



MONITORING URBAN SANTÉ ENVIRONNEMENT- TERRITOIRE AIR ET SANTÉ

Air, santé et politiques publiques : articulation et implication des acteurs en Hauts-de-France.

RAPPORT FINAL

**Janvier
2024**

Soutenu par



REMERCIEMENTS

Miléna Bourinet (Ancienne chargée de projet – APPA)

Damien Cuny (Président du conseil scientifique APPA)

Chantal Derkenne (ATM)

Isabelle Roussel (Professeurs émérite - Conseil Scientifique APPA)

Corinne Schadkowski (Ancienne directrice et bénévole APPA)

L'ensemble des acteurs interrogés (dans un souci d'anonymisation aucun nom ne serait cité).

Les relecteurs et relectrices de ce rapport

SOMMAIRE

1. CONTEXTE DU PROJET	6
1.1. Origine du projet MUSE T.A.S.....	6
1.2. Présentation des objectifs de l'étude.....	6
2. METHODOLOGIE MISE EN ŒUVRE	7
2.1. Réalisation d'un état des lieux	7
2.2. Réalisation d'entretiens	8
2.2.1. Elaboration d'une grille d'entretien	8
2.2.2. Prise de contacts des personnes à interroger	9
2.2.3. Observation participante	9
2.2.4. Analyse des entretiens	10
3. BILAN / PRINCIPAUX RESULTATS OBTENUS	10
3.1. Etat de l'art	10
3.2. Comment les différents acteurs abordent la qualité de l'air	12
3.2.1. Un argument « qualité de l'air » utilisé pour les sujets de la santé et de la mobilité.....	12
3.2.2. Les acteurs économiques	12
3.2.2.1. Une pression sur les industriels.....	12
3.2.2.2. Le secteur agricole commence à peine à prendre la mesure « qualité de l'air ».....	13
3.2.3. Les professionnels de santé	14
3.2.3.1. Médecine et santé environnementale, deux exercices disjoints.....	14
3.2.3.2. Des sages-femmes impliquées dans la santé environnementale et plus généralement dans le mode de vie des patientes.....	15
3.2.3.3. Les pharmaciens entendent les attentes de leurs patients sur le lien santé-qualité de l'air mais ils n'ont pas le temps d'y répondre (sauf dans le cadre de l'entretien asthme)	15
3.3. Des collectivités à la croisée de deux systèmes d'acteurs indépendants : environnement et santé	16
3.3.1. L'ARS, interlocuteur privilégié des professionnels de santé	16
3.3.2. Les territoires accompagnent différents interlocuteurs, mais sont aussi accompagnés par des structures avec parfois une compétence intégratrice des différents sujets.....	17
3.3.3. Les exercices de planification régionaux ou infra régionaux ne convainquent pas.....	18
3.3.3.1. Les professionnels de santé ne se sentent pas à leur place	18
3.3.3.2. Le PPA, une échelle d'action qui peine à trouver sa place	19
3.3.3.3. Un PRSE qui manque d'ambition	20
3.4. Des freins à la montée en puissance de la santé environnementales en lien avec la qualité de l'air.....	20
3.4.1. Des ressources humaines et des compétences qui ne sont ni stabilisées, ni suffisantes.....	20
3.4.2. Les plans, mesures et informations manquent de clarté et de cohérence entre eux	22
4. PERSPECTIVES	23
4.1. Développer une culture commune Santé Environnement chez les professionnels de santé	23
4.2. Aider les collectivités territoriales à valoriser leurs actions « Qualité de l'air »	24
4.3. Une révision des documents et des plans	24
4.4. Porter une vision politique, plus globale et ambitieuse, comme un futur désirable (travailler sur les imaginaires).....	25
4.5. Créer une cartographie des acteurs du domaine air et santé	25

5. CONCLUSION	26
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	27
INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES	27
SIGLES ET ACRONYMES.....	28

Résumé

Le projet MUSE T.A.S (Monitoring Urban Santé Environnement- Territoire Air et Santé), s'inscrit dans le projet global MUSE, élaboré en 2016 par le Laboratoire de Soins Pharmaceutiques et de Santé Publique (L2SP) du Pôle Pharmacie du CHU de Nice. Il s'agit d'une étude participative sur l'intégration de la qualité de l'air dans les politiques publiques locales en santé et environnement. Dans ce cadre, une problématique a été soulevée : face à la diversité d'acteurs et de plans d'actions intervenants dans le cadre de la qualité de l'air, comment construire des politiques territoriales intégrées, opérationnelles et transversales de la qualité de l'air qui répondent aux besoins locaux ?

L'objectif de cette étude est d'identifier les acteurs du domaines air et santé et les relations entre ceux-ci : analyser les priorités et les besoins locaux amélioration de la qualité de l'air ainsi que les freins et leviers d'actions. Et notamment saisir comment les acteurs de la santé sont associés aux politiques publiques sur la qualité de l'air et quel peut être leur rôle à jouer dans ce domaine. L'étude repose sur une étude qualitative auprès de 23 acteurs territoriaux issus de « l'air » et de la santé « d'autre part ». Il a été remarqué que la qualité de l'air est un sujet abordé généralement de manière transversale par un majorité d'acteurs. Les collectivités sont soumises à la demande des administrés de « mieux vivre » car ils sont de plus en plus sensibilisés et soucieux de l'enjeu santé. Les industriels sont soumis quant à eux par les autorités à des mesures contraignantes. Il existe une omerta autour de la thématique santé-environnement avec le secteur agricole. Ce secteur commence à peine à prendre en considération la qualité de l'air.

Pour les professionnels de santé, les déserts médicaux et le peu de temps consacré aux patients lors des consultations laissent peu de place au préventif sur cette thématique. La qualité de l'air va être abordée de manière plus ponctuelle avec les pharmaciens au vu des attentes des patients de l'officine. Les sages-femmes restent les professionnels de santé les plus impliquées dans la santé-environnementale car elles sont beaucoup plus en prise avec le mode de vie de leurs patients que les médecins traitants.

Les collectivités apparaissent comme un point central pour regrouper les acteurs de la santé et ceux de la qualité de l'air. Elles permettent au travers de table ronde et de textes réglementaires de concourir à la mise en relation de ces différents secteurs. Mais avec une nébuleuse d'informations et de plans d'actions, certains acteurs se retrouvent perdus et ceci représente un frein pour améliorer la prise en compte de la thématique santé-environnement. Les textes réglementaires mis en place comme le PPA et le PRSE ne trouvent pas leurs places auprès de tous les acteurs et sont considéré comme peu ambitieux et manquant de cohérence.

Il ressort que le secteur santé ne priorise pas et n'intègre que peu l'aspect environnement dans leurs pratiques. Si ce n'est concernant la qualité de l'air intérieur grâce aux formations proposées.

Des leviers d'actions ont pu être identifiés comme aider les collectivités territoriales à valoriser leurs actions visant qualité de l'air, ou bien développer un discours commun à l'ensemble des professionnels de santé, notamment par le biais des CPTS.

1. Contexte du projet

1.1. Origine du projet MUSE T.A.S

L'étude MUSE-T.A.S (Monitoring Urban Santé Environnement – Territoire Air et Santé) s'inscrit dans le projet global MUSE, élaboré en 2016 par le Laboratoire de Soins Pharmaceutiques et de Santé Publique (L2SP) du Pôle Pharmacie du CHU de Nice. L'APPA est un des partenaires fondateurs de ce projet, piloté et initié par Remy Collomp, pharmacien et membre-bénévole du Bureau de l'APPA Région Sud. Le projet MUSE consiste « à développer les activités physiques adaptées au meilleur endroit et au meilleur moment vis-à-vis de la qualité de l'air ». Pour ce faire, ce projet vise à identifier les besoins exprimés ou potentiels des citoyens et des professionnels de santé et, à partir de ce constat, de mener des actions de prévention et de sensibilisation adaptées sur la qualité de l'air extérieur et intérieur. Il s'agit de fournir des informations pertinentes, personnalisées, au bon moment, afin de faciliter les changements de comportement et d'améliorer les prises en charge des pathologies éventuelles. A cette fin, le projet prévoit l'élaboration de nouveaux outils, notamment des applications numériques, la formation et l'information des professionnels et du public sur la qualité de l'air extérieur et intérieur.

Le projet comporte par ailleurs un volet territorial : l'étude MUSE-T.A.S. Ce projet, déposé en 2019 auprès de l'ADEME, consistait initialement à développer un plan d'actions de prévention vis-à-vis de la qualité de l'air en collaboration avec des collectivités territoriales.

1.2. Présentation des objectifs de l'étude

L'étude porte sur l'intégration de la qualité de l'air dans les politiques publiques locales en santé et environnement. Plusieurs constats sont observés :

- Pollution atmosphérique : multitude de polluants provenant de sources différentes, de secteurs d'activité différents et impliquant de multiples acteurs de divers échelons.
- Les plans d'actions sont multiples, avec des pilotages distincts pas toujours coordonnés
- Chaque plan est décliné en nombreux et différents orientations et objectifs prioritaires identifiés
- La qualité de l'air apparait majoritairement de manière transversale et diffuse vis-à-vis de ce panel d'objectifs, souvent de manière séparée en ce qui concerne la qualité de l'air extérieur et qualité de l'air intérieur
- De très nombreuses actions sont déployées sur le terrain mais visent des objectifs et périmètres différents, utilisant des méthodologies et des calendriers variés, l'ensemble rendant difficile une comparaison d'efficience ou une extension plus large par transfert d'expérience

Problématique :

Face à cette diversité d'acteurs et de plans d'actions, comment construire des politiques territoriales intégrées, opérationnelles et transversales de la qualité de l'air qui répondent aux besoins locaux ?

Cette étude se base sur les objectifs stratégiques et opérationnels des programmes d'actions régionaux et locaux en santé et environnement (PRSE3, SRS, PPA, PCAET et CLS) et vise à étudier comment les différents acteurs régionaux et locaux répondent à ces objectifs. L'étude cherche à déterminer les attentes de chacun et leurs besoins pour agir dans le domaine de la qualité de l'air et santé.

Cette étude a ainsi pour **objectif** d'analyser et d'identifier :

- Les priorités et besoins locaux en termes de qualité de l'air
- Les acteurs du domaine air/santé et les relations entre ceux-ci pour réaliser une cartographie d'acteurs. Cette étude vise notamment à saisir comment les acteurs de la santé sont associés aux politiques publiques sur la qualité de l'air et quel peut être leur rôle à jouer dans ce domaine.
- L'articulation entre les domaines santé et environnement autour de la qualité de l'air
- L'articulation des plans d'actions locaux avec les plans d'actions régionaux ayant une influence sur la qualité de l'air
- L'adéquation des objectifs des plans d'actions avec les besoins et enjeux locaux
- La participation des différents acteurs aux processus d'élaboration des plans d'actions
- Les freins et leviers d'action à l'amélioration de la qualité de l'air

Terrain de l'enquête

L'étude se situe sur la Région Hauts-de-France et plus particulièrement sur la Métropole Européenne de Lille (MEL) et la Communauté de Communes Cœur d'Ostrevent (CCCO). Nous avons opté pour deux collectivités avec lesquelles l'APPA est d'ores et déjà en lien, afin de faciliter la prise de contact pour les entretiens. Ces deux collectivités sont de tailles différentes, ce qui permet de comparer leur fonctionnement et les enjeux rencontrés en termes de qualité de l'air. La MEL a retenu notre intérêt en raison de son implication pour l'amélioration de la qualité de l'air. Par ailleurs, l'APPA

contribue aux dynamiques locales en étant par exemple membre du Haut Conseil Métropolitain pour le Climat de la MEL, et a ainsi une bonne connaissance du terrain d'étude.

Nous avons choisi la CCCO car celle-ci est engagée sur les thématiques santé et environnement et a actuellement un CLS en cours de construction, ce qui nous permet d'appréhender l'élaboration d'un plan d'action.

L'objectif est d'interroger un vaste panel d'acteurs différents qui agissent de près ou de loin sur la qualité de l'air :

- Acteurs décisionnaires régionaux et départementaux
- Chambres consulaires
- Deux collectivités territoriales (Elu.es, technicien.nes des domaines d'action publique air et santé)
- Associations d'usagers du système de santé/patients
- Acteurs de la recherche (Sciences sociales et dures)
- Acteurs de la mesure, l'étude et la surveillance
- Professionnels de santé

2. Méthodologie mise en œuvre

2.1. Réalisation d'un état des lieux

La première étape a consisté à réaliser un état des lieux des politiques publiques de la qualité de l'air dans la Région Hauts-de-France. Les acteurs de la qualité de l'air en Région Hauts-de-France ont été listés et les plans et programmes d'actions existant au niveau national, régional et local relatifs à la qualité de l'air ont été répertoriés. L'ensemble des secteurs en lien avec la qualité de l'air a été intégré à l'étude. En effet, la pollution atmosphérique est une thématique transversale, les polluants provenant de multiples sources : résidentiel-tertiaire, agriculture, mobilités, industrie, aménagement et urbanisme. De même, la pollution de l'air a des effets sur la santé et concerne ainsi également le domaine sanitaire. La qualité de l'air est ainsi traitée dans de nombreux plans et programmes d'actions (plans portant sur la surveillance de la qualité de l'air, à l'aménagement, les transports, etc.).

Les plans suivants ont été identifiés et lus :

- Niveau national :

PREPA, PNSE4, PNSQA, Plan Ecophyto II+, Plan d'actions pour réduire les émissions de NH3 de l'épandage, Plan d'action chauffage au bois, Plan vélos et mobilités actives, Stratégie Nationale de Santé.

- Niveau régional :

PRSQA, PRSE3, Schéma régional de santé, PPA, SRADDET, Feuille de route « Ecophyto 2+ - Région Hauts-de-France »

- Niveau local MEL :

PCAET MEL, SDIT MEL (Schéma directeur des infrastructures de Transport), Plan Vélos MEL, SCOT, PLU2 MEL, PLH, Stratégie Santé Environnementale MEL, Stratégie espaces naturels, Projet alimentaire territorial MEL

- Niveau local CCCO :

PCAET du Grand Douaisis, Schéma de Santé du Syndicat Mixte du SCOT Grand Douaisis

A partir de la lecture de ces différents documents, un tableau Excel a été établi en répertoriant les informations suivantes pour chaque document : l'échelon, la durée du plan, la date, les porteurs du programme, son caractère contraignant éventuel, si celui-ci découle d'un autre plan ou si d'autres plans doivent le prendre en compte, la manière dont celui-ci a été élaboré, les objectifs, les mesures contenues ayant un impact direct ou indirect sur la qualité de l'air, les indicateurs d'évaluation, le suivi et le bilan. Ce travail a permis de mieux saisir l'ensemble des actions et outils mis en place pour lutter contre la pollution atmosphérique.

Enfin, ces informations ont été mises sous forme de schémas pour qu'elles soient lisibles et appréhendables par tous à l'aide du logiciel Lucidchart. Ce schéma permet de visualiser les différents échelons d'actions et les liens entre les différents programmes d'actions et documents de planification.

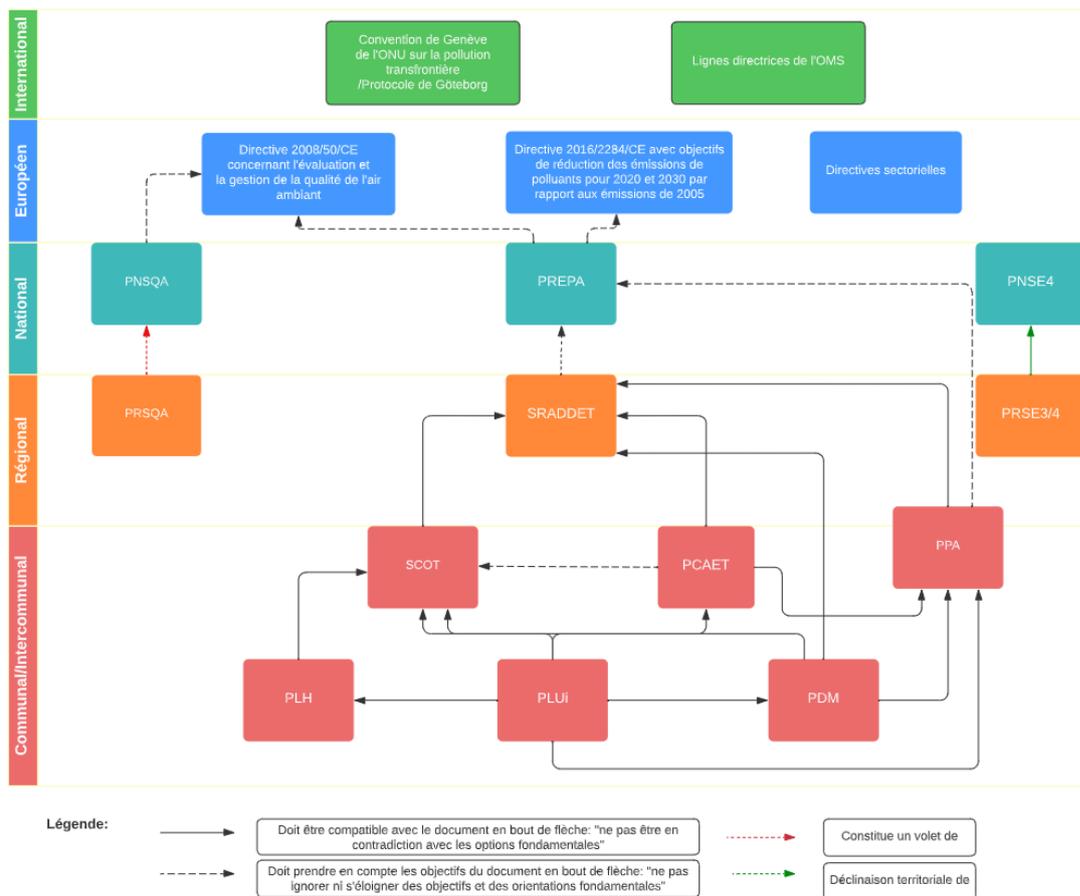


Figure 1 : Schéma des documents stratégiques, opérationnels et réglementaires relatifs à la qualité de l'air

2.2. Réalisation d'entretiens

2.2.1. Elaboration d'une grille d'entretien

Une grille d'entretien a été élaborée. La méthode d'entretien semi-directif a été choisie. L'entretien est orienté par un guide d'entretien qui définit préalablement des thèmes à aborder. Contrairement à l'entretien directif, cette méthode n'enferme pas le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies et fixes, mais lui laisse la possibilité de développer et d'approfondir son propos. L'intervieweur peut également rebondir sur les propos de l'interviewé. Cette technique d'entretien apparaissait la plus adaptée pour l'objet d'analyse de cette étude. Compte-tenu de l'hétérogénéité de l'échantillon d'acteurs à interroger, il nous semblait plus pertinent d'établir une grille d'entretien souple et adaptable au profil de l'interrogée (élu, association, ...). La grille d'entretien contient une trame principale, des thématiques communes et des questions qui évoluent en fonction des profils et des réponses de l'interrogé. La grille d'entretien été soumise pour avis à l'ADEME. Avant de démarrer les entretiens, un entretien test a été réalisé avec un bénévole expert de l'APPA afin d'évaluer la fluidité des échanges et la pertinence des questions. Voici la grille d'entretien retenue :

1.	Présentation du parcours, poste et missions de l'interrogé
2.	Photolangage pour identifier les enjeux de la qualité de l'air perçus comme prioritaires par l'interrogé.
3.	Missions et actions menées par la structure et l'interrogé sur la qualité de l'air. Identification des moteurs, des ressources à disposition, des éventuels freins rencontrés
4.	Relations de travail avec les autres acteurs de la qualité de l'air
5.	Articulation entre les documents de planification et les plans d'actions sur la qualité de l'air, participation des acteurs à l'élaboration des programmes d'actions
6.	Pistes d'amélioration pour les actions sur la qualité de l'air

Tableau 1 : Grille d'entretien

2.2.2. Prise de contacts des personnes à interroger

En amont et en parallèle des entretiens, une liste des acteurs à interroger a été établie et validée en interne. Celle-ci a évolué au fur et à mesure des entretiens. En effet, lors des entretiens, les personnes ont été interrogées sur les acteurs avec lesquels ils sont amenés à travailler de près ou de loin sur la qualité de l'air. Lorsqu'un acteur a été cité lors de plusieurs entretiens et qu'il paraissait être un acteur pertinent sur la qualité de l'air, celui-ci a également été contacté pour réaliser un entretien. Au total 23 entretiens ont été réalisés.

Acteurs sollicités	Entretiens réalisés*
Services de l'Etat	3
Chambres consulaires	2
Collectivités territoriales	6
Professionnels de santé	4
Expertise et Surveillance	3
Recherche	2
Associatif	1
Opérateur de l'Etat	1

Tableau 2 : Entretiens réalisés par acteurs sollicités

*Certains entretiens ont été menés de manière collective. Cela comporte des limites : les réponses des uns peuvent orienter les réponses des autres. Il se peut que certain(e)s n'osent pas exprimer certaines idées ou ressentis en groupe. De plus, certaines personnes prennent moins la parole que d'autres et il est ainsi plus difficile d'obtenir des éléments approfondis individuellement.

Les entretiens ont une durée comprise entre 45 min et 2h00. Ils se sont déroulés en visioconférence ou en présentiel. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participant.es, mais sont confidentiels et sont anonymisés dans ce rapport. Les entretiens sont ensuite retranscrits de manière exhaustive afin d'avoir toutes les données en main pour l'analyse.

2.2.3. Observation participante

Dans le cadre de l'enquête de terrain, la méthode d'observation participante a également été employée. Il s'agit d'observer directement, en étant présent sur le « terrain », les phénomènes sociaux étudiés.

Participation à plusieurs groupes de travail en tant que membre de l'APPA :

- Ateliers du Réseau national « Fonds Air Bois » de l'ADEME en février et mars 2022
- Séance du collège d'experts et scientifiques du Haut Conseil Métropolitain pour le Climat de la MEL le 10/03/2022
- Deux ateliers de travail sur la construction du prochain PPA du Nord et du Pas-de-Calais sur la thématique de la mobilité le 10/03/2022 et de l'agriculture le 03/03/2022
- COPIL du PPA le 22/09/2022

La participation à ces réunions a permis d'observer les positions et interactions entre les différents acteurs du domaine de la qualité de l'air, de déceler les éventuelles oppositions entre eux. La participation aux instances de pilotage et aux ateliers de construction du PPA ont permis de percevoir comment était élaboré un plan d'action publique et d'analyser les processus participatifs. L'observation participante a été pertinente pour appréhender les jeux d'acteurs et les différents enjeux des politiques publiques sur la qualité de l'air.

2.2.4. Analyse des entretiens

Afin d'analyse des entretiens, la méthode de codification a été choisie dans un premier temps. La codification est une « *Opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun* »¹.

Cette technique, fréquemment utilisée en sciences sociales, est au cœur de la méthode d'analyse qualitative de contenu fondée et décrite par Philipp Mayring, psychologue, sociologue et pédagogue allemand (1). Cette méthode d'analyse permet le traitement systématique du matériel pour répondre à la problématique de l'étude. Cette méthode peut s'appliquer de manière déductive ou inductive. Dans le cadre de cette étude, nous avons adopté une approche inductive. Nous ne testons pas des hypothèses établies à partir d'un cadre théorique mais nous partons de données brutes (entretiens) pour en tirer des enseignements sur l'articulation entre les secteurs de l'environnement et de la santé autour de l'enjeu de la qualité de l'air.

Cette méthode d'analyse inductive repose sur la catégorisation. La catégorisation inductive est une technique de synthèse. Il s'agit de réduire l'ensemble du matériel, des données brutes, à l'essentiel.

L'analyse des données brutes est guidée par les objectifs et questions de l'étude. L'analyse se fait en lisant à plusieurs reprises les données brutes de manière détaillée afin de condenser ces données dans un format résumé. L'objectif est d'établir des catégories décrivant les idées principales contenues dans les données brutes afin de répondre aux questions de l'étude.

Les retranscriptions ont ainsi été lues et relues pour identifier « de quoi est-il question ? » et repérer des groupes de phrases qui décrivent la même idée. Des codes ont ensuite été créés, tel que « manque de volonté politique », pour désigner une idée évoquée dans certains entretiens. Dans un second temps, des catégories ont été construites à partir des codes, en regroupant ceux se rapprochant thématiquement. Ainsi le code « manque de volonté politique » a été rattaché à la catégorie « freins ». Ces catégories ont évolué et se sont affinées au cours de l'analyse.

La méthode de codification n'a été utilisée que pour les premiers entretiens. Par la suite l'analyse s'est poursuivie grâce à l'écoute et la relecture pointilleuse des retranscriptions et écoute des entretiens menés.

3. Bilan / Principaux résultats obtenus

3.1. Etat de l'art

Ce travail se focalise sur les politiques publiques santé-environnement de la qualité de l'air dans la région Hauts-de-France. Afin de préciser et approfondir la compréhension du sujet et de l'analyse, divers champs de la littérature scientifique ont été pris en compte : sociologie de l'action publique, gouvernance politique des problèmes environnementaux, action publique dans le domaine sanitaire, sociohistoire des politiques publiques en matière de qualité de l'air, articulation des secteurs de la santé et de l'environnement. Plusieurs textes ont été étudiés pour éclairer le sujet de différentes manières.

L'étude s'inscrit dans le domaine de la sociologie de l'action publique. Elle porte sur les actions en lien avec la qualité de l'air des institutions publiques et celles d'une pluralité d'acteurs publics et privés, de la société civile, agissant à différentes échelles. L'étude met également en lumière le processus de *policy making*, c'est-à-dire la manière dont les décisions en matière de politique de qualité de l'air sont prises (les acteurs associés au processus, l'articulation entre les différentes politiques publiques, etc.).

La pollution de l'air peut être appréhendée comme un « *wicked problem* ». Les « *wicked problems* » sont des enjeux qui se caractérisent par un degré élevé de complexité, d'incertitude et de divergence entre les visions des acteurs qui y sont associés (2). En effet, de nombreux acteurs sont mêlés et imbriqués dans l'enjeu, avec différents rôles institutionnels, niveaux de connaissances sur le sujet, attentes, intérêts personnels et valeurs, ce qui peut conduire à des conflits et à des contradictions dans l'adoption de solutions pour le résoudre. Selon Roussel et al. (2008)(3), l'incertitude dans le domaine de la pollution atmosphérique n'est pas due à un manque de connaissances sur le sujet, mais plutôt à sa complexité. Cette complexité du sujet est liée à la diversité et à l'imbrication des pollutions, à la multiplicité des acteurs, des échelles et des niveaux d'action, au chevauchement des perspectives et des champs d'intervention et de décision, qui rendent très difficiles l'appréhension et la délimitation précises du domaine (3). Le traitement des « *wicked problems* » requiert une approche transversale. En effet, l'émergence de problèmes publics multidimensionnels remet en question l'approche sectorielle et nécessite une réflexion transversale afin d'accroître l'efficacité de leur traitement politique (4). La complexité de l'enjeu de la qualité de l'air requiert une collaboration et une coordination des acteurs sur deux niveaux : d'une part, entre les échelons territoriaux (national, régional et local) et d'autre part, entre les secteurs concernés (santé, agriculture, industrie, etc.). En outre, les « *wicked problems* » mettent également en lumière la nécessité de faire évoluer les processus de décision publique afin de les ouvrir à davantage d'acteurs, y compris des acteurs non étatiques, afin de prendre des décisions adaptées à la complexité des problèmes. Aucun acteur ne dispose de toutes les informations et de tous les instruments et moyens nécessaires pour traiter seul la problématique(5).

¹ : <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/>

La situation multi-acteurs et multi-niveaux du domaine de la politique de la qualité de l'air renvoie à la notion théorique de gouvernance. Les acteurs traditionnels de l'action publique, à savoir les acteurs étatiques, ne sont plus les seuls à prendre des décisions, mais s'inscrivent dans une constellation d'acteurs multiples. La notion de gouvernance traduit la reconfiguration de l'action publique. Elle souligne l'émergence de nouvelles formes d'intervention et la transformation des modalités de l'action publique, qui remettent en cause le modèle politique traditionnel descendant et centralisé (5). La définition et la mise en œuvre des politiques publiques impliquent une pluralité d'acteurs dont le statut et l'échelon d'action varient. L'accent est mis sur les processus d'interaction, de collaboration et de négociation entre ces acteurs hétérogènes (5). La gouvernance est comprise comme des modes de régulation collective de problèmes publics associant des constellations d'acteurs étatiques et non-étatiques (6).

Franck Boutaric a analysé la gouvernance de la qualité de l'air en France dans son ouvrage « *L'art de gouverner la qualité de l'air – L'action publique en question* ». Il s'intéresse aux modes de régulation publique de la qualité de l'air et aux transformations à l'œuvre dans ce domaine. Il étudie les instruments d'action publique et s'interroge sur leur efficacité et la manière dont les acteurs s'en emparent. Cet auteur met en lumière une dépolitisation du sujet de la qualité de l'air et des mesures mises en place, qui seraient peu contraignantes et axées sur une modification des pratiques individuelles, invisibilisant ainsi les origines de la pollution atmosphérique (7). Pierre Lascoumes s'est également intéressé aux instruments d'action publique en matière de lutte contre la pollution atmosphérique (instruments réglementaires, techniques et scientifiques) et leurs transformations (8).

Il nous semble également pertinent d'évoquer l'évolution historique de la prise en compte de la pollution de l'air par les pouvoirs publics. Ceci permet notamment de comprendre les raisons du cloisonnement entre les secteurs de la santé et de l'environnement sur l'enjeu de la qualité de l'air.

L'époque des Trente Glorieuses, durant laquelle l'Etat français a mené une politique de développement industriel massif du pays dans un effort de reconstruction d'après-guerre, a engendré des émissions polluantes multiples (9). Bien que la question de la pollution atmosphérique ait commencé à apparaître à partir de la Révolution Industrielle, celle-ci est devenue un enjeu émergent sur la scène médiatique et politique française à partir des années 50, notamment après l'épisode de pollution meurtrier londonien en 1952 (10). La pollution atmosphérique est à cette époque considérée comme essentiellement d'origine industrielle et est gérée par l'Etat et par les industries dans des cercles fermés (9). Le système de mesure et de surveillance de la qualité de l'air est alors uniquement centré sur les émissions des industries, ces émissions étant également les plus visibles et olfactives. La gestion de la pollution atmosphérique s'est caractérisée alors par une approche très technicienne centrée sur la mesure de la pollution industrielle au détriment des enjeux sanitaires de l'air (11). Avec le développement de l'automobile à partir des années 50, s'ajoute progressivement à la pollution industrielle la pollution automobile en milieu urbain (10). La prise en charge politique et institutionnelle de la pollution automobile se met ainsi lentement en place à partir des années 80 (10).

Le cloisonnement de la santé et de l'environnement autour de la prise en charge de la qualité de l'air s'explique par une séparation historique au niveau institutionnel étatique. Avec la création du Ministère de l'Environnement en 1971, la mesure de la qualité de l'air, gérée jusqu'alors notamment par les comités régionaux de l'APPA au niveau municipal en lien avec les bureaux d'hygiène (9), a été réintégrée dans le giron de l'Etat. Le Ministère de l'Environnement rassemble alors le corps des ingénieurs des mines se consacrant à l'environnement industriel, dont la pollution de l'air émise par les industriels. La question de la qualité de l'air est alors considérée comme un enjeu technique centré sur la surveillance et l'amélioration des procédés industriels pour réduire la pollution. La gestion de la qualité de l'air est attribuée au ministère de l'Environnement, au détriment du Ministère de la santé qui s'en dessaisit non sans résistances (9). Les acteurs de la santé se concentrent alors sur la médecine curative et sur la recherche. Les effets sanitaires de la qualité de l'air s'effacent dans le débat politique et publique.

A partir des années 80-90 avec la publication d'études épidémiologiques, notamment l'étude ERPURS (Evaluation des risques de la pollution urbaine sur la santé) démontrant les impacts de la pollution de l'air sur la santé, les enjeux sanitaires de l'air sont revenus à l'ordre du jour des politiques sur l'air (9). On assiste à une montée puissance des connaissances scientifiques sur le sujet. L'approche des épidémiologistes est centrée sur les risques que peuvent encourir des populations et contribue à requalifier la pollution atmosphérique en enjeu de santé publique (12). Le traitement de la pollution de l'air n'est plus seulement axé sur les risques industriels et la recherche de technologies propres mais l'impact de la pollution sur la santé est également pris en compte. Les études épidémiologiques ont montré que l'environnement pouvait être un facteur de développement ou d'aggravation de certaines pathologies et ont contribué à l'émergence de la notion de « santé environnementale » à partir de la fin du 20ème siècle (9).

Le regain d'intérêt pour la relation entre la pollution atmosphérique et la santé a servi de fondement pour la rédaction de la loi LAURE (Loi sur l'Air et l'Utilisation Rationnelle de l'Energie) en 1996, à laquelle ont contribué les professionnels de santé (12). On observe un changement d'approche, évoluant d'une lutte contre les pollutions à celle pour une meilleure qualité de l'air. La Loi sur l'Air, transcription de la directive européenne « ozone » introduit également de nouveaux outils de planification : plans régionaux de la qualité de l'air (PRQA), les plans de protection de l'atmosphère (PPA) et les plans de déplacements urbains (PDU) (12). De plus, en 2004 est publié le premier Plan National Santé Environnement (PNSE) comportant un volet consacré à la thématique de la pollution atmosphérique (13).

3.2. Comment les différents acteurs abordent la qualité de l'air

3.2.1. Un argument « qualité de l'air » utilisé pour les sujets de la santé et de la mobilité.

Aujourd'hui, le grand public est de plus en plus sensibilisé et informé aux enjeux de la santé. Cet aspect, devenu une attente citoyenne centrale, est repris par certains élu.es qui souhaitent répondre aux souhaits des administrés. Ils ont pris conscience « qu'effectivement, il y a un lien fort entre le cadre de vie et la santé » (Technicien.ne collectivité territoriale) et que « l'entrée santé, c'est toujours l'entrée qui tient à cœur les habitants » (service Environnement collectivité territoriale). La prise de conscience du lien entre la qualité de l'air et la santé va axer le discours des collectivités sur un argument important : « si on travaille sur la qualité de l'air, c'est pour la santé ». (Technicien.ne collectivité territoriale).

« Nous élus, on est là aussi pour améliorer la vie des habitants. Donc, pour répondre à pourquoi se mouvoir et pourquoi faire des actions ? c'est pour permettre à nos habitants de vivre mieux » (Elu.e collectivité territoriale).

Les agents et les élu.es des collectivités jouent un rôle moteur sur le sujet de la santé environnementale. Comme le chef du service environnement santé d'une collectivité, qui « est très sensibilisé sur le sujet » (Elu.e collectivité territoriale), ou encore une élue qui est « motrice sur le sujet ». Ces acteurs vont alors pouvoir faciliter la prise en compte de la qualité de l'air dans l'orientation des politiques publiques et des actions menées.

Le sujet « qualité de l'air » n'est pas toujours cité comme l'argument privilégié pour l'élaboration d'un projet. Comme nous l'explique un opérateur de l'état, il faut choisir « les meilleurs arguments pour concourir à cet objectif ». Il y a une grande part de réflexion sur les thématiques qui sont traitées, les arguments utilisés pour le grand public différent de ceux utilisés pour les collectivités. Il est alors compliqué d'agir sur l'ensemble des problématiques actuelles de manière individuelle. Les structures vont donc plutôt chercher à aborder la qualité de l'air avec la santé de manière plus transversale, bien que la qualité de l'air soit « un sujet qui revient souvent » (chambre consulaire). Un technicien d'une collectivité territoriale donne l'exemple d'un projet d'amélioration de logement dont l'objectif est également de réduire les rejets atmosphériques produits par des chauffages peu performants. Peut également être mentionné le pacte Lille Bas Carbone, signé par la ville de Lille qui vise à des projets « plus vertueux » (Collectivité territoriale) sur un ensemble de problématiques et pas seulement sur la qualité de l'air comme l'adaptation au changement climatique, la végétalisation des villes, les questions sur l'eau et sur l'énergie etc. La qualité de l'air est donc considérée comme « un sujet assez transversal » (Collectivité territoriale).

Néanmoins sur l'ensemble des entretiens, une majorité des acteurs associe la qualité de l'air avec l'enjeu de la mobilité. « Pour moi là les enjeux de la qualité de l'air, ils sont liés à ces enjeux de mobilité » (Chambre consulaire)

« Quand on fait de la qualité de l'air, on fait de la mobilité » (Opérateur de l'Etat).

« Par exemple les bus gratuits. Pour moi, ça concourt aussi. Moi je l'ai vu comme concourir à la santé puisque si ça entre dans les mœurs que les personnes prennent plutôt le bus que leur voiture individuelle, on va diminuer le taux de CO₂ » (Elu.e collectivité territoriale).

A travers l'outil de « photos expressions », l'image du trafic routier est généralement choisie pour illustrer la conception des enjeux de la qualité de l'air en Hauts-de-France qu'ont les personnes interrogées.

3.2.2. Les acteurs économiques

3.2.2.1. Une pression sur les industriels

Pour ce secteur, les mesures mises en place par les autorités sont plutôt des mesures contraignantes, « on leur prescrit des mesures d'émissions de polluants, ça ils n'ont pas le choix » (Opérateur de l'Etat). Pour pouvoir répondre à la nouvelle réglementation imposant aux exploitants de sites classés Seveso et aux entrepôts de matières combustibles, de mettre en place un dispositif de mesures des polluants dans l'environnement en cas d'incendie ou d'accident de grande ampleur², ATMO en partenariat avec l'Etat et les industriels, ont mis en place depuis Janvier 2023 « un dispositif d'intervention en cas d'urgence donc en cas d'incidents, d'accidents industriels » (Expertise et surveillance). « C'était une attente des acteurs économiques notamment industriels » (Expertise et surveillance). Même si ces réglementations obligent les industriels à agir, il n'en reste pas moins que pour ce secteur il est difficile de comprendre le « mille-feuille » administratif, par exemple avec la réduction du périmètre du PPA qui « n'a pas été compris du tout par les industriels » (Expertise et surveillance). Et cela va de même pour les collectivités qui n'ayant pas de compétences dans le domaine de l'industrie, ont du mal à mobiliser les industriels. « C'est typiquement quelque chose qui est vécu comme étant la chasse gardée de l'Etat avec les ICPE » (Opérateur de l'Etat). Les industries sont présentes dans les instances de consultation du PPA même s'il a été constaté lors de son élaboration que la mobilisation pour la thématique des industries est un peu « décevante » dans la mesure où ils font déjà l'objet d'accords bilatéraux avec l'Etat.

Un opérateur de l'état fait remarquer que lors du travail mené avec les industriels sur des projets tels que la diminution de la consommation énergétique ou de décarbonation, les industriels n'associent pas forcément la qualité de l'air au projet alors même que cela y concourt.

« Je pense si vous les interrogez [les industriels], ils ne vont pas vous dire, c'est un projet de qualité de l'air » (Etablissement public).

² [Nouveau dispositif d'urgence pour évaluer l'impact d'une pollution accidentelle sur l'air | La préfecture et les services de l'État en région Hauts-de-France \(prefectures-regions.gouv.fr\)](https://www.pref.gouv.fr/actualites/2023/01/nouveau-dispositif-d-urgence-pour-evaluer-l-impact-d-une-pollution-accidentelle-sur-l-air)

Dans ce domaine, les rejets et les polluants ne sont pas les seuls paramètres ciblés. La CCI travaille avec les entreprises afin de mettre en place des actions « mobilité » dans le cadre du déplacement résidence-travail. Dans cette démarche, la qualité de l'air n'est « pas forcément leur principal levier de communication » (Chambre consulaire). En effet, la sensibilisation est davantage portée sur « l'aspect bien-être des salariés et l'aspect économique » (Chambre consulaire). En ces temps d'inflation, « pour convaincre aussi des établissements qui ne sont pas convaincus pour ces enjeux-là, le levier économique » (Chambre consulaire) reste l'un des principaux arguments. La qualité de l'air est tout de même présente via des actions de sensibilisation avec notamment des quiz où l'on peut retrouver des questions du type : « on subit beaucoup plus la pollution de l'air en vélo qu'en voiture, vrai ou faux ? » « Quelle est la diminution des émissions de CO₂ correspondant au fait de faire de l'autopartage ? » (Chambre consulaire).

Mais là encore les entreprises qui « appliquent » les actions sont celles qui sont intéressées et sensibilisées. Il est constaté que dans le cadre de ce projet, la CCI ne collabore pas avec les professionnels de santé. Pourtant, l'utilisation du vélo pour se rendre sur son lieu de travail impacte positivement la qualité de l'air mais également l'aspect santé.

Les services de l'états jouent un rôle dans la surveillance de la qualité de l'air des sites industriels mais cette thématique est abordée à part au sein d'un dialogue bilatérale. De plus, il y a un service dédié aux risques liés aux industriels et le service dédié aux collectivités, associations et EPCI.

Sur l'ensemble des personnes interrogées, peu d'acteurs expliquent avoir un lien avec le secteur industriel. Les établissements publics ou les autorités de santé ne travaillent pas ou très peu avec ce secteur. En effet, les autorités de santé « vont avoir besoin [des fois] de travailler avec eux pour obtenir leurs données » (Autorité de santé). Mais avec le secteur privé il est compliqué de pouvoir par la suite publier pour le grand public. Une autorité de santé « est aussi parfois frileuse à travailler avec des industriels » (Autorité de santé) car ils ont peur de la réutilisation de leur image.

Les AASQA remarque que l'enjeu de la qualité de l'air dans le secteur industriel est lié à cette attente du grand public et des politiques d'agir sur notre santé et notre environnement. Les citoyens ayant eu des opinions très longtemps négatives des industriels, ces derniers ont conscience que l'enjeu environnemental est devenu un « un vrai sujet » (Expertise et surveillance). A ce jour, avec cette réelle préoccupation de l'impact de leurs activités sur notre santé et sur l'environnement, les acteurs économiques ont conscience que leur image environnementale va jouer un rôle majeur pour pouvoir maintenir leurs activités.

« L'image environnementale, leur survie demain elle dépend aussi de ça » (Expertise et surveillance).

Il persiste une pensée collective que la pollution atmosphérique est grandement induite par les industries et le secteur de l'agriculture. Cela laisse penser que c'est aux « voisins » de changer. Pourtant ils sont chacun responsables d'un quart des émissions de polluants atmosphériques.

De nouveaux acteurs économiques se joignent également aux discussions de projets sur la mobilité et s'intéressent au sujet même s'ils « ne sont pas forcément les pollueurs historiques » (Expertise et surveillance). Cette prise de conscience, obligée par une réglementation de plus en plus contraignante, permet de noter une diminution des émissions de la part des industries et ce depuis les 20 dernières années.

3.2.2.2. Le secteur agricole commence à peine à prendre la mesure « qualité de l'air »

Dans le monde agricole, les acteurs ne vont pas forcément organiser « d'actions spécifiques « qualité de l'air et agriculture » », mais plutôt les inclure dans d'autres thématiques. Avec ces actions réalisées, il y a un « impact positif sur la qualité de l'air mais ce n'est pas forcément valorisé en tant que tel » (chambre consulaire). Par exemple avec la thématique des émissions de NH₃ où l'enjeu de la réduction d'ammoniac n'est pas nécessairement considéré comme une action en faveur de la qualité de l'air mais plutôt comme une optimisation de la gestion des engrais car « ce qui part dans l'air est perdu pour la culture » (chambre consulaire). Il est donc question d'aborder une grande thématique d'optimisation des pratiques plutôt que de parler exclusivement de qualité de l'air. Même si cette composante commence à être proposée aux agriculteurs.

Avec le projet EPAND'AIR partagé entre la chambre d'agriculture et ATMO Hauts-de-France, « ce sont les agriculteurs, sur la zone d'étude, qui se sont impliqués dans ce projet, ils ont voulu tester des choses » (chambre consulaire). Ce projet, qui permet d'avoir des essais au niveau du territoire, est « beaucoup plus parlant que quand on sort des chiffres de la biblio » (chambre consulaire). Il est important pour les agriculteurs de pouvoir adapter les thématiques en fonction de leurs besoins. Il y a des facteurs d'émission qui sont établis mais qui ne correspondent pas aux spécificités du territoire.

La thématique de la qualité de l'air « apparaît un peu plus récemment » (chambre consulaire) à contrario de la problématique de l'eau par exemple (probablement « lié aux capacités de mesure, à l'instrumentation » (chambre consulaire)), et la majorité des demandes d'actions émanent des conseillers « qui veulent proposer une animation, une formation à leurs agriculteurs » (chambre consulaire) et non des agriculteurs eux-mêmes. Pourtant, le monde agricole se penche de plus en plus sur le sujet et collabore avec plusieurs structures telles que les établissements publics, les opérateurs de l'Etat (avec le PPA), les AASQA, les collectivités (au travers des PCAET et des plans climat). Cela a notamment été observé par l'importante mobilisation de la part des agriculteurs pour participer aux groupes de travail organisés lors de la construction du PPA. Durant les ateliers de la révision du PPA, il a été compris une envie d'avancer sur le sujet de la qualité de l'air de la part de la chambre d'agriculture même si cela n'arrive pas à aboutir. « Quand on discutait avec eux [agriculteurs] ils sont prêts à faire plein de choses, mais on se rend compte que derrière voilà il n'y a pas forcément les moyens ou les outils réglementaires pour faire vraiment avancer les sujets » (Chambre consulaire). Il est plus facile pour les agriculteurs d'arrimer la question de la pollution de l'air à celle du changement climatique dont ils appréhendent directement les conséquences.

