plus de contribuer à la bonne forme physique, est un outil de lutte contre les problèmes de santé mentale comme le stress, les insomnies, la dépression.

Les trois bonnes pratiques ci-dessous sont des exemples de ce qui peut être développé pour promouvoir l'exercice, et en particulier à l'adresse des populations moins favorisées, qui ont un profil de risque plus important. La compréhension du lien qui existe entre activité physique, santé mentale et intégration sociale est fondamentale.

Exercices physiques dans les institutions préscolaires (Allemagne)	
Population cible	Les enfants issus de milieux socioéconomiques défavorisés âgés de 4 à 6 ans dans les institutions préscolaires à Gelsenkirchen.
Contexte	Gelsenkirchen est une ancienne ville minière. Sa population est relativement pauvre.
Objectifs	Améliorer la santé (physique et mentale) des enfants, par la promotion de l'exercice physique.
Méthode	Coopération avec les institutions préscolaires de Gelsenkirchen.
Action	<p>Un groupe de dix experts organise des séances hebdomadaires de 45 minutes d'exercices moteurs pour les enfants âgés de 4 à 6 ans. Les exercices sont axés sur le développement physique et psychosocial.</p> <p>Un dispositif de sensibilisation a été mis en place à destination des parents et des personnes travaillant dans les institutions préscolaires. Les parents sont informés quant aux progrès accomplis par leurs enfants et encouragés à continuer à stimuler l'activité physique chez eux. Cela passe notamment par des séances de présentation du projet, des heures de consultation durant lesquelles les parents peuvent discuter des résultats des tests de leurs enfants, des après-midi d'animation sportive avec les enfants, etc.</p>

Résultats	Les retours des parents et des enfants ont été très positifs. Un directeur d'une école primaire a également témoigné que les résultats scolaires des enfants ayant participé au programme étaient au-dessus de la moyenne.
Facteurs de succès	Les personnes gravitant dans l'entourage des enfants ont été impliquées. Les parents et les professionnels des jardins d'enfants sont responsabilisés par rapport à la santé de l'enfant. Cela permet de faire perdurer le projet dans le temps, et d'espérer que les enfants, soutenus par leur entourage, continueront à pratiquer des activités sportives.
Pour plus d'informations	D'après Gillis O. et Mertens R., « Mesures concrètes de réduction des inégalités de santé : quelques exemples européens », <i>MC-Informations</i> , 2008b.

Réintégration des chômeurs de longue durée par l'activité physique (Pays-Bas)	
Population cible	Les chômeurs de longue durée dans dix municipalités néerlandaises.
Contexte	Des expériences récentes montrent que les programmes d'activités physiques pour les personnes sans emploi sont un moyen efficace de réintégration sociale, et dans certains cas, de réintégration professionnelle.
Objectifs	Améliorer la condition physique, élargir le réseau social, aider à structurer l'organisation de la vie quotidienne, et améliorer le bien-être des chômeurs de longue durée.
Méthode	Programme d'activité physique faisant appel à des animateurs qui sont eux-mêmes chômeurs de longue durée. Le projet est, à l'initiative de l'Institut néerlandais pour le Sport et l'Activité physique, développé et mené par une entreprise privée, Ergo-Control. Le projet se déroule au sein des structures municipales.

<p>Action</p>	<p>Dans un premier temps, un groupe très motivé de personnes appartenant au groupe cible a été sélectionné pour suivre un programme d'activités physiques, afin de pouvoir coacher à leur tour les personnes cibles du projet.</p> <p>Dans un deuxième temps, le projet permet aux chômeurs de longue durée, par groupes de 15-20 personnes, de faire du sport et d'autres activités de relaxation sur une période de 12 à 18 semaines, deux à trois fois par semaine (pendant 3 heures). Ces activités se passent dans des piscines, dans des centres sportifs, des centres de fitness, dans les bois, etc.</p> <p>Outre les activités sportives, un thème promouvant un style de vie sain est discuté chaque semaine. Les participants doivent également faire des devoirs.</p>
<p>Résultats</p>	<p>Les évaluations du projet sont très positives. De manière générale, elles mettent en évidence le fait que les conditions physiques et mentales des participants se sont significativement améliorées. Beaucoup d'entre eux ont participé à d'autres programmes de réinsertion, et dans certains cas ont trouvé un emploi.</p>
<p>Facteurs de succès</p>	<p>L'implication de personnes « culturellement » identiques au public cible (des chômeurs de longue durée) dans l'équipe d'animation du projet permet de rendre l'équipe encadrant les activités plus proche du public cible et donc plus efficace dans son action.</p> <p>Le projet s'appuie sur un renforcement du réseau social du public-cible qui permet également le renforcement de son bien-être et de sa santé mentale. Le projet offre un espace d'échanges et de soutiens mutuels. Les échanges sont enrichis par des temps de discussions.</p>

Pour plus d'informations	Contact : NISB (Netherlands Institute for Sport and Physical Activity) www.nisb.nl D'après Costongs C., Stegeman I., <i>Promoting social inclusion and tackling health inequalities in Europe, An Overview of good practices from the health field</i> , Brussels, EuroHealthNet, 2004.
--------------------------	--

Au plan « macro » : créer un contexte permettant l'évolution des comportements individuels

Stigmatiser les comportements individuels est réducteur. Il est trop facile de pointer du doigt les individus et de ne pas se tourner vers les décideurs politiques et économiques qui créent également les environnements dans lesquels nous évoluons aujourd'hui. Or, ces environnements sont très peu favorables à la santé.

Par exemple, notre alimentation dépend de nos goûts et de nos moyens, mais aussi de ce que l'on nous propose dans les rayons des épiceries. Or la norme est aujourd'hui largement aux produits alimentaires transformés, ionisés, standardisés à grandes doses de sels et sucres cachés. La « malbouffe » de type fast-food est souvent stigmatisée, mais cette image, si elle est valable, est aussi incomplète. L'industrie agro-alimentaire, telle qu'elle s'est organisée ces dernières décennies, tend à dénaturer les produits que nous achetons, et ceux que nous pensons réellement sains ou du moins, non-transformés, ne sont souvent pas épargnés⁵⁹.

Toute puissance de l'agroalimentaire et dénaturation de l'alimentation

L'excellent documentaire Food Inc explore les coulisses des lobbies agroalimentaires américains. Le film révèle l'influence

59. Pour plus d'informations à ce propos, lire l'ouvrage *The Jungle Effect* de Daphne Miller, dans lequel l'auteur, médecin, analyse « par le menu » les raisons pour lesquelles les lieux où les régimes alimentaires traditionnels sont encore maintenus sont aussi ceux où les taux des maladies en forte augmentation en Occident sont exceptionnellement peu élevés.

du système fast-food sur l'ensemble des politiques agricoles et sur l'industrie de l'alimentation. Un constat nord-américain, certes, mais l'Europe est-elle si éloignée de ce fonctionnement édifiant ?

Food Inc met notamment en avant le fait que tout le système agroalimentaire repose sur la production de maïs, hautement subventionnée par l'État et représentant 30% des cultures américaines. Le maïs, dopé aux engrais et pesticides, engraisse bêtes et poissons, non pas parce qu'il leur est adapté naturellement, mais parce qu'il est économique et efficace pour « fabriquer de la viande ». Les sous-produits du maïs, qu'il faut bien écouler, sont partout présents : aux Etats-Unis, 90% des produits d'un supermarché contiennent du maïs ou du soja (ou les deux) : Ketchup, Coca, sauces de salades, beurre de cacahuètes, confitures... Résultat : *« Un Américain sur trois né après 2000 a toutes les chances d'être atteint de diabète. Ferments d'obésité, cultures de base du pays, blé, maïs et soja sont subventionnés. Quiconque ose semer des graines engrangées du surplus de l'année précédente plutôt que d'en acheter aux firmes 'officielles' est poursuivi pour violation de brevet. La firme Monsanto, qui détient le monopole, paye 75 détectives privés pour traquer les rebelles. Cette firme a entretenu des liens étroits avec les administrations Clinton et Bush. Le gouvernement est contrôlé par les industries qu'il est censé réguler. »*

Le phénomène ne se cantonne pas aux États-Unis ; il est mondial. Les compagnies qui contrôlent le système de l'agroalimentaire ne sont pas uniquement américaines, de plus la nourriture présente dans les supermarchés l'est aussi en Europe. Smithfield, une compagnie produisant du porc et analysée dans le documentaire, dispose aujourd'hui d'immenses installations en Roumanie, et déverse ensuite ses produits pas chers sur les marchés européens.

Face à cela, les décideurs politiques tardent à réagir. L'actuel plan Obama contre l'obésité met l'accent sur de nombreux points cruciaux et a évoqué l'idée d'une taxe sur les produits sucrés. Mais cette dernière reste pour le moment au point mort. Pourtant c'est bien aussi à la toute-puissance des industries agro-alimentaires qui formatent et

nivellent à la baisse la qualité des aliments qu'il faut s'attaquer. C'est finalement la Roumanie qui a franchi un premier pas début 2010 en annonçant la création prochaine d'une taxe sur certains produits alimentaires.

La Roumanie, premier pays à introduire une taxe sur la malbouffe	
Population cible	Population roumaine
Contexte	Les habitudes alimentaires des Roumains ont énormément changé ces dernières décennies. Selon la Fédération roumaine de Nutrition et de Lutte contre le Diabète et les Maladies du Métabolisme, un Roumain sur quatre souffre aujourd'hui d'obésité. Cela augmente les risques d'hypertension, de diabète, de mort prématurée. Par ailleurs, le système de santé publique roumain fait face à une grave crise de financement. Le ministre s'attend en 2010 à des difficultés pour soutenir les programmes d'investissements dans les infrastructures médicales et pour l'achat de certains médicaments.
Objectifs	<p>À court terme : fournir de nouveaux revenus pour les programmes de santé du gouvernement.</p> <p>À plus long terme : diminuer le nombre de maladies et de morts liés à la nourriture malsaine, diminuer les frais de santé curatifs pour ces maladies et les dépenses connexes.</p>
Méthode	Mise en place d'une taxe ; à l'heure où ces lignes sont écrites, les détails des modalités exactes de cette nouvelle taxe ne sont pas encore connus.

Action	<p>Constatant que la nourriture malsaine augmente le nombre de morts et les frais de santé, réduit la productivité, menace la qualité de vie et réduit l'espérance de vie, la Roumanie introduira dès mars 2010 une nouvelle taxe sur la malbouffe. Cette décision est une première mondiale. La nouvelle taxe touche les personnes morales qui produisent, importent ou développent des denrées malsaines, ayant un niveau élevé de sel, sucre, gras, ou autres additifs. Plus précisément, ces produits sont définis comme : les produits des fast-foods ; l'industrie des gâteaux et bonbons ; les snacks et chips ; les sodas, à part l'eau et les jus de fruit frais.</p>
Résultats	<p>Prévisionnels :</p> <p>Les recettes de cette taxe constitueront un revenu considérable pour le ministère de la Santé qui les dépensera dans ses programmes de santé. Le ministre de la santé Attila estime que la taxe pourrait rapporter près d'un milliard d'euros au budget de la Santé.</p> <p>Cette décision crée un précédent mondial. Une taxe sur les fast-food, également connue sous le nom de « taxe sur la malbouffe » ou « taxe Whooper » est débattue aux États-Unis depuis de nombreuses années mais n'a jamais été introduite.</p>
Facteurs de succès	Pas encore connus

Puisque optimiser le régime alimentaire et accroître l'activité physique sont deux objectifs prioritaires, il faut créer des conditions favorables pour leur réalisation, c'est-à-dire faciliter et encourager l'adoption de modes de vie saine.

Des actions doivent être menées à différents niveaux de sorte à prendre en compte l'ensemble des facteurs d'influence : cadres régionaux et internationaux ; politiques sociales et législation nationale ; pratiques organisationnelles et commerciales ; planifications et stratégies régionales ; traditions locales et contexte culturel ; pratiques scolaires et professionnelles et influence des pairs ; traditions et choix familiaux ; et action individuelle.

Une telle stratégie peut être mise en œuvre dans les principaux cadres suivants : les établissements scolaires (éducation sanitaire, repas scolaires, activités de loisirs) ; l'environnement local (approvisionnement alimentaire, transports, logement, activités de plein air et sportives) ; les services sanitaires et médicaux (soins maternels et infantiles) ; et l'environnement professionnel (habitudes alimentaires saines et activités physiques durant la journée de travail).

À titre d'exemple, la mise en place de restauration collective mettant de côté les habituelles boîtes de conserve et produits pré-préparés pour les remplacer par des produits frais et/ou bio et/ou locaux, peut avoir un impact d'envergure en termes de santé, de sensibilisation à l'alimentation saine, en création d'emplois et amélioration des conditions de travail, etc. Lorsqu'une restauration collective de ce type est mise en place, les effets ne se font pas attendre : les « mangeurs » se disent plus satisfaits d'un point de vue gustatif et physiologique ; la tendance à la somnolence après les repas est amoindrie ; quant aux cuisiniers, ils disent leur travail nettement plus valorisant et épanouissant⁶⁰. Les gestionnaires de restaurants collectifs et les élus ont un rôle important à jouer pour encourager ces cercles vertueux.

60. Pour plus de précisions, se reporter à l'ouvrage *Pour la Solidarité*, « Alimentation : circuits courts, circuits de proximité », *Cahier de la Solidarité*, n° 20, série Développement durable et territorial, 2009.

III. C. Œuvrer pour un cadre de vie sain

On l'a vu plus haut, le logement – milieu de vie quotidien – est un facteur primordial de la santé. Tout comme le logement, un urbanisme mal pensé, mal conçu, ne laissant pas de place aux espaces verts, lieux de promenade, places publiques et lieux de rencontres, conduit à divers maux : manque d'exercice physique, entraves à la socialisation, recours systématique à la voiture, pollutions, etc. Si les effets de ces cadres de vies peu favorables à la santé humaine ne sont pas tous précisément évalués, ils n'en sont pas moins réels et observables. Il importe donc de prendre en compte ces problèmes : d'autant plus que des mesures efficaces agissant sur le cadre de vie en amont, s'avèrent moins onéreuses que les traitements en aval.

Un cadre de vie sain suppose :

- que le logement permette d'être à l'abri des risques extrêmes liés à la chaleur ou du froid ; qu'il offre suffisamment d'espace pour que la vie de famille qui y est menée ne soit pas gravement affectée ; qu'il fournisse à ses occupants un environnement dépourvu de parasites et de maladies, ventilé, lumineux, permettant à ses habitants de se reposer correctement, fournissant un accès à une eau salubre pour la consommation et une eau utilisable pour les autres besoins sanitaires ;
- que l'environnement proche du logement fournisse des services quotidiens ou un accès aisé à ceux-ci : accès aux lieux de marché, accès à son école, à son travail. Par accès aisé, on entend : de façon durable (en évitant les modes de déplacements motorisés individuels), de préférence par des modes de mobilité douce ; et dans tous les cas, de manière sécuritaire et dans la mesure de ses moyens financiers. Les besoins des enfants, personnes âgées,

personnes handicapées, doivent être pris en compte dans les aménagements⁶¹.

Actions à entreprendre

– Prévenir avant tout : accroître, pour tous les professionnels du logement, les possibilités de formations sur les liens entre santé et cadre de vie

Entrepreneurs, promoteurs, urbanistes, architectes, assureurs, organismes de prêt, inspecteurs du logement... Les acteurs de la construction, la rénovation et l'amélioration des habitats sont nombreux. Leurs actions ont des effets en termes de santé, mais ces effets ne sont pas toujours bien connus de leurs protagonistes eux-mêmes. Cette question doit donc être incluse dans les formations de base, ainsi que dans les formations continues. L'idée de responsabilité de chacun doit être promue.

– Donner la priorité à l'assainissement du parc de logements existant

Des changements apportés aux habitats existants, comme des travaux d'isolation, de ventilation, sont bénéfiques pour la santé. Comme le précise Claude Lenglet, de la Plate-forme technologique européenne pour la Construction, « *seulement moins de 2% des logements étaient [en 2008] concernés par la rénovation durable. Pourtant, si l'on se contente de concentrer les économies d'énergie sur les logements neufs, on aura besoin de plus d'un siècle pour atteindre les objectifs fixés en matière de réduction des émissions de gaz à effet de serre, ce qui n'est pas acceptable. La rénovation en elle-même est durable. Trois éléments sont déterminants : l'isolation, une rénovation plus performante énergétiquement, l'éducation des occupants du logement* »⁶².

Certains travaux d'aménagement sont des gestes très pratiques qui peuvent être entrepris à peu de frais pour un maximum d'avantages.

61. Pour plus de précisions sur la question de l'aménagement urbain durable, lire Pour la Solidarité, « Construire des villes européennes durables », *Cahier de la Solidarité*, n° 16 et 17, série Développement durable et territorial, 2009.

62. Conférence européenne : « Vers une politique européenne pour le logement durable ? », Intergroupe européen Urban-logement, 22.09.2008.

Par exemple, « *l'aménagement des systèmes de chauffage et de ventilation dans les habitations où vivent des enfants asthmatiques s'avère non seulement bénéfique pour le logement et la santé, mais permet également de réaliser des économies* »⁶³.

Certaines solutions existent donc déjà. En Belgique par exemple, un système d'ambulances vertes a été mis en place en 2000 par la CRIPI (Cellule régionale d'Intervention en Pollution intérieure), elle-même résultat d'un partenariat entre Bruxelles-Environnement, l'Institut de Santé publique (ISP) et le Fonds des Affections respiratoires (FARES). Si un médecin suspecte qu'un problème de santé pourrait être lié à la présence d'une pollution à l'intérieur de l'habitation de son patient, il peut solliciter l'intervention de l'ambulance verte. Une équipe constituée d'analystes et d'une infirmière sociale se rend au domicile de l'habitant pour effectuer des prélèvements chimiques et biologiques et remplir un questionnaire avec l'habitant (concernant son mode de vie). Après analyse et commentaires des résultats auprès du médecin qui a alerté la cellule, des conseils spécifiques sont donnés. Dans certaines situations préoccupantes, l'aide d'autorités compétentes (Centres publics d'Action sociale, Services communaux, Service d'Inspection régionale du Logement) peut être sollicitée par l'infirmière sociale. Au bout d'un an, le médecin réévalue l'état de santé de son patient. Suite à 80% des interventions, les patients ont vu leurs problèmes de santé régresser. Dans les autres cas, c'est souvent un déménagement qui s'impose.

– Donner la priorité aux publics fragilisés et/ou démunis

L'assainissement des logements est encore plus nécessaire si ses habitants sont des personnes fragilisées. Par exemple, les personnes connaissant des difficultés financières, sont aussi celles qui ont le plus de difficultés à rénover leur logement ou à se chauffer correctement. Ces situations peuvent s'avérer dramatiques. L'exemple de la précarité énergétique, phénomène de grande ampleur en Europe, en témoigne.

La facture énergétique d'un ménage dépend d'une part du prix de l'énergie et d'autre part des quantités d'énergie qu'il consomme. Lut-

63. OMS Europe, « Environnement et logement », Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, Budapest (Hongrie), 23-25 juin 2004.

ter contre la précarité énergétique consiste dès lors à intervenir sur ces deux variables. Quatre grands types d'actions peuvent être entrepris : (1) diminuer les coûts de l'énergie, soit via des actions politiques (tarif social, chèque « mazout », etc.), soit en s'organisant au niveau des citoyens et en groupant les achats d'énergie, (2) diminuer la consommation d'énergie du bâtiment (isolation, chaudière performante, panneaux solaires, etc.), (3) modifier les comportements des ménages via la formation, l'information, des accompagnements appropriés et la création de divers services ; (4) diminuer la consommation énergétique en favorisant l'acquisition d'appareils électroménagers plus performants (ampoules, frigos, etc.).

Il apparaît incontestable que le premier enjeu soit celui de l'amélioration énergétique des bâtiments. C'est actuellement la manière la plus efficace non seulement de réduire largement la facture énergétique des habitants mais aussi de réduire la production de CO2 et donc l'impact de la consommation d'énergie domestique sur le climat.

