

Mettre en œuvre en contexte français des politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie

**Pistes pour
une prévention primordiale
des fardeaux de santé**

Collection
Rapport

Août 2025

**Mettre en œuvre en contexte français
des politiques publiques intégrées
favorables à la qualité de vie**

**Pistes pour une prévention primordiale
des fardeaux de santé**

Août 2025

Août 2025
Table des matières

CONTRIBUTEURS DU RAPPORT	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
LES ENJEUX À CHANGER DE PARADIGME	9
1. DE L'URGENCE D'AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ : LA PRÉVENTION PRIMORDIALE	9
2. LA CRISE ÉCONOMIQUE ACTUELLE EXIGE UNE PLUS GRANDE COHÉRENCE POLITIQUE..	10
SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS	11
SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES : LE CONCEPT ET SA TRADUCTION AUX NIVEAUX INTERNATIONAL ET NATIONAL	13
1. ÉMERGENCE DU CONCEPT DE « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES », INTRODUCTION DANS DES CADRES INTERNATIONAUX, ÉVOLUTION	13
Le rôle de l'OMS : une définition et un cadre d'action	13
Les Nations Unies et les objectifs de Développement Durable (ODD).....	13
L'Union Européenne et la protection de la santé	14
Le virage conceptuel avec la recherche de co-bénéfices	14
Le concept de « One health » (Une seule santé).....	14
2. UNE INTÉGRATION PROGRESSIVE DANS LES INSTRUMENTS POLITIQUES FRANÇAIS.....	16
La loi de modernisation de notre système de santé	16
La Stratégie Nationale de Santé (SNS)	16
Certains plans sectoriels.....	16
Les évaluations d'impact sur la santé (EIS).....	17
La notion de politiques intégrées	18
3. LES FACTEURS FAVORABLES À LA MISE EN ŒUVRE DE LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES	19
Retour sur les notions d'intersectorialité et de co-bénéfices	19
Les facteurs clés favorisant l'intégration de la santé dans les autres politiques	19
MÉTHODE D'ANALYSE DE LA SITUATION EN FRANCE ET D'ÉLABORATION DES PROPOSITIONS	20
Une analyse de documents existants.....	20
Des auditions auprès d'acteurs.....	20
Des études de cas de démarches intersectorielles	20
OBSTACLES ET LEVIERS À LA MISE EN ŒUVRE DE LA DÉMARCHE SDTP	22
1. ANALYSE DES OBSTACLES ET LEVIERS	22
La démarche de SdTP à l'épreuve d'une intersectorialité défailante	22
L'importance d'un cadrage structurant l'action intersectorielle	23
L'absence de ressources dédiées, frein à la démarche	25
2. SYNTHÈSE ET ORIENTATIONS	27
PROPOSITIONS POUR DES POLITIQUES PUBLIQUES INTÉGRÉES FAVORABLES À LA QUALITÉ DE VIE	29

1. ENJEU 1 / FAIRE NORME - UN CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE INTÉGRÉ DE LA QUALITÉ DE VIE.....	30
Proposition 1 - Intégrer dans les textes de santé publique les leviers des autres secteurs.....	30
Action 1 – Faire de l’approche co-bénéfices une norme de la santé publique	30
Action 2 – Concevoir des plans ministériels intégratifs articulés avec la santé publique	30
Action 3 – Rendre obligatoires les évaluations d’impact sur la santé pour les pilotes de la politiques régionales de santé (ARS-Préfet).....	31
Action 4 – Doter les instances de démocratie sanitaire de fonctions de prévention primordiale....	31
Proposition 2 – Structurer la prise en compte de la santé et l’équité en santé dans les politiques non sanitaires	31
Action 5 – Intégrer l’impact sur la santé dans toutes les politiques publiques.....	31
Action 6 – Mobiliser des outils d’évaluation rapide d’impact sur la santé et l’équité.....	32
Proposition 3 – Sécuriser des financements pour favoriser les démarches intersectorielles	33
Action 7 – Mobiliser les lois de finances (LF) et lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) sur des enjeux intersectoriels favorable à la qualité de vie	33
Action 8 - Créer un fonds pour l’action intersectorielle	33
2. ENJEU 2 / POUVOIR D’AGIR – ORGANISATION D’UNE GOUVERNANCE INTERSECTORIELLE	34
Proposition 1 - Réorganiser la répartition des compétences et des responsabilités entre l’échelon national et les échelons territoriaux.....	34
Action 9 – Renforcer, par la loi, les compétences et les moyens des collectivités territoriales à œuvrer en faveur de la qualité de vie dans une approche de co-bénéfices	34
Action 10 – Confier à l’État le rôle d’animateur de ces démarches d’intégration des politiques publiques.....	34
Proposition 2 - Réorganiser la gouvernance intersectorielle aux échelons national et locaux	35
Action 11 - Transformer les Contrats locaux de santé (CLS) en Contrats locaux pour l’intégration de l’action publique pour la qualité de vie (CLIAPQV).....	35
Action 12 – Identifier / réorganiser une instance nationale soutenant et animant des initiatives co-bénéfices.....	36
Action 13 – Baser l’action intersectorielle sur des indicateurs de co-bénéfices.....	37
3. ENJEU 3 / MOYENS D’AGIR – STRUCTURATION DE LA RECHERCHE ET DE L’EXPERTISE. 37	37
Proposition 1 – Dynamiser la recherche sur les approches intégrées à co-bénéfices santé - société. 38	38
Action 14 – Concevoir et doter de financements un programme national de recherche intersectorielle	38
Action 15 – Faire réseau autour des enjeux de santé intersectoriels.....	38
Proposition 2 – Renforcer l’expertise dans le domaine de la santé pour et dans toutes les politiques et son approche co-bénéfice	39
Action 16 – Structurer le transfert de connaissances autour de centres <i>What works</i>	39
Action 17 - Renforcer les métiers de l’intersectorialité	40
Proposition 3 - Faciliter l’usage des bases de données existantes et générer des données locales ...	40
Action 18 – Renforcer le soutien aux projets transversaux d’intégration des données	41
Action 19 – Structurer un recueil local complémentaire des déterminants sociaux de la santé et ISTS.....	42
CONCLUSION.....	43
RÉFÉRENCES	44
ANNEXE 1 – Membres du GT-PSdTP et contributeurs du rapport	48
ANNEXE 2 – Liste des personnes auditionnées.....	49
ANNEXE 3 – Version beta grille d’évaluation rapide d’impact sur la santé intégrant une approche co-bénéfices	50

Résumé

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a un rôle-clé dans l'orientation des politiques de santé publique en France. Sa mission inclut l'analyse des déterminants de santé et la proposition d'actions transversales. Il est d'autant plus apte à l'assurer qu'il peut s'appuyer sur des données probantes pour évaluer l'impact des déterminants et identifier les leviers d'action. Son indépendance et l'expertise reconnue de ses membres garantissent la crédibilité de ses recommandations. Il peut proposer des stratégies concertées pour construire des politiques cohérentes et conformes à une vision de santé globale, en insistant sur les bénéfices à moyen et long terme d'une réduction des inégalités de santé.

Dans cette perspective, le HCSP s'est doté, lors du renouvellement de sa mandature en 2022, d'un groupe de travail transversal aux différentes commissions spécialisées nommé « Prévention et santé dans toutes les politiques ». Ce rapport, issu des travaux qu'il a menés, présente les constats, réflexions et propositions de ce groupe de travail pour intégrer dans l'agenda français un changement de logique, basée sur les concepts de santé dans toutes les politiques (SdTP) et de prévention primordiale, et se donner les moyens de politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie. Il appelle à un changement de paradigme profond dans les politiques publiques françaises, en mettant la priorité sur les déterminants sociaux de la santé (DSS) et la réduction des ISTS, partant du constat qu'il est devenu nécessaire, plus soutenable et plus juste, de considérer la santé comme co-produite par l'ensemble des politiques publiques, et source de développement social et économique, que de poursuivre une fabrique des politiques publiques en silos, voire en compétition.

Sur la base d'analyses documentaires, d'auditions d'acteurs-clé nationaux et étrangers et d'études de cas approfondies d'initiatives intersectorielles françaises, le HCSP a pu clarifier les obstacles et leviers de la mise en cohérence des politiques publiques de manière favorable à la qualité de vie et au bien-être et fait des propositions pour favoriser cette démarche.

CONTRIBUTEURS DU RAPPORT

Pour une prévention efficace et équitable, il est nécessaire de penser différemment l'action préventive, en se focalisant sur les causes structurelles de sa construction, de son amélioration ou de sa dégradation. Ainsi, afin que le principe de la santé dans toutes les politiques soit opérationnalisé, le HCSP, en tirant enseignement des pays ayant investi dans la santé dans toutes les politiques, s'est donné comme objectif de structurer un dispositif à envergure nationale et internationale qui favorise, soutient, accompagne les politiques publiques non sanitaires au bénéfice de la santé et de la réduction des inégalités.

Pour mener ces travaux, son Président, par décision du 20 décembre 2022, a mis en place un groupe de travail permanent Prévention et Santé dans toutes les politiques (GT-PSdTP) avec pour mission de proposer une analyse systématique de l'impact sur la santé de politiques, programmes, projets ou mesures règlementaires.

Dans ce cadre, ce groupe de travail doit formuler des propositions de mesures de structuration de la formation, du transfert de connaissances et partage d'initiatives et d'outils favorisant les évaluations d'impact sur la santé de niveaux différents, de mécanismes institutionnels favorisant l'intersectorialité au bénéfice de la santé, de modalités d'étude et de recherche soutenant l'évaluation des mesures de santé dans toutes les politiques en contexte français.

Le travail qu'il a ainsi mené sur la mise en œuvre de politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie, s'inscrit dans une auto-saisine du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) validée par le bureau du collège du HCSP en sa séance du 26 octobre 2023, compte tenu de l'intérêt transversal de la thématique et de son articulation avec les commissions spécialisées et les groupes de travail permanents.

Le présent rapport a été validé à l'unanimité des 8 membres présents du bureau du collège lors de sa séance du 28 août 2025.

La liste des personnes ayant participé à la rédaction de ce rapport figure en annexe 1.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence régionale de santé
CIS : Comité interministériel pour la santé
CLSPD : Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
CLS : Contrat local de santé
CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé
CLIAPQV : Contrat local pour l'intégration de l'action publique pour la qualité de vie
CLSM : Conseil local en santé mentale
CNTE : Conseil National de la Transition Écologique
CNLE : Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale.
EIS : Évaluation d'impact sur la santé
EII : Évaluation d'impact intégrée
HCC : Haut Conseil pour le Climat
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
ISTS : inégalités sociales et territoriales de santé
ODD : objectifs de développement durable
OMS : Organisation mondiale de la santé
PRS : Projet régional de santé
PN(R)SE : Plan national (régional) santé environnement
PPIQV : