



## La santé environnementale et les vulnérabilités sociales

Actes du congrès organisé dans le cadre de la présidence belge  
de l'Union européenne à Namur les 21 et 22 octobre 2010

NE PARAÎT PAS EN AOÛT | BUREAU DE DÉPÔT : BRUXELLES X - ISSN 0776-2623 | NUMÉRO D'AGRÉATION : P401139

Editeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40 - 1031 Bruxelles. Crédit photo : Frederic Sierakowski / Isopress Sénépart / Isopix



Wallonie



Crédit photo : Frederic Sierakowski / Isopress Sénépart / Isopix

## Introduction

Introduction, par *Nicolas Baumer, Aurélie Piérard et Véronique Tellier* 3

## Concept

**Approche conceptuelle des liens entre santé, environnement et vulnérabilités sociales**  
Vers une approche holistique de la santé environnementale et des vulnérabilités sociales, par *Dominique-Paule Decoster* 4

## Recherche

**Prise en compte des vulnérabilités sociales dans la recherche**  
Le rôle de la recherche pour mieux comprendre et cibler les liens entre santé environnementale et vulnérabilités sociales, par *Claudia Hornberg, Katja Kailer et Mohssine El Kahloun* 7  
Equit'Area, un projet de recherche innovant sur la contribution des expositions environnementales et de leur cumul aux inégalités sociales de santé : le cas de la mortalité périnatale, par *Séverine Deguen, Cindy Padilla, Benoit Lalloué et Denis Zmirou-Navier* 8

Programme flamand de biomonitoring sur les adolescents : les gradients sociaux observés différent d'un polluant à l'autre, par *Bert Morrens, Ilse Loots et Liesbeth Bruckers* 10

## Observation

**Observation des vulnérabilités sociales pour une meilleure santé dans un environnement plus sain**  
Observer les groupes de population vulnérables dans un système d'information et de surveillance en santé environnementale : un défi que tente de relever le Centre européen OMS pour l'Environnement et la Santé (Bonn) à travers le projet ENHIS, par *Matthias Braubach* 13  
Quelques aspects des disparités socio-économiques en République de Macédoine, par le *Prof. Dragan Gjorgjev* 14

## Actions et programmes

**Prise en compte des vulnérabilités sociales dans les actions et les programmes**  
Former des intervenants sociaux à domicile à la problématique de la pollution intérieure : retour d'expérience, par *Françoise Jadoul et Étienne Delooz* 15  
Gestion de la pollution atmosphérique : l'exemple de Marchienne-au-Pont, présentation par *Marinette Mormont* sur base des propos de *Patrick Jadoulle* 16  
Comment adapter une communication vers un public défavorisé pour qu'il devienne davantage acteur du changement ? 'La santé dans l'assiette', par *Emmanuel Condé* 17  
De la recherche à l'action : un projet de développement communautaire au bénéfice des Roms en Hongrie, par *Karolina Kósa* 18

## Territoires

**Du niveau mondial au niveau local, l'approche territoriale**  
Santé environnementale et vulnérabilité sociale, par *Pierre Léonard* 21  
Le droit à la santé, par *Pierre Micheletti* 22  
Les limites de l'approche spatiale pour aborder la réalité des vulnérabilités sociales conçues en termes d'inégalités de santé, par *Pierre Aïach* 23  
Le premier Plan d'action européen en matière d'environnement et de santé 2004-2010, *Aurélie Piérard*, en lien avec la présentation de *Giulio Gallo* 24  
Histoire de la prise en compte des liens entre la santé, l'environnement et les vulnérabilités sociales en Europe et en Wallonie, par *Laurence Nick* 25  
L'Observatoire wallon de la Santé et la Cellule Permanente Environnement-Santé 26  
Bruxelles, Ville et Région en santé, le principe de santé collective, par *Nicole Purnode* 27

## Recommandations

Les recommandations finales 28  
Les avancées européennes dans la prise en compte des vulnérabilités sociales en environnement santé, par *Pierre Biot* 30

## Conclusion 31

# Le congrès européen 'La santé environnementale et les vulnérabilités sociales', un événement important de la présidence belge de l'Union européenne

***Vous ouvrez un numéro hors série de la revue Éducation Santé sur le thème très spécifique des liens entre la qualité de l'environnement, la santé et les vulnérabilités sociales...***

Chacun de ces concepts doit être envisagé de manière globale et large : la santé est abordée dans ses différentes dimensions de bien-être social, physique, mental, plus que dans sa dimension « médicale » ; l'environnement recouvre un ensemble de réalités au-delà des pollutions intérieures et extérieures, et les vulnérabilités sociales ont différents visages que l'on nomme pauvreté, précarité, exclusion, vulnérabilité...

Les dernières décennies ont vu s'accumuler les connaissances explorant les liens entre la santé et l'environnement ainsi que sur la santé et la vulnérabilité sociale. Paradoxalement, alors que tout le monde s'accorde sur l'existence d'une relation étroite entre précarité et exposition aux risques environnementaux et à leurs conséquences, l'exploration de ce lien n'en est qu'à ses prémises. Les données scientifiques émergent mais ne sont pas encore largement diffusées.

Ces carences ne doivent cependant pas différer l'attention des politiques de santé environnementale aux populations les plus vulnérables. Dans ce domaine de la santé, l'OMS et la Commission européenne placent d'ailleurs la lutte contre les inégalités sociales au cœur des processus d'action. La conférence interministérielle de Bonn en septembre 2009 et celle de Parme en mars 2010 ont entériné cette volonté. Les pays et les régions sont chargés de mettre en œuvre des plans d'actions environnement-santé et d'intégrer dans leurs systèmes de surveillance la notion de précarité.

Ce numéro hors série constitue en quelque sorte les actes d'un congrès sur « La santé environnementale et les vulnérabilités sociales » organisé les 21 et 22 octobre 2010 à l'initiative

d'**Éliane Tillieux**, Ministre régionale wallonne de l'Action sociale, de la Santé et de l'Égalité des chances. Elle a chargé l'Observatoire wallon de la Santé (OWS) de l'organiser dans le double contexte de la présidence belge de l'Union européenne et de « 2010 : année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ».

Il s'agissait d'un congrès de travail plus que d'information. Il a réuni un nombre volontairement limité de professionnels issus de différents pays européens et de domaines de recherche et d'action variés, dans le but de rendre plus concrètes les recommandations existantes en matière de prise en compte des vulnérabilités sociales dans les politiques, les actions et les recherches en santé environnementale.

Ce congrès était l'un des 6 événements phares en matière de santé environnementale organisés dans le cadre de la présidence belge de l'Union européenne par les partenaires de la Conférence Interministérielle Mixte Environnement Santé (CIMES). Les recommandations formulées lors de chacune des conférences ont été compilées pour produire un document unique, qui a été proposé au Conseil des Ministres Européens de l'Environnement dans le but de soutenir la préparation d'une deuxième initiative européenne en Environnement Santé, le premier plan (EHAPE) étant arrivé à échéance fin décembre 2010.

Le congrès présenté ici n'abordait pas des expositions particulières par produit ou par groupe de personnes affectées mais portait spécifiquement sur les liens entre la santé environnementale et les vulnérabilités sociales. Il a mis entre autres en lumière l'importance du cumul des facteurs de risque environnementaux avec d'autres facteurs de risque pour la santé déjà bien connus tels que le statut socio-économique défavorable, l'exposition à une alimentation non adaptée, à la sédentarité ou aux substances psycho et/ou « pneumotropes » (alcool, drogues, tabac...). Les conséquences

sont une fréquence accrue des maladies, une apparition plus précoce de celles-ci, des séquelles plus importantes, un décès éventuel anticipé. En arrière-fond, une prise en charge différée, des coûts plus élevés pour tous et en définitive une plus grande souffrance.

Le gradient social observé qui perdure et la souffrance qui accompagne ces problèmes de santé nous motivent à lutter contre les facteurs de risque, à mettre en évidence ces problèmes et leurs déterminants et à chercher à donner aux personnes issues des groupes dits à risque l'accès aux moyens qui leur permettent d'échapper à ces conséquences néfastes.

L'objectif de ce numéro n'est pas d'être exhaustif sur un sujet qui ne fait jamais qu'émerger, ni de rapporter tout ce qui s'est dit et discuté lors du congrès mais tout simplement d'ouvrir des portes, de vous donner envie d'aller plus loin, d'avoir à cœur de ne jamais oublier la dimension socio-économique lorsqu'on parle de santé et d'environnement, de vous présenter quelques personnes clefs qui travaillent dans le domaine, de vous faire part des résultats des travaux de ce congrès afin que vous puissiez aussi vous les approprier et les porter dans vos actions, discussions, partenariats. Vous trouverez d'ailleurs une série de liens vers des documents ou des sites qui traitent de ce sujet (vive la version électronique d'*Éducation Santé* dans ce cas!). L'ensemble des présentations du congrès, ainsi que le set de recommandations en français et en anglais, et les conclusions consolidées des six événements clefs de la présidence sont disponibles sur le site de la Direction générale opérationnelle Pouvoirs locaux, Action sociale et Santé (<http://spw.wallonie.be/?p=dgo5>). Bonne lecture !

**Nicolas Baumer, Aurélie Pierard et Véronique Tellier**

# Approche conceptuelle des liens entre santé, environnement et vulnérabilités sociales

*Nous avons choisi de commencer avec la présentation de **Dominique-Paule De Coster** qui nous semblait bien résumer les enjeux du congrès. D.-P. De Coster est spécialiste en outils et accompagnement du développement local. Sociologue, elle est maîtresse de conférence à la Faculté Warocqué d'Economie et de Gestion de l'Université de Mons.*

*Elle a participé à la conception et la mise en œuvre de divers outils de développement en Wallonie : agences immobilières sociales, régies et projets de quartier, agences de développement local.*

*Elle est intervenue au congrès dans le cadre de la nécessaire approche transversale. Ce texte est un résumé d'un article que D.-P. De Coster est en train de publier. Nous vous renvoyons vers le texte original pour les références.*

## Vers une approche holistique de la santé environnementale et des vulnérabilités sociales

**La santé environnementale associée aux inégalités sociales est devenue un sujet de réflexion dans le monde scientifique et un objet opérationnel sur le terrain. Cependant, la segmentation et la complexité institutionnelle freinent la mise en place de politiques intégrées conjuguant les deux préoccupations.**

### Approche conceptuelle de la santé environnementale

#### Une approche multicritère

La santé environnementale nécessite une approche multicritère c'est-à-dire plurielle qui intègre, certes les aspects environnementaux, mais également le contexte socio-économique, sanitaire, climatique des populations. Ces critères comptent aussi le niveau de sécurité et d'implicabilité citoyenne dont peuvent bénéficier les habitants d'un territoire. Il s'agit donc de tenir compte du milieu physique dans lequel une société évolue, des services mis à sa disposition et de leur accessibilité; mais aussi des conditions financières dont elle dispose pour rencontrer ses besoins et de la gouvernance du pays. Cette conception de la santé environnementale rejoint l'approche holistique du développement durable.

#### Une approche intrasectorielle

La santé environnementale repose sur une approche globale, mais déjà dans son internalité,

elle pêche malheureusement trop souvent par une indigence de liens entre les secteurs internes au domaine propre de la santé générale. C'est pourquoi, la santé environnementale nécessite une approche intrasectorielle, qui conjugue les divers champs d'intervention et de réflexion de la santé touchant tant les individus que les communautés humaines et ce sans opposer préventif et curatif. Elle suppose aussi une action concertée entre les acteurs de la santé qui évite une fragmentation coûteuse en énergie et en argent ainsi qu'une dispersion des savoirs.

#### Une approche intersectorielle

Ce dernier point rappelle que la santé environnementale ne se limite pas aux seuls acteurs de la santé, elle repose aussi sur l'intersectorialité. En effet pour mener une politique de santé environnementale efficace, il est nécessaire d'associer tous les secteurs actifs dans une société humaine concernée aux fins de consentir à la réflexion et à la mise en œuvre d'une politique collective de santé environnementale. Le défi d'une telle concertation est d'arriver à susciter une hybridation des savoirs et savoir-faire des différents secteurs sollicités autour d'une politique de santé environnementale partagée.

#### La gouvernance multi-niveaux

La complexité institutionnelle et sa segmentation entre différents niveaux de compé-

tences, mais aussi la fragmentation des matières relatives à la santé en général, et environnementale en particulier, suscitent aussi des difficultés pour concevoir et implémenter une approche concertée de cette dernière.

#### La territorialisation

Enfin, pour terminer ce volet dit conceptuel de la santé environnementale, il faut évoquer la territorialisation de cette thématique. Car, si la définition d'une politique collective de la santé environnementale se conçoit idéalement à une échelle institutionnelle supérieure, elle s'opérationnalise à l'échelon local : la commune, le village en ruralité, le quartier en urbanité. La plasticité de la politique globale doit pouvoir se couler dans la diversité locale et répondre aux singularités des communautés microterritoriales. Cette capacité d'adaptation locale permet la définition d'une réponse contextuelle aux besoins des populations en matière de santé environnementale. Cette forme de différenciation territoriale intègre l'approche holistique qui correspond aux particularités économiques, sociales, environnementales et culturelles du territoire d'application et de ses habitants. Il s'agit dès lors d'impliquer les acteurs locaux concernés, à savoir la société civile et en particulier la population, les élus locaux, le monde associatif et les entreprises.

## Points de repères constitutifs des vulnérabilités sociales

### La pauvreté

Il n'est pas aisé de contribuer à la définition de la pauvreté. Ainsi, par exemple, dans les années 80-90, une forme de pudibonderie a gommé le terme « pauvre » du vocabulaire des travailleurs sociaux ; on préférait employer une sémantique plus lissée ou politiquement acceptable dans un monde de gagnants, d'excellence : on parlait de « défavorisés ». Il n'existe d'ailleurs toujours pas de définition consensuelle et peut-on en cerner une qui satisfasse les diverses communautés qui interviennent sur le sujet ? Il reste toutefois important d'établir des repères qui permettent de mesurer l'impact des politiques publiques en matière de diminution de la pauvreté.

Les Nations Unies définissent le pauvre comme une personne en situation de pauvreté qui ne dispose pas des ressources matérielles suffisantes au sens pécuniaire et vit dans des conditions qui ne lui permettent pas d'exister dignement selon les droits légitimes et vitaux de la personne humaine et qui la condamnent à survivre péniblement au jour le jour.

### La précarité

L'état de précarité dans lequel vit une personne ou une famille, voire un groupe d'individus est dû à un ensemble de conditions de vie bancales où le risque et l'insécurité dominent continuellement la destinée individuelle et collective. Ces situations d'instabilité permanente brident voire interdisent la conception de tout projet de vie, elles contribuent à maintenir les personnes qu'elles touchent dans un stress permanent. L'instant gouverne une vie incertaine, dépourvue de perspective d'avenir. Le seul enjeu permanent est d'éviter un naufrage plus intense en demeurant un flâneur du précaire, inscrit dans le court terme répété.

### L'exclusion sociale

L'exclusion sociale est la conséquence du basculement des conditions précaires vers un état de désordre complet. L'exclusion sociale peut être aussi consentie volontairement, il

s'agit pour un individu de vivre en marge de la société de manière intentionnelle. Subie, l'exclusion sociale est généralement due à la perte d'un emploi, d'un logement ou encore à un excès de dettes. Ces pertes cumulées conduisent à une rupture de liens avec son environnement, une dilution des repères sociaux qui provoque en finalité une perte d'identité. Un membre de l'association Aide à toute détresse quart monde déclarait : « *La plus grande pauvreté, ce n'est pas tant de vivre avec peu d'argent et de confort matériel, mais bien de ne plus avoir de réseau social.* »

### La vulnérabilité sociale

La vulnérabilité sociale conjugue tous les éléments passés en revue dans les paragraphes précédents. On peut donc affirmer qu'en termes d'insertion, elle s'articule sur une double fragilité : l'une professionnelle et l'autre relationnelle.

Cette indigence participe de la non acquisition ou mauvaise inscription personnelle de repères temporels, sanitaires et de comportements sociaux. Certaines personnes doivent passer par le sas des préformations, comme celles organisées par les régies de quartier pour acquérir des réflexes habituellement transmis au sein de la famille : réveil et lever le matin, faire sa toilette, se rendre à son activité de formation ou d'emploi, respecter la hiérarchie institutionnelle, ses pairs et son environnement.

Car certaines familles sont aujourd'hui à leur troisième ou quatrième génération de laissés pour compte et vivent en marge de la société. Seule l'obligation scolaire contraint ces milieux précarisés à l'ouverture incertaine d'une fenêtre vers le monde extérieur.

Le second volet de la vulnérabilité sociale se manifeste par une ténuité du réseau relationnel qui rend impossible l'inclusion sociale et par conséquent la constitution d'un capital social. Ce dernier représente une ressource essentielle pour entrer en lien avec le monde de l'emploi.

### Liens avec le développement durable

Apparu durant la deuxième moitié du xx<sup>e</sup> siècle, le concept du développement durable est couramment confondu à une approche

environnementale du développement économique. C'est oublier qu'il concourt à une approche holistique du développement, associée équitablement les secteurs économique, mais aussi socioculturel et environnemental. Il se décline en 27 principes ou « points de sentinelle » qui veillent à la prise en compte de tous les éléments constitutifs d'un développement intégré.

Six d'entre eux sont particulièrement à mettre en lien avec la santé environnementale et les vulnérabilités sociales.

### L'approche globale, transversale et systémique

Tant pour la santé environnementale que pour la prise en compte des vulnérabilités sociales, nous avons mis l'accent sur la nécessité de recourir à une approche multicritérielle, intra- et intersectorielle.

Cette méthode se rapproche de la conception holistique du développement durable englobant les pôles économique, socioculturel et environnemental.

C'est comprendre que les problématiques sont interconnectées et qu'elles ne peuvent subir une réflexion segmentée qui n'apporterait que des fragments de réponse à des problématiques complexes. Le développement durable bénéficie d'une approche holistique qui englobe et traverse toutes les activités humaines.

### L'articulation des temporalités

Les temporalités du développement durable s'organisent en court, moyen et long termes. Il y a en effet nécessité de traduction des plans stratégiques, en particulier à l'échelon local, en actions tangibles dans la quotidienneté des territoires. Cette visibilité renvoie du sens et de la confiance pour la société civile, s'agissant surtout des citoyens.

La tangibilité du développement durable est apparue dans les territoires avec la création de l'agenda 21 local. Ce plan local d'actions concrètes de développement durable matérialise les concepts théoriques développés dans les sphères éloignées des Nations Unies. Les choix de comportements individuels et collectifs, par exemple en matière de déplacement, de traitement des déchets, d'éducation à la citoyenneté dans les écoles ont une impli-

cation dans les comportements journaliers et sur le bien-être des générations futures. La santé environnementale s'appuie directement sur ces processus de gestion de projet et sur l'élargissement des acteurs impliqués. Par contre, s'agissant des vulnérabilités sociales, nous avons vu la difficulté pour les personnes et familles touchées par la précarité de sortir de celle-ci, de pouvoir se projeter dans le temps à titre individuel et surtout générationnel.