Mais, il a pu être constaté qu'il y avait aussi de la part des autres acteurs « une méconnaissance de ce qui était déjà fait par le monde agricole et aussi la méconnaissance des différentes contraintes qui peuvent freiner la mise en place de bonnes pratiques en théorie » (chambre consulaire). En effet, ne pas connaître ce qui est fait en agriculture peut « donner lieu à des actions qui ne sont pas forcément pertinentes » (chambre consulaire). De plus, il est souligné que

les tests réalisés dans le domaine agricole suivent une temporalité importante car il y a « [ce temps lié aux cultures qui est à prendre en compte](#) » (chambre consulaire) et le résultat des méthodes employées par l'agriculteur ne s'observe qu'un an après en majorité. Si le test n'est pas concluant et ne permet pas à l'agriculteur de conserver son rendement tout en appliquant les conseils donnés, il devra retester autre chose et attendre un an supplémentaire. Bien que des aides financières existent, « [c'est sur son entreprise que ça va retomber](#) » (chambre consulaire).

Le secteur agricole, est décrit comme étant un sujet sensible où « [il y a trop d'enjeux économiques et politiques](#) » (Service Environnement collectivité territoriale), ce qui rend difficile la prise de position mais également les recherches scientifiques menées dans le cadre de la qualité de l'air et la santé avec « [une sorte d'omerta globale sur l'agriculture qui est quand même très compliquée à appréhender](#) » (Service Environnement collectivité territoriale). Il y a une similitude avec les entreprises polluantes qui « [n'ont pas super envie qu'il y ait des nouveaux polluants qui soient mesurés](#) » (acteur associatif). La thématique de la qualité de l'air est donc plus facilement abordable avec certains acteurs plutôt qu'avec d'autres.

3.2.3. Les professionnels de santé

3.2.3.1. Médecine et santé environnementale, deux exercices disjoints

Les médecins généralistes interrogés ont expliqué faire rarement le lien entre la qualité de l'air et la santé du patient ou uniquement lors de description ou d'interrogation du patient sur des expositions aux polluants de l'air sur le lieu de travail ou au sein du logement. « [Ce n'est pas un sujet qui est majeur pour les patients. J'ai peut-être eu une ou 2 interpellations de patients asthmatiques au cours des 10 ou 11 ans où je suis installé. C'est vraiment à la marge avec peut-être parfois des questions dessus](#) » (Médecin). Certains prodiguent des conseils d'aération dans des cas précis aux patients pour améliorer la qualité de l'air intérieur de leur logement sans pour autant se rendre compte qu'il s'agit de conseils ciblés sur des polluants de l'air. « [Alors des fois on en parle un peu aussi, surtout en saison hivernale, quand il y a des enfants qui toussent beaucoup, moi je leur rappelle qu'il faut aérer, qu'il faut qu'il ne fasse pas trop chaud, qu'il faut humidifier, mais ce n'est pas sur des questions de pollution, vraiment](#) » (Médecin). Quelques médecins sont également dubitatifs quant à la priorité d'aborder la qualité de l'air pour la santé des patients. Plusieurs d'entre eux ne perçoivent pas l'intérêt de thématiser la qualité de l'air avec le patient. « [Tant que les médecins ne verront pas l'importance de la qualité de l'air pour les patients \[...\] et pour eux-mêmes, ça ne restera pas dans les priorités \[...\] je reste assez dubitatif puisque j'ai toujours d'autres priorités et d'autres choses qui me semblent plus importantes pour les patients](#) » (Médecin).

Par ailleurs, la qualité de l'air extérieur est un phénomène sur lequel les médecins ne disposent pas de leviers d'actions et de prise en tant que profession médicale et se sentent impuissants face aux patients : « [A part dire aux gens qui habitent au bord du périph, essayer de trouver un autre HLM moins cher ?](#) » (Médecin).

La qualité de l'air est peu thématisée par les médecins par manque de formation et de sensibilisation à la santé environnementale. L'un des médecins généralistes interrogés qualifie le niveau d'information des médecins en santé environnementale de « [néant](#) ». La santé environnementale ne fait pas partie de la formation initiale des médecins et n'est pas mentionnée sur les canaux d'information utilisés par les médecins. « [Ils ne sont pas bien formés, un peu en allergologie. Mais tout ce qui est colle, etc., tous ces trucs-là, moi je découvre ça en lisant UFC que choisir mais pas dans les revues de médecine.](#) » (Médecin). Les médecins ont également l'impression d'être noyés au sein d'une multitude d'informations et craignent que les informations sur la santé environnementale ne soient pas sûres et scientifiquement vérifiées. La santé environnementale n'est pas un domaine qu'ils perçoivent comme scientifiquement médical et sur lequel ils ont été formés. De ce fait, n'étant pas connaisseurs de cette thématique, ils se méfient de la scientificité des informations. « [Il y a tellement d'infos qu'on en perd le sens et donc si on savait que à tel endroit on avait un truc sérieux qui nous donnait des choses qui tiennent la route, quand on se pose une question ou quand un patient se pose une question, c'est toujours agréable](#) » (Médecin).

« [C'est la difficulté pour les médecins d'être sûrs que l'information n'est pas l'œuvre d'un lobby et qu'on est bien sûr qu'il s'agit d'une information scientifique vérifiée. \[...\] Cette thématique-là, ce n'est pas des thématiques médicales pures au départ et donc on ne sait pas forcément les sources sur lesquelles c'est facile d'aller chercher les infos.](#) » (Médecin)

La consultation médicale auprès de médecins généralistes apparaît comme un espace peu propice pour transmettre des messages de prévention sur la qualité de l'air. Par ce manque de formation et de sensibilisation des médecins généralistes à la santé environnementale, ceux-ci vont être moins disposés à aborder les liens entre la qualité de l'air et la santé avec le patient. L'engagement de certains médecins en faveur de la santé environnementale dépend de leur sensibilité personnelle. Ceux qui se mobilisent pour la santé environnementale ont très souvent un profil citoyen engagé en faveur de l'environnement ou une double casquette, exerçant une autre activité professionnelle en parallèle. « [Les moteurs, c'était une médecin généraliste qui était très branchée environnement, \[...\] et un médecin généraliste qui est agriculteur aussi, il a une double casquette](#) » (Sage-femme). De plus, les médecins qui sont plus facilement mobilisés, sont ceux qui sont à la retraite et qui ont ainsi le temps de se consacrer à une activité citoyenne en se mobilisant auprès d'associations et/ou de collectivités territoriales. « [Nous, de toute façon, les médecins qui étaient avec nous](#) »

[l'association APRES], c'était que des médecins retraités. Ce ne sont pas des médecins en exercice. » (Collectivité territoriale). Par ailleurs, des événements particuliers ont initié le passage à l'action de certains professionnels de santé. Par exemple, l'installation d'une usine polluante qui a généré une mobilisation citoyenne de professionnels de santé en se fédérant autour de cet enjeu de pollution. « En fait XXX apparemment, c'est une grosse boîte de fabrication de laine de verre et qui implique une pollution + + + aussi bien atmosphérique qu'une pollution des eaux. Et donc il y a un gros collectif qui s'est formé et notamment avec des médecins et des sages-femmes pour essayer d'empêcher l'installation de cette usine » (Sage-femme).

L'un des professionnels de santé interrogé a indiqué distinguer son activité de médecin intervenant auprès de patients, lors de laquelle il n'aborde pas la qualité de l'air, et celle de médecin référent pour une association environnementale engagée pour la mobilité active. En tant que médecin référent pour une association, il a un rôle d'expert scientifique en écrivant des articles sur la pollution atmosphérique dans le journal associatif et en présentant des conférences à destination du grand public pour appuyer les gains de la mobilité active en matière de santé. En tant que médecin, il est doté d'une expertise scientifique qu'il met à disposition auprès de l'association. Son statut de médecin lui confère également une légitimité sociale et atteste sa scientificité lui permettant ainsi de faire passer des messages pour sensibiliser la population.

« Est-ce qu'on peut faire du vélo ou marcher en ville par exemple, est-ce que ce n'est pas mauvais pour la santé ? Donc j'ai fait des recherches bibliographiques là-dessus parce que les gens vont dire oui mais si on fait un effort, avec la pollution ce n'est pas bon. Mais il y a des arguments pour expliquer que ce n'est pas si mauvais que ça. » (Médecin)

3.2.3.2. Des sages-femmes impliquées dans la santé environnementale et plus généralement dans le mode de vie des patientes

Beaucoup plus en prise avec le mode de vie de leurs patientes que les médecins généralistes, elles peuvent plus facilement faire le lien entre la santé et la qualité de l'air et ainsi prodiguer des conseils si elles en constatent le besoin : lors du suivi de la patiente, la sage-femme aborde l'environnement autour de la grossesse au sens large, que ça soit l'environnement familial mais également l'intérieur du logement, par exemple lors de la réalisation de travaux pour préparer l'arrivée du bébé. Il existe également des ateliers sur la santé environnementale proposés par certaines maternités, lors desquels sont abordés l'air, les cosmétiques et l'alimentation. Durant la grossesse et le post-accouchement, certaines sages-femmes se rendent à domicile et peuvent prodiguer des conseils pour améliorer la qualité de l'air intérieur selon ce qu'elles observent sur place. La qualité de l'air intérieur est ainsi thématiquée par les sages-femmes au cas par cas avec leurs patientes dans le cadre d'un suivi global axé sur l'environnement.

Elles ont également l'opportunité d'intervenir « dans une période de vie où les gens sont prêts à entendre les messages, sont prêts à changer, sur la consommation de tabac, l'alimentation » (Sage-femme). Elles agissent donc dans un moment propice aux changements où il est opportun d'aborder la santé environnementale et de faire le lien entre la qualité de l'air et la santé si besoin. Ces liens et ces conseils sont essentiellement centrés sur la qualité de l'air intérieur, les patientes ayant plus de leviers à leur disposition pour améliorer directement la qualité de l'air intérieur en modifiant leurs pratiques individuelles que pour la qualité de l'air extérieur qui dépend de facteurs multiples sur lesquels les sages-femmes n'ont pas de prise. « Je parle plutôt de la qualité de l'air intérieur, parce que de toutes façons sur l'air extérieur, on ne peut pas faire grand-chose » (Sage-femme).

La mobilisation environnementale chez les professionnels de santé citée précédemment, a suscité une recrudescence d'intérêts pour la formation FEES sur ce territoire afin de monter en compétences sur les thématiques de santé environnementale. Le projet « Femmes Enceintes Environnement et Santé » qui est mené par l'APPA et la Mutualité Française, propose une formation volontaire, réalisée soit dans le cadre de la formation initiale, soit de la formation continue. Une grande partie des professionnels formés étant des sages-femmes, cette profession est davantage formée à la santé environnementale.

« On a la chance d'avoir été une profession qui a énormément été formée par le projet FEES » (sage-femme).

3.2.3.3. Les pharmaciens entendent les attentes de leurs patients sur le lien santé-qualité de l'air mais ils n'ont pas le temps d'y répondre (sauf dans le cadre de l'entretien asthme)

La qualité de l'air est ponctuellement thématiquée par les pharmaciens qui sont des interlocuteurs privilégiés du système de santé auprès des patients. Le pharmacien est décrit comme un « acteur de la Cité » qui se doit d'être « toujours en phase avec les évolutions de la société et les besoins, les attentes de la population » (pharmacien). Ayant accédé dans un premier temps à la thématique de la santé environnementale en s'intéressant aux conseils à prodiguer sur la cosmétique et la périnatalité, ils ont pris conscience que la sensibilité environnementale est de plus en plus prégnante au sein de la société. Afin de pouvoir répondre aux attentes des patients et ne pas devenir une profession qui soit « ringardisée » (Pharmacien), ils ont souhaité développer la thématique en prenant d'autres éléments environnementaux en considération.

Chez les pharmaciens, la qualité de l'air est thématiquée de manière ponctuelle toujours dans un cadre défini. On nous explique que malgré l'attente du public à « vivre mieux », il n'est pas question de faire de la prévention au sein de l'officine mais d'intégrer la thématique santé environnementale dans un programme déjà existant. Dans le cadre des entretiens asthme par exemple, un dispositif financé par l'assurance maladie pour évaluer l'adhésion au traitement du

patient asthmatique est proposé par les pharmacies au cas par cas. Ces entretiens asthme se déroulent à l'officine et s'intéressent également aux facteurs déclenchants, parmi lesquels figurent l'environnement intérieur et la pollution atmosphérique. La qualité de l'air extérieur et intérieur est ainsi abordée à ce moment-là avec le patient. Intégrée à un dispositif existant conventionné, ceci permet de faire le lien entre la qualité de l'air et les pathologies, de prodiguer des messages de prévention tout en répondant aux exigences de rentabilité des pharmacies.

« On n'est pas rémunéré pour faire de la prévention, donc en fait on ne va pas le faire. Par contre si on peut le faire par l'intermédiaire d'un dispositif qui existe [entretien asthme], sur lequel on peut faire passer des messages, et en plus que c'est conventionnel, ça peut être intéressant. » (Pharmacien).

3.3. Des collectivités à la croisée de deux systèmes d'acteurs indépendants : environnement et santé

3.3.1. L'ARS, interlocuteur privilégié des professionnels de santé

Les instances décisionnaires régionales de santé (ARS et service santé de la Région) ont identifié les professionnels de santé comme des cibles de leurs actions de sensibilisation sur la qualité de l'air. Ils sont perçus comme étant des relais privilégiés auprès de la population pour transmettre des informations et des messages de prévention en raison de l'autorité médicale qui découle de leur statut professionnel et de leur légitimité sociale. L'un des objectifs des instances décisionnaires régionales de santé va donc être « l'outillage et l'accompagnement, la sensibilisation et l'appropriation du sujet par les professionnels de santé » afin qu'ils prennent en compte la qualité de l'air lors de la prise en charge des patients.

« On a des actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé parce qu'on sait que c'est un levier d'action, un levier, en tout cas un porteur de communication et on sait en général que quand on va chez son médecin, on l'écoute la plupart du temps. » (Autorité de santé).

Les AASQA sont également considérées comme des ponts par les autorités de santé, pour les rapprocher des professionnels de santé afin de favoriser une prise en considération de la qualité de l'air dans leur activité professionnelle.

« ATMO faisait beaucoup de qualité de l'air extérieur de surveillance, et là l'ARS leur a donné une mission sur le fait de toucher des professionnels de santé » (Service Environnement - Région).

Mais cette tâche reste en cours de réflexion, car les AASQA cherchent encore pour l'instant à « comprendre un peu comment [les professionnels de santé] fonctionnent », pour pouvoir en faire des relais d'information, en se questionnant sur « quels vont être les canaux efficaces pour eux » (Expertise et surveillance)

Seuls l'ARS, les services santé de certaines collectivités territoriales et des associations du domaine de la prévention santé sont en lien avec des organisations de professionnels de santé pour mener des actions sur la qualité de l'air via la santé environnementale. Les professionnels de santé ne sont pas en lien avec les acteurs dont le cœur de métier est la qualité de l'air avec une approche environnementale, comme la DREAL, et dont l'objectif est de réduire les émissions liées aux activités polluantes. Ils se perçoivent comme étant à l'écart des autres acteurs : « Il y en a surtout plein avec qui on ne travaille pas. [Rires] Quand on travaille en ce moment, on bosse avec l'ARS et la déclinaison de Santé Publique France au niveau de l'ARS. » (Médecin). Les acteurs de la qualité de l'air leur apparaissent comme une « nébuleuse d'acteurs » (Pharmacien) ou comme « un vaste chaos » (Médecin). Ceci révèle un manque de lisibilité et une méconnaissance des acteurs de la qualité de l'air par les professionnels de santé.

L'ARS tourne un aspect de sa stratégie vers « la mobilisation citoyenne au travers du développement d'un plaidoyer sur les impacts bénéfiques ou néfastes », car c'est en sensibilisant les personnes responsables de la politique locale (les élus et les administrés) que l'impulsion va pouvoir se créer.

« Nous ce qui nous intéresse c'est bien de mobiliser les concitoyens, les acteurs locaux sur leurs leviers d'action pour améliorer la qualité de l'air et dans un but d'amélioration finalement de la santé. » (Autorité de santé).

L'ARS cherche alors à sensibiliser et informer les professionnels de santé car ils peuvent représenter un très bon moyen de relayer les informations auprès des citoyens. Pourtant, ce discours institutionnel est néanmoins en décalage avec la réalité de la pratique des professionnels de santé, et notamment des médecins généralistes qui offrent des espaces limités à l'intégration de la qualité de l'air dans leur exercice médical et n'apparaissent donc pas comme des vecteurs de communication privilégiés.

L'étude met en lumière une méconnaissance réciproque entre les acteurs de la qualité de l'air et les professionnels de santé. Ils sont faiblement en lien, mis à part certains ponts qui se font avec les acteurs œuvrant pour la santé environnementale. Ainsi, la santé environnementale permet de faire le lien entre les acteurs qui s'intéressent à la qualité de l'air (ARS, services santé, associations de prévention santé...) et les professionnels de santé.

Il est donc légitime que les professionnels de santé se tournent vers les acteurs avec lesquels il est le plus pertinent de travailler au vu de leurs actions. Il s'agit ainsi de l'ARS et des associations en prévention santé qui peuvent leur apporter une expertise sur le domaine.

« Alors je ne connais pas trop. [...] C'est plutôt l'APPA notre intermédiaire, si j'ai des questions à poser, je ne vais pas appeler la DREAL » (Sage-femme).

Ils considèrent « bien plus utile d'avoir un interlocuteur direct » en participant à des réunions de travail avec par exemple la direction du service santé environnement des établissements de santé qui eux « connaissent leurs priorités en termes de santé environnementale » et vont poser les bonnes questions : « bon, concrètement, qu'est-ce qu'on fait avec vous, les médecins ? C'est quoi vos priorités ? C'est quoi les nôtres ? Et qu'est-ce qu'on fait ensemble ? » (Médecin).

3.3.2. Les territoires accompagnent différents interlocuteurs, mais sont aussi accompagnés par des structures avec parfois une compétence intégratrice des différents sujets

Les structures identifiées comme les financeurs clés pour des projets et actions menés (ADEME, ARS, DREAL, Région) ont l'objectif d'accompagner, de sensibiliser et de former aussi bien les professionnels que le grand public. En effet, l'enjeu n'est plus seulement de fournir des moyens financiers, mais « de mettre en réseau, de partager les bonnes pratiques » (Etablissement public). L'aspect financier est l'un des piliers fondamentaux dans le passage à l'action et les subventions permettent d'impulser des projets parfois coûteux, comme l'exemple de l'appel à projet du Fond Air Bois de l'ADEME qui est évoqué plusieurs fois par les personnes interrogées. Il vise entre autres à aider au renouvellement des appareils domestiques peu performants de chauffage aux bois qui induisent une émission importante de particules fines³.

« On peut être amené à répondre à des appels à des projets financés par l'ADEME au niveau local, au niveau national » (Technicien.ne collectivité territoriale).

« Sur le fond Bois, oui, via l'ADEME, on a 50% du fonds qui est financé. » (Technicien.ne collectivité territoriale).

Pour plusieurs acteurs, il y a parfois un manque de volonté ou simplement une absence de prise de conscience de l'enjeu actuel de la thématique « qualité de l'air et santé ». Mais pour d'autres, il existe des difficultés à comprendre les attentes des politiques publiques comme la réglementation ZFE qui est « très hétérogène » (Opérateur de l'Etat). Pour répondre à cette problématique, il y a une volonté à la fois d'accompagner, de former les structures et mais aussi d'apporter des éléments techniques sur les volets réglementaires ; par exemple un établissement public qui accompagne le département du Nord, sur l'application d'une politique publique et l'accompagnement de la transition avec les collectivités territoriales.

« Comment on applique, comment on aide à appliquer une politique publique, comment on aide, on accompagne la transition » (Etablissement public).

Il est important de noter les besoins à la fois financiers apportés par l'ARS, l'ADEME, la DREAL ou encore la Région, et les besoins d'accompagnement technique apportés cette fois ci par des acteurs tels que le CEREMA, les associations etc.

Afin de renforcer une prise en compte de ces thématiques (santé et qualité de l'air) dans les collectivités, les associations (citées comme des acteurs moteurs), mènent des actions de sensibilisation auprès des élu.es et des agents des collectivités dans le but d'avoir « une politique cohérente et transversale d'amélioration de la qualité de l'air » (Technicien.ne collectivité territoriale). Les associations vont jouer un grand rôle de communication. Tout d'abord en permettant de « remonter pas mal d'attentes des territoires » (Expertise et surveillance), ou encore d'organiser des formations.

« On travaille avec vous [APPA] sur la qualité de l'air intérieur, pour faire des formations, etc. » (Technicien.ne collectivité territoriale).

Parfois, il est plus facile de passer par un intermédiaire pour une prise de contact avec d'autres acteurs, il existe un réel lien de transmission, de relai d'information qui va se créer entre plusieurs parties.

« On va plus passer par l'APPA qui va passer par les collectivités pour mettre en place des actions » (Service Santé – collectivité territoriale).

Des structures ont réorganisé leur gouvernance pour réunir les différents services, dans un but de cohérence des actions, pour essayer « d'avoir des démarches intégrées » (Technicien.ne collectivité territoriale) et « pouvoir travailler dans l'ensemble des directions sur ces questions » (Technicien.ne collectivité territoriale) afin de condenser les compétences au sein d'un même service :

« Depuis maintenant la nouvelle gouvernance, on a intégré dans le service une chargée de mission santé, notamment pour travailler sur un contrat local de santé, avec l'ARS et différents partenaires ». (Technicien.ne collectivité territoriale)

« Mon équipe est en charge de la compensation carbone, l'adaptation au changement climatique, la qualité de l'air et la santé environnementale ». (Technicien.ne collectivité territoriale)

La thématique « qualité de l'air et santé » demande aux acteurs qui n'ont pas obligatoirement les compétences pour la réalisation de « recherches opérationnel » d'accéder à des données quantitatives et qualitatives. Ils ont besoin d'expertises, de conseils de la part d'organismes comme le CEREMA, AASQA, l'APPA, les chercheurs, SPF... etc. afin d'orienter les politiques publiques et envisager des projets viables et cohérents avec les attentes actuelles en termes de santé environnementale. Cet éventail de compétences nécessaire à la réalisation et aux suivis des projets est rassemblé grâce aux différentes collaborations des acteurs (associations, AASQA, instance de santé avec les collectivités...etc.), comme Santé Publique France qui fournit des données et des indicateurs de santé aux décideurs politiques, permettant d'orienter et d'alimenter les politiques et plans d'action en lien avec la qualité de l'air ; ou bien encore le CEREMA qui accompagne des acteurs territoriales (Régions, collectivités...) dans la réalisation de plans d'action, leur fournissant des

³ <https://agirpoulatransition.ademe.fr/collectivites/aides-financieres/20221220/fonds-air-bois>

connaissances et une expertise technique. Les personnes interrogées sont conscientes de l'importance du partage des compétences.

« CEREMA, SPF et l'ORS nous permettent de faire un diagnostic et ils nous partagent leurs données à titre gratuit et donc ils nous ont beaucoup aidé » (Entretien collectivité territoriale).

« Alors nous on ne va pas mettre en place des politiques d'actions parce que c'est pas du tout notre rôle. Par contre, on va pouvoir amener des chiffres aux décideurs, avoir une expertise scientifique » (Autorité de santé).

« On a de bonnes relations par exemple avec l'APPA, on réfléchit ensemble à la mise en place de dispositifs, ce sont des experts pour nous, donc on se base sur eux » (Service Santé collectivité territoriale).

« Sur le SRADDET, on accompagne la région sur l'aspect diagnostic, bilan, suivi des indicateurs, évaluation des actions » (Expertise et surveillance).

Ces liens d'expertise sont notamment basés sur une reconnaissance régionale ou nationale des acteurs : « on a confiance en l'APPA et c'est vrai que les actions CMEI sont reconnues, nationalement même » (Technicien.ne collectivité territoriale).

Comme les AASQA considérées comme une référence dans les diagnostics et les mesures, reconnu nationalement :

« On adhère à ATMO parce qu'il est nationalement reconnu, donc, nous, nous travaillons avec ATMO et c'est pour nous une référence dans les indicateurs qu'il peut mesurer » (Elu.e collectivité territoriale).

« Avec ATMO c'est pareil, ce sont des experts qui sont reconnus nationalement, donc on a plutôt de bonnes relations avec eux » (Service santé- collectivité territoriale).

Les professionnels de santé peuvent également jouer un rôle de conseils et apporter leurs connaissances auprès des collectivités territoriales. Certains d'entre eux se sont regroupés à leur propre initiative pour porter la thématique de la santé environnementale auprès d'une communauté d'agglomération afin que celle-ci l'intègre au sein de leur CLS (contrat local de santé) existant. Des recommandations sur les produits d'entretien à choisir, respectueux de la santé et de l'environnement ont ainsi été introduites dans le CLS, permettant ainsi de faire avancer la réflexion sur le sujet.

« On a repris le CLS existant mais il y avait aucune partie environnement. Puis on a fait des propositions. On a été invité du coup aux réunions de la [collectivité territoriale] et ça a été intégré dans notre CLS » (Sage-femme).

Les collectivités ne considèrent pas l'absence de lien avec les acteurs économiques comme un frein. Pourtant, ils ont le souhait de pouvoir échanger avec eux car ils ont conscience du potentiel de ces discussions. Un agent du service santé d'une collectivité territoriale nous explique que la CCI était invitée lors du PRSE, mais ne s'était pas déplacée, alors « qu'il y aurait de quoi faire avec eux, un vrai travail, les entreprises, les industries, tous ces acteurs économiques » (Service Santé collectivité territoriale).

Bien que des liens bilatéraux sont nécessaires à une grande partie des acteurs pour suivre un but commun : agir pour la qualité de l'air et la santé, il y a une absence de lien entre quelques acteurs. Les collectivités territoriales et les acteurs de la santé sont très peu amenés à se rencontrer et à travailler ensemble. C'est aussi le cas avec les acteurs de la recherche qui n'ont pas les mêmes modes de fonctionnement ni les mêmes temporalités que les collectivités territoriales, et donc ne connaissent pas leurs procédures et besoins. Les acteurs, dont la mission est centrée sur la qualité de l'air, tels que les services environnement des collectivités territoriales, perçoivent les professionnels de santé comme étant peu sensibilisés au sujet de la qualité de l'air et peu investis dans le domaine.

« Au niveau des professions médicales, on en a quelques-uns [avec lesquels on travaille], mais je pense que de ce côté-là, il y a peut-être encore pas mal de retard, on reste quand même beaucoup sur du curatif plutôt que du préventif » (Collectivité territoriale).

« Je les vois encore un peu à l'écart en fait les professionnels de santé sur ce sujet-là. [...] Parce que voilà, c'est vrai que la médecine est peut-être encore parfois un peu trop centrée sur vraiment le corps en tant que tel. [...] Il y a un problème de communication, peut-être tout simplement en fait » (Etablissement public).

« Non, non, nous on n'a pas spécialement de liens avec les acteurs économiques, enfin même les chambres, les CCI, même la chambres d'agriculture, non » (Autorité de santé).

« Après moi clairement je travaille pas du tout avec les professionnels de santé » (Chambre consulaire, plan mobilité).

Pour certains, les relations inexistantes entre acteurs peuvent être considérées comme un manque de volonté : « On n'a pas de liens avec eux et on n'a pas l'impression qu'ils aient envie d'en avoir » (Service Santé collectivité territoriale), mais pour d'autres, les freins peuvent être liés à « des problèmes de communication » (acteur associatif) et à un manque d'information sur l'existence des dispositifs de financement. Notamment pour les chercheurs qui ne « savaient pas [dans le cadre d'appels à projets de la DREAL] qu'en tant que chercheur ils pouvaient aller chercher de l'argent à la DREAL » (Acteur associatif). Il persiste aussi une difficulté de la part professionnels de santé à comprendre « quelle est la cohérence et finalement, qui fait quoi ? » (Pharmacien) dans ces politiques sur la qualité de l'air.

3.3.3. Les exercices de planification régionaux ou infra régionaux ne convainquent pas

3.3.3.1. Les professionnels de santé ne se sentent pas à leur place

Les organisations de professionnels de santé sont invitées à participer aux processus de co-construction des programmes d'action publique en santé-environnement, mais ces dispositifs présentent à leurs yeux des limites.

Premièrement, on observe une fracture entre le discours institutionnel abstrait dont sont empreints ces processus de co-construction et les propositions concrètes émises par les professionnels de santé en prise avec la réalité du terrain, ce qui génère de la frustration et de la désillusion. Par exemple, l'un des professionnels de santé interrogés expliquait

avoir participé à un atelier du Conseil national de la refondation en santé, dont l'objectif est d'identifier les besoins des territoires ainsi que des solutions concrètes pour y répondre, et il a été déçu par les issues de la démarche. En effet, il a le sentiment que les idées concrètes qu'il avait proposées lors de l'atelier n'ont pas été retenues et que sa participation était vaine.

« J'ai l'impression d'avoir perdu ma journée. C'est une porte d'entrée pour se dire ouais, super, on va pouvoir faire passer plein d'idées et faire avancer le Schmilblick et en fait non » (Sage-femme).

De plus, un des médecins a l'impression de ne pas être véritablement associé aux prises de décision et que sa présence aux processus de co-construction sert de caution pour légitimer les actions retenues.

« Et finalement les plans sont déjà faits, sont déjà écrits. Et c'est ça servir de caution, c'est ça qui est insupportable en fait. Et où après on nous dira, mais vous avez participé à leur co-rédaction, du coup vous devez forcément les appliquer » (Médecin).

Les médecins ont le sentiment d'être associés en bout de chaîne et non lors de la genèse des actions. Lors des entretiens, ils ont fait part de leur souhait d'être associés lors de l'élaboration des actions afin qu'elles soient cohérentes avec la réalité du terrain.

« Non mais effectivement je suis d'accord, on n'a pas toujours des bonnes idées, mais en général on sait ce qui ne va pas marcher quand on nous présente des choses » (Médecin).

Les processus de co-construction associant de nombreux acteurs sont désignés comme étant des « **simulacres de partage** » (Médecin), des « **grandes messes** » (Médecin), qui ne permettent pas d'aboutir à des actions concrètes et ne garantissent pas une participation aux prises de décision. Ces processus leur paraissent vains et comme étant des formats peu pertinents et efficaces, les médecins souhaitant privilégier des échanges bilatéraux avec l'autorité de santé en charge du plan afin d'être réellement entendus et associés aux décisions.

Avec les liens existants, les différents acteurs sont amenés à se rencontrer de manière plus ou moins régulière entre les différents ateliers et webinaires de sensibilisation, les formations, les assemblées générales des AASQA, la participation à la rédaction de document tels que le PRSE, le PPA...etc. Mais ces méthodes d'échanges mises en place ne répondent pas toujours aux attentes. En effet, un exemple avec les assemblées générales d'AASQA qui ont pour but de faire dialoguer les acteurs, où chacun peut poser des questions aux uns et aux autres, et aboutir à des échanges enrichissants. Cependant, un acteur associatif a souligné que cela suscitait à certains niveaux des opinions négatives sur la prise en compte des attentes réelles de chaque acteur. Pour cause, leur système des votes au prorata des présents pour définir des actions prioritaires : « **s'il y a 10 agriculteurs et une personne d'un milieu associatif, ça fait 10 voix et une. Et là on se dit ce n'est pas possible** » (acteur associatif).

Pour certains acteurs de la santé, malgré l'intérêt qu'ils portent aux sujets, ils se retrouvent en observateur et ont l'impression que « **ce n'était pas vraiment à nous d'intervenir le plus** » (Autorité de santé), lorsque les discussions s'écartent de leurs domaines de compétence. La frontière entre le domaine de la santé et de l'environnement reste encore bien définie par certains, et « **aujourd'hui personne a le temps d'aller travailler même si ça converge avec nos intérêts, personne n'a le temps de travailler pour le voisin, donc c'est un peu compliqué** » (Opérateur de l'Etat), « **moi je suis plutôt un généraliste de l'environnement qui travaille sur sport de nature, et cetera, je ne suis pas dédié à ça. Donc je n'avais pas le temps d'y aller** » (Technicien.ne collectivité territoriale).

3.3.3.2. Le PPA, une échelle d'action qui peine à trouver sa place

Le plan de Protection de l'Atmosphère vise à améliorer la qualité de l'air pour les territoires où elle est particulièrement dégradée (DREAL Haut-de-France). Deux PPA sont déployés en Hauts-de-France, le PPA interdépartemental du Nord-Pas de Calais (sur lequel on analyse le déroulement des ateliers de sa révision en 2021) et le PPA de la région de Creil. C'est à la fois un instrument réglementaire axé sur la qualité de l'air extérieur mais aussi un outil d'accompagnement. L'un des objectifs du PPA décrit selon la DREAL, « **est de coconstruire parce que nous sans les collectivités on ne va pas très loin non plus** », « **c'était quand même d'avoir des échanges réguliers entre les élus et les services de l'état, ne pas faire un plan de l'Etat qui soit complètement hors sol** ». Le PPA permet donc à un certain nombre d'acteurs de pouvoir discuter et échanger. « **Il y avait une vraie volonté d'associer toutes volontés, tout acteur partie prenante de la qualité de l'air** » (Service Environnement-Région). « **On a parlé d'énormément de choses dans le cadre d'ateliers thématiques [organisés lors de la révision du PPA], enfin il y avait l'industrie, le bâtiment, l'urbanisme, l'agriculture, comment s'est traduit in fine sur leurs possibilités réglementaires ou pas de la faire** » (Service Environnement- Région).

Pourtant, une majorité des acteurs ne considèrent pas le PPA comme un outil très ambitieux et impactant. « **C'est plein de bonnes idées mais en fait on se rend compte que c'est une coquille vide à plein d'égards que ce soit réglementaire ou en termes d'accompagnement, c'est assez creux** » (Chambre consulaire).

« **Je n'ai pas l'impression que ça va aller très loin en ce qui est réglementaire, les marges de manœuvre des textes dont que c'est quand même assez restreint, donc j'attends de voir ce que ça va donner** » (Service Environnement- Région).

Certains acteurs ont « **senti que ça ne servait à rien** » (acteur associatif), ou que « **des fois on débattait mais finalement à quoi ça servait finalement. Parce qu'il n'y avait rien derrière, pour moi c'était un peu coquille vide** » (Chambre consulaire). Les frustrations ressenties vis-à-vis de ces ateliers lors de la révision du PPA, combiné au manque de temps des agents peuvent être l'un des éléments impactant la motivation à participer aux rencontres : « **la MEL est venue sans problème mais les autres collectivités c'était quand même compliqué quoi** » (Opérateur de l'Etat), « **par faute de temps, je n'ai pas pu participer au diagnostic** » (Technicien.ne collectivité territoriale). Durant les instances du PPA la qualité de l'air est plus facilement abordé et mobilise plus de monde dans certain domaine que dans d'autres : « **sur transports, mobilités, oui on arrive à faire venir du monde sans problèmes, sur les autres thématiques beaucoup moins [agriculture, industrie]** » (Opérateur de l'Etat).

La volonté de participer est un élément clef car « réussir à faire venir les petites collectivités qui ne sont pas plus intéressées que ça sur le domaine, bah en fait ce n'est pas évident, vue que ça ne les intéresse pas plus que ça, elles ne se sentent pas trop concernées » (Etablissement public).

« Le PPA qui est censé nous donner des ambitions un peu plus fortes. Voilà notre PPA, il n'est pas non plus hyper ambitieux et il est en cours de refonte » (Technicien collectivité territoriale).

« Je trouve qu'il n'est pas à la hauteur des enjeux. [...] par exemple, on va parler d'une action qui va être de former les agriculteurs à l'écoconduite des engins agricoles. Mais la question des pesticides, elle n'est pas abordée. [...] Pour moi la cohérence c'est plutôt, est-ce que c'est cohérent de surveiller ou de sensibiliser à l'écoconduite des tracteurs au regard des enjeux sanitaires » (Technicien collectivité territoriale).

Dans l'évaluation des politiques publiques on aperçoit qu'il est difficile de chiffrer certaines actions, « Quand on a évalué le PPA, on s'est rendu compte qu'il y avait quand pas mal d'indicateurs qu'on n'arrivait pas à renseigner » (Opérateur de l'Etat).

Même si pour certains, « il y a des mesures fortes qui sont ressorties dans les ateliers » (Etablissement public), il y a des doutes quant à leurs mises en place, car bien qu'il y ait un échange, l'Etat est le décisionnaire des actions et réglementations inscrites dans le PPA. Il y a un engouement dans l'écriture et une volonté de participer au début, mais une fois écrit, cette motivation tend à redescendre faute de moyens. « Pour l'instant j'ai un peu le sentiment on a de l'argent pour faire le PPA, pour l'écrire mais après pour le faire vivre c'est beaucoup plus compliqué. Alors que bon logiquement le PPA commence une fois qu'il est écrit, c'est là que l'on a besoin de moyen » (Opérateur de l'Etat). Il n'« y a pas forcément les moyens ou les outils réglementaires pour faire vraiment avancer les sujets » (Chambre consulaire). Un des acteurs remet donc en question l'existence du PPA comme document individuel par rapport à l'ensemble déjà existant. « Et puis peut-être que réglementairement, est-ce qu'il faut absolument, qu'on ait un PPA, est-ce que finalement un PCAET pourrait pas avoir vocation au moins aussi à jouer le rôle de PPA. [...] On n'y gagnerait pas en cohérence ? » (Technicien.ne collectivité territoriale).

3.3.3.3. Un PRSE qui manque d'ambition

L'objectif du Plan Régional Santé Environnement est de réduire (sans dimensions réglementaire) les expositions environnementales présentant un risque pour la santé (ARS Haut-de-France). A contrario du PPA, la gérance de ce document se fait à plusieurs : « on est copilote du PRSE avec l'ARS et la DREAL. Donc on est vraiment très très en lien [...] sur les bilans, l'évaluation du PRSE3. D'ailleurs on les cofinance, donc on travaille vraiment à trois sur ça. » (Service Santé collectivité territoriale). Il va jouer un rôle de feuille de route grâce à une bonne inspiration de la politique nationale. Essayant de tenir compte des directions, ce document est le seul évoquant la qualité de l'air intérieur.

« Quand on travaille dans le contrat local de santé sur les enjeux santé-environnement, on va regarder effectivement aussi les priorités du PRSE » (Technicien.ne collectivité territoriale).

« L'idée c'est vraiment de travailler en transversalité avec l'ensemble des directions, ça peut être l'agriculture, ça peut être la formation sanitaire et sociale avec les professionnels de santé ou les étudiants. Donc voilà ça touche plusieurs directions » (Service santé collectivité territoriale).

On retrouve des liens précédemment énoncés, car « ça peut être une ressource effectivement si on réfléchit en termes de financement » (Etablissement public), il est considéré comme « un levier de financement pour les collectivités » (Opérateur de l'Etat) ; mais en contrepartie il est attendu des associations et des opérateurs financés, d'« apporter leurs compétences et leur expertise, pour apporter de la visibilité sur ce type de concept ou ce type d'action » (Autorité de santé). Cependant, on peut déceler des aprioris et des déceptions de la part des acteurs qui estiment que les ambitions du PRSE ne sont pas très élevées.

« Grosso modo un peu déçu quand même par ce qui en ressort en termes de niveau d'ambition quoi » (Technicien.ne collectivité territoriale).

« Il y a quelques beaux projets, quelques projets assez intéressants, bon qui ne sont pas allés assez loin » (Opérateur de l'Etat).

Ce manque d'ambition peut être expliqué par le fait que le PRSE ne soit pas un document à part entière avec de longs volets d'actions et de réglementations supplémentaire aux autres textes qui existent déjà, mais il « est censé combler entre guillemets les trous des autres outils sur la qualité de l'air » (Autorité de santé).

Des axes d'amélioration sont proposés au cours des entretiens pour identifier les éléments qui font défaut et permettre le progrès du PRSE, comme en finançant « beaucoup moins d'études et de financer l'action. » (Opérateur de l'Etat). C'est-à-dire réfléchir dans le financement d'études dont des résultats et des données ont déjà vu le jour pour permettre d'axer un plus gros budget dans les actions.

3.4. Des freins à la montée en puissance de la santé environnementales en lien avec la qualité de l'air

3.4.1. Des ressources humaines et des compétences qui ne sont ni stabilisées, ni suffisantes

Parmi les acteurs interrogés, il est souvent expliqué que « sensibiliser, former, c'est un travail de fourmis » (Elu.e collectivité territoriale). En effet, la sensibilisation reste une action sur le long terme, qui demande du temps et de l'assiduité. Malgré la volonté de se former, la compréhension de la thématique santé-environnement et l'appréhension des procédés de collaboration entre partenaires, restent complexes. La conversation avec certaines structures met également en lumière un problème de « turn-over » (Opérateur de l'Etat). En effet, on comprend la difficulté à garder les compétences et l'entrain des agents déjà formés et sensibilisés au sein d'un service lorsque le personnel peut- être

amené à bouger. Cela va induire un changement d'interlocuteur sur les projets et engendrer une potentielle « [perte de mémoire](#) » (Opérateur de l'Etat) de l'exercice, et des priorités, lorsqu'un poste reste ou est resté vacant pendant une longue période. En effet, le « [personnel, il est mouvant, il change, donc il faut toujours remettre à l'ouvrage et resensibiliser et reformer. Pareil pour les bonnes pratiques. \[...\] Elles ne sont pas innées. Donc imaginez le travail de fournis pour former toutes ces personnes](#) » (Elu.e collectivité territoriale).

Ce « [turn over](#) » montre que des postes peuvent rester vacants pour une période plus ou moins long impactant significativement l'efficacité d'un service. Cela résulte d'un personnel qui n'est pas toujours remplacé, conséquence d'un manque de budget dans la plupart des cas. Ces postes qui peuvent longtemps restés vacants vont par conséquent, augmenter la charge de travail des autres agents. Malgré la sensibilisation et la volonté d'agir, les emplois du temps bien remplis des autres agents, ne laisse pas dans certains cas, la possibilité de libérer du temps pour pouvoir assister aux différentes réunions, webinaires, ou autres tables rondes.

« [Dans le service santé, on a une seule personne \[...\] mon service environnement, c'est un chargé de mission sport de nature, une secrétaire et moi sur tous les autres dossiers](#) » (Service Environnement collectivité territoriale)

« [A force de ne plus recruter de personnes ou mettre moins de moyens, vous ne pouvez pas en faire plus](#) » (Service Environnement collectivité territoriale)

En parallèle, l'entrain à réaliser des projets se heurte aux nombreux projets déjà existants dans les structures qui peinent parfois à disposer des ressources humaines nécessaires et de temps suffisant.

« [Les collectivités ont tellement de choses à faire, de prioritaires, et cetera](#) » (Service Environnement- Collectivité territoriale)

« [Il y a des fiches-actions, sur les 60 qui avaient été réalisées, pour lesquelles on n'avait pas de porteur. \[...\] c'est dommage, mais finalement, si on n'a pas de porteur finalement, l'action ne fonctionne pas](#) » (Autorité de santé).

Pour beaucoup, la quantité de missions confiés ne permet pas aux agents de dégager du temps et de mener de nouveaux projets.

« [Quand vous faites des réunions, les gens ne viennent pas ... et pourquoi ils ne viennent pas ? Parce que par faute de temps, fautes de moyens](#) » (Technicien.ne collectivité territoriale).

L'aspect financier est à la base du maillage d'une construction d'actions et de projets. Dans les petites collectivités, le budget alloué est beaucoup plus faible que pour une moyenne ou grande collectivité. Malgré la volonté des élu.es, il est compliqué de financer des projets car, en plus du frein financier ces collectivités n'ont souvent pas les compétences techniques donc « [on en revient toujours là : besoin technique et à défaut besoin de financement pour payer cet accompagnement technique](#) » (Etablissement public). Ce n'est pas forcément un manque de volonté mais, il est important de comprendre qu'il s'agit d'un sujet pour ces petites collectivités difficile à gérer.

« [Par exemple les cantines, si on n'avait pas les problèmes de budget. Pour toutes les cantines, on pourrait dire allez, on met de l'eau en bouteille en verre.](#) » (Elu.e collectivité territoriale)

« [Il va falloir aussi financer le programme d'actions, donc à un moment donné, on peut toujours rénover plus de logements, plus rapidement, mais ça demande des moyens](#) » (Elu.e collectivité territoriale).

« [L'année dernière, on a voté les transports en commun gratuits, le bus gratuit. Cela nous a coûté 1 million d'euros, donc ce millions-là ne permet pas d'amplifier les actions à côté](#) » (Elu.e collectivité territoriale).

Pour les professionnels de santé, on retrouve la même problématique du manque de temps. Nous pouvons prendre exemple sur des entretiens asthme, qui sont mis en place par les pharmacies à leur propre initiative et ne sont pas un dispositif que l'on retrouve dans l'ensemble des officines. Les pharmaciens ont en effet de nombreux dispositifs à mettre en œuvre tels que les vaccinations contre le Covid ou les test Covid et n'ont pas forcément le temps ni les compétences pour développer les entretiens asthme.

« [On ne va pas se mentir, ces entretiens là c'est compliqué à mettre en place, on sort de la crise COVID il y a eu la vaccination, les tests et en plus ça reprend en ce moment la vaccination, les tests. \[...\] Mais l'objectif pour moi c'est qu'on puisse monter en compétence en fait là-dessus et que les pharmaciens puissent le faire](#) » (Pharmacien).

De plus, les médecins sont en sous-effectifs et sont soumis à la pression du planning, la région Hauts-de-France étant également parsemée de déserts médicaux. De ce fait, ils manquent de temps pour intégrer la prévention en santé environnementale à leur pratique.

« [Les médecins sont de moins en moins nombreux, ils n'ont pas le temps de venir dans des dispositifs Plan climat, CLS et cetera](#) » (Service Environnement- Collectivité territoriale)

Se former à la santé environnementale et intégrer des messages de prévention ne font ainsi pas partie des priorités des médecins, l'objectif premier étant d'assurer une couverture territoriale en offre de soins.

« [Et la démographie médicale dans la région, c'est une catastrophe absolue, moi je peux vous dire que mes correspondants à Lens, à Liévin et à Béthune régulièrement, ils partent en retraite, ils ne sont pas remplacés. Donc si les quelques-uns qui restent on leur dit vous allez aussi expliquer la pollution aérienne aux gens ils disent "Ben déjà pas on n'a pas le temps de bosser". En théorie, oui, mais en pratique, non](#) » (Médecin).

La consultation médicale est un espace consacré au curatif, au diagnostic et au soin de la pathologie, et non au préventif. L'étude a permis de constater que la qualité de l'air ne faisait pas partie des priorités des médecins généralistes, dont la prise en charge des patients est centrée sur le diagnostic scientifique et le soin de la pathologie. Par manque de temps, de sensibilité et de formation à la thématique, les médecins généralistes n'apparaissent pas comme des vecteurs de message de prévention sur la qualité de l'air.

« [Il y a quand même plein de domaines qui voudraient qu'on fasse des choses et on a quand même une première mission qui est de soigner les patients](#) » (Médecin).

De plus, la consultation médicale n'est pas forcément le moment opportun pour faire passer des messages de prévention sur la qualité de l'air, le patient n'étant pas forcément disponible pour les entendre, sa première attente étant de se faire soigner.

« Il faut que [le patient] ait envie d'entendre ça à ce moment-là. S'il est venu chercher autre chose, il va dire oui poliment, mais ce n'est pas à ce moment-là, qu'on va faire rentrer le message. Il faut une disponibilité d'esprit, il faut un besoin d'information » (Médecin).

3.4.2. Les plans, mesures et informations manquent de clarté et de cohérence entre eux

Dans la politique actuelle, on retrouve de nombreuses mesures, qui semblent permettre d'agir efficacement dans le cadre de la qualité de l'air et la santé. Or, pour ces mesures « on reste souvent au stade de la recommandation, selon les sujets, on n'arrive pas à aller au-delà » (Technicien.ne collectivité territoriale). Il y a de la frustration chez certains acteurs car les mesures qui sont décidées ne sont pas actées sous forme de réglementation, mais comme mesures incitatives. Ce manquement peut être considéré comme une des raisons d'un manque d'agissement de l'ensemble des acteurs qui ne se sentent pas obligés d'appliquer ces mesures-là.

« Après c'est vraiment, l'OAP (les Orientations d'aménagement et de programmation) c'est n'est pas des règles, c'est des recommandations » (Technicien.ne collectivité territoriale).

Un technicien d'une collectivité territoriale nous l'explique concrètement, en prenant le plan local d'urbanisme comme exemple qu'il leur est impossible d'imposer la réalisation d'études dans des zones exposées à de fortes pollutions. Ils sont seulement en capacité les recommander.

« Ce n'est pas quelque chose qu'on a pu mettre en prescription parce qu'on n'avait pas l'outil réglementaire sur lequel s'adosser pour faire ça, c'est un exemple » (Technicien.ne collectivité territoriale).

Lorsque la question sur comment les personnes interrogées évaluent la lisibilité de la réglementation en matière de qualité de l'air, les avis convergent majoritairement à dire que cela est très difficile, « la lisibilité est nulle » (Opérateur de l'Etat), notamment pour des personnes qui seraient récentes en poste, ou avec des réglementations qui changent très rapidement. « Les seuils à atteindre, les objectifs de qualité, on ne comprend rien. [...] Rien que ça c'est illisible, on ne comprend pas » (Acteur associatif). Il en ressort un manque de pédagogie. « Il y a des obligations faites aux employeurs ou aux établissements scolaires, mais en fait, ils ne sont eux-mêmes pas au courant, ceux qui sont soumis à cette réglementation » (Etablissement public). De même, la compréhension des documents de planification n'est « pas toujours bien lisible par les élu.es » (acteur associatif) et par conséquent la population peut également avoir du mal à considérer les actions menées et ce qui est attendu.

Sans remettre en cause l'enjeu de la qualité de l'air, on peut comprendre des hésitations sur l'efficacité d'avoir autant de documents stratégiques. Une envie et un sentiment de vouloir trop en faire, pourrait induire un essoufflement dans la réglementation et perdre « en efficacité avec ces différents échelons » (Chambre consulaire).

L'articulation entre les différents plans et programmes d'actions (PPA, SRADDET, PCAET) ne semble pas acquise, et cela perturbe l'efficacité des actions : « tant qu'il n'y aura pas de cohérence là-dedans, on sera condamné à avoir une efficacité toute relative de l'action des uns et des autres » (Etablissement public).

« Il y a un peu un manque d'efficacité vu que voilà il y a 36 000 documents et les gens ne s'y retrouvent pas forcément » (Chambre consulaire).

La volonté d'agir des acteurs est un levier pour impulser les actions en faveur de la qualité de l'air et la santé mais cette volonté d'agir n'est pas une généralité et certains peinent encore à cette prise de conscience : « C'est la volonté des élu.es. » (Expertise et surveillance La transversalité et l'organisation des structures peuvent être amenées à être un frein pour une bonne articulation des projets : « Souvent il y a un chargé de mission qui travaille sur le plan, un autre qui travaille sur un autre, ils ne travaillent pas forcément en lien, chaque chargé de mission essaie de répondre au mieux sur son plan mais sans cohérence avec l'autre » (Service Santé collectivité territoriale)

« On n'a pas forcément une très bonne connaissance de ce que fait chacun en termes de mission, de compétences et de périmètre d'action. Mais on a aussi le problème de temporalité, c'est-à-dire que les plans ne sont pas réalisés en même temps » (Autorité de santé)

Il est constaté que la « diversité de financements » existante induit une confusion chez certains qui « finissent par ne plus s'y retrouver et ne sait plus qui fait quoi » (acteur associatif).

4. Perspectives

Dans ce rapport, il a été fait l'analyse de l'articulation entre la qualité de l'air et la santé par les différents acteurs pour comprendre comment chacun coopère, travaille ensemble ou pas, en identifiant différents freins. Chacun des acteurs a pu exposer sa réflexion et perceptions d'amélioration et/ou ses besoins pour permettre une meilleure prise en compte de la qualité de l'air.

4.1. Développer une culture commune Santé Environnement chez les professionnels de santé

Les professionnels de santé ont exprimé le souhait d'avoir des formations ciblées sur les conseils relatifs à la qualité de l'air à intégrer à leur pratique médicale. Recevoir clé en main un guide qui leur expliquerait à quel moment faire le lien entre la qualité de l'air et la santé et à quel moment prodiguer un conseil sur la qualité de l'air leur paraîtrait bénéfique pour leur pratique.

Un médecin a ainsi émis l'exemple du certificat de sport. Lorsqu'un médecin délivre un certificat médical d'aptitude à la pratique sportive, il pourrait émettre des conseils sur l'adaptation de l'activité physique à la qualité de l'air, et en cas d'épisode de pollution atmosphérique il serait préférable de ne pas fournir un effort physique conséquent à l'extérieur. L'intérêt principal des professionnels de santé est de pouvoir transmettre des informations et des ressources en santé environnementale dans le cadre de leur exercice médical.

« Parce que c'est bien beau de faire des formations, on sort de là, voilà, mais comment on peut le mettre en pratique après, au quotidien, ça c'est intéressant » (Pharmacien).

La construction d'un discours commun entre l'ensemble des professionnels de santé permettrait également de créer une continuité dans le discours et ainsi de faire prendre conscience de l'importance de ces thématiques pour la santé du patient. Cette homogénéité et multiplication du discours contribuerait également à crédibiliser ces informations auprès des patients.

« Donc dans un paradis, si tous mes collègues pouvaient faire passer l'info, forcément, quand vous avez la sage-femme, le médecin, le pharmacien, le pédiatre, enfin bref, quand tout le monde fait passer l'info, les gens [patients] se disent bon à un moment s'il y en a 10 qui me le disent à priori c'est bon » (Sage-femme).

Face à cette fracture entre les professionnels de santé et les politiques publiques en santé-environnement, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé apparaissent comme un laboratoire intéressant pour faire germer un travail collectif sur la santé environnementale à l'échelon territorial.

Certaines collectivités territoriales identifient les CPTS comme étant des instances pertinentes avec lesquelles initier des actions sur la santé environnementale.

« Les médecins individuellement, peut-être pas travailler avec eux directement mais plutôt via les regroupements de médecins, les CPTS ou les MSP » (Service Santé - Collectivité territoriale).

Créées en 2019, les CPTS sont des regroupements de professionnels de santé d'un même territoire, qui, à leur initiative, décident de s'associer pour mieux se coordonner et répondre à des enjeux de santé locaux. Les CPTS ont quatre missions socles dont l'une d'elles est consacrée au développement d'actions territoriales de prévention⁴. L'un des professionnels de santé interrogé émet l'idée d'actions ciblées sur la sensibilisation à la qualité de l'air qui pourraient être réalisées et financées dans ce cadre-là.

« Dans l'axe prévention, on pourrait très bien imaginer une action à l'échelle d'un territoire qui fédérerait tous les professionnels de santé pour une sensibilisation plutôt grand public pour le coup sur ces thèmes de pollution atmosphérique. Et pourquoi là, ça serait possible ? Parce que dans le cadre des CPTS il y a des rémunérations qui tombent dans le cadre de ce qu'on appelle l'accord cadre interprofessionnel. » (Pharmacien)

Toutefois, les CPTS sont des dispositifs récents qui sont au stade de la création et qui sont également confrontées au manque de disponibilité des médecins, qui, soumis à la pression du planning, manquent de temps pour s'impliquer dans la constitution de cette organisation territoriale. Les médecins ont ainsi souligné que les CPTS se concentraient actuellement sur l'amélioration de l'accès aux soins avant d'envisager des actions sur la prévention :

« Dans leur grande majorité, ils ne vont pas le prendre comme problématique pas parce que cela ne les intéresse pas mais parce qu'il faut leur laisser le temps de s'installer en fait. Et que ce n'est pas ce sur quoi on les attend au départ, on leur dit, voilà typiquement accès aux médecins traitants et cetera, on arriverait avec est-ce que vous avez pensé à la qualité de l'air, là pour le coup, ils nous enverront paître. » (Médecin)

A long terme, et lorsque celles-ci seront constituées, les CPTS pourraient néanmoins être envisagées comme des leviers d'actions pour travailler des actions de prévention sur la santé-environnementale et ainsi la qualité de l'air et créé un

⁴ <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-santé-cpts-2>

discours commun entre professionnels de santé. De plus, elles pourraient être des interlocuteurs privilégiés des collectivités territoriales pour mettre en place des actions sur la qualité de l'air.

Les médecins libéraux ont évoqué l'intérêt pour leur pratique de disposer d'une base de données qui regrouperait l'ensemble des informations scientifiquement validées avec des sources vérifiées. « **Un endroit où on sait que c'est fiable** » (Médecin), avec des informations compréhensibles et appréhendables par les médecins et qui se trouveraient sur leurs canaux et références d'information.

« **Je googlelise beaucoup et ce qui m'énerve de plus en plus, c'est qu'il faut aller à la 3e page pour trouver les éléments qui sont scientifiques et non effectivement marchands.** » (Médecin)

« **Il faut les mettre là où eux [les médecins] ils vont chercher et pas leur demander d'aller, et qu'eux ils sachent où est-ce qu'il faut aller chercher l'info.** » (Médecin)

4.2. Aider les collectivités territoriales à valoriser leurs actions « Qualité de l'air »

L'importance de la volonté d'agir des élu.es n'est plus à démontrer. Aussi pour pousser ces élu.es à agir, il serait important de valoriser davantage la politique d'actions des élu.es qui contribuent à la qualité de l'air et la santé. « **Il faut qu'on arrive pour les élus à rendre des actions qualité de l'air un peu plus sexy, valorisables. [...] mais à notre petite échelle, on essaie quand on fait nos bilans territoriaux potentiellement de mettre la photo de l'élu, des choses comme ça** » (Expertise et surveillance).

Les gains financiers, sanitaires, environnementaux sur la qualité de l'air sont difficilement évaluables pour certaines actions. Pourtant, c'est un argument assez conséquent pour démontrer l'efficacité de l'action et ainsi encourager d'autres acteurs à agir et rendre les actions pérennes (reproductibles).

« **C'est pouvoir traduire nos actions en gain sur la qualité de l'air, le traduire en gain sanitaire et le traduire en gain économique** » (Technicien collectivité territoriale).

« **C'est peut-être de rendre lisible les efforts financiers des partenaires et de la collectivité pour montrer que la politique des transports, la politiques des déchets, la politique de l'habitat, de la Trame verte, les petites actions qu'on mène au quotidien, c'est important pour la santé des personnes, mais aussi l'amélioration de la qualité de l'air** » (Service Environnement collectivité territoriale)

Une précédente étude à Grenoble a montré les gains obtenus en investissant dans la Prime air. Des professionnels interrogés ont alors l'envie de pouvoir obtenir des ordres de grandeur similaires (pour X montant investis, c'est X argent économisé/gagné) afin de justifier leurs actions.

« **C'est des ordres de grandeur, mais en gros nous, on aurait aimé pouvoir chiffrer ça aussi sur notre territoire et justifier ces politiques-là** » (Technicien collectivité territoriale).

La communication, l'information, les échanges inter et intra acteurs sont l'une des grandes analyses de ce rapport. Essentiel pour certains qui ne peuvent contribuer sans partenariat, la méconnaissance de l'existence ou du fonctionnement de structures est une préoccupation pour la majorité des acteurs qui souhaitent améliorer cela. Sur les projets en cours, « **il faudrait plus de visibilité pour qu'il y ait plus l'impact sur la mise en place des projets de collectivités** » (Service Santé collectivité territoriale)

Il serait intéressant de réfléchir à regrouper un ensemble d'agents des structures pour « **monter un groupe de travail qui soit officiel [...] pour pouvoir monter un groupe de travail avec les différentes directions concernées [...] parce que là je dois à chaque fois expliquer la démarche, pourquoi je leurs demande ces éléments** » (Service santé collectivité territoriale).

« **Il y a une fois de plus besoin d'une instance générale qui permet de regrouper tous ces gens, ça serait utile** » (Acteur associatif).

4.3. Une révision des documents et des plans

Comme nous avons pu le constater dans l'analyse du ressenti des professionnels sur les documents réglementaires ou non, la cohérence entre ces différents plans peut prêter à confusion. La temporalité peut être une des causes de ce manque de cohérence et les réviser « **peut-être dans des calendriers qui soient compatibles, de façon à ce que la démarche puisse profiter à l'ensemble des démarches planificatrices.** » (Acteur associatif) peut-être une première solution. Malgré le ressenti d'un manque d'ambition pour certains dispositifs, essayer de se « **concentrer sur quelques mesures** » (Chambre consulaire) pourrait favoriser une plus grande efficacité et permet de se focaliser sur moins d'actions mais de manière plus approfondie.

« **Supprimer la moitié [normes du code de l'environnement] et peut-être les aligner sur les normes de l'OMS** » (Opérateur de l'Etat).

Des acteurs nous ont fait part de leurs déceptions concernant les différents plans mis en place comme le PRSE ou le PPA qu'ils considèrent comme pas assez ambitieux ou encore que les actions proposées ne soient qu'incitatives et pas réglementaires. Il y a donc un « **souhait vraiment qu'on change de braquet et que l'on passe parfois de recommandations à certaines règles** » (Technicien collectivité territoriale).