Le secteur de l'économie sociale est particulièrement actif et innovant en matière de lutte contre la précarité énergétique. Les initiatives analysées ci-dessous fournissent des exemples de bonnes pratiques inspirantes.

Tailleurs d'énergie (Belgique)	
Contexte	<p>Les Tailleurs d'énergie est un projet pilote mené depuis 2008 en Wallonie par l'Asbl Racynes, à proximité de Liège.</p> <p>Racynes est une Asbl wallonne. Elle entretient d'étroites relations avec l'entreprise de formation par le travail Cynorhodon (www.cynorhodon.be) et l'entreprise d'insertion Soleil vert (www.soleil-vert.be), toutes deux actives dans l'éco-construction. L'idée vient au départ de Flandre où les « Energiesnoeiers » sont actifs depuis plusieurs années.</p>
Objectifs	<p>Leur objectif est de proposer aux particuliers, pour un coût très faible, toute une série de petits travaux qui visent à réduire leur facture énergétique ou à améliorer leur confort de vie.</p>

<p>Méthode</p>	<p>Il s'agit non pas de réaliser un audit énergétique du bâtiment mais de repérer facilement les petites améliorations possibles qui permettent aux locataires ou aux propriétaires d'économiser sur leurs factures d'électricité, de gaz ou d'eau.</p> <p>Les travaux effectués consistent par exemple à installer une petite citerne d'eau de pluie, isoler les conduites d'eau chaude ou les contours de châssis, créer un compost, remplacer des ampoules, placer des vannes thermostatiques ou</p> <p>des panneaux isolants derrière les radiateurs, stopper les courants d'air en bouchant les fuites ou en plaçant des tentures, équiper les WC et robinets de systèmes économiseurs d'eau, etc.</p> <p>Racynes a également pour mission de réinsérer socialement des personnes éloignées du marché de l'emploi.</p>
<p>Pour plus d'informations</p>	<p>Racynes Asbl Rue du Moulin 65 4684 Haccourt Tél : +32.4.374.16.10 Site : http://www.racynes.be</p>

Rénovassistance	
<p>Contexte</p>	<p>Plusieurs personnes, interpellées par le problème du logement des plus démunis à Bruxelles, ont décidé de mettre en commun leurs forces, leurs idées et leurs compétences pour créer l'Asbl Renovassistance.</p>
<p>Objectifs</p>	<p>L'objectif de cette association est de procurer un logement sain et décent, au meilleur coût, à des familles particulièrement défavorisées.</p>
<p>Méthode</p>	<p>Pour ce faire, Renovassistance rachète et rénove des maisons abandonnées qui se dégradent. À l'heure actuelle, l'Asbl a à son actif la rénovation de 68 logements. Une fois rénovés, l'Asbl confie la location des logements à l'agence immobilière sociale « Logement pour tous ». Cette dernière loue les biens à un loyer modeste à des familles à bas revenus.</p>

Résultats	Actuellement les 68 logements permettent à 264 personnes (dont 164 enfants) de se loger décentement, dans des habitations bien isolées (et donc peu consommatrices d'énergie) à des prix abordables.
Pour plus d'informations	Renovassistance Rue du Chimiste 34-36, boîte 10 1070 Bruxelles Tél : +.32.475.51.92.65 Site : www.renovassistance.be

– Impliquer tous les secteurs compétents lors de l'élaboration de politiques de logement

Toutes les parties compétentes doivent se concerter, notamment les ministères actifs dans les questions de santé, affaires sociales, logement, environnement, aménagement, urbanisme, finances. Se pose aussi la question de l'échelon compétent pour les financements. L'échelon local, les municipalités, sont certes les plus aptes à connaître les besoins sur le terrain. En revanche les ressources financières leur manquent, par exemple pour rénover leur parc de logements, pour démolir les logements insalubres, reconstruire d'autres bâtiments, etc. Les moyens doivent donc être impulsés à un échelon plus haut, par des aides fiscales. À cela s'ajoute la question de l'expérience qui peut faire défaut aux municipalités. Pour y remédier, d'une part, les connaissances en la matière doivent être mutualisées pour pouvoir servir aux uns et aux autres ; d'autre part, les élus et acteurs locaux doivent pouvoir aisément accéder à des formations, afin de se sentir responsabilisés et capables de s'impliquer.

– Informer et faire participer le public

La participation et l'information du public sont des principes fondamentaux du développement durable, comme le précise le principe 10 de la déclaration de Rio : « *La meilleure façon de traiter les questions d'environnement est d'assurer la participation de tous les citoyens concernés, au niveau qui convient. Au niveau national, chaque individu doit avoir dûment accès aux informations relatives à l'environnement (...) et avoir la possibilité de participer aux processus de prise de*

décision. Les États doivent faciliter et encourager la sensibilisation et la participation du public en mettant les informations à la disposition de celui-ci. » Dans cette optique, le public doit être largement informé sur les atteintes à la santé auxquels il peut être exposé dans son logement. Les organismes sociaux locaux sont de bons relais d'information et de responsabilisation, dès lors qu'ils ont en main des outils adéquats pour cette tâche. Les ateliers Villes-Santé qui permettent d'établir un diagnostic santé des quartiers comprenant une consultation de la population ; ou encore les initiatives d'auto-réhabilitation du logement –comme celles décrites ci-dessous –, en sont des exemples innovants.

Autoréhabilitation des logements (France)	
Population cible	Les bénéficiaires sont assez divers : locataires du parc privé ou du parc social, propriétaires occupants précarisés. Dans les deux tiers des chantiers, des enfants sont concernés.
Contexte	Bien que l'on dispose de peu de données statistiques, les services d'hygiène, les travailleurs sociaux et les associations d'accompagnement social au logement constatent que nombreuses sont les personnes mal-logées, habitant un logement très dégradé ou inadapté, qui ne sont pas en mesure de l'améliorer ou de l'entretenir. Ressources financières insuffisantes, incompétences techniques, isolement social, difficultés relationnelles, démotivation, perte de dynamisme expliquent cette situation. C'est ce que le Programme autoproduction et développement social (Pades) – centre de ressources qui travaille en partenariat avec des opérateurs de l'autoréhabilitation du logement – appelle la « panne du savoir habiter ». Cette situation redouble l'inégalité devant le logement et les risques d'exclusion. Il en résulte un déficit d'entretien du logement, qui entraîne assez rapidement des désordres sanitaires ainsi qu'une dégradation du bâti.
Objectifs	Accompagner la réalisation de chantiers d'amélioration des logements, co-réalisés par les habitants eux-mêmes.

<p>Méthode</p>	<p>Des associations comme Habitat et Solidarité à Saurmur, le Collectif d'hébergement varois à Toulon, les Compagnons bâtisseurs à Rennes et Marseille, l'Acif aux Mureaux, etc., ont expérimenté des démarches d'accompagnement à l'autoréhabilitation du logement. Certains Pact2 ont aussi une bonne expérience dans ce domaine. Selon le Pades, une quarantaine d'associations pratiquent l'accompagnement à l'autoréhabilitation en direction de familles défavorisées et peu autonomes (ne disposant pas d'un savoir-faire en matière d'amélioration de leur logement). En 2008, une soixantaine d'animateurs techniques encadraient environ sept cents chantiers en France.</p>
<p>Action</p>	<p>Ces associations aident les personnes et familles à mobiliser des aides financières. Pour s'assurer que le projet sera réaliste et que les travaux seront conformes aux normes de qualité et de sécurité, elles mettent en place un monitorat technique et social qualifié et personnalisé. Les travaux sont l'occasion de corriger ou réduire les facteurs matériels de risque sanitaire : création d'une ventilation ou d'une isolation efficaces, nettoyage ou réfection des sols et surfaces, création ou remise en état des sanitaires, installation d'équipements de chauffage plus efficaces et économes, moins dangereux, etc.</p>
<p>Résultats</p>	<p>L'organisation du chantier vise à ce que le bénéficiaire et ses proches réalisent eux-mêmes la plus grande part possible des tâches. La participation des bénéficiaires aux travaux favorise leur autonomisation, leur dynamisation, leur resocialisation. Ainsi, des familles démunies apprennent à s'approprier leur logement, à l'entretenir dans la durée.</p> <p>Les animateurs techniques ont la possibilité de passer beaucoup de temps dans des logements dégradés où les travailleurs sociaux n'ont pas accès, faute de disponibilité de leur part et aussi parce que les personnes occupant un logement dégradé tendent à s'isoler et à couper les liens avec le voisinage et avec les institutions. Ces animateurs techniques sont donc en position privilégiée pour effectuer un travail éducatif visant à modifier certains comportements des occupants. Les aspects directement liés à la santé font l'objet d'une attention particulière et sont considérés comme prioritaires : l'accompagnement technique a un rôle de prévention sanitaire.</p>

<p>Résultats</p>	<p>En conclusion, ce mode d'intervention se développe et a été reconnu par l'État. À la suite des recommandations du Comité interministériel de lutte contre l'exclusion de juillet 2004, l'Agence nationale d'Amélioration de l'Habitat (Anah) peut octroyer depuis début 2006 une prime à l'amélioration de l'habitat (PAH) pour des travaux réalisés en autoréhabilitation encadrée.</p>
<p>Pour plus d'informations</p>	<p>Source : d'après Cérézuelle D. « L'autoréhabilitation accompagnée du du logement : un outil de prévention », <i>La Santé de l'homme</i>, n° 395, mai-juin 2008.</p>

III. D. Des acteurs de la santé exemplaires

Un fort potentiel de durabilité à activer

D'abord ne pas nuire, ensuite soigner *Primum non nocere, deinde curare*. Cet extrait du serment d'Hippocrate est un principe fondamental de la pratique médicale. C'est aussi le leitmotiv des acteurs de la santé s'engageant en faveur du développement durable.

Un centre de lutte contre le cancer construit avec de matériaux cancérogènes ; une maison de retraite nettoyée à grands renforts de produits nocifs pour les patients qui les inhalent et les professionnels qui les manipulent ; des poches destinées à recueillir les dons du sang fabriquées en PVC contenant des phtalates ; des laboratoires pharmaceutiques qui tirent leur revenu des plantes et qui pourtant polluent et nuisent à la biodiversité : ce sont quelques exemples de ces pratiques usuelles et pourtant contraire au bon sens même⁶⁴, surtout si on considère que les techniques, qui permettent d'éviter ces pratiques néfastes, existent.

Les établissements de santé, acheteurs et employeurs d'envergure, sont aussi de gros pollueurs. Mais la sensibilisation et les actions se développent. Signe de l'intérêt croissant des acteurs de la santé pour le développement durable, les décideurs hospitaliers se sont engagés en 2005 lors du 34^{ème} Congrès international des Hôpitaux, en affirmant que « *l'hôpital a par sa vocation, ses missions et ses activités, une plus grande responsabilité et un devoir d'exemplarité dans la mise en place d'une stratégie de développement durable* ».

64. Exemples cités par Olivier Toma, Directeur de clinique et Président du Comité de Développement durable en Santé (C2DS, France).

Au Royaume-Uni, un programme de réduction des émissions de CO2 pour le système de santé

Le NHS, système de santé public britannique a publié en 2009 un vaste programme de réduction des émissions de CO2 intitulé « Saving Carbon, Improving Health ». Le NHS, « un des plus gros employeurs au monde », emploie plus d'un million de personnes, produisait en 2008 18 millions de tonnes de CO2 par an, soit 3% des émissions de la Grande-Bretagne. L'objectif est de réduire ces émissions de 80% d'ici à 2050.

Parmi les mesures avancées :

- Le passage au vert de ses nombreux édifices publics qui devront être à basse consommation d'ici 2015 et à émission zéro en 2018.
- Une augmentation de 75% du traitement des déchets.
- La réduction et l'optimisation des déplacements, tant des patients que des médecins, qui sont responsables de 18% des émissions du système de santé et génèrent 5% du trafic routier britannique. Par exemple, le NHS compte améliorer ses services de télé-médecine. Le but est d'éviter certains déplacements inutiles de patients ayant seulement besoin de conseils pouvant se donner à distance.

Source : *Saving Carbon, Improving Health : A Carbon Reduction Strategy for the NHS in England*, NHS, janvier 2009.

Comme toute activité, les établissements de santé ont des impacts sur l'environnement, dont des pollutions liées aux soins, à l'architecture du lieu, aux transports, aux effluents, aux aspects administratifs. Or, chaque action destinée à réduire les impacts environnementaux a aussi des externalités positives en termes économiques, financiers et sociaux. Avec leurs capacités d'entraînement sur les politiques publiques locales, les enjeux de santé publique qu'ils recouvrent, les établissements de santé doivent être des modèles.

On peut distinguer une série de domaines d'action pour une plus grande responsabilité sociétale des acteurs de santé : gestion de l'énergie, des achats, des transports, des déchets ; conception des

bâtiments et aménagement du paysage environnant, gestion du personnel, prise en compte des besoins des patients. De bonnes pratiques dans ces domaines ont montré qu'elles permettaient d'améliorer à la fois la santé et le moral du personnel, d'améliorer la santé des populations locales, de favoriser une guérison plus rapide des patients. Ce sont aussi des pistes pour économiser de l'argent : si certaines techniques demeurent chères (impliquant une vision des amortissements financiers à plus long terme), modifier des comportements et adopter des attitudes durables est généralement très peu coûteux et peut permettre des économies considérables.

Actions à entreprendre

Bilan Carbone

Le Bilan Carbone est un diagnostic qui comptabilise les émissions de gaz à effet de serre générées par une activité, un établissement. Il permet d'orienter ensuite la stratégie de réduction de ces émissions. C'est un outil d'action et de management. Le diagnostic porte sur les consommations énergétiques, les déplacements, les approvisionnements, les achats, la construction, la production et l'élimination des déchets. Le Bilan Carbone permet aussi d'impliquer tout le personnel autour d'un projet commun et aussi de réaliser d'importantes économies.

Gestion des achats

Prendre en compte la planète et les personnes, c'est aussi évoluer vers des choix d'achats durables. Une politique de santé durable doit inciter les professionnels de santé à devenir consomm'acteurs.

L'Union européenne encourage de plus en plus les achats publics verts. Les établissements publics de santé peuvent en profiter pour inclure des critères environnementaux dans leurs appels d'offre. Le 16 juillet 2008, la Commission européenne a publié un Plan d'action pour une consommation, une production et une industrie durables⁶⁵.

65. Commission européenne, *Plan d'action pour une consommation, une production, une industrie durables : l'Union européenne veut promouvoir les produits et les technologies respectueux de l'environnement*, 16 juillet 2008. <http://bit.ly/9WSNK2>

Parmi la série de mesures visant à favoriser la conception et l'utilisation de produits plus écologiques, se trouve une communication sur les marchés publics verts (à différencier donc des marchés publics durables, qui incluent également les piliers « social » et « économique »). À travers ce texte, la Commission encourage les autorités publiques à instaurer des critères écologiques lors de la passation de marchés publics. La Commission propose que, d'ici à 2010, 50% de toutes les procédures d'adjudication soient écologiques. La Commission a développé des critères de marchés publics verts communs aux États membres dans dix secteurs prioritaires : la construction, l'alimentation et les services de restauration, les transports et les services de transport, l'énergie, le matériel de bureau et les ordinateurs, les vêtements, les uniformes et le textile, le papier et les services d'impression, du mobilier, les produits et les services de nettoyage, le matériel utilisé dans le secteur de la santé. Par ailleurs, la Commission européenne a mis en ligne le site Green Public Procurement, consacré à l'achat public éco-responsable⁶⁶. Y sont recensées de multiples informations, dont un manuel sur les marchés publics écologiques.

Dans tous les cas, s'orienter vers une politique d'achats verts et/ou durables implique de consacrer, au départ, plus de temps à la sélection des achats. Par exemple, la clinique de Champeau, à Béziers, a créé un poste à mi-temps d'économiste afin d'intégrer des critères environnementaux dans chaque achat.

De même les établissements de santé ont à prendre en compte des principes de responsabilité sociale et environnementale lors du choix des fournisseurs. Cela passe par l'intégration de critères de durabilité dans les cahiers des charges rédigés à l'occasion des appels d'offres. Les établissements peuvent aussi mettre en place une charte de partenariat pour un développement durable, que signent tous leurs fournisseurs, partenaires et sous-traitants.

Les achats durables sont de nature variée : construction et rénovation des bâtiments, équipements médicaux, fournitures hôtelières, prestations de services, fournitures de bureau, alimentation, etc.

66. http://ec.europa.eu/environment/gpp/index_en.htm

Quelques pistes d'actions :

- Chaque procédé ou matériau, bien et service acheté peut être étudié sous l'angle de la protection de l'environnement et du bien-être des personnes qui le produisent (par exemple, quel est son impact environnemental lors de son installation, de son utilisation et de sa destruction ?).
- L'approvisionnement en énergie peut faire l'objet de contrats spécifiques afin d'obtenir une énergie provenant de sources renouvelables.
- Le recours à des gammes de produits d'entretiens et d'hygiène bio peut être étudié et expérimenté. C'est un pas non négligeable puisque la lutte contre les infections impose l'utilisation de matériel à usage unique et une consommation massive de produits désinfectants manipulés au quotidien par les salariés et au contact desquels se trouvent les patients. Par exemple, des techniques de désinfection à la vapeur ont été mises en place dans certains hôpitaux et cliniques. Une recherche menée en 2009 par le Laboratoire d'hygiène hospitalière des hôpitaux universitaires de Strasbourg a étudié l'efficacité et les limites de ce procédé⁶⁷. Selon cette étude, certaines contraintes techniques (temps de pose un peu plus long) ne permettent pas à l'heure actuelle d'utiliser cette technique pour des activités de type bloc opératoire. En revanche l'étude souligne l'efficacité et la précision du procédé, adaptable donc à toute autre activité des établissements de santé. Notons aussi certains établissements installent un système de pasteurisation d'eau afin de garantir une sécurité maximale contre la légionellose sans traitement chimique.
- L'axe « alimentation », pour les établissements de séjour, est aussi à creuser. Améliorer la qualité gustative, olfactive, visuelle, des repas proposés aux patients permet d'améliorer l'appétence et donc de la consommation des repas, d'où un meilleur apport nutritionnel et une contribution au recouvrement de la santé.

67. MEUNIER O., MEISTERMANN C., SCHWEBEL A., *Efficacité et limites des nettoyeurs vapeurs en milieu hospitalier*, Laboratoire d'hygiène hospitalière, les hôpitaux universitaires de Strasbourg, 2009.

Bâtiment et énergie

Les établissements de santé sont des structures à forte visibilité et de gros consommateurs d'énergie. Ils peuvent servir de modèles en réduisant leurs propres émissions de carbone, en améliorant la santé et en faisant des économies.

La conception des bâtiments à de forts impacts sur la santé et le bien-être des patients, ainsi que sur celui du personnel soignant qui passe aussi une grande partie de ses journées dans ces structures. Les caractéristiques des bâtiments (lumière, isolation, etc.), mais aussi leur esthétique, sont à prendre en compte, pour la santé globale (moins de pollution, gestion optimisée de l'énergie, etc.) ; et pour celle des individus. Comme pour toute construction ou rénovation bioclimatique, cela passe par le choix de matériaux sains et/ou à l'empreinte écologique moins importante, matériaux non-polluants, faisant moins appel à la pétrochimie (ex. isolants, peintures, revêtements, solvants, etc.), matériaux locaux, etc. ; par un travail sur l'isolation, la ventilation des bâtiments, afin d'économiser l'énergie de par la conception même du lieu ; par l'intégration de technologies favorisant ces économies.

La clinique Champeau à Béziers a fait le choix de « *portes coupe-feu sans composé organique volatil* », d'un « *véritable linoléum en sève d'arbre préféré à un revêtement en PVC issu de la pétrochimie* », de peintures et revêtements du sol validés NF environnement (certification écologique officielle française), de « *menuiseries fabriquées avec des solvants naturels* »⁶⁸.

La priorité doit également être donnée à la réduction de la consommation d'énergie. Un audit énergétique est un préalable pour détecter les terrains où situer l'action. Le panel d'actions à entreprendre est large et implique :

- La sensibilisation du personnel : séances de sensibilisation, formation aux « bons gestes ». Au CHU de Brest, un guide de l'agent hospitalier éco-responsable est distribué aux 6 700 salariés avec leur bulletin de salaire. Ces fiches s'inspirent du modèle de la fiche de « l'agent éco-responsable au bureau » réalisée par l'ADEME⁶⁹ et

68. TOBOUL S., *Et si le secteur santé se mettait au développement durable*, Novethic, 2009.

69. Agence de l'Environnement et de Maîtrise de l'Énergie.

l'adaptent aux problématiques du milieu médical, et notamment au CHU de Brest.

- Des choix en solutions innovantes telles que la cogénération, l'énergie solaire, le bois, la géothermie. Le Centre hospitalier de Jury-lès-Metz (France) a été équipé d'une chaudière gaz-bois permettant l'utilisation de ressources disponibles en proximité (bois). Résultat selon le Directeur du Centre hospitalier : « Ce système de cogénération est (...) un choix économique puisque nous réalisons une économie annuelle de 50 000 euros sur notre facture énergétique. »⁷⁰
- D'autres gestes tels que la pose de compteurs pour isoler les zones d'activités permettent d'être plus réactif et précis.

Une construction bioclimatique au Centre de dialyse d'Aressy (France)	
Contexte	<p>Le Centre privé de dialyse d'Aressy est le plus grand centre d'hémodialyse de la région. Depuis une vingtaine d'année, la demande de soins a très fortement augmenté, en raison de l'augmentation considérable des malades insuffisants rénaux qui ne cessent de croître en suivant le vieillissement de la population. En 2001, un projet d'extension s'est imposé. Les travaux ont été terminés en 2003. Au total, 30 000 personnes sont prises en charge annuellement sur l'ensemble des sites.</p> <p>Le dialysé est un patient qui vient recevoir des soins 3 fois par semaine (tous les 2 jours) et ce jusqu'à la fin de ses jours. Une prise en charge qui respecte les besoins de la vie d'un dialysé est essentielle.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - devenir un pôle d'excellence dans sa spécialité - privilégier l'intérêt du malade et sa prise en charge individualisée

70. M.-L. Jouvin, Directeur du Centre hospitalier de Jury-lès-Metz et membre du Conseil d'administration du Comité de Développement durable en Santé (C2DS), in Le développement durable à l'hôpital, approches et expériences en grande région, Centre lorrain des Technologies de la Santé, juillet 2009.

<p>Méthode</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un comité de pilotage réactif et permanent a été mis en place et s'est réuni toutes les semaines autour du maître d'ouvrage, autonome pour les grandes décisions. - De plus, un comité de restructuration multiservices, impliquant tous les utilisateurs, et piloté par le maître d'ouvrage a été mis en place pour la concertation interactive avec les utilisateurs (équipe médicale). - Pas de financement des services d'État, l'association a pris en charge les travaux dont le budget a été d'environ 3 375 000 €) aidée d'une subvention de l'Agence régionale d'Hospitalisation pour le système de traitement des eaux (enveloppe de 56 325 €). - De nombreuses décisions et modifications ont été prises en cours de chantier du fait notamment de la mise en place de prototypes.
<p>Action</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chantier à faibles nuisances : gestion sélective des déchets, attention pour le voisinage. - Démarche HQE (acoustique, phonique, thermique). Le projet a utilisé des matériaux durables : charpente bois, paillasse humide négociée auprès des entreprises locales, peintures sans solvants, brise soleil en bois d'Espagne (pays limitrophe). - Mise en place d'un éclairage à rendement optimum, permettant de travailler uniquement en lumière naturelle le jour : triple vitrages, protections solaires et stores inclinables, stores brise-soleil. Le projet a suivi les principes de la photothérapie : influence de la lumière sur le comportement des personnes et sur leur santé (bien-être, confort ou agressivité, stress, fatigue). - Climatisation par ventilation : parcours d'air refroidissant en hauteur, forte isolation. Un système SPLIT permet de climatiser local par local. - Le traitement de l'eau a fait l'objet d'une attention prioritaire, puisque de la qualité de l'eau utilisée pour la dialyse, dépend l'efficacité de celle-ci et le confort du malade. Ici, l'eau est garantie contre toute prolifération bactérienne grâce à un équipement de dernière génération.

Action	<ul style="list-style-type: none">- Mise en place de chaussées réservoirs pour retenir les eaux pluviales.- Grand soin apporté au confort individuel (visuel, olfactif, acoustique, thermique).- Travail sur l'espace d'accueil afin de parfaire le confort du personnel et l'accueil du public.- Surveillance permanente grâce à des salles configurées pour quatre patients maxima, avec présence d'un infirmier sur place pendant toute la séance de dialyse, ce qui assure la sécurité des patients.- Respect de l'intimité des patients, grâce à des cloisons modulaires transparentes électriques entre chaque lit. Ce système permet de respecter une certaine confidentialité entre patients et une individualisation des espaces (télévision, lecture).
Résultats	<ul style="list-style-type: none">- Le bâtiment bénéficie du label européen GREENLIGHT, solutions d'éclairage pour le confort et la prévention du stress.- L'intervention sur l'éclairage a permis, selon la maîtrise d'œuvre, de réduire la facture d'électricité de 40% et contribué à réduire de moitié les émissions de CO2 dans l'atmosphère (économie de 16 tonnes de CO2 par an).- Le personnel se dit détendu et plus serein. L'équipe est stable, il n'y a pas de turn-over.- Le suivi au niveau des patients ne révèle « aucune infection depuis le nouveau bâtiment, pas d'agressivité, moins de stress, donc moins de prise de médicaments, grâce notamment aux vues sur le parc » ou sur les patios végétalisés depuis les chambres.- Confort thermique d'été (y compris durant la canicule de 2003) et d'hiver.

<p>Résultats</p>	<p>– Les investissements ont été « <i>conséquents mais maîtrisés. Les dépassements de l’enveloppe budgétaire initiale se situent autour de 6,5% et sont dus à des modifications, en cours de chantier, de choix techniques pour des équipements plus performants. Notamment l’achat de lampes spécifiques économes en énergie, en contrepartie ces lampes ont une durée de vie plus longue et permettent des économies non négligeables</i> ».</p>
<p>Facteurs de succès</p>	<p>– Rapports « harmonieux et complémentaires entre un maître d’ouvrage qui savait ce qu’il voulait mais parfois changeant et un maître d’œuvre très professionnel ont permis de rédiger le programme et de concevoir un projet adapté aux usages attendus ».</p> <p>– Projet concerté entre maîtrise d’ouvrage, maîtrise d’œuvre, personnel, représentants des usagers. Le directeur a eu un rôle moteur et a su dynamiser son équipe.</p> <p>– Un prototype de chambre de soin a été réalisé afin de formaliser les choix. Pour mieux définir les besoins le maître d’ouvrage et la maîtrise d’œuvre ont visité plusieurs établissements en Espagne.</p>
<p>Pour plus d’informations</p>	<p>Source www.batimentsdurables-certu.fr, Capitalisation de bonnes pratiques de développement durable en France.</p> <p>Contact :</p> <p>Centre de dialyse Pau-Aressy 6 rue du Village 64320 ARESSY Tél : +33.5.59.98.51.50</p>

Gestion des déchets et effluents

Les nombreux déchets hospitaliers sont habituellement incinérés rapidement pour éviter toute contamination. Or cette opération provoque le rejet de dioxines bromées et chromées, soit des substances bioaccumulables qui contribuent à l'augmentation des cancers.

Concernant les rejets dans l'air et l'eau, le CHU de Freiburg, en Allemagne a mis en place un procédé de stérilisation des dispositifs médicaux n'émettant plus que du dioxygène et de l'eau, afin de remplacer la technique utilisant de l'oxyde d'éthylène extrêmement inflammable, toxique et cancérigène.

Cependant la question des déchets toxiques et cancérogènes rejetés dans l'air et dans l'eau n'a pas de solution radicale. La voie la plus logique et la plus saine est de réduire la production de déchets et effluents à la source, en modifiant certains procédés, en évitant les gaspillages, en appliquant un tri et traitement spécifique des produits chimiques.

Au CHU de Freiburg (Allemagne), de nombreuses mesures préventives ont ainsi été mise en place:

- généralisation du simple nettoyage des planchers contre la désinfection systématique à l'exception de certaines zones le nécessitant ;
- suppression en restauration, des emballages-portions (confiture, fromage, ...) ;
- approvisionnement en fruits et légumes de l'agriculture biologique locale, ce qui implique moins d'emballage, moins de conditionnement, moins de transports ;
- changement de la majorité des systèmes de perfusion non plus tous les jours mais seulement tous les trois jours.

D'ores et déjà ces mesures ont permis une réduction des déchets produits estimée à trois tonnes par an, mais aussi une réduction des achats, des coûts de travail et des infections.

Concernant les déchets à risque, ce CHU a mis à disposition du personnel un intranet permettant la diffusion et consultation des instructions et protocoles relatifs au traitement des déchets. Combiné à d'autres actions, cette mesure a permis de faire baisser la quantité de déchets à risques infectieux de 125 tonnes en 1988 à 12,3 tonnes en 2006.

Clinique Champeau, clinique verte (Béziers, France)	
Population cible	Personnel, patients, fournisseurs de la clinique.
Contexte	La quantité de déchets, le temps et l'argent alloués à leur gestion ayant beaucoup augmenté au fil du temps, la direction de la clinique a décidé de changer sa politique en la matière dès 1998.
Objectifs	Préserver l'environnement, miser sur la qualité, créer un établissement de soins intelligent et efficient d'un point de vue sanitaire, social et économique, impulser une dynamique qui tirerait l'ensemble du système vers le haut.
Méthode	La démarche est globale ; on fait ci-dessous le point en particulier sur le traitement des déchets.
Action	<p>Le tri sélectif est en place sur 18 cibles évaluées en permanence (verre, plastique, bois, métaux, huile, déchet fermentescible, imagerie médicale, emballage souillé, médicament non-utilisé...).</p> <p>Personnels des soins, médecins et personnels administratifs trient leurs déchets dans l'enceinte de l'établissement dans des poubelles ou containers prévus à cet effet. Des référents sont présents dans tous les services afin de coordonner et informer sur ce tri sélectif à la source.</p> <p>Le circuit est par ailleurs mis gracieusement à la disposition de tous les salariés pour leurs déchets privés. Des filières de recyclage des déchets sont ensuite activées.</p> <p>Les patients sont invités à s'inscrire dans cette démarche pendant leur séjour et sont sensibilisés systématiquement à ce geste citoyen.</p>

<p>Action</p>	<p>Tous les prestataires de la clinique Champeau sont également impliqués. Au travers d'une charte de partenariat, ils s'engagent à respecter des objectifs environnementaux comme celui de trier et recycler leurs propres déchets. Chaque intervenant apporte chaque année un détail écrit de ses actions. Il doit fournir également les bordereaux d'élimination des déchets produits dans le cadre de l'activité effectuée.</p> <p>Citoyens responsables au-delà de leur entreprise, les salariés de la clinique Champeau s'engagent une fois par an, dans un but pédagogique à nettoyer les berges du Canal du Midi proche de l'établissement.</p> <p>Enfin, pour anticiper au mieux la gestion des déchets, une politique d'achats innovante a été mise en œuvre.</p>
<p>Résultats</p>	<p>Les résultats des efforts de la clinique ont été récompensés de plusieurs prix, certifications, accréditations. Sont recyclés chaque année, par exemple : 3640 kg de verre (dont 1 tonne de biberons jetables), 60 kg de néons, 30 kg de piles, 500 kg de papier.</p>
<p>Pour plus d'informations</p>	<p>Source : http://www.clinique-champeau.fr/champeau-clinique-verte.pdf</p> <p>Comité de développement durable en santé (C2DS) : C2DS – 79, rue de Tocqueville – 75017 PARIS</p> <p>www.c2ds.com</p>

Gestion des transports

Les établissements de santé peuvent agir sur le terrain de la mobilité durable.

En France, depuis 1996 et la loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie (LAURE), les agglomérations de plus de 100 000 habitants doivent produire un Plan de Déplacements urbains. Les PDU sont le cadre du déploiement des Plans de Déplacements Entreprise (PDE)⁷¹.

71. Think Tank européen Pour la Solidarité, « Mobilité durable. Enjeux et pratiques en Europe », *Cahier de la Solidarité*, n° 21, série Développement durable et territorial, 2009.

En Belgique, les plans de déplacements sont en train d'être étendus pour concerner les entreprises de plus de 100 personnes, les écoles et les activités culturelles et commerciales d'envergure. Auparavant, et ce depuis 2004, seules les sociétés de plus de 200 employés étaient concernées.

Les PDE organisent la mobilité durable des travailleurs, sur les trajets domicile/travail, lors des pauses et lors des déplacements professionnels. Le PDE d'un établissement de santé doit aussi viser à l'amélioration de l'ensemble des déplacements de toutes les autres personnes qui fréquentent le site : étudiants et stagiaires, patients hospitalisés, patients ambulatoires, intervenants extérieurs réguliers et occasionnels, consultants, visiteurs des malades, fournisseurs.

Les actions s'orientent vers la gestion des stationnements, l'aménagement de pistes cyclables et de stationnements couverts pour les vélos, l'achat de véhicules propres, l'octroi de forfaits de transports en commun, les outils pour faciliter le covoiturage, l'organisation d'événements informatifs, tels une journée de la bicyclette, ou l'offre de réparation bon marché, comme c'est le cas au CHU de Freiburg, en Allemagne.

Plan de Déplacement Entreprise (Centre hospitalier régional universitaire, CHRU de Montpellier, France)	
Population cible	Personnel et patients du CHRU
Contexte	Le CHRU regroupe sept établissements intervenant dans tous les domaines de la santé. D'une capacité de 3000 lits, employeur de 9000 personnes, il se hausse au premier rang des entreprises de la région.
Objectifs	Optimiser et limiter les déplacements des visiteurs et du personnel en réduisant l'usage des véhicules au profit d'autres modes de transport moins polluants.
Méthode	Un plan de déplacement d'entreprise a été mis en place (changements comportementaux), complété par l'acquisition de véhicules propres (changement technologique).

Action	<p>(1) Plan de Déplacements :</p> <ul style="list-style-type: none">- augmentation des places de stationnement dédiées aux taxis, ambulances VSL et personnes à mobilité réduite,- mise en place d'un sens de circulation favorisant la fluidité de la circulation avec une mise aux normes des panneaux de signalisation.- création d'un parking payant dédié aux visiteurs et consultants pour les inciter à utiliser les transports en commun,- prise en charge de 30% de l'abonnement annuel du transport en commun à Montpellier (20% par le CHRU et 10% par l'Agglomération). Le CHRU encourage aussi le covoiturage et propose deux outils pour faciliter la mise en relation pour les personnes intéressées par ce mode de transport. Le site Intranet du CHRU propose un lien vers le site de covoiturage de l'agglomération. Il est possible aussi de passer une petite annonce dans une rubrique de l'Intranet dédiée aux demandes de covoiturage. <p>En 2009, le PDE s'est renforcé avec :</p> <ul style="list-style-type: none">- Des parkings dédiés aux personnels, aux patients en hôpital de jour ou de semaine venant seuls,- Des parkings avec un accès par badges aux seules personnes autorisées,- Des parkings 2 roues. <p>(2) Remplacements des véhicules : le CHRU a acquis des véhicules propres à partir de juillet 2008, en commençant avec 5 vélos attribués au service Direction des travaux. Puis en 2009, 10 autres vélos ont été achetés, ainsi que 5 avec assistance électrique, 2 scooters, 2 véhicules utilitaires électriques.</p>
--------	---

<p>Résultats</p>	<p>Le CHRU a été récompensé lors des « Awards 2009 » du développement durable en établissement de santé, parrainé par le ministère de l'Écologie, de l'Énergie du Développement durable et de l'Aménagement du Territoire, le ministère de la Santé de la Jeunesse des Sports et de la Vie associative ainsi que l'Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie : le CHRU a reçu le prix sur les transports. Un prix qui stimule davantage encore le personnel et la direction du CHRU.</p>
<p>Pour plus d'informations</p>	<p>Service Sécurité et Développement durable Centre administratif André Bénech 191, avenue du Doyen Gaston Giraud 34295 MONTPELLIER cedex 5 Tél. : +33.4.6.33.08.47 developpementdurable@chu-montpellier.fr</p>

Gestion de l'eau

La gestion durable de la ressource « eau » est aujourd'hui une priorité et une obligation. Bien entendu les services de santé sont de gros consommateurs d'eau : pour les soins, l'hygiène des patients, du personnel, des instruments, la stérilisation ; pour l'entretien des locaux, le chauffage ; pour la restauration, la blanchisserie, etc.

Une gestion rationnelle de l'eau s'impose donc. Olivier Toma, Directeur de clinique et Président de C2DS, soulignait en 2005 : *« N'est-il pas aberrant que nous n'ayons jamais pensé à réutiliser l'eau servant à stériliser nos instruments, qui est chauffée à 140° ? Cela représente tout de même 24 000 litres par jour pour 100 lits qui partent directement à l'égout alors qu'elle pourrait servir aux toilettes ou au chauffage. »*

Les établissements de santé peuvent agir à deux niveaux : en amont, en maîtrisant mieux la consommation (audit de gestion de l'eau, tableaux de bord, outils et solutions de réduction de la consommation – économiseurs d'eau, réducteurs de pression, modules de récupération des eaux de pluie pour arroser les jardins, etc.) et en aval en gérant les effluents et les résidus médicamenteux.

Exemple au CHU de Freiburg : le protocole de changement d'un lit standard a été revu et a permis à lui seul de réaliser des économies d'eau à hauteur de 2 301 000 de litres par an, ainsi que des économies d'énergie (200 000 kWh) et de linge (130 000 kg/an). Par ailleurs, la blanchisserie utilise désormais un système de désinfection thermo-chimique sans chlore à 75°C permettant d'avoir un meilleur impact écologique sur l'environnement.

Un management adéquat

La clé de voûte de toutes ces pistes d'actions durables est la mise en place d'un management durable, soit un management qui définit une gestion économe des ressources, vise à être socialement responsable, tout en recherchant un fonctionnement respectueux de l'environnement. Autrement dit, un management durable est une meilleure organisation qui ne demande pas forcément de moyens supplémentaires, tandis que d'autres actions ont un coût. C'est ce management qui permet de réaliser des économies non négligeables d'eau, d'électricité, de produits d'entretien et d'équipements médicaux. Il est indéniable en revanche que d'autres opérations, comme traiter les produits dangereux ou s'orienter vers des matériaux plus respectueux de la santé, peut entraîner des surcoûts.

Le management durable doit permettre d'établir un certain équilibre entre ces différentes mesures. Tout ceci demande avant tout du temps et des compétences. La clinique Champeau (vue plus haut) a ainsi mis en place un Comité Santé Environnement (CSE), lieu de recherche et de réflexion qui accueille tous les acteurs concernés par la démarche. Le CSE pilote la mise en œuvre de la politique environnementale de l'établissement. Il se réunit tous les mois pour faire un bilan, évaluer la réalisation des actions et mesurer la poursuite des objectifs en cours. Un poste à mi-temps de responsable qualité et environnement a été créé pour coordonner cette démarche.

Une démarche d'engagement dans le développement durable est souvent le résultat dans un premier temps de la volonté et la motivation d'un ou de quelques individus moteurs. Cependant, le changement n'est réel et efficace que si tout le personnel s'implique. Cela suppose d'informer et sensibiliser le personnel aux différentes thématiques et réflexions qui deviendront leur quotidien. L'action du CSE de la Clinique Champeau est aussi innovante : il conçoit et prend en charge

les formations spécifiques adaptées aux personnels de la clinique, et produit également les tableaux de bord permettant l'optimisation de ce management.

Le management durable implique de se tourner vers les fournisseurs et sous-traitants, dans le sens d'une politique d'achats durables, vue plus haut.

Faire en sorte que les acteurs de santé soient exemplaires en matière de durabilité, c'est aussi œuvrer pour une prise en compte optimale des besoins des patients. Ceux-ci qui peuvent être sollicités au sein de groupes de réflexion pour exprimer clairement leurs besoins, qui seront ensuite traduits en objectifs et intégrés à la démarche. Certains établissements de santé misent par exemple sur l'accompagnement diététique des patients, individuel et personnalisé, adapté à leur pathologie.

De façon globale, la mise en place de vecteurs de communication est primordiale pour recueillir les réflexions du personnel et des patients, mais aussi pour fournir des outils de sensibilisation. Certains lieux de santé ont ainsi publié des guides de l'éco-patient ou encore de l'éco-hospitalier. Il est très important de noter que les démarches de développement durable, participatives, engendrent un sentiment d'appartenance et un esprit d'entreprise plus fort. Ces démarches fédèrent et donne du sens aux actions quotidiennes.

Éducation à la santé et prévention

Une politique de développement durable entraîne naturellement le développement d'une politique d'éducation, de dépistage et de prévention. Le but est alors non seulement de répondre aux besoins des patients, mais aussi de permettre à chaque patient de devenir acteur de sa propre santé, d'anticiper ses propres besoins.

Dans l'exemple donné plus haut du service de diététique, les patients ainsi informés peuvent adopter un régime alimentaire adapté et préventif. Dans cette même clinique, d'autres services d'éducation à la santé ont été mis en place. Un Centre Info Naissance a par exemple été intégré au service maternité, ce qui permet d'améliorer encore l'accompagnement des patientes sur diverses questions, comme l'allaitement maternel (certains membres du personnel disposent du

certificat international de « consultante en lactation »), le sevrage tabagique, les risques d'accidents domestiques, etc. De plus la clinique a mis en place un dépistage précoce systématique de la surdité et des problèmes de vision chez les nouveau-nés, ainsi qu'un partenariat avec les autorités publiques locales afin de former du personnel sur les questions de sécurité automobile. Sur la question du tabagisme, un partenariat de collaboration a été mis en place entre la clinique Champeau et l'hôpital public afin que toutes les patientes du bassin de population de la ville de Béziers soient approchées.

Répondre aux besoins de personnes, c'est aussi oser des engagements communautaires. Les exemples d'approvisionnements locaux pour les établissements de santé en fournissent des exemples inspirants, comme vus plus haut. L'engagement communautaire des acteurs de santé passe aussi par la lutte contre les inégalités de santé, comme dans l'exemple ci-dessous de la mise sur pied d'une clinique dentaire pour personnes en grande précarité. Ce qui est notable, à travers ces différentes pistes, est que le développement durable incite à penser « avec », à multiplier les partenariats transversaux, à utiliser comme crible d'action la collaboration plutôt que la compétition.

Gratuité des soins et prothèses dentaires pour les personnes en grande précarité (France)	
Population cible	Les personnes en grande précarité de la ville de Toulouse n'ayant pas d'assurance maladie et qui sont souvent sans abri.
Contexte	Les personnes en grande précarité sans assurance maladie ne peuvent se permettre des soins et prothèses dentaires. Dans la ville de Toulouse, qui compte 500.000 habitants, près de 1.500 personnes tombent dans cette catégorie.
Objectifs	Procurer des soins et prothèses dentaires gratuits.
Méthode	Les soins sont prestés dans un clinique cr�e�e à cet effet.

<p>Action</p>	<p>L'association Médecins du Monde, le Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes et l'École française de Prothèse se sont associés pour ouvrir en 2005, à Toulouse, un cabinet dentaire pour les personnes en grande précarité n'ayant aucune couverture sociale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La clinique peut compter sur l'action bénévole de dentistes, pour la plupart retraités ou étudiants en dernière année en sciences dentaires. - Le partenariat avec l'École française de Prothèse permet d'acquérir des prothèses gratuitement. - La clinique a également un partenariat avec Médecins du Monde qui permet d'identifier et de conseiller les individus en grande précarité ayant besoin de soins dentaires.
<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mille cinq cents personnes sont ainsi soignées chaque année. - L'action a été labellisée car elle remplit plusieurs critères essentiels pour réduire les inégalités de santé : un accès aux soins pour les plus démunis, un large partenariat entre les centres de soins de Médecins du Monde et les dentistes. <p>L'action permet aussi aux étudiants de l'École française de Prothèse de se confronter à la réalité clinique.</p>
<p>Facteurs de succès</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte des difficultés financières et besoins du public cible. Il n'y a aucune barrière financière empêchant l'accès à ce service. Les patients ne doivent rien payer ni avancer. - Implication de bénévoles (praticiens pensionnés, étudiants, écoles, etc.).
<p>Pour plus d'informations</p>	<p>http://www.health-inequalities.eu</p> <p>D'après Gillis O., Mertens R. , « Mesures concrètes de réduction des inégalités de santé : quelques exemples européens », <i>MC-Informations</i>, 232, juin 2008.</p>

Conclusion

En matière de santé comme dans d'autres domaines, les sociétés et leurs dirigeants se trouvent aujourd'hui devant le choix suivant :

- Recourir à des moyens et des solutions curatives, rapides, souvent chers, pour faire face à des problèmes complexes et établis sur le long terme ;

Ou :

- Adopter une démarche de durabilité, visant une efficacité socioéconomique de long terme, allant au-delà de la perspective sanitaire et environnementale afin de résoudre avec tous les acteurs les sources de dégradation de l'environnement qui affectent notre santé.

Cette publication a plaidé pour la deuxième option, posant comme hypothèse que les mesures qu'une démarche de « santé durable » peut inspirer, seront moins coûteuses qu'une approche classique des questions de santé.

Alors que le développement durable est devenu le nouveau mot d'ordre revendiqué par les décideurs politiques et économiques, l'attention doit se porter sur la réalité concrète de ce nouveau leitmotiv. Dans cette optique, les politiques de santé ne peuvent qu'être globales, en conjuguant :

- éducation sanitaire,
- protection de l'environnement, réelle et allant plus loin qu'un simple « polluer moins pour polluer plus longtemps »,

- participation du public,
- réponse aux besoins spécifiques et évolutifs des citoyens.

Les composantes sociales et environnementales sont liées et doivent être envisagées en tant que telles. Les politiques de santé ne peuvent donc être envisagées sans que soient considérées celles concernant la lutte contre la pauvreté, la protection de l'environnement, l'agriculture, les transports, l'habitat, l'eau potable, l'éducation, etc.

Cette publication a tâché d'identifier et d'éclairer tant que possible les enjeux se posant aujourd'hui aux systèmes de santé. Le parti pris a été d'une part de s'attacher tout particulièrement à la question des inégalités sociales et écologiques en santé et, d'autre part, de montrer les évolutions nécessaires, et pour partie en marche, du côté des acteurs de santé. En somme, tout comme la santé doit systématiquement trouver une place prépondérante dans toute politique de développement durable, il est indispensable de passer toute initiative du domaine de la santé au crible de la durabilité – ce qui sous-entend d'envisager les impacts de long terme de nos actions.

Il faut souligner, en conclusion de cette étude, que le champ des actions à entreprendre va plus loin encore que ce qui a été abordé dans cet ouvrage. Ainsi se pose la question cruciale de savoir comment les systèmes et entreprises liés aux soins, et notamment les industries pharmaceutiques, pourront faire face au pic du pétrole, imminent. Car il s'ensuivra irrémédiablement – quoique de manière relativement graduelle –, une augmentation des prix des produits issus du pétrole, à laquelle nous ne sommes pas préparés. N'oublions pas que la production des médicaments est extrêmement pétro-dépendante. Aussi, le champ des innovations en la matière est ouvert. Mais bien plus encore, cet enjeu pose comme absolue la nécessité de refonder en profondeur les systèmes de santé, en prenant appui sur trois fondements que sont l'environnement, l'éducation et les soins. En somme, il est urgent de construire des systèmes de santé qui ne soient pas que des systèmes de soins. Cela suppose de changer radicalement nos comportements, d'axer les politiques vers des mesures ambitieuses de prévention et de soins qui ne soient pas que médicamenteux.

Bibliographie

Ouvrages

BELPOMME D., *Ces maladies créées par l'Homme. Comment la dégradation de l'environnement met en péril notre santé*, Albin Michel, 2004.

BOUVIER T., « Construire des villes européennes durables », *Cahier de la Solidarité*, n° 16 et 17, série Développement durable et territorial, Pour la Solidarité, 2009.

CAMBOIS E., *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé*, coll. Les Travaux de l'Observatoire, Observatoire de la Pauvreté, 2004.

DE BOYSER K., « Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers », 2007, in « Inégalités de santé, Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé », *MC-Informations*, numéro 231, juillet 2008.

DELHOMMEAU T., « Alimentation : circuits courts, circuits de proximité », *Cahier de la Solidarité*, n° 20, série Développement durable et territorial, Pour la Solidarité, 2009.

GILLIS O., MERTENS R., « Mesures concrètes de réduction des inégalités de santé : quelques exemples européens », *MC-Informations*, 232, juin 2008.

MEUNIER O., MEISTERMANN C., SCHWEBEL A., *Efficacité et limites des nettoyeurs vapeurs en milieu hospitalier*, Laboratoire d'hygiène hospitalière, les hôpitaux universitaires de Strasbourg, 2009.

MORGAN E., *Energy poverty in the EU*, MEP, 2008.

LORACH JM, « Inégalités de santé et action territoriale: situation et perspectives offertes par les principes du développement durable », *Développement durable et territoires*, Points de Vue, mis en ligne le 05 mars 2004, Consulté le 13 janvier 2010. <http://developpementdurable.revues.org/index1032.html>

Think Tank européen Pour la Solidarité, « L'économie sociale, actrice de la lutte contre la précarité énergétique », *Cahier de la Solidarité*, n° 19, série Développement durable et territorial, 2009.

Think Tank européen Pour la Solidarité, « Mobilité durable. Enjeux et pratiques en Europe », *Cahier de la Solidarité*, n° 21, série Développement durable et territorial, 2009.

RAYNAUD D., « L'impact de la Cmu sur la consommation individuelle », *Études et Résultats*, 2003.

TOBOUL S., *Et si le secteur santé se mettait au développement durable*, Novethic, 2009.

Articles et dossiers

« Disparités spatiales de l'offre de soins en Île-de-France », Institut d'Urbanisme de la Région Île-de-France, *Note Rapide Population-Modes de vie*, numéro 435. <http://bit.ly/9Fsyvk>

« Health forgotten in climate talks », Euractiv, 07.10.2009. <http://bit.ly/lxk78>

« Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes », *Mutualité chrétienne Information*, numéro 233, Juillet 2008. <http://bit.ly/aleQur>

« Les impacts du changements climatique sur la santé », Dossier, France-Soir, 12 novembre 2009.

Études et rapports :

Améliorer l'équité en santé par le biais des déterminants sociaux de la santé dans l'Union européenne, Bilan du travail effectué par le consortium DEtErminE au cours de sa première année, 2008. <http://www.refips.org/files/generale/Resume%20actions.pdf>

Deuxième enquête sur la qualité de vie en Europe, Eurofound, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Publications Europa, 2008. <http://bit.ly/dvJxUM>

Diagnostic des causes et conséquences en Belgique, Espagne, France, Italie et Royaume-Uni, WP2-D5, projet européen EPEE, programme Énergie Intelligente Europe.

Economic arguments for addressing social determinants of health inequalities, DErminE – an Eu consortium for action on the socio economic Determinants of Health, December 2009. <http://bit.ly/9vhUgH>

« Enquête permanente sur les conditions de vie de 2002 de l'INSEE », citée dans « Bruits et santé », Ministère de la Santé et des Sports, France, 2007.

L'alimentation des populations défavorisées en France. Synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel, INRA, ISTNA-CNAM, Corela, 2005

« La santé en France », Troisième rapport triennal du Haut Comité de la Santé Publique (HSCP), 2002, <http://www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc001174.pdf>

Les inégalités écologiques en milieu urbain, Rapport de l'Inspection générale de l'environnement, Ministère de l'environnement et du développement durable, France, 2005, <http://bit.ly/amHMmI>

Plan d'action pour une consommation, une production, une industrie durables : l'Union européenne veut promouvoir les produits et les technologies respectueux de l'environnement, Commission européenne, 16.07.2008 <http://bit.ly/b1mN3Z>

« Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen, Deuxième partie : quelques expériences européennes », *Bulletin d'information en économie de la santé*, IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), Questions d'économie de la santé, n° février 2005. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes93.pdf>

Position de la Fédération Inter-Environnement Wallonie sur l'avant-projet de plan d'action national santé environnement (NEHAP), Inter-environnement wallonie, 24 février 2009.

Recommandations politiques : inégalités en santé : recommandations du groupe de travail « inégalités en santé » de la Fondation Roi Baudouin à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique, Fondation Roi Baudouin, 2007.

The National public health strategy for Sweden in brief, Swedish National Institute of Public Health. <http://bit.ly/9xkMYW>

UK Fuel Poverty Strategy, Rapport gouvernemental, novembre 2001. <http://www.berr.gov.uk/files/file16495.pdf>

Conférences

« Territoire, groupes sociaux et (en)jeux de pouvoirs : l'exemple de la gestion publique des nuisances aériennes à Bruxelles », BIOT V. et DOBRUSZKES F., communication orale et écrite au colloque « L'Espace politique : concepts et échelles », Bruxelles, 2008.

« Équité sociale et développement durable : Une Europe verte et sociale », Commission européenne, Bruxelles, 24.02.2009.

« Vers une politique européenne pour le logement durable ? », Inter-groupe européen Urban-logement, Conférence européenne, Bruxelles, 22.09.2008.

Sites ressources :

ADEME, Agence de l'Environnement et de Maîtrise de l'Énergie, www.ademe.fr

Agence européenne de l'environnement, www.eea.europa.eu

C2DS, Comité de développement durable en santé (France), www.c2ds.org

www.clinique-champeau.fr/infos/sejour.html

EUFIC, Conseil européen d'information sur l'alimentation, www.eufic.org

FAO, Food and Agriculture Organization of the United Nations , www.fao.org

Ministère français du développement durable, www.ecologie.gouv.fr

Observatoire européen des espérances de vie : www.ehemu.eu

Health Consumer Powerhouse, Centre d'études et d'informations en santé, www.healthpowerhouse.com

Vlaams Agenschap Zorg en Gezondheid : Compétences flamandes en matière de santé, 2007, www.zorgengezondheid.be

Documents de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Toutes les données suivantes sont disponibles en ligne (www.who.int ; www.euro.who.int):

« Environnement et logement », OMS Europe, Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, Budapest (Hongrie), 23–25.06.2004.

« How many people are affected by noise ? »

« Les effets du Changements climatiques doivent être pris en compte », note, 11.03.2009.

« Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé ».

« L'obésité : un défi pour la Région européenne de l'OMS », note, 12.09.2005.

«Le changement climatique va ébranler les fondements de la santé », discours de la Directrice générale de l'OMS Margaret CHAN lors de la Journée Mondiale de la Santé, avril 2008.

Postface

Par Luc Berghmans, Observatoire de la Santé du Hainaut

Il n'est pas exagéré d'affirmer que le système de santé en Belgique présente une faille structurelle. Malgré un large accès à des soins de qualité reconnue, la santé est inégalement répartie dans la population en fonction de facteurs sociaux.

L'inégalité se manifeste entre les groupes de population de manière quasi proportionnelle à leur position plus ou moins favorisée sur le plan des revenus, de l'éducation, du travail et du territoire où ils vivent.

L'espérance de vie en bonne santé est estimée à 51 ans dans le Hainaut, 54 ans en Wallonie, 59 ans dans le Brabant wallon et 60 ans en Flandre ; 20% des adultes diplômés de l'enseignement primaire déclarent souffrir d'au moins deux maladies chroniques, ils ne sont que 5% parmi les diplômés de l'enseignement supérieur, idem pour la dépression, elle touche 17% des personnes moins favorisées et 6% des plus favorisées en Wallonie. On retrouve les mêmes tendances pour le surpoids, le tabagisme, l'inactivité physique...

L'influence des facteurs sociaux se manifeste dès l'enfance : 7% d'obésité chez les enfants d'ouvriers contre 2% chez ceux de cadres ; le taux de fumeurs est deux fois supérieur dans l'enseignement technique et professionnel par rapport à l'enseignement général. Enquêtes nationales de santé, tableaux de bord de la santé (du Hainaut, en Wallonie, à Bruxelles), rapports d'enquêtes universitaires et des mutuelles, les données documentant et chiffrant ces inégalités s'accumulent depuis une dizaine d'années.

L'inéquité sociale face à la santé est une réalité inacceptable dans notre pays et plus particulièrement en Wallonie et à Bruxelles. Cette réalité est dénoncée par de nombreuses instances et associations dont la Fondation Roi Baudouin. Et pourtant le débat politique, le traitement médiatique et même la revendication sociale restent discrets et peu spécifiques sur ce thème. C'est une crise silencieuse pour reprendre l'expression d'un auteur anglais. Les enjeux qui provoquent débats restent cantonnés aux soins de santé alors que les solutions au défi des inégalités sociales de santé ne viendront pas de ce secteur.

Les déterminants sociaux de la santé s'expriment au travers de facteurs individuels et familiaux mais sont surtout liés aux conditions de vie de proximité (école, quartiers, réseaux sociaux, entreprises) et aux trajectoires de vie dans cet environnement. Cet environnement de vie quotidienne est lui-même dépendant, au niveau macro, des politiques économiques et sociales, de l'accès à l'éducation, au logement, au travail, à la culture... La plupart de ces facteurs sont interdépendants et les inéquités sont la résultante d'un système très complexe de chaînes causales. Elles concernent l'ensemble des catégories sociales et ne se limitent pas, comme on le croit à tort, aux populations les plus précarisées.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande d'intervenir en s'attaquant par une approche multisectorielle aux causes des causes – les déterminants sociaux – et en renforçant significativement le travail de proximité en promotion de la santé, avec la participation des populations.

Notre système de santé pour combler la faille des inégalités sociales de santé doit changer de perspective de travail. Centré actuellement sur les soins, il doit évoluer vers l'utilisation de toutes les politiques publiques pour rendre les conditions de vie de chacun plus favorables à la santé.

L'étude réalisée par Pour la Solidarité documente avec précision la cohérence entre cette approche systémique de la promotion de la santé et celle du développement durable avec comme dénominateurs communs équité et bien-être.

Alimentation équilibrée, lutte contre l'obésité, circuits courts de distribution, agriculture et industries de transformation et de distribution responsables, mobilité douce, activité physique au quotidien, organisation durable de l'habitat et des espaces naturels, logements sains, économies d'énergie, quartiers bons à vivre, tissu social retissé, participation de la population... les objectifs, les méthodes et les acteurs du développement durable et de la promotion de la santé s'entrecroisent, se complètent et parfois se superposent justifiant pleinement l'introduction du concept de santé durable.

La question du passage à l'action gagne en pertinence à chaque avancée au niveau des constats et des référentiels conceptuels mais les réponses concrètes et structurelles tardent.

C'est qu'en cette période de crise économique et financière, les priorités politiques vont aux recettes classiques du tout (ou presque) pour la santé des entreprises sans trop questionner les finalités et les conditions des productions et leurs limites en termes de bien-être ajouté dans la population.

À contre-courant, les valeurs et les objectifs tant de la promotion de la santé que du développement durable impliquent une revitalisation de la gestion publique. Elle doit être axée sur le bien commun et l'équité, capable de traduire les connaissances en stratégies intégrées et porteuse d'un dialogue permanent avec la population pour assurer l'adéquation des politiques et services aux besoins.

Illustration et mise en page :

www.pazlopez.com

Communauté française
Wallonie – Bruxelles



Direction générale de la
Culture

Service général de la Jeunesse et de l'éducation permanente du Ministère de la Communauté française de Belgique



Wallonie



Cette publication a été réalisée avec le soutien de la Commission européenne.

Cette publication n'engage que son auteur et la Commission n'est pas responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