### **Participation et gouvernance**

La mobilisation de l'ensemble des acteurs conditionne l'intégration du développement durable au sein des valeurs collectives et individuelles qui génèrent des comportements en adéquation avec celles-ci. Pour pouvoir susciter cette appropriation culturelle et surtout favoriser l'adhésion à des projets qui les matérialisent, l'implication des acteurs et des citoyens est indispensable. Au même titre que les politiques d'inclusion sociale prévoient voire imposent la participation des bénéficiaires. Il s'agit d'arriver à une coproduction des solutions qui tiennent compte des réalités de vie des publics précarisés et de leurs ressources disponibles en fonction de leurs histoires de vie singulières et générationnelles. Il s'agit aussi d'inclure et de reconnaître une compétence ou expertise d'usage qui puisse fortifier les politiques sociales et de développement durable, et surtout intégrer les premières dans ce dernier.

La participation citoyenne est une composante précieuse dans la formalisation de politique ou de projets qui correspondent efficacement aux besoins des territoires et de leur population.

Ouvrir les gouvernants à la participation citoyenne demeure cependant un effort de conviction permanent. La réussite de projets basés sur cette méthode opérationnelle construit cette contamination positive.

### **Le partage des responsabilités**

Ce principe de partage des responsabilités internes au développement durable est à mettre en lien direct avec le précédent du point de vue de la participation et de la gouvernance. La co-construction des projets dans les thématiques évoquées au sein de cet article met en avant le souci d'association à la conception et la mise en œuvre de projets.

Cependant, si certains territoires restent arides en prise d'initiatives, c'est à un tarissement de leadership institutionnel qu'il convient d'en imputer le contentieux. Penser autrement reviendrait à dire que les publics précarisés ne devraient sortir de l'ornière qu'à travers leurs seules forces, sans l'intervention de la puissance publique et le concours du secteur privé et associatif. Le partage des responsabilités vise aussi à donner une assise plus large aux politiques développées et aux projets qui en découlent. Le développement durable comme confluent des approches fragmentées de la santé environnementale et des vulnérabilités sociales produit le partage des responsabilités souhaitables pour ces matières.

### **Le principe de subsidiarité**

Ce principe de politique publique vise à déléguer les moyens d'actions au niveau institutionnel le plus pertinent pour résoudre un problème. Cette délégation peut être ascendante ou descendante.

Pour la délégation ascendante, l'échelon communal peut, par exemple, déléguer la gestion de soins hospitaliers à une intercommunale. S'il s'agit de délégation descendante, ce peut être la Région qui renvoie l'implémentation d'une de ses compétences aux collectivités locales, par exemple la gestion des permis d'urbanisme. La décentralisation se range également dans le paragraphe des relations descendantes, dans ce cas tant le pouvoir que les moyens humains et financiers peuvent être pleinement attribués à l'échelon récipiendaire ; concernant la déconcentration, l'affectation réelle des moyens semble beaucoup moins claire ; ce sujet fâche et fait souvent l'objet de tension entre les différents échelons de pouvoir. La gouvernance multi-niveaux tend à lisser ces contrariétés grâce au dialogue. Pour notre sujet, l'essentiel à retenir sera la recherche d'implication plurielle et intégrée des acteurs de tout niveau institutionnel dans les trois thématiques que nous traitons et surtout de mobiliser une volonté d'efficacité.

### **Le principe de solidarité interpersonnelle et territoriale**

Ce dernier principe choisi parmi les 27 formalisant le développement durable nous paraît le plus sensible ou le plus prégnant des six re-

tenus. Il met en avant la responsabilité de chacun à titre individuel, quel que soit son lieu de résidence et son appartenance nationale et sociale. Chaque geste ou acte a une répercussion sur le présent et l'avenir de la planète et de tous ses habitants.

Aujourd'hui, des villes, des communes, des quartiers entrent en solidarité avec d'autres territoires pour échanger, pour coproduire, pour comprendre et rendre compte des différences dans le respect réciproque. Les gestes ou les activités d'une communauté se retrouvent immédiatement dans la caisse de résonance des réseaux virtuels. Le sentiment de responsabilité conjointe, force aussi à l'équité sociale et territoriale soutenue par le développement durable ; un développement durable qui s'inquiète aussi de la durabilité des personnes et de leur qualité environnementale.

La solidarité territoriale peut également s'exercer dans la proximité, elle passe par des politiques de développement territorial durable. Ces stratégies visent à gommer ou atténuer les fractures territoriales dues à un aménagement du territoire excluant, par exemple, la scission d'un quartier par le passage d'une voie rapide. Ces blessures spatiales suscitent de mauvaises conditions de vie, les populations les plus nanties quittent ces territoires pour laisser le champ à la précarisation sociale et environnementale. Ce constat a conduit à intégrer ces éléments de risque de ruptures plurielles dans les politiques d'aménagement du territoire qui, doublées de cette réflexion multicritérielle, s'intitulent développement territorial durable.

Les politiques de rénovation urbaine chargées de réparer ces désastres sociétaux et environnementaux traitent de manière intégrée et pluridisciplinaire les problématiques de cohésions sociale et territoriale.

Au travers de ces quelques lignes, nous avons tenté de montrer que la santé environnementale et la prise en compte des vulnérabilités sociales participent d'une approche holistique du développement durable.

**Dominique-Paule Decoster**

article résumé par **Anouck Billiet**, OWS

# Prise en compte des vulnérabilités sociales dans la recherche

## Le rôle de la recherche pour mieux comprendre et cibler les liens entre santé environnementale et vulnérabilités sociales

*L'Université de Bielefeld (Allemagne) a mené une recherche sur les liens entre la santé, l'environnement et les vulnérabilités sociales. Cette initiative avait pour objectif d'améliorer les connaissances des intervenants sur l'importance des inégalités de distribution spatiale et sociale des ressources et des risques environnementaux.*

Elle visait une nouvelle approche de la justice environnementale en tant que domaine transdisciplinaire : politique, scientifique et pratique. Elle ambitionnait également la construction de capacités de résolution de problèmes par des collaborations interdisciplinaires et une approche systématique des inégalités environnementales. Il a résulté de ce travail une mise en évidence de cinq domaines clés où des actions ciblées peuvent être menées pour réduire les inégalités de santé environnementale.

Le premier champ d'action se situe au niveau de **l'habitation** et la **localisation du lieu de résidence**, identifiées comme des déterminants sociaux des inégalités de santé. En effet, il existe un lien fort entre les revenus du ménage et l'adéquation perçue du logement. En Allemagne, les ménages à bas revenus vivent plus souvent dans des conditions de logement en dessous des standards, avec un environnement physique, chimique et social les exposant aux risques environnementaux. On observe également une densité plus forte de fast-food dans le voisinage et plus d'obésité. Enfin, la pratique de l'activité physique est liée à la sécurité et l'attractivité des lieux de vie.

L'équipe de chercheurs souligne que l'amélioration de l'habitation et des conditions de résidence peut réduire les inégalités en santé environnementale. Les autorités jouent un rôle clé en ce domaine en mettant en place des stan-

dards au niveau local, en imposant des règles précises pour la salubrité des logements et la qualité du voisinage.

Le deuxième champ d'action potentiel englobe les **pollutions intérieures** et la **qualité de l'air ambiant** dans les habitations. D'une part, il existe de nombreuses preuves que les facteurs de stress chimiques, physiques et biologiques dans les habitations ont des conséquences sur la santé humaine. D'autre part, on rapporte des différences d'expositions à ces facteurs de stress intérieurs selon le niveau social, comme l'utilisation d'énergie fossile pour le chauffage et la cuisine, les allergènes domestiques, etc. Ces risques sont particulièrement élevés pour les personnes qui passent de longues périodes à l'intérieur, par exemple les enfants, les personnes âgées ou encore les chômeurs. L'équipe de recherche a identifié le besoin d'actions pour améliorer la qualité de cet air intérieur. En outre, un centre d'expertise de l'hygiène de l'air intérieur est nécessaire, avec une attention particulière portée aux inégalités sociales.

Signalons également qu'une autre étude portant sur l'exposition des enfants aux polluants intérieurs menée par l'Agence fédérale pour l'Environnement (Allemagne) a pu montrer des types d'expositions aux polluants différents selon le niveau économique. Un enfant vivant dans un milieu socio-économique défavorisé est plus fréquemment exposé au tabagisme passif, au plomb, aux nuisances sonores en provenance du trafic ou des activités de loisirs, ou encore aux détergents. Les enfants des ménages privilégiés, par contre, sont les premières victimes des problèmes liés aux produits chimiques utilisés dans la lutte antiparasitaire, les concentrations de terpènes dans l'air intérieur, et de DDT dans la poussière de maison.

Le troisième champ d'action identifié est la « fuel poverty », comprenez la **difficulté des ménages à se chauffer correctement**. En Allemagne, on estime à plus de 800 000 le nombre de ménages n'ayant pas accès au chauffage moderne et dépensant plus de 10 % de leur revenu pour se chauffer.

Des pistes ont pu être dégagées comme la réduction des coûts des combustibles, l'amélioration de l'efficacité thermique des habitations ou encore des mesures visant à améliorer l'efficacité énergétique notamment par des conseils pour une meilleure consommation d'électricité et d'eau.

Un quatrième champ d'action concerne les **aspects sociaux de la mobilité** et de l'accessibilité aux transports. Ces derniers étant un pré-requis pour la participation à la vie publique et sociale. Par exemple, des personnes âgées ayant des difficultés pour marcher peuvent souffrir d'un manque d'accès à certains services. Les défis à surmonter pour résoudre les inégalités sociales face aux transports sont multiples. Il s'agit tout d'abord de conscientiser les autorités locales et le système de planification des transports sur les exclusions sociales découlant des manques de mobilité et d'accessibilité. Il s'agit ensuite de trouver des fonds d'innovation pour de nouveaux services de transport public, en particulier dans les zones défavorisées, tant en milieu rural qu'en milieu urbain. Il convient enfin de promouvoir la gestion de la mobilité et des infrastructures au travers de meilleures conditions de déplacement pour les piétons et les cyclistes. Les **espaces verts et ouverts** constituent enfin le cinquième champ de travail exploré par les chercheurs de l'équipe allemande en tant que facteur déterminant d'inégalités environnementales. En effet, l'accès et la qualité des espaces verts

sont déterminants dans les comportements de santé tels que les activités physiques. L'accès à des aires extérieures de loisirs de haute qualité permet de réduire les facteurs rendant malades les populations vivant dans des conditions socio-économiques plus faibles.

**Claudia Hornberg** - Université de Bielefeld, École de santé publique – Allemagne, **Katja Kailer** - Agence fédérale pour l'Environnement (UBA) de Berlin, Responsable du projet ERA-ENVHEALTH – Allemagne, **Mohssine El Kahloun** -

Politique scientifique fédérale, membre d'ERA-ENVHEALTH - Belgique

*Voir aussi encadré page 9 'Zoom sur le projet Environment and Health ERANET (ERA-ENVHEALTH)'*

**Séverine Deguen** (Rennes-France) est enseignante chercheuse à l'École des Hautes Études en Santé Publique sur le rôle des expositions environnementales sur les inégalités sociales de santé. Elle a particulièrement travaillé sur le cumul des risques dans les populations défavorisées.

## Equit'Area, un projet de recherche innovant sur la contribution des expositions environnementales et de leur cumul aux inégalités sociales de santé : le cas de la mortalité périnatale

***L'existence d'inégalités sociales de santé est aujourd'hui solidement établie dans la plupart des pays industrialisés<sup>1</sup>. Généralement, les populations socio-économiquement désavantagées sont plus fréquemment affectées par divers problèmes de santé<sup>2</sup>. Le même constat est documenté pour la mortalité néonatale et la mortinatalité<sup>3</sup>, ces derniers constituant des indicateurs pertinents pour caractériser l'état de santé général d'une population<sup>4</sup>.***

Ainsi, aux États-Unis, les données collectées entre 1969 et 2001 montrent qu'en dépit d'une réduction substantielle de la mortalité infantile durant cette période, les disparités socio-économiques persistent<sup>5</sup>. En Grande-Bretagne, entre 1950 et 1993, le nombre de mort-nés a également fortement diminué, notamment grâce à l'augmentation du suivi des femmes durant leur grossesse, et ce même si les inégalités socio-économiques demeurent<sup>6</sup>.

En France, réduire les inégalités sociales de santé est devenu un objectif explicite des politiques de santé ces dernières années. De plus, un des

objectifs de Santé Publique 2004 concerne précisément la réduction du taux de mortalité périnatale. Or, après une diminution du taux de mortalité périnatale depuis le milieu des années quatre-vingt, ce dernier a augmenté de manière inquiétante. De plus, l'étude nationale périnatale de 2003 révèle que l'issue de la grossesse diffère en fonction du revenu du foyer.

À ce jour et en dépit de nombreux facteurs de risque déjà identifiés, une part des inégalités sociales de santé – quel que soit l'évènement sanitaire étudié – demeure inexplicée. Les nuisances environnementales pourraient contribuer à ces inégalités<sup>7</sup>. Les groupes socio-économiquement défavorisés sont souvent à la fois plus exposés à des sources polluantes, et plus sensibles aux effets sanitaires qui en résultent d'autre part. Cette plus grande sensibilité s'expliquerait par un état sanitaire comparativement dégradé et par un accès moindre aux soins précoces. Au travers de ces deux mécanismes agissant de manière indépendante ou combinée, les populations défavorisées pourraient donc souffrir de manière plus prégnante à l'exposition à des facteurs de risque environnementaux.

Déterminer comment ces expositions environnementales peuvent pour partie expliquer les inégalités de santé constitue, aujourd'hui, un objectif de recherche en santé publique. L'objectif général du programme de recherche que nous développons au sein de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) consiste à étudier la contribution des expositions environnementales aux inégalités sociales de santé sur le territoire national ; il fait converger deux champs de recherche habituellement explorés de manière indépendante : l'épidémiologie environnementale et l'épidémiologie sociale.

Dans cette perspective, trois étapes successives et complémentaires seront déroulées :

1. décrire les inégalités socio-spatiales au regard d'expositions environnementales ;
2. décrire les inégalités sociales vis-à-vis de la distribution spatiale de la mortalité périnatale ;
3. tester si les relations entre ces évènements de santé et un ensemble d'expositions environnementales cumulées diffèrent selon le niveau socio-économique.

Il s'agit d'une étude multicentrique de design géographique conduite à l'échelle de l'« IRIS »

1 Kunst, 2007

2 Dalstra, 2005 ; Menvielle, 2007 ; Ellison-Loschmann, 2007

3 Smith, 2007

4 Reidpath, 2003

5 Singh, 2007

6 Dummer, 2000

7 Evans, 2002 ; Sexton, 1993 ; O'Neill, 2003



## Zoom sur le projet Environment and Health ERANET (ERA-ENVHEALTH)

Lancé en septembre 2008 pour une période de 4 ans, le projet ERA-ENVHEALTH vise à coordonner les programmes nationaux de recherches en santé environnementale. Il regroupe 16 partenaires provenant de dix pays européens et Israël. Quatre partenaires consultatifs y sont également associés. Les objectifs stratégiques de ce projet sont multiples :

- élaborer un réseau de gestionnaires de programmes afin de partager l'information sur les activités de recherche et l'expertise ;
  - créer des opportunités de coopération et de coordination d'activités nationales de recherche et identifier les domaines prioritaires menant à des collaborations multidisciplinaires ;
  - développer des activités conjointes et cohérentes, et lancer des appels à projets multinationaux ;
  - fournir un support politique pour l'implantation du plan d'action européen en matière d'environnement et de santé (2004-2010), et soutenir un certain nombre d'autres politiques européennes relatives à la santé environnementale, en ce compris les stratégies climatiques, la pollution de l'air et la santé de l'enfant.
- Un site Internet met à disposition du public et des collaborateurs des informations collectées ainsi que des bases de données

d'experts et de recherches. Les résultats et conclusions des travaux en cours sont également publiés au travers de newsletters, de posters, etc. On dénombre une quarantaine d'organisations, une cinquantaine de programmes et près de 500 projets associés au projet. **Les organisations participantes** sont, pour la plupart, des ministères, des services publics, des agences fédérales et des ONG, mais aussi des organismes de recherche, des fondations, des agences régionales et une organisation internationale.

**Les domaines abordés** sont l'environnement et la santé, les facteurs d'exposition, les effets sur la santé humaine, la méthodologie ou encore les aspects sociaux de la santé environnementale.

**Les priorités actuelles concernant les aspects sociaux** sont la recherche sur les groupes vulnérables, la santé de l'enfant, le lien entre les disparités socio-économiques et la santé, la justice environnementale, les comportements collectifs et individuels, ainsi que le lien entre la santé et le genre. On dénombre ainsi 16 programmes actifs visant à étudier les disparités socio-économiques et la santé. Ces programmes se conjuguent en 27 projets ayant pour thèmes l'environnement local ou de vie, la

qualité de l'air extérieur, la qualité de l'air intérieur, les transports, les espaces verts, le changement climatique, l'alimentation, les agents chimiques, le bruit, les agents biologiques et micro-organismes, les particules, les pesticides.

**Les effets étudiés** sont principalement les allergies, les maladies cardio-vasculaires, la perception du bien-être, les maladies respiratoires, les troubles du sommeil, les troubles visuels, l'asthme et le cancer.

**Les types d'étude** sont majoritairement des études épidémiologiques, des évaluations d'exposition, du biomonitoring, des évaluations des impacts sur la santé humaine, des analyses coût-bénéfice.

Cet inventaire peut être particulièrement intéressant pour aider les décideurs politiques, les gestionnaires de programmes et les scientifiques de terrain grâce à sa vision complète des sujets traités et des méthodologies utilisées, aux informations ciblées et au réseau mis en place.

**Katja Kailer** - Agence fédérale pour l'Environnement (UBA) de Berlin, Responsable du projet ERA-ENVHEALTH – Allemagne, **Mohssine El Kahloun** - Politique scientifique fédérale, membre d'ERA-ENVHEALTH - Belgique  
*Internet : [www.era-envhealth.eu](http://www.era-envhealth.eu)*

ou llot Regroupé pour l'Information Statistique, incluant en moyenne 2000 habitants. L'existence de différences entre le nord et le sud de la France, dans l'apparition d'événements sanitaires, ainsi que la distribution des caractéristiques socio-économiques et des expositions environnementales, nous a conduits à privilégier les 4 grandes agglomérations suivantes : Lille, Paris, Lyon et Marseille.

Nous avons choisi des nuisances environnementales associées dans la littérature avec des événements de santé, pour lesquelles l'existence de gradients socio-économiques était connue et les données étaient disponibles. Ces nuisances retenues sont : la pollution atmosphérique ur-

baine, la proximité d'installations industrielles et les nuisances sonores.

Les estimations à l'échelle de l'IRIS des différentes nuisances seront obtenues par modélisations, elles-mêmes calées sur des mesures. Nous recourrons à différents indicateurs socio-économiques pour appréhender les disparités socio-spatiales d'exposition environnementale, ceci afin d'identifier ceux qui constitueraient les meilleurs marqueurs d'un désavantage environnemental. Une attention méthodologique particulière portera sur la création d'un indicateur de multi-exposition environnementale et sur l'analyse statistique de données spatialisées. Ce projet s'inscrit dans une double perspective.

Tout d'abord l'hypothèse d'une distribution inégale du « fardeau » environnemental selon le profil socio-économique des unités territoriales est en soi originale puisque peu de travaux existent sur le sujet en Europe. Plus novateur est l'objectif d'explorer ce phénomène sur plusieurs agglomérations urbaines, pour en faire un outil d'analyse des politiques d'aménagement du territoire à la disposition des différentes parties intéressées. La seconde perspective est une vision de santé publique. Ce projet constitue une étape pour explorer l'impact sanitaire des inégalités d'expositions à des nuisances environnementales cumulées, exploration qui pourrait se déployer, après cette phase pilote, à une échelle nationale.

Il s'agit ici d'une perspective épidémiologique, comme moyen d'accès à la connaissance des risques environnementaux et d'aide à l'élaboration des politiques publiques de santé et d'environnement.

**Séverine Deguen**<sup>1,2</sup>, **Cindy Padilla**<sup>1,2</sup>,  
**Benoit Lalloué**<sup>1,2</sup>, **Denis Zmirou-Navier**<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup> Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – Rennes-Sorbonne Paris Cité - France

<sup>2</sup> Institut de Recherche en Santé Environnement Travail - France

<sup>3</sup> INSERM U954 – Vandœuvre-les-Nancy-France

<sup>4</sup> Université de Nancy – Vandœuvre-les-Nancy - France

## Références

- Dalstra J. A., Kunst A. E., Borell C. *et al.* (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases : an overview of eight European countries. *Int J Epidemiol.*, 34 (2), 316-26.
- Dummer T. J., Dickinson H. O., Pearce M. S., Charlton M. E. & Parker L. (2000). Stillbirth risk with social class and deprivation : no evidence for increasing inequality. *J Clin Epidemiol.*, 53 (2), 147-55.
- Ellison-Loschmann L., Sunyer J., Plana E. *et al.* (2007). Socioeconomic status, asthma and chronic bronchitis in a large community-based study. *Eur.Respir.J.*, 29 (5), 897-905.
- Evans G. W. & Kantrowitz E. (2002). Socioeconomic status and health : the potential role of environmental risk exposure. *Annu.Rev Public Health*, 23, 303-31.
- Kunst A. E. (2007). Describing socioeconomic inequalities in health in European countries : an overview of recent studies. *Rev Epidemiol.Sante Publique*, 55 (1), 3-11.
- Menvielle G., Kunst A. E., Stirbu I. *et al.* (2007). Socioeconomic inequalities in alcohol related cancer mortality among men : to what extent do they differ between Western European populations ? *Int J Cancer*, 121 (3), 649-55.
- Reidpath D. D. & Allotey P. J. (2003). Infant mortality rate as an indicator of population health. *Epidemiology and Community Health*, 57 (5), 344-46.
- Sexton K. (1997). Sociodemographic aspects of human susceptibility to toxic chemicals : Do class and race matter for realistic risk assessment ? *Environ Toxicol Phar*, 4, 261-69.
- Singh G. K. & Kogan M. D. (2007). Persistent socioeconomic disparities in infant, neonatal, and postneonatal mortality rates in the United States, 1969-2001. *Pediatrics*, 119 (4), e928-e939.
- Smith G. C. & Fretts R. C. (2007). Stillbirth. *Lancet*, 370 (9600), 1715-25.
- O'Neill M. S., Jerrett M., Kawachi I. *et al.* (2003). Health, wealth, and air pollution : advancing theory and methods. *Environ.Health Perspect.*, 111 (16), 1861-70.

*Bert Morrens est chercheur. Son lieu d'attache est la Faculté des Sciences Politiques et sociales d'Antwerpen, Belgique.*

# Programme flamand de biomonitoring sur les adolescents : les gradients sociaux observés diffèrent d'un polluant à l'autre

**Les implications politiques en santé environnementale ont une portée de plus en plus importante. En effet, la pollution environnementale est non seulement identifiée comme une menace potentielle pour la santé humaine et l'éco-diversité, mais aussi comme facteur potentiel d'aggravation ou d'atténuation des tendances liées aux inégalités sociales.**

Depuis les années 1980, des études intégrées dans le « Mouvement pour la justice environnementale » montrent que les populations minoritaires et socialement défavorisées sont à double risque, car elles peuvent être plus exposées aux pollutions environnementales – ce sont les inégalités de proximité – et plus sensibles à leurs effets néfastes pour la santé – il s'agit des inégalités d'impact – tout en contribuant de manière moindre à la pression de l'environnement.

Ces deux types d'inégalités peuvent affecter l'état de santé de la personne de manière indépendante, mais ceux qui sont à la fois plus exposés et plus sensibles subiront le plus d'effets sur leur santé. Même s'il est clair que la combinaison des deux types d'inégalité sera concentrée sur la fraction de population la plus socialement vulnérable, la relation entre le statut socio-économique (SSE) et la santé environnementale ne peut se limiter uniquement aux personnes pauvres.

## Biomarqueurs

Dans la plupart des recherches en justice environnementale, l'ampleur des inégalités est mesurée par des indicateurs de pollution spécifiques (tels que les sources d'émission) et leurs corrélations avec des caractéristiques socio-démographiques cartographiées. Toutefois, ces mesures semblent être assez limitées, car elles ne traitent que de l'exposition externe (potentielle) à des

polluants. Dans cette étude, nous souhaitons compléter par une perspective particulière qui est moins souvent utilisée en termes d'inégalité sociale : l'exposition interne à la pollution de l'environnement. Celle-ci peut être mesurée en utilisant la biosurveillance humaine, c'est-à-dire une technique permettant de mesurer l'exposition et les effets biologiques de composés chimiques dans les tissus humains, en utilisant des biomarqueurs.

Un biomarqueur indique la quantité de pollution effectivement absorbée et retenue dans le corps. La plus grande partie des études de biosurveillance humaine n'utilisent les mesures socio-économiques que comme des facteurs confondants qui « contrôlent » les effets potentiels. Ces études analysent rarement la relation spécifique entre les indicateurs socio-économiques et les biomarqueurs. Les quelques études qui prennent en compte les variables so-

ciales montrent des résultats mitigés entre les concentrations de produits chimiques de l'environnement et le niveau d'éducation, le revenu, l'origine ethnique ou d'autres indicateurs socio-économiques. Toutefois, un grand nombre de ces études s'effectuent sur des petits échantillons de moins d'une centaine de répondants ou envisagent seulement des sous-groupes spécifiques tels que les patients atteints de cancer du pancréas ou les femmes afro-américaines enceintes<sup>1</sup>. Il s'agit ici de faire les liens entre le SSE et l'exposition interne d'une population importante de 1640 jeunes flamands de 14-15 ans à sept polluants sélectionnés. Ces données ont été recueillies par le Centre flamand d'expertise sur l'environnement et la santé (un consortium de toutes les universités flamandes et de centres de recherche dotés de différentes expertises scientifiques), financé par le Gouvernement flamand. Entre 2002 et 2006, le Centre a mené le « premier programme de biosurveillance humaine flamand », dans 3 groupes d'âge (les nouveau-nés, les adolescents et les adultes plus âgés, pour un total de plus de 4800 participants), et 8 environnements différents. Nous avons mesuré 7 biomarqueurs d'exposition (7 polluants chimiques) et questionné les participants de manière extensive. En socio-stratifiant les résultats de la première campagne de biosurveillance sur les adolescents (n = 1640), nous évaluons les gradients sociaux spécifiques (mesurés par le niveau de diplôme des parents) qui se dégagent quand on regarde la concentration interne des polluants.

## Zone d'étude et sujets

La première campagne de biosurveillance humaine d'adolescents a été menée dans huit zones flamandes aux pressions environnementales et de pollution différentes : l'agglomération d'Anvers, l'agglomération de Gand, les zones industrielles regroupées des ports d'Anvers et de Gand (respectivement des industries pétrochimiques et métallurgiques), les zones industrielles autour du canal Albert (industrie chimique), la zone industrielle de Olen (industrie non-ferreuse), les environs immédiats des incinérateurs d'ordures

ménagères, une zone rurale à la culture intensive de fruits, et une zone rurale (campagne).

La surface totale du site d'étude couvre 22 % de la surface totale de la Flandre et est habitée par 20 % de la population flamande. Les adolescents étaient inscrits dans 50 écoles situées dans les huit régions sélectionnées, et échantillonnés entre octobre 2003 et juillet 2004. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé et avaient le droit de se retirer de l'étude à tout moment. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique médicale de l'Université d'Anvers. Les résultats détaillés sur la répartition géographique de l'exposition interne à la pollution de l'environnement (et les effets liés à la santé) et le protocole de l'étude sont décrits ailleurs<sup>2</sup>. Dans cet article, nous nous concentrons sur la distribution sociale des résultats de biosurveillance.

## Les mesures des polluants

Environ 200 ml d'urine et 40 ml de sang ont été prélevés sur chaque participant afin d'effectuer diverses analyses chimiques et d'évaluer la concentration interne liée à l'exposition à sept polluants de l'environnement. Les composés chlorés persistants ont été mesurés dans le sérum : les marqueurs PCB (PCB 138, 153 et 180) et les pesticides hexachlorobenzène (HCB) et p,p'-DDE (un métabolite du DDT). Le plomb et le cadmium ont été mesurés dans le sang. Deux métabolites de composés volatils, le HAP (1-hydroxypyrene) et le benzène (l'acide -muconique t,t'), ont été mesurés dans l'urine. Les procédures d'évaluation toxicologique des analyses de sang et d'urine sont décrites en détail par ailleurs<sup>3</sup>.

Pour chaque biomarqueur d'exposition, la concentration équivalente au 90<sup>e</sup> percentile pour l'ensemble du groupe a été calculée (P<sub>90</sub> de référence). Puisque 90 % de tous les adolescents ont une concentration corporelle inférieure à cette valeur, le P<sub>90</sub> reflète la valeur de crête de l'échantillon de l'étude pour chaque biomarqueur. D'un point de vue toxicologique, l'analyse des pics d'exposition est parfois plus importante que l'exposition modale, puisque la plupart des risques de santé sont attendus pour les personnes et les

groupes étant les plus exposés. Dans cet article, nous voulons savoir si les adolescents au statut socio-économique bas sont situés de manière disproportionnée dans le groupe le plus exposé (au-dessus du P<sub>90</sub>) par rapport au groupe des adolescents du groupe de SSE moyen ou élevé. Des analyses similaires, utilisant le 90<sup>e</sup> ou le 95<sup>e</sup> percentile de concentrations pour évaluer les différences socio-économiques dans l'exposition interne à la pollution de l'environnement ont été menées par d'autres auteurs<sup>4</sup>.

## Les mesures du statut socio-économique et d'autres facteurs personnels

En plus de la collecte de sang et d'urine, il a été demandé aux participants de remplir des questionnaires sur des facteurs personnels, sociaux et de style de vie comme les loisirs, l'exposition à la circulation, les sports, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'état de santé et les perceptions du risque. Les parents des adolescents ont également rempli un questionnaire comportant des données sur leur éducation, le logement, l'histoire de résidence, le revenu du ménage et l'historique de la santé de leur enfant participant.

Ces questionnaires ont permis de construire le statut socio-économique individuel, un concept multidimensionnel qui représente la position d'une personne dans la hiérarchie de la société. Le SSE est traditionnellement mesuré à l'aide de trois types d'indicateurs : l'éducation, la profession et le revenu. Comme nos sujets de recherche sont des adolescents de 14-15 ans, n'étant pas actifs sur le marché du travail, leur SSE doit être défini par des indicateurs parentaux ou du ménage. Malheureusement, tous les indicateurs socio-économiques traditionnels n'ont pas été correctement mesurés dans le questionnaire, ce qui a rendu impossible la construction d'un indice combiné de statut SE. Par conséquent, nous avons décidé de définir le SSE des adolescents par le plus haut niveau de scolarité (diplôme obtenu) de leurs parents. Ce choix est légitime puisque l'éducation est considérée comme un indicateur particulièrement consistant en matière de recherche sur la santé environnementale<sup>5</sup>. En particulier pour la

1 Porta et al. 2008; Borrell et al. 2004

2 Schroyen et al. 2008, Den Hond et al. 2009

3 Schroyen et al. 2008

4 McKelvey et al. 2007; Axelrad et al. 2009

5 O'Neill et al. 2003

santé environnementale des enfants, une étude récente de l'utilisation des facteurs socio-économiques<sup>6</sup> a conclu que l'éducation parentale est la mesure de SSE individuel des enfants la plus utilisée dans les études européennes en santé environnementale.

Le SSE individuel des adolescents a été estimé à partir du niveau de diplôme de leurs parents selon trois catégories : diplôme de l'enseignement primaire (lorsque les deux parents n'ont pas terminé leurs études secondaires), secondaire (au moins un des parents a terminé ses études secondaires) ou supérieur (au moins un des parents a fait des études supérieures). Il a été alors utilisé comme *proxy* du SSE individuel des adolescents, ce qui correspond respectivement à un SSE faible, moyen ou élevé.

## Les résultats

Les résultats montrent que, selon le type de polluant, les adolescents ayant un statut socio-économique plus faible peuvent soit avoir une concentration interne supérieure ou plus faible. Les hydrocarbures aromatiques polychlorés (BPC et pesticides HCB et DDE) sont corrélés positivement avec le SSE, tandis que les métaux lourds (plomb et cadmium) sont négativement associés. Pour les métabolites des composés volatiles (benzène et HAP), nous ne trouvons pas d'association significative avec le SSE.

En se concentrant sur les gradients sociaux de BPC et de cadmium qui sont les plus importants dans le tableau ci-dessus et en utilisant plusieurs modèles de régression logistique, il apparaît que les facteurs de mode de vie construits sur une

base sociale, comme les habitudes alimentaires, jouent un rôle important dans ces gradients.

L'association initiale trouvée entre l'exposition aux BPC et le SSE montre également des rapports des cotes (OR) de 2,7 et 1,9, ce qui signifie que les adolescents dont les parents ont un haut niveau d'instruction sont non seulement 2,7 fois plus susceptibles d'être exposés aux BPC que les adolescents ayant des parents peu instruits, mais aussi 1,9 fois plus susceptibles que les adolescents dont les parents ont un niveau d'instruction moyen. Cette association n'a pas pu être expliquée par des facteurs démographiques ou biométriques comme le sexe, l'âge ou l'indice de masse corporelle (IMC). De même, les différents lieux de vie des adolescents ne pouvaient pas expliquer les gradients sociaux. Toutefois, lorsque l'on tient compte de l'allaitement des adolescents quand ils/elles étaient bébé, l'association entre les BPC et le SSE a disparu.

Nous constatons que les adolescents ayant des parents peu scolarisés sont 2,2 fois plus susceptibles de souffrir d'une exposition élevée au cadmium par rapport aux adolescents dont les parents ont un haut niveau d'instruction. Cet effet ne peut pas être expliqué par les facteurs de confondants traditionnels (comme l'âge, le sexe, l'IMC, le lieu de vie) mais semble être associé à la consommation récente de cigarettes : les adolescents de faible SSE fument 4,5 fois plus que les adolescents avec SSE élevé.

En conclusion, lorsque l'exposition interne à la pollution de l'environnement est examinée, on peut voir apparaître une image plus complexe et nuancée dans laquelle aucun gradient social

clair ne peut être identifié. Cela ne signifie toutefois pas qu'il n'y a pas de problèmes sociaux impliqués, puisque nous trouvons des indications d'une inégalité de sensibilité à la pollution. Les adolescents de faible SSE présentent un état de santé moins bon, ont des habitudes plus délétères en matière de santé, ont plus d'asthme diagnostiqué et ont moins souvent la perception des risques. Ces facteurs pourraient les rendre plus vulnérables à la pollution que les adolescents disposant d'un statut socio-économique plus élevé.

**Bert Morrens<sup>1</sup>, Ilse Loots<sup>1</sup>, Liesbeth Bruckers<sup>2</sup>**, Flemish Center of Expertise on Environment and Health

<sup>1</sup> Universiteit Antwerpen, <sup>2</sup> Universiteit Hasselt

## Références

- Bolte G, Kohlhuber M, Weiland SK, Zuurbier M, Stansfeld S, Heinrich J : Socioeconomic factors in EU-funded studies of children's environmental health. *Eur J Epidemiol* 2005, 20(4) :289-291.
- Borrell L, Susser E. (2004), Effect of Socioeconomic Status on Exposures to Polychlorinated Biphenyls (PCBs) and Dichlorodiphenyldichloroethylene (DDE) among Pregnant African-American Women, *Archives of Environmental Health*, vol 59 (5) : 250-255.
- Den Hond, E., Govarts, E., Bruckers, L., and Schoeters, G. (2009). Determinants of polychlorinated aromatic hydrocarbons in serum in three age classes—Methodological implications for human biomonitoring. *Environ. Res.* 109(4), 495-502.

LA CHARGE CORPORELLE DES COMPOSÉS CHIMIQUES	% AU-DESSUS DU P90 PAR SSE				
	90 <sup>E</sup> PERCENTILE	PRIMAIRE	SECONDAIRE	SUPÉRIEUR	P-VALEUR
<b>HYDROCARBURES AROMATIQUES POLYCHLORÉS</b>					
BPC	124,98 NG/G LIPID	5,2	7,7	13,3	0.001
p,p'-DDE	335,11 NG/G LIPID	9,2	9,7	10,5	0.782
HCB	31,37 NG/G LIPID	8,7	8,5	11,5	0.193
<b>MÉTAUX LOURDS</b>					
PLOMB	45,40 µG/L	14,6	9,7	8,8	0.025
CADMIUM	1,27 µG/L	15,0	10,9	7,4	0.001
<b>COMPOSÉS VOLATILES ORGANIQUES</b>					
BENZÈNE	271 NG/G CREA	10,0	8,4	10,6	0.411
HAP	484 NG/G CREA	11,3	8,7	10,7	0.423

<sup>6</sup> Bolte et al. 2005

■ Porta M, et al. (2008), Differences in serum concentrations of organochlorine compounds by occupational social class in pancreatic cancer, *Environmental Research* (108) : 370-379.

■ Schroyen C, Baeyens W, Schoeters G, Den Hond E, Koppen G, Bruckers L, Nelen V, Van De Mieroop E, Bilau M, Covaci A, Keune H, Loots I, Kleinjans J, Dhooge W, Van Larebeke N : Internal exposure

to pollutants measured in blood and urine of Flemish adolescents in function of area of residence. *Chemosphere* 2008, 71 :1317-1325

## Observation des vulnérabilités sociales pour une meilleure santé dans un environnement plus sain

*Matthias Braubach travaille au centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO) – Europe-Copenhague. Il coordonne le projet European Environmental Health Information System (EHIS) et est un spécialiste de l'observation des liens entre la santé environnementale et les vulnérabilités sociales.*

### Observer les groupes de population vulnérables dans un système d'information et de surveillance en santé environnementale : un défi que tente de relever le Centre Européen OMS pour l'environnement et la santé (Bonn) à travers le projet ENHIS

***La justice environnementale et les inégalités de santé font l'objet d'une attention croissante ces dernières années. Ainsi, les inégalités sociales et de genre dans les expositions aux facteurs de risque environnementaux d'une part, et la répartition inéquitable du poids des maladies liées à l'environnement d'autre part, ont été identifiées comme problèmes prioritaires à la cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé qui s'est tenue à Parme, en mars 2010.***

Les décideurs politiques et les responsables de santé sont bien conscients du fait que les groupes vulnérables et marginalisés ont besoin d'une protection spéciale et qu'il est nécessaire de mettre en œuvre des mesures spécifiques pour les atteindre.

Les défis techniques sont d'identifier les facteurs de risque en santé environnementale qui sont associés à une exposition ou à un impact sur la santé substantiellement accru dans des tranches spécifiques de la population, ensuite d'identifier des déterminants de

vulnérabilité et de quantifier les avantages en santé publique liés à la réduction des inégalités de santé environnementale. Caractériser les expositions et leurs effets sur la santé dans les publics socialement vulnérables est un défi majeur pour les systèmes d'information et de surveillance en santé environnementale tels que ENHIS (WHO Environment and Health Information System)

S'ils veulent refléter les dimensions vulnérabilité, pauvreté et exclusion sociale, les systèmes de surveillance en santé environnementale ont besoin d'élargir leurs bases de données en incluant des informations socio-démographiques individuelles ou des ménages, tels que l'âge, le sexe, le revenu, le niveau d'instruction, la nationalité, etc. Or, les pays européens recueillent rarement ces données dans leurs statistiques de routine. Les données potentiellement pertinentes sur les déterminants socio-démographiques ne sont parfois même pas disponibles. Par conséquent, une première étape devrait comprendre une revue de la littérature ayant pour objectif d'identifier les

groupes défavorisés ou vulnérables. Parmi les autres difficultés rencontrées, notamment dans l'étude des tendances dans le temps, notons les changements de définitions de types de questions ou de présentation qui rendent impossible le suivi correct des inégalités sur de plus longues périodes.

D'autres difficultés découlent du fait que les déterminants socio-démographiques, comme l'âge ou les revenus, peuvent être directement associés à la perception des conditions environnementales. Il est donc difficile d'évaluer la validité des inégalités fondées sur des données rapportées par les personnes interrogées telles que la perception de la pollution de l'air ou de l'exposition au bruit. Cependant, dans de nombreux cas, les sources de données disponibles se basent sur des enquêtes de perception, s'appuyant sur du déclaratif. Souvent, il n'y a que peu ou pas de données objectives sur la distribution des expositions ou des effets sur la santé dans les différentes strates socio-démographiques.

Enfin, dans de nombreuses bases de données, les possibilités de combiner différents paramètres sont restreintes : certaines bases permettent de relier les déterminants socio-démographiques et les variables d'état de santé (évaluation des inégalités de santé), d'autres fournissent des informations sur les vulnérabilités sociales, l'âge ou le sexe par rapport à l'exposition aux facteurs de risque environnementaux (approche des inégalités environnementales). Cependant, il n'y a que très peu de systèmes d'observation qui permettent de faire des liens entre les trois dimensions, à savoir les données socio-démographiques, les expositions environnementales et les impacts sur la santé. C'est pourquoi il est presque impossible actuellement d'évaluer l'ampleur des inégalités de santé causées par l'exposition aux risques environnementaux, en relation avec des variations socio-démographiques, sur base des données collectées en routine. En résumé, le chemin est encore long si nous voulons inclure les aspects de vulnérabilité sociale dans la collecte systématique de données et dans les systèmes d'observation. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire :

- d'identifier les variables socio-démographiques intéressantes pour la stratification d'une exposition au risque donné et/ou d'impacts pour la santé ;
- de trouver des mécanismes adéquats, afin d'ajouter ces informations dans la collecte de données de routine et les systèmes de surveillance ;
- de développer des systèmes d'observation qui mettent en perspective des données sur la vulnérabilité, l'exposition et les effets sur la santé en parallèle ;
- de rendre possible l'analyse et la présentation des données sur les inégalités environnementales de santé au niveau de petites échelles spatiales telles que les quartiers, villes ou régions.

Au-delà du renforcement des capacités des systèmes d'observation, la conception d'actions ciblées sur les groupes vulnérables sera un véritable défi. S'il est essentiel de connaître les groupes de population les plus touchés, il n'est pas toujours possible d'élaborer des mesures spécifiques visant à réduire l'exposition environnementale de ces groupes cibles en particulier. Par conséquent, dans de nombreux cas,

la réponse politique la plus adaptée sera le plus souvent une réduction générale de ces risques, sans identifier les inégalités d'exposition.

Bien que ces interventions profiteront à tous les sous-groupes de population, et qu'on puisse espérer dès lors qu'elles profitent aux plus défavorisés d'abord, des mesures spécifiques adaptées aux groupes cibles les plus touchés ou les plus exposés à certains risques sont nécessaires et doivent être développées en parallèle grâce à l'amélioration des systèmes d'observation des inégalités.

Le Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS travaille actuellement sur l'intégration de ces indicateurs socio-démographiques dans le ENHIS. Il a également procédé à un examen des données nationales et internationales sur les différences socio-démographiques dans l'exposition aux risques environnementaux.

Ce travail contribuera à englober les vulnérabilités sociales et à surveiller les inégalités dans l'exposition et/ou les effets sur la santé.

**Matthias Braubach**, WHO European Centre for Environment and Health, Bonn Office

*Dragan Gjorgjev travaille au « National Public Health Institute », en République de Macédoine. Il est en charge de préparer les plans nationaux santé environnement dans son pays qui, rappelons-le, fait partie de l'Europe mais pas de l'Union européenne. Il témoigne des difficultés liées à l'ampleur des problèmes économiques que rencontre son pays. Dragan Gjorgjev est aussi l'auteur principal de l'ouvrage sur le système de soins en Macédoine de la collection « Health in transition de l'Observatoire européen des systèmes de santé »*

## Quelques aspects des disparités socio-économiques en République de Macédoine

**Située au sud est de l'Europe, la République de Macédoine est composée d'une population multiculturelle et multiethnique. Elle rencontre, depuis de nombreuses années, de graves problèmes socio-économiques et politiques avec les pays frontaliers.**

La République de Macédoine est aussi confrontée à de nombreuses difficultés en termes de gestion des risques en santé environnementale. Le niveau élevé de chômage

et de pauvreté (plus de 30 %), le faible PIB (en dessous de 3000 USD), combinés à une mortalité infantile importante (près de 12 ‰) constituent les principaux facteurs d'inégalités sociales et entraînent de nombreux risques en santé environnementale.

Le pays travaille actuellement sur l'adoption d'un deuxième Plan d'actions Environnement Santé. La mise en œuvre est lente en raison du manque de ressources financières

et humaines, du manque de collaborations intersectorielles. Elle souffre également d'un nombre trop élevé de priorités et d'un besoin important de mettre en œuvre les actions nécessaires.

Les principales menaces d'origine environnementale pour la santé sont : la pollution de l'air liée au trafic ; la qualité instable de l'eau potable dans les communes rurales ; les mauvaises pratiques d'hygiène et un assai-

nissement local inadéquat<sup>1</sup>; la fréquence élevée des blessures; le niveau de bruit dans les zones urbaines.

Cependant, nous disposons de peu d'éléments concernant les problèmes de santé environnementale spécifiquement liés aux groupes socialement vulnérables. Seules quelques études sur le terrain montrent des problèmes liés à l'eau et à l'assainissement, à la gestion des déchets pour les ménages pauvres, en particulier parmi la population rom et parmi les minorités albanaises de certaines régions.

Les menaces sont particulièrement visibles au sein de la population rom, compte tenu de plusieurs facteurs: le faible niveau de connaissances en matière de santé, l'analphabétisme,

la fréquence élevée des grossesses précoces et à risques, etc. On relève aussi au sein de cette population un taux important de mortalité infantile et maternelle, ainsi qu'une morbidité élevée chez les enfants en dessous de 5 ans, une faible couverture de vaccination, etc.

De plus, le gouvernement central investit trop peu de moyens dans la réduction de ces risques. Ces investissements sont principalement dédiés à l'infrastructure pour l'approvisionnement en eau et la collecte des eaux usées dans certaines localités rurales. Le processus de décentralisation est lent. Les capacités institutionnelles et humaines sont pauvres et nécessitent une modernisation, il en est de même pour le manque de colla-

boration entre les secteurs et de suivi pertinent des progrès.

La République de Macédoine nourrit de grands espoirs quant au processus d'intégration dans l'Union européenne. Dans ce domaine, outre les opportunités de partage d'expériences, entrer dans les projets de l'Union permettra sans doute de garantir l'évaluation des risques en santé environnementale – y compris le bio-monitoring – et la poursuite des travaux sur les indicateurs pour les personnes issues de groupes sociaux spécifiques.

**Prof. Dragan Gjorgjev**, National Public Health Institute, Republic of Macedonia

<sup>1</sup> Environ 70 % des agglomérations urbaines disposent d'un réseau d'assainissement, alors que dans les zones rurales le taux de connexion est de 15 %.

## Prise en compte des vulnérabilités sociales dans les actions et les programmes

*Françoise Jadoul travaille à l'ASBL Espace Environnement. Elle est spécialiste des liens entre santé et logement. Elle a récemment écrit un livre « Vers un nouvel habitat » ou comment vivre dans un logement éco-durable et sain.*

### Former des intervenants sociaux à domicile aux questions de pollution intérieure : retour d'expérience

**Depuis 2001, le Gouvernement wallon soutient le projet « La Santé et l'Habitat » mené au sein de l'asbl Espace Environnement : l'objectif est de contribuer à la réduction des problèmes de santé liés à la pollution intérieure.**

Le projet vise à développer des actions d'information et de sensibilisation du grand public. Il souhaite particulièrement toucher les populations défavorisées occupant des logements vétustes (parfois à la limite de l'insalubrité) et pour lesquels les moyens de prévention et de remédiation (en termes financier, d'accès à l'information, etc.) sont en général limités. Il s'agit ainsi de diffuser des messages sous forme de propositions d'actions simples et concrètes.

En 1987 déjà, l'OMS déclarait que « les expositions résidentielles peuvent être considérablement réduites si les occupants effectuent des choix opportuns. La réduction de l'exposition dépendra donc de l'identification des sources ainsi que de la diffusion d'informations et de conseils efficaces au sein des ménages ».

Afin que les populations défavorisées s'approprient les conseils, il faut que ceux-ci répondent à leurs préoccupations d'une part et qu'ils soient réellement applicables dans leur quotidien d'autre part. Ainsi, pour élaborer ces conseils, Espace Environnement (EE) a développé une méthodologie de travail qui se nourrit du terrain pour alimenter une réflexion concertée et déboucher sur des actions concrètes.

#### Se nourrir du terrain

Se nourrir du terrain et recueillir les préoccupations des populations visées est essentiel. Nous le faisons dans le cadre de groupes constitués au sein des « Écoles de consommateurs », des Régies des Quartiers, des CPAS, etc. C'est l'occasion pour ces publics de témoigner de leur vécu relatif à la qualité de leur logement et à la pollution intérieure en particulier, de partager leurs questionnements, les difficultés rencontrées – comme par exemple un manque de moyens pour chauffer correctement son logement, une relation conflictuelle avec le propriétaire, la présence d'humidité récurrente dans le logement – mais aussi leurs compétences en

matière de prévention ou de remédiation. Les ateliers pratiques (de fabrication de produits d'entretien par exemple), constituent la formule privilégiée. Ils sont l'occasion de co-développer l'autonomie des participants, leur capacité à prendre en charge la gestion de leur logement. Les ateliers se basent également sur un savoir et un savoir-faire. Plusieurs années d'activité d'EE nous ont permis d'identifier les principales préoccupations des populations défavorisées en matière de pollution intérieure. Si certaines sont liées au mode de vie (la manière dont on se chauffe, dont on aère, dont on entretient le logement, le séchage du linge à l'intérieur, le tabagisme, etc.), d'autres concernent des caractéristiques du logement (présence d'humidité et de moisissures, isolation peu performante, appareils de chauffage vétustes, absence de système de ventilation...).

### Alimenter une réflexion concertée

Le vécu, les questionnements, les préoccupations et les difficultés recueillis auprès des populations défavorisées constituent une « base de connaissances » qu'EE valorise dans le cadre de l'organisation de tables rondes réunissant des experts de différentes disciplines liées aux thématiques de la pollution intérieure. Celles-ci réunissent des professionnels de la santé, des scientifiques, des professionnels de la construction, des intervenants sociaux et les pouvoirs publics. Elles visent à décloisonner ces secteurs d'activité pour aboutir à un discours cohérent et partagé en vue de promouvoir des solutions simples et efficaces pour un environnement intérieur sain.

### Déboucher sur des actions concrètes

Les résultats des débats de chaque table ronde servent à alimenter la rédaction de fiches d'information de la série *La Santé et l'Habitat* réalisée par EE et destinée à un public peu averti. Elles sont, entre autres, utilisées pour illustrer les conseils donnés à l'occasion de nos rencontres avec les populations défavorisées afin d'aboutir à des changements de comportement en faveur d'un habitat plus sain.

### Un module de formation sur la pollution intérieure à destination d'intervenants sociaux à domicile

Consciente de la nécessité de relayer l'information auprès d'un plus large public d'habitants précarisés, EE a créé, en 2006, un module de formation sur la pollution intérieure à destination d'intervenants sociaux à domicile. L'objectif était de créer un réseau de formateurs : les intervenants sociaux formés devenant à leur tour formateurs de nouveaux groupes d'intervenants.

Ces acteurs de proximité sont en effet susceptibles de repérer des signes de pollution au domicile de leurs bénéficiaires et de leur donner les conseils de base pour la prévenir ou y remédier. Pour se faire, ils doivent bien entendu être formés au préalable, notamment – pour les aides ménagères par exemple – à la question des produits d'entretien et de leurs impacts sur la santé.

Le module de formation a été conçu en partenariat avec le Centre d'Enseignement et de Recherche pour l'Environnement et la Santé (CERES), les Services d'Analyse des Milieux Intérieurs (SAMI) de Liège et de Namur, et la

Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure (CRIPI) de Bruxelles Capitale. Il a pour support un diaporama et un guide du formateur. Le module colle le plus possible aux situations réelles sur le terrain grâce aux photos prises par les SAMI et la CRIPI lors de leurs visites au domicile de patients souffrant de problèmes de santé potentiellement liés à la mauvaise qualité de leur logement. Le guide du formateur développe le contenu de chaque diapositive du montage et fournit des références d'organismes ressources. La réalisation du module de formation s'est concrétisée par une phase de test en collaboration avec l'antenne namuroise de la Fédération des Centrales de Services à Domicile (CSD), ainsi que les CPAS de Charleroi et de Liège. L'objectif était d'exploiter les enseignements de cette formation pilote pour perfectionner les supports. L'évaluation a, en outre, permis de mettre en évidence que cette formation est perçue comme pertinente par les intervenants sociaux à domicile dans le cadre de leurs activités professionnelles. Ils répondent positivement à l'idée qu'ils puissent se positionner auprès de leurs bénéficiaires comme agents de changements de compor-

#### Avec le soutien des pouvoirs public, les acteurs locaux se mobilisent pour améliorer la qualité de l'air qu'ils respirent à Marchienne-Docherie

**Patrick Jadoulle**, médecin généraliste à la maison médicale La Glaise de Marchienne-au-Pont, a présenté l'exemple de la gestion de la pollution atmosphérique et de ses conséquences sur la santé avec l'ensemble des acteurs de terrain.

Petit retour en arrière. 2006, près de Charleroi, un jour sur deux, la concentration de microparticules dans l'air dépasse le seuil autorisé et ce de manière considérable. Depuis plus de vingt ans, les riverains des industries se plaignent.

Petit à petit, les acteurs de terrain se sentent concernés. Après une forte aggravation de la fréquence et de l'intensité de la pollution atmosphérique, les autorités politiques wallonnes proposent la création d'un groupe de

travail et interpellent les acteurs locaux. Les pouvoirs publics ont mis un cadre et les associations s'y sont engouffrées, elles ont ensuite été le moteur de l'action. Parmi elles : l'asbl Espace-Environnement, la maison médicale, les espaces citoyens (CPAS), les comités de riverains... Les énergies mobilisées ont permis d'obtenir des industries concernées des investissements industriels et une amélioration significative de la qualité de l'air à partir de 2008.

*Extrait d'un article de l'Agence Alter : « Risques environnementaux les pauvres trinquent ! », de Revue Alter Échos n° 304 - secteur santé / rubrique Action sociale – 29/10/2010. Plume : Marinette Mormont*



tement en faveur d'un environnement intérieur plus sain. Ils se définissent eux-mêmes comme agents potentiels de changements progressifs et non comme vecteurs d'une « révolution » du mode de vie au sein des foyers. Depuis cette formation pilote, EE a dispensé son module auprès de nouveaux intervenants sociaux à domicile au sein de CPAS, mais aussi auprès d'autres relais potentiels : tuteurs énergie des CPAS, gardiennes d'enfants de l'ONE, médecins et délégués syndicaux. Malheureusement, si ces structures sont intéressées par la formation des intervenants sociaux en matière de pollution intérieure et reconnaissent que les conseils donnés peuvent améliorer les conditions de vie quotidienne des bénéficiaires de leurs prestations, en pratique elles ne disposent ni du temps nécessaire pour s'approprier le sujet et mettre en place un réseau de formateurs, ni du matériel

technique adéquat pour projeter sur écran. Il apparaît donc un biais de l'outil et la capacité technique et temporelle des structures professionnelles ciblées à utiliser cet outil, biais qui n'avait pas été mis en évidence par ces structures lors de la phase de test de l'outil. De plus, les préoccupations élémentaires des populations défavorisées ne concernent pas la pollution intérieure, même si la prévenir ou y remédier pourrait être très bénéfique pour leur confort au quotidien. Enfin, les changements de comportement sont difficiles à mettre en place, il faut trouver le bon levier. Pourquoi opter pour un nouveau comportement moins polluant quand l'habituel donne entière satisfaction ? Sensibiliser les populations défavorisées à la problématique de la pollution intérieure demande du temps car, pour convaincre, il faut maîtriser le sujet (se former de manière

continue) et être disponible auprès des publics cibles. Les structures d'aide à domicile se montrent donc désireuses de bénéficier des formations dispensées par Espace Environnement à l'ensemble des intervenants sociaux à domicile intéressés. Elles sont aussi preneuses d'un accompagnement en continu via la permanence téléphonique, ainsi que des remises à niveau périodiques.

**Françoise Jadoul et Étienne Delooz,**  
Équipe Santé-Habitat,  
Espace Environnement Belgique  
Courriel :  
[sante-habitat@espace-environnement.be](mailto:sante-habitat@espace-environnement.be)

*Emmanuel Condé et Sophie Crapez travaillent avec des populations défavorisées de Charleroi depuis de longues années. En les invitant, les organisateurs du congrès voulaient creuser des pistes pour aller au-delà de la nécessité d'une communication « adaptée au public » et permettre à toutes les personnes, de manière individuelle ou collective, de devenir actrices de changement.*

## Comment adapter une communication vers un public défavorisé pour qu'il devienne davantage acteur du changement ? – « La santé dans l'assiette »

« La santé dans l'assiette » est un outil pédagogique élaboré par l'ASBL carolo « Comme chez nous ». Cet outil est d'abord né d'une série d'observations ayant trait à la santé de la population accueillie dans l'institution, notamment sur les déterminants de la santé comme les conditions de logement, l'hygiène, la salubrité, les bonnes ou mauvaises habitudes alimentaires, les éventuelles addictions, etc. Ensuite s'est posée une question : comment peut-on mieux toucher et impliquer cette population – apparemment peu demandeuse – autour d'un projet de promotion de la santé ? Première étape, la recherche exploratoire. Celle-ci avait un double objectif : d'une part

réaliser un diagnostic communautaire prenant en compte le point de vue de tous les acteurs, le contexte environnemental, etc. ; ensuite, préparer « le terrain » pour les actions mobilisatrices à venir. Cette phase répond en partie à trois questions préalables : quel public ? Quelles communications ? Quel contexte ? Le public est ici constitué de personnes dites « en très grande exclusion sociale ». Il constitue un des plus difficiles à atteindre par un message de communication. Ce sont des hommes et des femmes présentant quelques-unes des caractéristiques suivantes :

- mode de vie marginal ;
- faible scolarité ;

- mauvaise estime de soi ;
- méconnaissance des droits et des devoirs ;
- déficit en informations ;
- besoins mal exprimés ou mal connus ;
- présence de ressources résiduelles bien souvent méconnues.

### La co-construction : retour d'info, concertation et négociation, consensus

Forts de l'expertise réalisée et des données récoltées, la mise en route de la dynamique participative pouvait commencer. Le retour d'info auprès des personnes ayant participé au travail préliminaire – à savoir les bénéficiaires eux-mêmes – a permis la valo-

risation du partenaire mais aussi la remise en question de celui-ci. C'est un zoom arrière dans lequel l'individu se prend au « jeu du miroir magique », où chacun se revoit en scène. C'est le temps des prises de conscience (« Suis-je comme ça dans la réalité ? ») et de partage des émotions (« Je ne suis pas le seul »).

Au terme du travail de prospection, la problématique de l'alimentation s'est imposée « naturellement », comme le besoin le mieux exprimé par la population, ce qui est inédit avec ce groupe qui n'a pas l'habitude d'être aussi clair. Le souci de cohérence imposait la prise en compte de cette demande, malgré l'identification d'autres besoins tout aussi importants. Le respect de ce choix est un gage de confiance, indispensable pour la suite de la collaboration.

Dans la suite logique de la mise en confiance progressive des acteurs, une réelle concertation et des négociations ont également favorisé l'identification de « leaders naturels », la constitution d'un noyau, les prises de décisions communes, etc. Là, on est au cœur du

processus de la communication et de la participation active.

Au cours des trois dernières années, le projet de promotion de l'alimentation saine, « la santé dans l'assiette », a bénéficié d'un engagement réel auprès des personnes concernées. Cela s'est traduit aussi bien dans les attitudes et les aptitudes, des connaissances renforcées en matière d'hygiène, d'entretien des logements et une évolution naturelle vers de nouveaux projets (« sport », « bien-être cardio-vasculaire », « santé à domicile »).

La clarification des cadres et repères – dont l'élaboration commune d'un règlement d'ordre intérieur – a permis un renforcement des notions comme « respect » et « tolérance », la prise en compte des addictions ou la responsabilisation. Ces constats peuvent s'expliquer par le fait que la construction et l'outillage du projet ont été avant tout endogènes grâce à la cohérence de la démarche et au cadre facilitateur permettant l'émergence de talents enfouis. En accordant plus d'attention à la dimension humaine qu'au « message de changement à

tout prix », une nouvelle manière de collaborer basée sur l'empowerment a été favorisée. Cette approche présente au moins deux avantages en matière de communication vers le public défavorisé : tout d'abord l'acceptation du changement sans hostilité : c'est l'approche dite « par l'angle mort ». Ensuite, la sécurisation du message à faire passer puisqu'il n'y a pas « d'obligation » et que les changements interviennent par effet domino dans une progression naturelle. Si l'apport des professionnels extérieurs est indispensable pour la vitalité et le cadrage à bien des égards, il devra cependant rester relativement discret.

La stratégie appliquée ici se résume en 3 mots clés : connaître le public – créer les conditions – favoriser la participation active.

**Emmanuel Condé**, Chargé de projet en promotion de la santé à l'ASBL « Comme Chez nous » - Belgique

*Karolina Kósa est professeur à la Faculté de Santé publique de l'Université de Debrecen en Hongrie. Ses résultats de recherches concernant la santé des Roms sont alarmants. Son groupe de recherche a donc investi dans l'action pour améliorer les conditions de vie des populations concernées. Ce lien de la recherche à l'action avait semblé particulièrement intéressant aux organisateurs. Ce projet a été soutenu par le Consortium « Détermine ». L'enthousiasme de Karolina Kósa a séduit tous les participants.*

## De la recherche à l'action : un projet de développement communautaire au bénéfice des Roms en Hongrie

**La Faculté de Santé Publique de l'Université de Debrecen a réalisé au cours des dix dernières années une série de recherches sur la santé des Roms en Hongrie et ses déterminants.**

Les Roms constituent un groupe ethnique indo-aryen d'environ 6 à 12 millions de personnes qui constituent la plus grande minorité de population en Europe. Ils sont connus sous divers noms tels que Tsiganes en Bulgarie et en Roumanie, Zingari en Italie, Gitans en Espagne, Sinti ou Zigeuner en Allemagne, Manouches ou Bohême en France, Tinker ou

Tinkler au Royaume-Uni etc. Ils préfèrent être appelés Roms (qui signifie « peuple »), une appellation adoptée en 1971 par le premier Congrès mondial rom qui a reconnu les Roms comme une nation. Les populations de Roms européens les plus nombreuses vivent en Espagne, France, Roumanie, Bulgarie, Hongrie et Slovaquie.

Environ 5 à 6,5 % de la population hongroise sont des Roms, dont la majorité, à l'instar de Roms vivant dans d'autres pays européens, ont un faible niveau d'éducation, un taux de chômage élevé et un faible revenu, vivant

dans des conditions défavorables, dans des campements isolés (colonies). Comme au sein d'autres populations minoritaires, de graves disparités existent en termes de santé et de qualité de vie entre les Roms et la population majoritaire dans la plupart des pays européens et en Hongrie. Cependant, quiconque tente de recueillir des données fiables sur les Roms est confronté à de sérieux obstacles en raison de la nature équivoque de l'identification ethnique, de l'invisibilité administrative et d'un ensemble d'autres facteurs.

## Enquête sur la santé environnementale des habitants de la colonie

Une enquête environnementale complète de toutes les colonies en Hongrie (n = 3145) a été réalisée entre 2000 et 2005, en collaboration avec les agents de terrain roms afin de localiser et de caractériser des ensembles distincts – ou colonies – d’habitats humains. Ainsi, ce sont 758 colonies qui ont été identifiées avec environ 134 000 habitants. 94 % de ces dernières étaient peuplées majoritairement par des Roms. Les problèmes environnementaux rencontrés le plus fréquemment dans les colonies sont l’absence de réseaux d’égouts et de gaz, les dépôts d’ordures, les sols gorgés d’eau et l’absence de conduites d’eau. Selon les résultats, les colonies offrent des conditions de vie médiocres de gravité variable qui peuvent être quantifiées par un score agrégé basé sur des indicateurs d’accès aux services et de présence de dangers environnementaux. La proportion de Roms implantés dans les « colonies » a été estimée à 20 à 25 % du nombre total estimé de Roms en Hongrie.

## Enquête comparative sur la santé des habitants des campements de Roms en Hongrie

Une autre enquête, de santé cette fois, a été menée par interview en 2003 et 2004 au sein d’un échantillon représentatif d’habitants des campements de Roms en Hongrie. Les résultats ont été comparés aux données d’une enquête représentative sur la population hongroise en général. Il a été constaté chez les personnes âgées de plus de 44 ans que, parmi les personnes vivant dans les campements roms, 10 % de plus rapportent un état de santé mauvais ou très mauvais en comparaison au quartile de revenu le plus faible de la population générale.

Parmi ceux qui ont utilisé les services de santé, 35 % de la population rom et 4,4 % de la population en général affirment avoir connu une certaine discrimination. Dans les campements roms, la proportion de personnes qui pensaient qu’ils pouvaient faire beaucoup pour leur propre santé était de 13 % à 15 % plus faible que dans le chef du reste de la population. De plus, une forte consommation de tabac

et une mauvaise alimentation étaient de 1,5 à 3 fois plus fréquentes que dans le quartile de revenu le plus faible de la population générale. Les résultats soutiennent la croyance largement répandue que les personnes vivant dans les campements roms font l’expérience d’une importante exclusion sociale qui affecte profondément leur santé.

## Le statut socio-économique et l’ethnicité comme déterminants de la santé

Les modèles de régression logistique basés sur les données de l’enquête de santé comparative ont été construits afin de clarifier une hypothèse : celle que l’association entre l’appartenance ethnique des Roms et la santé est entièrement expliquée par le statut socio-économique en Hongrie. Non seulement l’état de santé des personnes vivant dans les campements roms est plus mauvais que celui de la population générale, mais la différence en matière de santé déclarée et de limitations a été expliquée par le statut socio-économique. Les comportements moins sains des personnes vivant dans les campements

roms ont également été très fortement liés à leur statut socio-économique. Cependant, ils sont restés significativement différents de la population générale, même lorsque les différences d’âge, de sexe et le statut socio-économique (l’éducation, le revenu et l’emploi) ont été pris en compte. Les probabilités de fumer, par exemple, étaient 60 % plus élevées chez les habitants de ces campements, même lorsque les différences mentionnées ci-dessus ont été prises en compte. Le statut socio-économique a donc été identifié comme facteur déterminant de la santé des personnes vivant dans les campements roms en Hongrie. Toutefois, ceci fournit seulement une explication partielle de leurs comportements moins sains. Par conséquent, tout effort visant à améliorer la santé des Roms devrait porter non seulement sur les différences socio-économiques mais également culturelles.

Projet de développement communautaire Influencé par les résultats des travaux de recherche de la Faculté et les impressions personnelles collectées tout au long de ces 10 années, un projet de développement communautaire a été planifié et a vu le jour à l’au-

### EuroHealthNet, projets « Determine » et « Spread » (<http://eurohealthnet.eu>)

EuroHealthNet est un réseau sans but lucratif qui regroupe des organisations, agences et organismes publics destinés à promouvoir la santé et l’équité en s’attaquant aux facteurs qui déterminent la santé directement ou indirectement. Le réseau propose des conseils et des informations pour les décideurs politiques, fait la promotion des bonnes pratiques et des innovations, en utilisant des méthodes éthiques et durables pour atteindre ses objectifs.

Le réseau cherche encore à s’étendre et lance un appel aux demandes d’adhésion. Il a joué un rôle important dans différents projets européens comme DETERMINE, SPREAD (un nouveau projet qui vise à promouvoir un style de vie durable d’ici 2050) et Equity Action, un programme conjoint visant à soutenir la lutte contre

les inégalités de santé, en particulier au niveau régional. L’Observatoire wallon de la santé est partenaire associé de ce projet. EuroHealthNet soutient ses membres (pays de l’Union européenne et pays associés) à travers l’élaboration de politiques et de projets, par des activités de réseautage et de communication. **Caroline Costongs**, coordinatrice à Bruxelles et **Owen Metcalfe**, professeur à l’Institut de santé publique de Dublin ont animé un atelier au cours de notre congrès. Cet atelier a été déterminant dans le déroulement de notre congrès d’octobre. Nous ne pouvons que vous inviter à aller voir plus loin sur le site proposé et celui de l’Institut de santé publique d’Irlande qui nous semble être un modèle du genre (<http://www.publichealth.ie>).

tomne 2002, dans une colonie à la périphérie de Debrecen. Des réunions ont eu lieu toutes les deux semaines avec les membres de la communauté afin d'identifier leurs besoins et de connaître leurs réseaux.

Un certain nombre de besoins ont ainsi été identifiés en matière d'éducation, d'emploi, de revenu, d'état de santé et de comportements à risque comme la toxicomanie – surtout le tabagisme généralisé – la cohésion communautaire et le logement. Parmi ces besoins, le logement semble être le plus problématique. La plupart des familles n'ont pas le droit de vivre dans les maisons délabrées qu'elles occupent et ont reçu plusieurs avis d'expulsion dans le passé. Afin de répondre à leurs besoins, un contact a été pris avec un certain nombre d'organisations qui travaillent avec les communautés défavorisées sur base volontaire ou sur un mandat légal. Des camps d'été impliquant d'autres organisations non gouvernementales ont été organisés afin d'améliorer les conditions environnementales. Des cours d'alphabétisation et des formations professionnelles ont été proposés pour accroître les connaissances et les compétences, des séminaires de week-end ont été organisés pour améliorer les compétences de négociation et élaborer un plan communautaire de logement. De plus, la visite d'un projet communautaire de logement en Hongrie a été organisée, afin d'échanger sur les détails pratiques. La confiance mutuelle et la coopération ont permis la mise en place d'une organisation civile appelée *Opre Roma* (qui signifie « Debout les Roms ») en 2006 dont les postes ont été pourvus par des membres de la communauté.

Un projet pour la planification du logement sain et durable a également été mis en œuvre en 2008 et 2009 avec le financement du Consortium DETERMINE de l'Union européenne. Son objectif principal était de préparer les membres de la communauté à un projet ultérieur de logement, en leur faisant prendre conscience des moyens durables et respectueux de l'environnement dans la construction de maisons et la gestion des ménages en termes d'eau, d'énergie et de déchets. Fait intéressant : la santé mentale des participants était significativement meilleure à la fin du projet.

En dépit de ces activités, des défis subsistent, dont le plus important reste la question du logement. Des négociations sont en cours pour élaborer un plan de logement social intégrant la recherche pertinente sur cette problématique – comme le modèle social de l'Ascension de l'escalier Berescu – et les expériences sociales – comme Transition Town Totnes et Harlem Children's Zone qui. Ce plan doit aussi être durable et acceptable pour toutes les parties concernées.

Réduire les inégalités de santé parmi les Roms en Hongrie et ailleurs nécessite les mêmes actions que celles recommandées par la Commission des Déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé :

- les conditions de vie quotidienne doivent être améliorées ;
- la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources doit être ciblée dans les actions ;
- la question des inégalités et de l'impact des actions visant à les réduire doit être mesurée et comprise.

Les représentants des Roms, en tant qu'individus et en tant que communauté, devraient être directement impliqués dans ces actions. Considérant l'ampleur des problèmes particuliers de nombreux Roms et l'ensemble des problèmes des populations des États membres de l'UE dans la période récente, toute personne ou organisme qui accepte de prendre des mesures doit être préparé à traverser un long chemin cahotique. Tous les freins à l'amélioration de la santé de la population rom marginalisée peuvent et doivent être retirés. Si pas maintenant, quand ?

**Karolina Kósa**, Faculté de Santé Publique de l'Université de Debrecen – Hongrie

## Références

- Ringold D, Orenstein MA, Wilkens E. Roma in an Expanding Europe. Breaking the Poverty Cycle. Washington, DC : The World Bank ; 2005. Available at : [http://siteresources.worldbank.org/EXTROMA/Resources/roma\\_in\\_expanding\\_europe.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTROMA/Resources/roma_in_expanding_europe.pdf) accessed November 2010
- Ring I, Brown N. The health status of indigenous peoples and others. *BMJ*. 2003;327:404-405. <http://www.bmj.com/content/327/7412/404.full>
- Puporka L., Zádori Zs. : A magyarországi

romák egészségi állapota. Roma Sajtóközpont Budapest, 1998.

- Prónai Cs. : A magyarországi cigányok egészségi állapota a XX. Század utolsó évtizedében. *Kisebbségkutatás* 2000, 4. szám. [http://www.hhrf.org/kisebbssegkutatatas/kk\\_2000\\_04/cikk.php?id=350](http://www.hhrf.org/kisebbssegkutatatas/kk_2000_04/cikk.php?id=350) Kósa K., Lénárt B., Ádány R. : A cigány lakosság egészségi állapota. *Orvosi Hetilap* 2002 ; 143(43) : 2419-2426.
- Kósa K., Lénárt B., Ádány R. : A cigány lakosság egészségi állapota. *Orvosi Hetilap* 2002 ; 143(43) : 2419-2426.
- Babusik F., Papp G. : A cigányság egészségi állapota. *Delphoi Consulting* 2002. <http://www.delphoi.hu/download-pdf/roma-BAZ-eu.pdf>
- Kósa K., Ádány R. : Studying vulnerable populations. *Lessons from the Roma minority*. *Epidemiology* 2007 ; 18(3) :290-299.
- Kósa K., Daragó L., Ádány R. : Environmental survey of segregated habitats of Roma in Hungary : a way to be empowering and reliable in minority research. *European Journal of Public Health* 2009 <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2009/07/17/eurpub.ckp097.abstract>
- Kósa Zs., Széles Gy., Kardos L., Kósa K., Németh R., Ország S., Fésüs G., McKee M., Ádány R. Vokó Z. : A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. *American Journal of Public Health* 2007 ; 97(5) :853-859. <http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/short/97/5/853>
- Vokó Z., Csépe P., Németh R., Kósa K., Kósa Zs., Széles Gy., Ádány R. : Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary ? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2009 ;63 :455-460. <http://jech.bmj.com/content/early/2009/02/18/jech.2008.079715>
- Innovative approaches. DETERMINE. An EU consortium for action on the socio-economic determinants of health. <http://www.health-inequalities.eu/?uid=1da8e8fdc9e8227e48fd63e0of2253d7&id=Seite2165>
- Raising awareness for planning healthy and sustainable houses. Final report. October 2008-September 2009. Opre Roma Association Hungary, 2009.
- C. Berescu, M. Celac, O. Ciobanu, C. Manolache : Housing and extreme poverty. The case of Roma communities. Ion Mincu Univ. Press, Bucharest 2006.

- Transition Town Totnes <http://www.transitiontowntotnes.org/projects/co-housing>
- Harlem Children's Zone <http://www.hcz.org/>
- Commission on Social Determinants of Health :

Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health

Organization, 2008. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)

## Du niveau mondial au niveau local, l'approche territoriale

Deux « Pierre » s'associent pour situer les débats dans un cadre plus large afin que nos préoccupations de santé environnementale en Europe et nos actions n'aient pas comme conséquences un accroissement des risques et des inégalités dans les pays du sud. **Pierre Léonard** travaille à la Direction Santé Environnement au Service Public de Wallonie et a travaillé longuement en Afrique sub-saharienne et en Bolivie auparavant. **Pierre Micheletti** est professeur à la Faculté de médecine de Grenoble (France). Il est responsable pédagogique du diplôme d'université « Santé, Solidarité, Précarité » et ancien président du réseau international de Médecins du Monde, France

## Santé environnementale et vulnérabilité sociale

Aujourd'hui, nous devons aborder la problématique de la santé environnementale et de la vulnérabilité sociale dans sa dimension planétaire. Selon la constitution de l'Organisation mondiale de la santé, la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. Le droit à la santé suppose que les pouvoirs publics créent des conditions telles que chacun puisse jouir du meilleur état de santé possible. Ceci implique notamment l'existence de services de santé, des conditions de travail sûres et saines, un logement adéquat et une alimentation suffisamment nutritive. Il est consacré par de nombreux instruments internationaux et régionaux sur les droits de l'homme. Il est énoncé dans la constitution de pays du monde entier.

### Prise de conscience

La réflexion sur les inégalités environnementales ou écologiques est encore récente en Europe. Aux États-Unis, le concept de justice environnementale est apparu dans la vie politique en 1982, lorsque des habitants et des militants pour les droits civiques d'un comté de Caroline du Nord, en majorité noirs et pauvres, se sont mobilisés pour faire obstacle à un pro-

jet d'enfouissement de déchets sur leurs terrains. Depuis lors, de nombreuses études ont mis en évidence les risques environnementaux particulièrement élevés dans différentes populations, en particulier les minorités et les groupes économiquement défavorisés, en rapport avec la qualité de l'eau, de l'air, des sols. La prise de conscience de ces inégalités a conduit l'agence américaine de protection de l'environnement (EPA) à définir, en 1994, la notion de « justice environnementale » comme « le traitement équitable des gens de toutes races, cultures et revenus dans le développement des règlements, lois et politiques environnementales ». Un décret exécutif a été promulgué en février 1994 obligeant les agences fédérales à intégrer la justice environnementale dans l'application de leurs politiques et de leur programme.

Au Royaume-Uni, les premiers travaux sur les liens entre précarité sociale et expositions environnementales ont été réalisés à l'initiative de l'organisation *Friends of the earth* en 1999. S'il n'existe pas d'instrument universel juridiquement contraignant l'élevant au statut de droit de l'homme, le droit à l'environnement sain a cependant acquis, ces dernières années, une reconnaissance certaine. La protection de l'environnement a été consacrée dans des textes juridiques nationaux, comme la Consti-

tution belge, et internationaux, tels le traité instituant la Communauté européenne ou la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples. Elle fait l'objet de dispositions internationales, comme le protocole de Kyoto sur les changements climatiques par exemple. La Convention européenne des droits de l'homme ne contient pas d'article relatif à l'environnement sain ou à la santé, mais les juges à la Cour européenne de Strasbourg, régulièrement sollicités, ont admis que des atteintes puissent constituer des violations du droit à la vie ou du droit à la vie privée ou familiale. C'est ainsi que la Turquie a été condamnée en 2004 pour violation du droit à la vie à la suite de l'explosion meurtrière d'une décharge située à proximité du bidonville de Kazim Karabekir à Ümraniye. Les juges ont estimé que les autorités savaient que les habitants étaient « menacés de manière réelle et imminente » et n'avaient rien fait pour empêcher le sinistre. La Cour a même évolué récemment jusqu'à préconiser d'agir en cas de risque. Dans le cas d'une pollution causée par l'exploitation d'une mine d'or et suite à la plainte déposée par un riverain qui craignait des risques pour la santé, la Roumanie a été condamnée par la Cour des droits de l'homme pour avoir mal évalué les risques et omis de prendre des mesures « pour protéger le droit des intéressés au respect de leur

vie privée et de leur domicile, et plus généralement, à la jouissance d'un environnement sain ».

### Cumul de risques

Pour les communautés marginalisées du monde entier, la mondialisation économique se traduit souvent par l'instabilité des emplois industriels et manuels itinérants, de nouvelles menaces toxicologiques et des risques d'accidents du travail. Dans les bidonvilles urbains, le manque d'installations sanitaires et de services, associé à des conditions de vie difficiles où les ouvriers vivent entassés dans des dortoirs, augmente les risques sanitaires et la vulnérabilité aux maladies transmissibles. Dans les villes industrialisées, la pollution de l'air et de l'eau dépasse régulièrement les seuils autorisés, ce qui expose des dizaines de millions de personnes à des risques respiratoires et les contraint à consacrer leurs maigres ressources à l'achat d'eau potable. Dans de nombreuses régions rurales pauvres, la déforestation et l'épuisement des ressources a entraîné l'érosion des sols, la pénurie d'eau et la contamination des eaux.

L'Organisation mondiale de la santé estime que jusqu'à 24 % des maladies dans le monde sont causées par des expositions environnemen-

tales qui peuvent être évitées. Des interventions bien ciblées peuvent prévenir l'essentiel de ces risques liés à l'environnement. Plus de 33 % des maladies qui touchent des enfants de moins de 5 ans sont causées par des expositions environnementales. En prévenant les risques liés à l'environnement on pourrait sauver les vies de près de quatre millions d'enfants par an, surtout dans les pays en développement. Le rapport de l'OMS intitulé *Prévenir les maladies par des environnements salubres – vers une évaluation de la charge des maladies environnementales (2006)* estime que plus de 13 millions de décès sont dus annuellement à des causes environnementales évitables. Près du tiers des décès et des maladies qui surviennent dans les régions les moins développées sont provoquées par l'environnement. Plus de 40 % des décès des suites du paludisme et environ 94 % des décès provoqués par des maladies diarrhéiques, deux des principaux tueurs d'enfants au niveau mondial, pourraient être évités par une meilleure gestion de l'environnement. Les infections des voies respiratoires inférieures, différentes formes de lésions involontaires sont avec la diarrhée et le paludisme, les quatre principales maladies influencées par un environnement de mauvaise qualité.

Les mesures qu'il serait possible de prendre dès maintenant incluent notamment la promotion d'un stockage sans danger de l'eau dans les logements ainsi que d'une meilleure hygiène ; l'utilisation de combustibles plus propres et moins dangereux ; l'amélioration de la sécurité du milieu bâti ; une utilisation et une gestion plus judicieuses des substances toxiques à domicile et sur le lieu de travail ; une meilleure gestion des ressources en eau.

### Évolutions inquiétantes

Le changement climatique constitue peut-être la plus grande menace de ce siècle. Il ne s'agit plus d'une idée abstraite. Nous savons que les variations climatiques, en particulier les sécheresses et les inondations qui perturbent l'agriculture et les phénomènes climatiques extrêmes qui provoquent des dégâts à l'infrastructure, frappent le plus durement les nations en développement pauvres et bouleverseront la vie des populations les plus pauvres au monde au cours des prochaines décennies. Comment, devant de telles pressions environnementales déjà à l'œuvre, ne pas dénoncer ici les pollutions apportées du Nord dans les pays du Sud, de manière à échapper à des réglementations de protection environnemen-

## Le droit à la santé

L'accélération de la mondialisation s'accompagne d'un rééquilibrage socio-économique, notamment l'irruption sur la scène internationale de nouveaux ou futurs géants, tels l'Inde, la Chine, le Brésil ou l'Afrique du Sud. Sur les 500 plus grandes entreprises mondiales, 37 sont déjà chinoises et la Chine constituera la deuxième économie du monde d'ici à 2025. L'accès des populations des régions défavorisées du globe à l'information, en particulier les jeunes, via les réseaux de télévision par satellite et Internet, accroît leur niveau de conscience et leur ressentiment vis-à-vis des inégalités nord-sud/est-ouest et de la dimension planétaire de cette problématique. Elles sont aussi de plus en plus conscientes de la non-adéquation du modèle économique

véhiculé par les programmes d'aide publique au développement, des abus dont elles peuvent être victimes à l'intérieur de ceux-ci, et de la déstructuration qui peut parfois en résulter au niveau de leurs organisations locales et des services qui leur sont destinés (par exemple l'offre de soins primaires). Les modèles restent ceux du nord, avec tous les modes de consommation non éco-durables que cela représente. Les mouvements migratoires vers l'Europe sont de plus en plus importants alors que l'arrivée des migrants y est criminalisée. Les migrants, en Afrique ou en Europe vivent presque toujours quand ils arrivent dans des conditions environnementales difficiles. La multiplication des actes de violence même auprès d'ONG et la fuite généralisée des cerveaux constitue d'autres

aspects inquiétants du déséquilibre mondial. Ce phénomène pèse d'un poids particulièrement lourd sur le continent africain. Au moins 60 % des médecins formés au Ghana dans les années 80 ont quitté le pays. Pour compenser le manque d'effectifs qualifiés, les pays africains consacrent chaque année environ 4 milliards de dollars à l'emploi d'environ 100 000 expatriés non africains. C'est dans ce cadre que Médecins du Monde a fait, depuis des années, du droit à la santé dans toutes ses composantes, une de ses revendications prioritaires.

**Pierre Micheletti** - Professeur associé à l'Institut d'Études politiques (IEP) de Grenoble et ancien président de Médecins du Monde – France

tales bien établies : l'affaire du *Probo Koala*, catastrophe environnementale survenue en Côte d'Ivoire en septembre 2006, causée par le déchargement à Abidjan, en bord de lagune, de déchets toxiques par un navire pétrolier appartenant à une compagnie grecque et affrété par une société hollando-suisse, avec la mort de 10 personnes, 69 hospitalisés, 7000 intoxiqués ; l'exportation d'épaves amiantées des pays riches vers les pays pauvres (affaire du *Clémenceau*) ; l'exportation de tonnes de déchets électroniques toxiques au Ghana en provenance d'Allemagne, de Corée, de Suisse et des Pays-Bas pour y être soi-disant « recyclés » dans de vastes déchetteries à ciel ouvert, où des travailleurs sans aucune protection, dont

de nombreux enfants, les trient à la recherche de cuivre et d'aluminium avant de les brûler...

### Résister pour plus de justice environnementale

Heureusement, dans les pays en développement, de plus en plus d'intellectuels et d'artistes se prononcent énergiquement en faveur de la protection de leur environnement, des organisations non-gouvernementales se créent au niveau local, des réseaux locaux, internationaux, continentaux en faveur de la Justice environnementale se constituent pour combattre les abus environnementaux et réclamer la mise en place de mécanismes qui permettent de sauvegarder les droits des citoyens. Ils sont

soutenus par les mouvements et organisations de la société civile internationale. La Justice environnementale relève en effet d'une responsabilité commune et constitue un problème mondial qui doit être traité sur base de l'interdépendance environnementale. Il n'y a pas de meilleur exemple de l'interdépendance mondiale. Cependant, l'ancrage des initiatives dans la société civile locale est essentiel pour l'efficacité et l'adéquation éthique et culturelle des actions menées.

**Pierre Léonard**, médecin attaché à la Direction de la Santé environnementale, humanitaire et coopérant de 1972 à 2000 – Belgique

*Pierre Aiach est sociologue. Il met en garde les acteurs de santé de ne pas se précipiter aveuglément dans les différentes approches à la mode, comme l'approche territoriale par exemple, sans tenir compte du contexte et des différents concepts qui les sous-tendent.*

## Les limites de l'approche spatiale pour aborder la réalité des vulnérabilités sociales conçues en termes d'inégalités de santé

**La notion d'environnement (même si le mot n'est pas toujours prononcé), est devenue depuis quelques années, notamment en France, un élément important dans la problématique des inégalités sociales de santé saisies sous l'angle spatial ou géographique. L'utilisation d'une approche spatiale ou géographique pour l'étude des phénomènes de santé paraît très liée à la question des inégalités et à la recherche de données pouvant les faire apparaître.**

Mais cet intérêt, surtout marqué chez les épidémiologistes, s'est vite vu opposée une vive critique venant des tenants d'une approche des déterminants à partir des attributs des personnes (dits individuels). La question posée est principalement « peut-on envisager une influence du contexte de voisinage indépendamment des attributs individuels ? ».

Il ne s'agit pas tant de se demander pourquoi on s'intéresse à l'approche géographique ou spatiale des inégalités sociales de santé mais plutôt de comprendre ce qui peut justifier sur

le plan théorique une telle approche en dehors de considérations politiques ou pragmatiques. Est-ce que l'approche géographique apporte une connaissance qui lui est propre et pourquoi ? L'ambition n'est pas ici de répondre de façon exhaustive et définitive à une telle question : un débat doit vraiment s'ouvrir sur les divers points que soulève cette interrogation. Ce qui paraît se jouer dans le partage opéré dans les études les plus sérieuses entre approche spatiale ou écologique et approche dite par les facteurs individuels, c'est tout simplement la question de la nature et de la genèse des inégalités sociales de santé. En effet, c'est parce qu'on pense que l'environnement ou le contexte social existent en dehors des membres d'une collectivité et sont susceptibles d'avoir un effet sur la santé qu'on tente de mesurer cet effet particulier, après avoir mesuré l'effet produit par les facteurs dits individuels. Ce qui est gênant, c'est que l'on appelle contexte ou environnement une réalité sociale qui recouvre en fait les conditions et modes de

vie de ceux qui s'y trouvent, aujourd'hui bien sûr mais aussi hier. Une réalité sociale dans une aire géographique donnée produite au cours d'une histoire faite de toutes les histoires de ceux qui y habitaient et y vivent.

Ce n'est donc pas seulement à travers tel ou tel indicateur (revenu ou niveau d'instruction par exemple) qu'il faut tenter de mesurer et de comprendre les inégalités sociales de santé, qu'elles soient envisagées sous l'angle spatial ou non. Les différences éventuelles entre des unités spatiales ou aires géographiques doivent être pensées comme ayant leur source dans ce qui peut différencier les mêmes groupes sociaux situés dans ces espaces.

Est-ce que les tenants de l'approche géographique ne pêchent pas par manque d'approfondissement théorique des notions qu'ils utilisent dans leurs investigations ?

**Pierre Aiach**, Directeur de recherche à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) - France

# Le premier plan d'action européen en matière d'environnement et de santé (2004-2010)

*Qu'il s'agisse de soi, de ses enfants ou, d'une manière plus large, du bien-être socio-économique qui y est attaché, l'importance de la santé est unanimement reconnue. La santé joue un rôle déterminant notamment dans une perspective de développement durable. Il apparaît ainsi de plus en plus que ce n'est pas tant le coût de la santé qui est élevé que le coût des problèmes de santé (soins, médicaments, congés de maladie, baisse de productivité, invalidité, retraite anticipée).*

À titre d'exemple, le coût annuel total des maladies pulmonaires en Europe est estimé à 102 milliards d'euros, ce qui correspond au PIB de l'Irlande. Parmi ces maladies, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), avec un coût annuel de 38,7 milliards d'euros, est la plus coûteuse, les journées de travail perdues représentant 74 % de cette somme (soit 28,6 milliards d'euros). Les coûts indirects liés à la perte de productivité sont presque trois fois plus élevés que les coûts directs de santé<sup>1</sup>.

## Une motivation économique avant tout mais aussi une réponse aux préoccupations des citoyens européens

Les citoyens européens s'inquiètent des incidences de l'environnement sur leur santé et attendent des actions de la part de leurs dirigeants. Face à cette inquiétude de la population, la Commission européenne se doit d'étudier plus en détail les liens existant entre un environnement de mauvaise qualité et la santé, afin d'agir avec davantage d'efficacité. Outre l'amélioration du bien-être, le plan d'action vise à obtenir une rentabilité économique maximale, les mesures palliatives et la perte de productivité coûtant souvent plus cher que la prévention. Afin d'améliorer les conditions de santé

des citoyens européens, il est nécessaire de connaître précisément l'impact des atteintes à l'environnement sur la santé humaine. Le plan d'action en matière d'environnement et de santé, élaboré pour la période de 2004 à 2010, constitue la contribution de la Commission à la quatrième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé organisée à Budapest par l'Organisation mondiale de la santé en juin 2004 et vise à fournir à l'Union européenne des informations scientifiques fiables pour aider les États membres à réduire les effets néfastes de certains facteurs environnementaux sur la santé et à renforcer la coopération entre les différents acteurs intervenant dans les domaines de l'environnement, de la santé et de la recherche.

## Un premier plan d'action européen en santé environnement.

Le plan d'action concerne principalement les liens existant entre les facteurs environnementaux et les maladies respiratoires, les troubles du développement neurologique, les cancers et les perturbations du système endocrinien.

Il est constitué de trois grands axes, chacun comprenant un certain nombre d'actions :

- Améliorer la chaîne d'information en disposant d'informations intégrées sur l'environnement et la santé afin de comprendre les liens existant entre les sources de pollution et les effets sanitaires :
- Compléter les connaissances en renforçant les efforts de recherche axés sur l'environnement et la santé et en mettant en évidence les questions émergentes :
- Réexaminer les politiques et améliorer la communication en renforçant la sensibilisation, la communication des risques, la formation et l'éducation, afin de donner aux citoyens les informations nécessaires pour

qu'ils puissent effectuer de meilleurs choix de santé et faire connaître aux spécialistes de chaque domaine les interactions entre environnement et santé.

La responsabilité de la mise en œuvre du plan d'action s'est partagée entre les États membres, la Commission, les organisations internationales et les parties intéressées (les industries et la société civile, par exemple).

La Commission a procédé en 2007 à une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du plan d'action. Dans sa communication au congrès, **Giulio Gallo** de la Commission européenne souligne les liens croissants entre les politiques de l'environnement et de la santé, en particulier le développement de systèmes d'information, la priorité accordée aux interactions entre santé et environnement dans le domaine de la recherche, l'instauration d'une coopération renforcée entre environnement, recherche et santé, ainsi que les efforts réalisés dans les domaines de pointe, comme les nanotechnologies. Par ailleurs, il rapporte que plusieurs initiatives ont été lancées depuis le début du plan d'action, par exemple le système d'information sur l'eau pour l'Europe (WISE), les mesures dans les secteurs de la qualité de l'air ou des produits chimiques.

Ce premier plan est arrivé à terme fin 2010. Il a contribué à rendre évidents dans l'opinion publique et celle des décideurs les liens entre la santé et l'environnement, et a apporté des avancées importantes sur la compréhension des mécanismes en jeu et la manière de les aborder. Toutefois, il n'était pas évident qu'il serait suivi d'un deuxième plan du même type.

**Aurélie Piérard** d'après les propos de **Giulio Gallo**

<sup>1</sup> European Lung White Book (Livre blanc européen sur les affections pulmonaires), European Respiratory Society (ERS); European Lung Foundation (ELF), novembre 2003



*Laurence Nick est directrice au Service public de Wallonie (Direction de la santé environnementale). À ce titre, elle est membre de la Cellule nationale environnement-santé et de divers groupes de travail qui abordent ces questions.*

# Histoire de la prise en compte des liens entre la santé, l'environnement et les vulnérabilités sociales en Europe et en Wallonie

*L'histoire du lien entre santé environnementale et vulnérabilités sociales commence il y a bien longtemps. Dès 1946, avant même que l'environnement ne devienne une priorité politique, l'Organisation mondiale de la santé donne une définition large de la santé, comprise comme « un état de complet bien-être, physique, mental et social ».*

En juin 1972, à Stockholm, les 113 États présents lors de la **Conférence des Nations-Unies sur l'Environnement** reconnaissent que la protection et la promotion de la santé humaine sont clairement dépendantes de la qualité de l'environnement.

Les États membres de l'OMS Europe adoptent en 1984 la **Stratégie « La santé pour tous »** qui énonce trente-huit objectifs de politique de santé publique à atteindre avant l'an 2000. Parmi ceux-ci, neuf objectifs concernent la santé environnementale.

En décembre 1989 se déroule à Francfort la 1ère Conférence ministérielle Environnement-Santé pendant laquelle l'État belge ainsi que les autres États membres de l'OMS Europe adoptent la **Charte européenne sur l'Environnement et la Santé**. Cette Charte consacre le droit de chaque citoyen de « bénéficier d'un environnement permettant la réalisation du niveau le plus élevé possible de santé et de bien-être » et encourage tous les acteurs concernés, c'est-à-dire les citoyens, les pouvoirs publics et le monde économique, à tenir compte de l'impact de l'ensemble des aspects du développement socio-économique sur l'environnement, la santé et le bien-être général. Cette Charte encourage aussi les pouvoirs et services publics à coopérer, dans leurs activités quotidiennes, avec les autres secteurs afin de

résoudre les problèmes relatifs à la santé environnementale.

Depuis 1989, les ministres de la Santé et de l'Environnement des 52 États membres de l'OMS Europe se réunissent tous les cinq ans pour faire le point. En 1994, ils prennent l'engagement de rédiger des **Plans nationaux d'action environnement-santé (NEHAP)**. En 1999, ils débattent des thématiques de l'eau et des transports. En juin 2004, ils franchissent un pas supplémentaire avec le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe, à décliner dans chaque pays.

D'autres organisations internationales telles que la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe et l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), jouent également un rôle dans le contexte entourant la naissance du 1<sup>er</sup> Plan National d'action Environnement Santé belge. Ainsi, dans son programme sur l'environnement 2003-2004, l'OCDE consacre un chapitre aux liens entre environnement, santé et sécurité.

En Belgique, la Conférence Interministérielle mixte des Ministres de l'Environnement et de la Santé (CIMES) approuve en 2002 et 2003 les bases du NEHAP belge. Une des premières mises en œuvre du NEHAP consiste en la signature de l'Accord de coopération du 10 décembre 2003 par les différents niveaux de pouvoirs concernés, entériné par le Parlement wallon le 28 avril 2004. Cet accord vise à favoriser une gestion coordonnée des politiques d'environnement et de santé à travers deux organes : la Conférence Interministérielle de l'Environnement élargie à la Santé (CIMES) et la Cellule nationale Environnement-Santé, son organe préparatoire, au fonctionnement de laquelle la Wallonie contribue à concurrence de 18 %.

Le 6 juin 2004, la Commission européenne adopte un **plan d'action européen 2004-2010 en faveur de l'environnement et de la santé**. La Commission y confirme sa préoccupation concernant les enfants, plus exposés et plus vulnérables que les adultes. Elle souligne aussi la nécessité d'étudier plus en détail les liens existant entre un environnement de mauvaise qualité et la santé, afin d'agir avec plus d'efficacité. Elle réitère l'importance d'une approche intégrée fondée sur une coopération plus étroite entre différents secteurs comme celui de la santé, de l'environnement et de la recherche.

Le 2 octobre 2008, le **Gouvernement wallon met en place un observatoire wallon de la santé** dont une des 4 missions concerne les inégalités sociales de la santé. Le 12 décembre 2008, le Gouvernement wallon adopte un plan régional d'actions environnement santé (PARES) et décide la mise en place d'une **cellule permanente environnement-santé** au sein de l'administration wallonne.

La Déclaration issue de la 5<sup>e</sup> Conférence de l'OMS à Parme, en mars 2010, consacre la préoccupation pour les personnes vulnérables en matière d'environnement-santé.

L'intérêt évident pour une analyse croisée entre inégalités sociales de santé et santé environnementale a contribué à faire naître l'idée d'un congrès à ce sujet dans le cadre des événements organisés lors de la présidence belge de l'Union européenne de juillet à décembre 2010.

**Laurence Nick**, Direction de la Santé environnementale - Belgique

# L'Observatoire wallon de la Santé

Afin de disposer en Wallonie d'une structure qui décrit, analyse et documente la santé au niveau régional, le Gouvernement wallon a décidé de donner naissance à l'Observatoire wallon de la Santé (OWS). Sur base d'une note du Gouvernement wallon (2 octobre 2008), celui-ci a débuté officiellement ses activités en juin 2009. Il est attaché d'une part à la Direction générale Opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé (DGO5) où se situe le pôle épidémiologique de la structure et d'autre part, à l'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et des Statistiques (IWEPS) pour le pôle statistique.

Afin d'atteindre l'objectif stratégique général qui est de contribuer à améliorer l'état de santé des Wallons, quatre objectifs ont été retenus :

- améliorer la connaissance des problèmes de santé;
- fournir des outils scientifiques de conception, de suivi et d'évaluation des politiques de santé publique;
- mettre en évidence les inégalités sociales de la santé pour contribuer à les diminuer;
- rationaliser les rassemblements d'informations aux niveaux infrarégionaux (par les observatoires provinciaux, par exemple) en permettant aux acteurs locaux de la santé de tirer parti, à leurs fins propres, d'informations et d'outils centralisés au niveau régional.

Pour atteindre ces objectifs, l'OWS analyse différentes sources d'informations relatives à la santé au sens large. Il diffuse ses réalisations par différents canaux (site Internet, publications, congrès, etc.) en s'adressant à tous les acteurs de la santé ainsi qu'à chaque personne souhaitant connaître l'état de santé en Wallonie.

L'OWS collabore avec de nombreux acteurs en santé comme par exemple la DG Santé de la Communauté française, les Observatoires provinciaux, la Fondation Roi Baudouin ou encore la Fondation du Registre du Cancer. L'Observatoire wallon veut en effet favori-

ser les collaborations entre institutions et encourager la création de réseaux de travail. Il participe aussi aux réseaux nationaux et internationaux en rapport avec les systèmes d'information sanitaire de façon à inscrire la composante santé de la Wallonie dans un paysage international.

Actuellement, l'OWS travaille plus spécifiquement sur les thématiques du vieillissement de la population, sur les inégalités sociales de santé et sur la santé environnementale. Il s'attache aussi à suivre des indicateurs globaux de santé publique.

## Un exemple de collaboration mise en place : inégalités de santé – Bonnes pratiques locales en Wallonie

Depuis 2010, l'OWS est associé à la Fondation Roi Baudouin dans le cadre du projet intitulé « Inégalités de santé – Bonnes pratiques locales en Wallonie ».

Ce projet vise à soutenir les actions locales qui tendent à réduire les inégalités sociales de santé en matière de logement. L'OWS est chargé de faire émerger les bonnes pratiques locales, de les soutenir dans leur mise en place, ainsi que de les diffuser avec le souhait qu'elles puissent être transposables en d'autres endroits. Une attention particulière est apportée au rôle que peuvent jouer les décideurs politiques locaux, en termes de pérennisation des actions. L'option de restreindre l'appel à projets vers ceux qui abordent le lien entre logement et inégalités sociales de santé nous semble favoriser les échanges entre porteurs de projets et permettre de fédérer des secteurs qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, tant parmi les acteurs de terrain en Wallonie qu'au sein du Service Public de Wallonie. Elle semble donc plus propice pour favoriser les synergies au bénéfice des populations vulnérables.

Un site web regroupe les ressources utiles aux acteurs et décideurs locaux et diffuse les dernières nouvelles en lien avec le projet. Il est accessible via l'adresse [\[litesdesante.be\]\(http://litesdesante.be\) et comporte notamment un outil appelé « lentille » qui permet d'appréhender la manière dont un projet prend en compte les inégalités sociales de santé, qu'il en soit à la phase de planification, de réalisation ou de fin de projet.](http://www.inega-</a></p></div><div data-bbox=)

## Pour en savoir plus...

*Observatoire wallon de la Santé, Direction générale opérationnelle des Pouvoirs Locaux, de l'Action sociale et de la Santé (SPW – DGO5), Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS), avenue Gouverneur Bovesse 100, 5100 Namur.*

Tél. : 081 327 212 ou 472. Courriel :

[observatoire.sante@spw.wallonie.be](mailto:observatoire.sante@spw.wallonie.be)

Internet : <http://socialsante.wallonie.be>

## La Cellule permanente Environnement-Santé

Créée suite à une décision du Gouvernement wallon du 12 décembre 2008, la Cellule permanente environnement-santé (CPES) a intégré l'administration wallonne en août dernier. Ces dernières années, la Wallonie s'est dotée progressivement d'outils permettant de répondre aux attentes croissantes en matière d'environnement-santé dans un contexte national et international en pleine évolution. On peut pointer, par exemple :

- l'établissement de procédures pour l'évaluation, la gestion et la communication sur les risques environnement-santé en ce qui concerne les sites pollués;
- l'adoption de plans d'actions intégrant un volet santé concernant les pics de pollution aux particules fines, les vagues de chaleur et pics d'ozone;
- la création d'une plate-forme d'échange d'informations et de concertation sur ces questions entre la Région et les Communautés française et germanophone : la *Task Force* « Environnement-Santé »;
- le lancement du programme d'actions régionales (PARES) sur la base d'un travail préparatoire réalisé par l'Institut scientifique de service public (IsseP).

## Un guichet unique et transversal

C'est dans ce contexte que le Gouvernement wallon a voulu disposer, au sein de l'administration, d'un point focal transversal, appelé à coordonner ses actions avec les différentes institutions compétentes : la cellule permanente Environnement-Santé (CPES).

En pratique, la CPES est appelée à remplir plusieurs missions. Tout d'abord, celle de guichet unique « environnement-santé » de la Wallonie, véritable interface entre les institutions et la population pour les plaintes et questions relatives à l'incidence de différents éléments de notre environnement sur la santé.

La CPES est également appelée à mettre en œuvre le **PARES et les actions complémentaires prévues dans la Déclaration de politique**

**régionale**. La Cellule permanente coordonne et assure le secrétariat de la **Task Force « Environnement-Santé »**, ainsi que la jonction administrative permanente entre Région et Communautés sur cette matière. Enfin, elle assure la constitution d'un réseau d'experts scientifiques.

Dotée d'une composition multidisciplinaire, qui reflète ses missions, la CPES compte actuellement un coordinateur de formation juridique, un médecin et un biostatisticien. Elle travaille sous la tutelle des Ministres wallons de la Santé et de l'Environnement, et en collaboration et concertation avec l'ensemble des acteurs concernés par la santé et l'environnement en Wallonie tels que la Direction de la Santé environnementale (Direction générale

opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'action sociale de la santé), l'Observatoire wallon de la santé ou la Direction générale opérationnelle de l'Agriculture, des Ressources naturelles et de l'Environnement. Un exemple de transversalité pour répondre à quelques uns des défis de notre société.

### Pour en savoir plus...

Service public de Wallonie –  
Secrétariat général, Cellule permanente  
environnement-santé (CPES),  
Chaussée de Charleroi 83bis, 5000 Namur  
(Salzennes). Tél. : 081 71 58 99.  
Courriel : cpes@spw.wallonie.be

*Nicole Purnode est coordinatrice du projet « Bruxelles-ville région en santé ». Elle aborde l'approche territoriale des questions de santé environnementale avec le recul qu'elle a pu acquérir avec les années d'expérience et nous rappelle que la clef du succès est dans la place que tient la population.*

## Bruxelles, Ville et Région en santé, le principe de santé collective

**Depuis 2002, Bruxelles Ville et Région est entrée dans le réseau des Villes en Santé (Healthy Cities) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Entendue au sens de cette organisation et de la Charte d'Ottawa, la bonne santé est une composante essentielle de toute politique territorialisée de développement durable.**

Dès lors qu'on ne considère plus seulement la santé comme le contraire de la maladie, elle devient une ressource majeure de la vie quotidienne. Elle s'inscrit dans un modèle social qui en fait la résultante des conditions de vie, des influences culturelles, des caractéristiques de l'environnement, de facteurs sociaux et psychologiques.

Cette approche fait de la bonne santé un bien collectif aussi bien qu'individuel. Elle incite à cesser de considérer la santé comme un domaine entièrement à part, que seuls des pro-

fessionnels spécifiques seraient à même de réguler. Elle s'inscrit tout naturellement dans une vision écologique et dans une dimension territoriale, invitant à une action globale sur l'ensemble des déterminants de la santé, bien au-delà du système de soins. Elle constitue donc une composante incontournable de toute démarche territorialisée de développement durable.

Parmi les critères d'une Ville en Santé, on trouve l'accès aux services de santé publique, des aspects environnementaux, économiques, mais aussi des critères de solidarité communautaire, de patrimoine culturel, de participation citoyenne, ainsi que la diversité et la synergie des expériences et des ressources. Une quarantaine d'indicateurs viennent renforcer ces critères, touchant au logement, à l'emploi, aux transports publics, aux pistes cyclables, aux espaces verts, à la culture, à l'environnement, etc.

### Décloisonner la santé

Pour gérer ce programme, le Gouvernement et les trois Assemblées communautaires de la Région bruxelloise ont constitué une asbl, baptisée « Bruxelles, Ville Région en santé ». Tous les Ministres en fonction sont membres de l'Assemblée générale.

« Bruxelles Ville-Région en santé » a neuf ans d'existence. Sa mission est de décroisonner la santé, de l'aborder dans sa dimension transversale, en portant le regard sur les facteurs économiques, urbanistiques, environnementaux, sociaux qui déterminent l'état de bien-être, de réunir autour de projets communs une variété d'acteurs institutionnels, politiques, académiques, sociaux, citoyens.

Des dynamiques à plusieurs vitesses se mettent en place, invitent à sortir des « descriptions de fonction », des « cahiers des charges » habituels et bousculent les traditions de fonctionnement institutionnel avec

l'assentiment du pouvoir régional et l'assistance d'un vaste partenariat public. Ceci dans le souci de garantir à Bruxelles le statut de Ville en Santé tel que défini par l'OMS et reconnu à notre capitale en octobre 2002.

Pour ce faire, un comité technique composé de 16 institutions et associations mandatées par le Gouvernement assiste Bruxelles, Ville Région en santé pour la mise en œuvre du programme Ville-Santé et la mise à disposition de leurs compétences.

Les villes labellisées « Ville-Santé » doivent faire la preuve des progrès réalisés dans la planification du développement en santé. Les adhérents au Réseau européen de l'OMS doivent élaborer un plan de développement sanitaire (ou équivalent), s'inspirant de l'expérience des villes membres du réseau. L'agenda 21 et le plan santé 21 sont très proches. Les villes du réseau qui ont établi un plan de développement « en santé » doivent poursuivre sa mise en œuvre en y apportant, notamment, les révisions et les améliorations nécessaires en fonction du contexte.

« Bruxelles, Ville-Région en Santé » ne ménage pas ses efforts dans l'amélioration de

la qualité de vie de la population bruxelloise. Notamment, en accompagnant des citoyens particulièrement actifs sur différents projets portant sur l'amélioration de leur environnement et en donnant les outils méthodologiques indispensables à la réussite. Son travail sur le terrain se trouve aujourd'hui renforcé au niveau régional puisque plusieurs de ses recommandations viennent compléter et enrichir d'autres travaux visant à améliorer la qualité de vie à Bruxelles et notamment le Plan Régional de Développement (en élaboration) et les indicateurs de l'environnement. En 2003 et 2006, l'association a par ailleurs lancé deux appels à projet de développements locaux ayant respectivement pour thèmes l'espace public et la mobilité. Huit projets portés par des groupes d'habitants ont été sélectionnés à Forest, Ganshoren, Jette, Laeken, Molenbeek et Schaerbeek. Les projets retenus recouvraient des problématiques allant de la gestion et de l'occupation de l'espace aux différents modes de transport dans la ville, en passant par la réalisation d'un jardin pédagogique, le développement de piscines communales, la revitalisation de quartier, etc.

Sur le terrain, on retiendra surtout la méthode choisie dans le travail d'accompagnement des projets proposé par Bruxelles, Ville Région en santé : celle du « diagnostic en marchant » et du renforcement des savoirs. Cette méthode, utilisée par les habitants après une courte formation à l'observation dispensée par l'ASBL, doit permettre à différentes personnes de poser des constats sur un même espace, de valoriser la parole de l'habitant – en tant qu'expert du lieu où il vit – et de partager les différentes visions d'un même quartier, de capitaliser tous les constats afin d'amorcer des changements au niveau local.

Des modifications sont déjà intervenues dans certains quartiers, avec une amélioration perceptible sur les conditions de vie des habitants, et d'autres sont en cours. Depuis peu, du côté de l'association bruxelloise, on se prend à espérer que les constats et les propositions qui en ont résulté pourront être étendus à l'ensemble de la région pour bénéficier à tous les Bruxellois.

**Nicole Purnode**, ASBL Bruxelles Ville-Région en santé - Belgique

## Les recommandations finales du congrès santé environnementale et vulnérabilités sociales, Namur, 21 et 22 octobre 2010

***Au terme du Congrès, chaque atelier a produit des recommandations qui ont été présentées en séance plénière et soumises au vote pour approbation. Certaines d'entre elles ont nécessité un travail a posteriori en partenariat avec les participants aux ateliers concernés. Ces recommandations constituent un document en soi, utilisable par tout un chacun. Il est téléchargeable sur le site de la Direction générale opérationnelle Pouvoirs locaux, Action sociale et Santé.***

### **Recommandations générales**

- Soutenir et promouvoir la mise en place d'un deuxième plan européen environnement-santé intégrant les vulnérabilités sociales comme dimension à part entière.
- Inclure la dimension des inégalités sociales de santé et de ses multiples déterminants dans la conception, la réalisation et l'évaluation de programmes de recherche, d'observation et d'interventions en santé environnementale financés par la Commission européenne ou les États membres, leurs régions ou sous-régions.

- Mettre en place et soutenir dans chaque pays membre un système de veille centralisé pour vérifier la prise en compte des vulnérabilités sociales dans toutes les politiques en lien avec la santé environnementale s'adressant à la population générale, à des groupes particuliers (personnes sans domicile, personnes âgées en situation de précarité, etc.) ou à des milieux de vie spécifiques (collectivités, entreprises, etc.).

## **Le rôle de la recherche pour mieux comprendre et cibler les liens entre santé environnementale et vulnérabilités sociales**

Développer la recherche en santé environnementale, inégalités sociales de santé (ISS) et vulnérabilités sociales de santé (VSS) dans une approche pluridisciplinaire et transnationale :

- en définissant et en diffusant un cadre conceptuel commun qui comprend clairement l'environnement, la santé et les inégalités et vulnérabilités sociales ;
- en proposant des méthodes appropriées pour s'attaquer à ces questions de recherche ;
- en soutenant la recherche transdisciplinaire (qualitative, quantitative) des réseaux qui travaillent sur les liens entre ces trois éléments (environnement, santé et vulnérabilités sociales) ;
- en encourageant la participation des bénéficiaires dans la recherche d'une part, et le partage des connaissances et des savoir-faire entre chercheurs, politiciens, travailleurs de terrain et des bénéficiaires dans tous les domaines, au-delà de l'environnement et la santé, d'autre part.

Assurer la prise en compte des vulnérabilités/inégalités sociales en santé environnementale dans la recherche, en décrivant cet aspect dans la conception de la recherche, en l'incluant dans la liste des critères pour l'attribution des budgets de recherche et des subventions, et en contrôlant leur intégration effective dans le processus d'évaluation des recherches réellement réalisées.

## **La prise en compte des vulnérabilités sociales dans les politiques, les programmes et les projets en santé environnementale**

Considérer la réduction des inégalités de santé comme un élément crucial et nécessaire d'une stratégie de développement durable. Faire de l'implication des acteurs locaux (bénéficiaires, ONG, société civile) dans un processus de consultation une partie intégrante du processus de décision politique.

Créer des possibilités de mise en commun des ressources et assurer le contrôle et l'évaluation ex post des politiques et programmes.

## **La formation et la sensibilisation des acteurs de terrain pour améliorer la prise en compte des vulnérabilités sociales dans leurs actions**

Introduire dans le curriculum de base et dans les formations continues les éléments nécessaires pour que chacun des acteurs de la santé, du social, de l'environnement, de l'éducation et du logement :

- soit sensibilisé à la question des liens entre la santé environnementale et les vulnérabilités sociales ;
- soit capable d'identifier et de comprendre les besoins des publics socialement vulnérables ;
- identifie clairement le champ des actions dont il peut être responsable en fonction de ses compétences professionnelles ;
- soit préparé à travailler de manière interdisciplinaire.

Intégrer dans ces cours/formations/modules, outre les aspects scientifiques et techniques :

- une dimension communautaire et transversale visant à connaître et pouvoir mobiliser les ressources disponibles en matière de structures locales d'appui (centres d'aide sociale, centres de soins intégrés, maisons de quartier, etc.), ainsi que le secteur associatif et les actions de terrains dont ils sont porteurs ;
- une dimension communication afin de développer chez les acteurs de terrain les capacités d'écoute et de promotion de la participation citoyenne des publics socialement vulnérables, et pour permettre à ces derniers de contribuer activement aux prises de décision et à la recherche de solutions qui les concernent. Cette communication doit contribuer au renforcement de l'image de soi des personnes les plus fragiles, à la valorisation de leurs compétences et au renforcement de leur capacité de mettre en œuvre des actions utiles, et leur permettre d'accepter le principe de temporalité nécessaire au processus de changement des comportements.

Soutenir la mise en place de réseaux d'échange de bonnes pratiques et d'autres procédés qui permettent de diffuser les résultats et de développer l'expertise des professionnels et de l'ensemble des acteurs de terrain de manière transversale (en jetant des ponts entre les disciplines).

## **La prise en compte des vulnérabilités sociales dans l'observation et la surveillance de la santé environnementale**

Mettre en place, développer et/ou soutenir un système d'observation et de suivi des liens entre la santé environnementale et les vulnérabilités sociales qui :

- analyse les caractéristiques socio-économiques des personnes et de leur environnement en les considérant comme des variables explicatives, au delà de leur statut de variables confondantes ;
- s'inscrive dans le long terme ;
- se positionne dans une démarche menant à l'action.

Assurer la complémentarité sans redondance de l'observation locale et de l'observation à un niveau plus global (national, européen...) en développant des liens/partenariats entre les institutions qui sont actives aux différents niveaux et entre les données qu'elles recueillent. Les indicateurs sont d'abord développés pour répondre aux besoins de chaque niveau géographique ou administratif, puis pour permettre les comparaisons au niveau national voire européen.

L'observation doit adapter ses méthodes pour inclure les préoccupations relatives aux vulnérabilités sociales.

## **Prendre en compte le secteur non gouvernemental dans les politiques de santé environnementale**

Créer des occasions de dialogue et d'échanges entre les intervenants et les décideurs politiques, etc., afin de soutenir leur mission de formation / information, de les inclure dans les processus décisionnels et dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des décisions. Les États membres devraient soutenir le rôle des intervenants du secteur associatif et non gouvernemental dans la lutte contre les vulnérabilités en matière de santé environnementale :

- par un financement structurel planifié sur le long terme pour permettre aux organisations de planifier et d'investir à longue échéance ;
- en finançant également des collaborations entre les parties prenantes, l'évaluation de

leurs expériences (soutien financier pour la coordination, la rédaction, le partage et l'analyse des résultats, etc.) et leur formation continue.

### **Prendre en compte les publics socio-économiquement vulnérables dans les actions en santé environnementale et les associer aux processus de décision**

Connaître les populations, via :

- le maintien en continu d'une démarche active pour bien connaître les personnes bénéficiaires des interventions et ce, d'autant plus qu'elles sont en situation de vulnérabilité. D'une part en leur donnant la parole, en les écoutant et, d'autre part, en écoutant les professionnels en contact avec ces personnes et en veillant à ce que ceux-ci ne projettent pas leurs représentations des problématiques comme étant la perception des personnes vulnérables ;

- l'implication des personnes représentatives des différents points de vue dans les processus relatifs aux interventions.

Impliquer les populations dans l'action (projets, programmes, politiques) afin de :

- soutenir l'expertise collective et individuelle des publics socialement vulnérables ;
- vérifier le niveau de sensibilisation des personnes et des groupes à la problématique (pouvoir reconnaître le caractère problématique d'une situation), ainsi que leur niveau de connaissance du problème, de ses causes et ses conséquences; partir de leur vécu quotidien, de leurs connaissances, de leurs compétences et de leur perception des questions prioritaires pour obtenir leur adhésion et construire l'action ;
- choisir, promouvoir des outils et méthodes de participation adaptés, c'est-à-dire choisir un langage adapté et compris par toutes les parties prenantes (professionnels, populations, décideurs), notamment dans la

prise de décision ainsi que la stimulation d'échanges de connaissances et savoir faire entre tous les acteurs, en particulier entre les bénéficiaires d'actions eux-mêmes.

Sensibiliser les décideurs (locaux et autres) à la plus-value et à la nécessité de partager une partie du pouvoir de décision avec les populations bénéficiaires des interventions.

### **La transversalité et la pluridisciplinarité dans les politiques et les actions de santé environnementale**

Obtenir suffisamment d'engagements politiques à chaque niveau afin de réduire les inégalités de santé dans une approche transdisciplinaire utilisant des méthodes participatives.

Désigner un pilote institutionnel issu de l'un des domaines pour assurer la cohérence des efforts conjoints dans l'environnement, la santé, l'action sociale et les autres domaines associés.

## **Les avancées européennes dans la prise en compte des vulnérabilités sociales en environnement-santé**

Le congrès consacré à la santé environnementale et les vulnérabilités sociales des 21 et 22 octobre 2010 s'est inscrit de diverses façons dans l'agenda européen de cette année de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

En mars 2010, la 5<sup>e</sup> Conférence ministérielle Environnement Santé de l'OMS Europe identifiait « *Les inégalités socio-économiques et sexospécifiques en termes de santé et d'environnement humains, amplifiées par la crise financière* » comme un des défis majeurs de notre temps.

En novembre 2010, l'Agence européenne pour l'environnement mentionnait dans son rapport sur l'état de l'environnement en Europe qu'« *environnement, santé, espérance de vie et inégalités sociales sont liées* » et qu'« *une meilleure compréhension des différences dans la répartition sociale de la qualité de l'environnement peut être utile pour les politiques, puisque les groupes de population spécifiques, tels que ceux à faible revenu, les enfants et les personnes*

*âgées, peuvent être plus vulnérables – principalement en raison de leur état de santé, de leur niveau économique et d'éducation, de l'accès aux soins de santé, et des facteurs en relation avec le mode de vie qui influent sur leur procédés et capacités d'adaptation* ».

Pour répondre à ces constats, la Présidence belge de l'Union européenne a notamment proposé de développer un 2<sup>e</sup> Plan d'action environnement santé (PAES) incluant les vulnérabilités sociales comme priorité transversale. Le 1<sup>er</sup> PAES qui avait été développé comme contribution de la Commission européenne à la 4<sup>e</sup> Conférence de l'OMS venait en effet à échéance en 2010. Six événements clefs dont le congrès ont ainsi été organisés par les Ministres belges de la CIMES.

Les conclusions et recommandations de ces événements visent à alimenter la préparation de ce 2<sup>e</sup> PAES. Elles ont été présentées lors du Conseil EPSCO (Emploi, Politiques sociales, Santé et protection des

consommateurs) du 7 décembre. Ce Conseil a par ailleurs développé les aspects sociaux de la Stratégie EU2020 et demandé « *de mieux évaluer les conséquences sociales des politiques menées dans d'autres formations concernées du Conseil* ». L'attention mise par la Présidence belge sur cette thématique environnement-santé a finalement permis aux États membres de se prononcer en faveur de ce 2<sup>e</sup> PAES lors du Conseil Environnement du 20 décembre. 2010 s'est donc terminé par des avancées au niveau européen dans la prise en compte des vulnérabilités sociales en environnement-santé. Il s'agit d'une première étape dans la mise en œuvre des recommandations du congrès au niveau belge et européen à poursuivre par le renforcement des collaborations entre les différents réseaux et parties prenantes impliqués.

**Pierre Biot**, SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement - Belgique

Construire des passerelles entre les domaines de la Santé Publique Environnementale :

- en identifiant les professionnels qui, a priori, ne font pas partie du champ de la santé environnementale, mais peuvent y jouer un rôle ;
- en les mobilisant en tant que partenaires dans l'action et en leur donnant un soutien ;
- en leur permettant de comprendre la perspective des disciplines qu'ils ne maîtrisent pas eux-mêmes par la formation et le travail en commun.

Améliorer les études d'incidence environnementale afin d'inclure les conséquences sur les vulnérabilités sociales de santé. Ce travail nécessite transversalité et transdisciplinarité.

### **La prise en compte des territoires dans les politiques de santé environnementale**

L'approche territoriale doit être envisagée comme :

- une approche sociale, économique et environnementale circonscrite sur un territoire ;
- un moyen de définir un champ d'actions et les populations auxquelles l'action s'adresse à partir d'une structuration de l'espace et une possibilité d'évaluer ces actions en

termes de couverture ou de cohésion sociale par exemple.

Le territoire est une notion toujours dynamique et idéalement non définie uniquement en fonction des limites administratives. C'est un outil potentiellement utile dans la réduction des vulnérabilités sociales en matière de santé environnementale :

- s'il est combiné avec d'autres dimensions notamment historique et anthropologique ;
- si les réponses sont adaptées aux besoins et aux demandes de la population ;
- si des comparaisons sont faites et si les tendances sont observées ;
- s'il peut fluctuer en fonction des problématiques abordées ;
- si chaque échelon géographique (national, régional, local) définit de manière spécifique ses responsabilités, ses fonctions, ses objectifs, ses stratégies, ses moyens et diffuse ces définitions.

Promouvoir la connaissance réciproque de différents groupes de population vivant sur un territoire donné afin de favoriser la mixité et la cohésion sociale. L'approche territoriale peut être limitante notamment lorsqu'elle réduit l'accès de la population à certains services.

### **Propositions d'étudiants pour mieux tirer parti de leur formation dans la prise en compte des vulnérabilités sociales**

Élargir le concept de « vulnérabilités sociales ». Favoriser la prévention le plus en amont possible des vulnérabilités sociales.

Faire en sorte que l'ensemble des acteurs (scientifiques, acteurs de terrain, bénéficiaires, etc.) travaillent en réseau en ayant accès aux bases de données tant qualitatives que quantitatives. Décloisonner le travail de tous les acteurs.

Mettre à jour régulièrement les bases de données sur l'état de vulnérabilité sociale de santé d'une population.

Rendre les politiciens conscients de l'ensemble des outils à développer et des informations nécessaires à la prise de décision relative aux vulnérabilités sociales des populations dont ils sont responsables.

Faire en sorte que les services et institutions stratégiques en matière de santé aient des ancrages politiques.

Élaborer des programmes de santé sur le long terme et promouvoir la continuité des actions.

Renforcer la démocratie participative dans nos programmes de santé.

## **Conclusion**

Si la lecture de ce numéro a réussi à mettre en évidence l'intérêt d'inclure les vulnérabilités sociales comme grille de lecture systématique lorsque l'on s'intéresse à la santé environnementale et, inversement, à ne pas oublier les facteurs liés à l'environnement chaque fois qu'on cherche à réduire les inégalités sociales de santé, alors l'objectif principal de publier les résultats du congrès est atteint.

Une autre dimension majeure à poursuivre est l'impérieuse nécessité de décloisonner nos pratiques et nos disciplines si nous souhaitons augmenter les effets de nos actions sur l'amélioration de la santé et du bien-être. Parmi les différents objectifs poursuivis lors du congrès, le souhait de présenter les diffé-

rentes facettes des liens entre les vulnérabilités sociales et la santé environnementale et d'identifier quelques acteurs-clés dans chacun de ces domaines est à souligner. Libre à vous maintenant de vous approprier ces contacts. En plus de leur portée européenne, les recommandations issues de ce congrès ont fait l'objet d'une note au Gouvernement wallon dans le but d'en assurer le suivi et d'en mesurer les effets après un an. Ces recommandations sont consultables sur le site Internet du NEHAP ([www.nehap.be](http://www.nehap.be)) et sur celui de la DGO5 – SPW, Direction Générale Opérationnelle Pouvoirs locaux, Action sociale et Santé ([www.socialsante.mrw.wallonie.be/pages/6300/php](http://www.socialsante.mrw.wallonie.be/pages/6300/php)). Elles existent en français

et en anglais et ont été transmises à tous les participants au congrès.

N'hésitez donc pas à prendre contact avec l'Observatoire Wallon de la Santé ou avec la Cellule Permanente Environnement-Santé du Service Public de Wallonie pour toutes vos questions ou si vous souhaitez communiquer des éléments issus de vos interventions de terrain afin qu'ils puissent être diffusés plus largement.

# Éducation Santé

Ce document est un numéro hors série de la revue *Éducation Santé*.

*Éducation Santé* est un mensuel belge francophone spécialisé en promotion de la santé.

Il s'adresse à un public de relais, professionnels de la santé et du social, enseignants, étudiants... Il paraît 11 fois par an et est disponible sur abonnement gratuit en Belgique.

*Éducation Santé*, c'est aussi le site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be), où il est possible de retrouver en texte intégral les articles parus dans la revue depuis 2001, soit près de 1400 articles à ce jour. Il est également possible d'y consulter les numéros de la revue quelques jours avant leur diffusion postale. Le tout est également d'accès gratuit.

*Éducation Santé* est une publication de la Mutualité chrétienne réalisée dans le cadre d'une collaboration entre les mutualités chrétienne et socialiste, et avec le soutien financier de la Communauté française Wallonie-Bruxelles.

Pour en savoir plus : *Éducation Santé*, chaussée de Haecht 579 / 40, 1031 Bruxelles.

Courriel : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be). Internet : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)



Service public  
de Wallonie



Direction générale  
opérationnelle  
des Pouvoirs locaux,  
de l'Action sociale  
et de la Santé



INSTITUT WALLON  
DE L'ÉVALUATION,  
DE LA PROSPECTIVE  
ET DE LA STATISTIQUE

L'Observatoire wallon de la Santé  
remercie chaleureusement  
l'équipe d'*Éducation Santé* pour la  
collaboration fructueuse qui a permis  
la réalisation de ce hors-série  
de la revue.



Mensuel (11 numéros par an,  
ne paraît pas en août).

Abonnement : gratuit pour la Belgique.  
Pour l'étranger, nous contacter.

Réalisation et diffusion : Infor Santé,  
Alliance nationale des mutualités

chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination  
intermutualiste ANMC-UNMS.

Équipe de ce hors série : Nicolas Baumer, Christian De Bock,  
Carole Feulien, Aurélie Piérard, Véronique Tellier, Simon  
Trappeniens.

Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction : Christian De Bock  
(02 246 48 50, [christian.debock@mc.be](mailto:christian.debock@mc.be)).

Documentation : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51,  
[maryse.vanaudenhaege@mc.be](mailto:maryse.vanaudenhaege@mc.be)).

Site internet : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns,  
Maryse Van Audenhaege (animation).

Contact abonnés : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51,  
[maryse.vanaudenhaege@mc.be](mailto:maryse.vanaudenhaege@mc.be)).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns,  
Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans,  
Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens,  
Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer,

Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Karin Rondia,  
Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock,  
Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Tatiana Pereira,  
Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

Éditeur responsable : Jean Hermesse,  
chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2.400 exemplaires.

Diffusion : 1.700 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation Santé* n'engagent que  
leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.  
La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans *Éducation Santé* peuvent être  
reproduits après accord préalable de l'auteur et de la revue  
et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Tél. : 02-246 48 51. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-  
Éducation Santé comme destinataire).

Internet : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

Courriel : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be).

Pour découvrir les outils francophones en promotion  
de la santé, une seule adresse : [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues  
scientifiques et culturelles – [www.arsc.be](http://www.arsc.be)

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site  
[www.educationsante.be](http://www.educationsante.be) (sous réserve d'acceptation  
des auteurs).

Notre site est certifié HON (Health on the Net – 05/2010).

Notre site adhère à la Plate-forme [www.promosante.net](http://www.promosante.net).

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



La revue *Éducation Santé* est réalisée avec l'aide  
du Ministère de la Communauté française  
de Belgique Département de la Santé.