4.4. Porter une vision politique, plus globale et ambitieuse, comme un futur désirable (travailler sur les imaginaires)

Des acteurs ont soulevé l'idée « d'inciter les pouvoirs publics à faire plus sur la crise globale. » (Acteur associatif) et pas seulement sur la qualité de l'air ou le changement climatique car les enjeux aujourd'hui sont beaucoup plus élevés. Cette prise de conscience doit venir des élu.es et dirigeants, « parce que sans que ces individus-là, ces gouvernances-là ne s'emparent de cet objectif ou ne l'ai en tête, on ne va jamais casser ces freins là et on ne va jamais développer des outils, des leviers en fait. » (Autorité de santé)

« Ce qui manque peut-être dans les politiques actuellement, c'est que justement, voilà il n'y a pas d'action globale vraiment, [...] ça permettrait d'avoir des bénéfices sanitaires globaux enfin, en tout cas, qui s'augmenteraient petit à petit » (Autorité de santé).

Permettre aux citoyens de pouvoir participer aux actions mise en place pourrait avoir un effet boule de neige. Les citoyens seraient d'autant plus sensibilisés et impliqués à plus large échelle, et les élu.es souhaitant suivre les attentes des administrés, pourraient inciter aux élu.es la volonté agir.

« On pourrait imaginer que le citoyen devient aussi un veilleur vigilant en matière de pollution de l'air, parce qu'il serait porteur de micro-capteurs » (Acteur associatif).

4.5. Créer une cartographie des acteurs du domaine air et santé

Dans l'intention de permettre une compréhension globale pour chacun des acteurs, et s'évertuer à ce que « l'effort soit dilué » (Acteur associatif) pour les agents participants à des projets, la création d'un « organigramme au niveau de la Région, des acteurs de l'environnement et de la qualité de l'air » (Acteur associatif) suscite un intérêt particulier. Ce document aurait pour objectif d'être un relai à différents niveaux et d'aider les acteurs à la fois de la santé et de la qualité de l'air/ environnement, à se repérer dans la nébuleuse d'informations.

De plus, pendant les entretiens, une cartographie répertoriant les acteurs du domaine de la qualité de l'air a été utilisée comme support pour connaître les liens et absences de liens entre acteurs. Cette cartographie, appréciée par les personnes interrogés (tout domaine confondus), nous a fait comprendre l'utilité d'un tel outil pour permettre une lisibilité et une compréhension plus aboutis de la gouvernance de chacun des acteurs. En effet, nous avons pu constater qu'il existait une méconnaissance générale de l'ensemble des acteurs agissant de près ou de loin sur la qualité de l'air. Le développement d'une cartographie plus élaborée à destination des différents acteurs pourrait donc aider à diminuer ce frein en permettant de connaître les caractéristiques de chacun : leur domaine d'intervention, leurs compétences, leur statut, les actions mises en place par ces acteurs sur la qualité de l'air (Leurs missions premières sont-elles d'agir en faveur de la qualité de l'air ?), mais aussi les moyens à leurs dispositions (humains, financiers...).

Cette cartographie aurait pour objectif de faciliter l'émergence d'actions, de nouveaux liens entre acteurs : recherche de financeurs, nouveaux partenariats... etc., freinés initialement par une absence de connaissance des différentes structures.

5. Conclusion

Pour le monde de la santé, la santé environnementale constitue la porte d'entrée pour aborder la qualité de l'air. Les instances décisionnaires régionales de santé ont pour objectif d'améliorer la santé de la population et la santé environnementale constitue ainsi l'un des pans de leurs missions. Dans ce cadre-là, elles ont identifié la qualité de l'air comme une thématique à traiter pour réduire les effets sanitaires liées à la pollution de l'air et en finançant entre autres des actions de prévention, de sensibilisation et de formations à destination du grand public, des collectivités et des professionnels de santé. Les professionnels de santé ainsi que les acteurs de la recherche forment une sphère où la prise en compte de la santé environnementale et de la qualité de l'air dans l'exercice médical est encore à ses débuts. Les professionnels de santé sont également très partiellement formés à la santé environnementale et la qualité de l'air. Si la qualité de l'air n'est pas une priorité pour les médecins généralistes, elle est souvent prise en charge par les sages-femmes et ponctuellement, dans certains cas précis, par les pharmaciens interrogés. Les établissements publics de santé sont des acteurs dont la mise en lien entre la santé et la qualité de l'air constitue le cœur de l'activité. Ils étudient les effets sanitaires de la qualité de l'air.

Côté environnement, les acteurs dont le cœur de la mission est d'agir sur la qualité de l'air extérieur, en réglementant les activités polluantes pour réduire les émissions, considèrent encore que trop peu la santé dans le cadre de la santé environnementale.

D'autres acteurs, comme certaines chambres consulaires ou certains établissements publics, abordent le sujet de la qualité de l'air extérieur via la mobilité. Ceux-ci tiennent compte ponctuellement la santé et non la santé environnementale, en mobilisant l'argument santé à destination du grand public pour encourager l'adoption de modes de déplacement doux non polluants. De même, les établissements publics, qui œuvrent pour la mise en application de la réglementation sur la qualité de l'air intérieur, utilisent la santé comme élément de contexte.

Les AASQA thématisent la santé dans leur discours comme objectif de leurs actions sur la qualité de l'air. Les AASQA se sont récemment tournés vers les professionnels de santé et les chercheurs en santé pour initier des actions de ce côté-là.

Quant aux acteurs économiques, les actions des chambres consulaires sont axées sur l'aspect environnemental de réduction des émissions liées à leurs pratiques.

Aussi il apparaît avec l'enquête que ce sont les collectivités territoriales qui établissent des liens entre la qualité de l'air et la santé. La qualité de l'air et la santé sont prises en compte de manière transversale dans leurs politiques. Dans leurs discours, l'amélioration de la santé de la population est présentée comme l'objectif de leurs actions sur la qualité de l'air.

Cette multitude d'acteurs dont les actions et domaines d'applications ne sont pas connus et pas compris de tous, notamment par les professionnels de santé, créant un frein aux collaborations. Pendant les entretiens, le terme One Health a été utilisé à plusieurs reprises. Ce concept d'« une seule santé » repose sur un principe simple : le lien fort entre la santé humaine, la santé des animaux et la santé de l'environnement. L'un des objectifs de ce concept est de pouvoir mettre en commun les compétences de chacun sur les différents sujets afin de travailler en cohérence, d'avoir un accès à des outils et de pouvoir lier les 3 thématiques de la santé (santé humaine, animale et environnementale). L'étude montre que ce concept reste un peu utopique, et a du mal à être appliqué sur le terrain. Les structures ne sont pas construites pour laisser place à ce concept. Leur organisation est encore disjointe et l'on peut voir que la communication entre les différents acteurs reste un grand frein pour rendre ce concept opérationnel.

Perdu dans la nébuleuse d'information, et malgré une prise en compte du lien existant entre la qualité de l'air et la santé, il subsiste une barrière à l'intégration de la thématique environnement dans celle la santé. Cela se ressent également par une distinction encore très présente entre la qualité de l'air extérieur et qualité de l'air intérieur.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Mayring P, (2015). Qualitative Inhaltsanalyse.
2. Head BW, (2022). Wicked Problems in Public Policy : Understanding and Responding to Complex Challenges. Springer International Publishing.
3. Roussel I, Charles L, Frère S, (2018). Chapitre 3. La qualité de l'air, du local au global : quelle gouvernance pour une subsidiarité efficace ? Environnement et gouvernance des territoires : Enjeux, expériences, et perspectives en région Nord-Pas de Calais. (Environnement et société) Presses universitaires du Septentrion. p. 243-97.
4. Douillet AC, Lebrou V, Sigalo Santos L, (2019). Transversalité. Dictionnaire des politiques publiques. Presses de Sciences Po. p. 658-66. (Vol. 5e éd.).
5. Leloup F, Moyart L, Pecqueur B, (2005). La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ? Géographie Économie & Société. p. 321-32.
6. Le Galès P. Gouvernance (2014). Dictionnaire des politiques publiques. Presses de Sciences Po. p. 299-308. (Vol. 4e éd.).
7. Boutaric F, (2020). L'art de gouverner la qualité de l'air, L'action publique en question, Presses Universitaires de Rennes, p. 159. Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie. (Vol. 12, n°2).
8. Lascoumes P, (2007). Les instruments d'action publique, traceurs de changement : L'exemple des transformations de la politique française de lutte contre la pollution atmosphérique (1961-2006). Politique et Sociétés. p. 73-89.
9. Roussel I, (2019). La pollution atmosphérique entre santé et environnement (1958-1996). L'exemple de l'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (APPA), de sa création à la loi de 1996. Écologie Politique. (vol 58) p. 35-52.
10. Bedos C, Générmont S, Castell JF, Cellier P (2019). AGRICULTURE ET QUALITÉ DE L'AIR Comprendre, évaluer, agir. Éditions Quæ. Versailles. p. 324. (Synthèses).
11. Charpin D, Schadkowski C, Guillossou G (2020). L'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (APPA). Environnement, Risques & Santé. (Vol 19 n°5) p. 381-388.
12. Boutaric F, Lascoumes P, (2010). Quand la santé publique redéfinit les enjeux de la pollution atmosphérique en France. Sociétés, environnements, santé. p. 127-45.
13. HCSP, (2022). Évaluation globale des Plans nationaux santé – environnement (2004-2019). Rapport de l'HCSP. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1223>

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES

FIGURE :

Figure 1 : Schéma des documents stratégiques, opérationnels et réglementaires relatifs à la qualité de l'air8

TABLEAUX

Tableau 1 : Grille d'entretien9

Tableau 2 : Entretiens réalisés par acteurs sollicités.....9

SIGLES ET ACRONYMES

AASQA	Associations Agréées de Surveillance de la Qualité de l'Air
ADAV	Association Droit au Vélo
ADEME	Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
AFPIA	Association pour la Formation Professionnelle dans les Industries de l'Ameublement
ANRU	Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
APPA	Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique
ARS	Agence Régionale de Santé
CCCO	Communauté de Communes Coeur d'Ostrevent
CCI	Chambre de Commerce et de l'Industrie
CEREMA	Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement
CERDD	Centre Ressource du Développement Durable
CESER Hauts-de-France	Conseil Economique, Social et Environnemental Régional
CMEI	Conseiller Médical en Environnement Intérieur
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLS	Contrat Local de Santé
COPIL	Comité de pilotage
CO₂	Dioxyde de carbone
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
DDTM	Direction Départementale des Territoires et de la Mer
DRAAF	Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
DREAL	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
D3SE	Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
FEES	Femmes Enceintes Environnement et Santé
ICPE	Installation classée pour la protection de l'environnement
LAURE	Loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie
L2SP	Laboratoire de Soins Pharmaceutique et de Santé Publique
MEL	Métropole Européenne de Lille
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MUSE	Monitoring Urbain Santé Environnement
MUSE T.A.S	Monitoring Urbain Santé Environnement - Territoires Air et Santé
NH₃	Ammoniac
OAP	Orientations d'Aménagement et de Programmation,
PCAET	Plan Climat Air Energie Territorial
PDU	Plan de déplacements urbains
PLH	Plan local de l'Habitat
PLU	Plan local d'Urbanismes
PNSE	Plan National Santé Environnement
PNSQA	Plan National de la Surveillance de la Qualité de l'Air
PPA	Plan de Protection de l'Atmosphère
PREPA	Plan national de Réduction des Emissions de Polluants Atmosphériques
PRQA	Plan Régional pour la Qualité de l'Air
PRS	Plan Régional de Santé
PRSE	Plan Régional Santé Environnement
RNSA	Réseau National de Surveillance Aérobiologique
SCOT	Schéma de Cohérence Territorial
SDIT	Schéma Directeur des Infrastructures de transport
SPF	Santé Publique France

SRADDET

SRS

URPS

ZFE

Schéma Régional d'Aménagement, de Développement
Durable et d'Égalité des Territoires

Schéma Régional de Santé

Union Régionale des Professionnels de Santé

Zone à faible émissions

Monitoring Urban Santé Environnement-Territoire Air et Santé

Le projet MUSE T.A.S (Monitoring Urban Santé Environnement- Territoire Air et Santé), s'inscrit dans le projet global MUSE, élaboré en 2016 par le Laboratoire de Soins Pharmaceutiques et de Santé Publique (L2SP) du Pôle Pharmacie du CHU de Nice. Il s'agit d'une étude participative sur l'intégration de la qualité de l'air dans les politiques publiques locales en santé et environnement. Dans ce cadre, une problématique a été soulevée : face à la diversité d'acteurs et de plans d'actions intervenants dans le cadre de la qualité de l'air, comment construire des politiques territoriales intégrées, opérationnelles et transversales de la qualité de l'air qui répondent aux besoins locaux ? L'objectifs de cette étude est d'identifier les acteurs du domaines air/santé et les relations entre ceux-ci ; Analyser les priorités et les besoins locaux en termes de qualité de l'air ainsi que les freins et leviers d'actions à l'amélioration de la qualité de l'air ; Et notamment à saisir comment les acteurs de la santé sont associés aux politiques publiques sur la qualité de l'air et quel peut être leur rôle à jouer dans ce domaine. L'étude repose sur une étude qualitative auprès de 23 acteurs territoriaux issus de « l'air » et de la santé « d'autre part ». Il a été remarqué que la qualité de l'air est un sujet abordé généralement de manière transversale par un majorité d'acteurs. Les collectivités sont soumises à la demande des administrés de « mieux vivre » car ils sont de plus en plus sensibilisés et soucieux de l'enjeu santé. Les industriels sont soumis quant à eux par les autorités à des mesures contraignantes. Il existe une omerta autour de la thématique santé-environnement avec le secteur agricole. Ce secteur commence à peine à prendre en considération la qualité de l'air.

Pour les professionnels de santé, les déserts médicaux et le peu de temps consacré aux patients lors des consultations laissent peu de place au préventif sur cette thématique. La qualité de l'air va être abordée de manière plus ponctuelle avec les pharmaciens au vu des attentes des patients de l'officine. Les sages-femmes restent les professionnels de santé les plus impliquées dans la santé-environnementale car elles sont beaucoup plus en prise avec le mode de vie de leurs patients que les médecins traitants.

Les collectivités apparaissent comme un point central pour regrouper les acteurs de la santé et ceux de la qualité de l'air. Elles permettent au travers de table ronde et de textes règlementaires de concourir à la mise en relation de ces différents secteurs. Mais avec une nébuleuse d'informations et de plans d'actions, certains acteurs se retrouvent perdus et ceci représente un frein pour améliorer la prise en compte de la thématique santé-environnement. Les textes règlementaires mis en

place comme le PPA et le PRSE ne trouvent pas leurs places auprès de tous les acteurs et sont considéré comme peu ambitieux et manquant de cohérence.

Il est remarqué que le secteur santé ne priorise pas et n'intègre que peu l'aspect environnement dans leurs pratiques. Si ce n'est concernant la qualité de l'air intérieur grâce aux formations proposées.

Des leviers d'actions ont pu être identifiés comme aider les collectivités territoriales à valoriser leurs actions visant qualité de l'air, ou bien développer un discours commun à l'ensemble des professionnels de santé, notamment par le biais des CPTS.

A retenir :

Il existe une grande quantité d'informations vis-à-vis de la qualité de l'air qui perd les acteurs.

Ces derniers ont emis un besoin de formation et de sensibilisation sur la santé environnementale et l'importance de communiquer auprès de leurs publics.

De nombreux participants ont exprimé l'envie et la nécessité de travailler en partenariat avec tous les acteurs impliqués sur le territoire.

Les collectivités territoriales apparaissent comme un levier pour favoriser les rencontres entre les acteurs des domaines de la santé et de l'environnement.



Soutenu par

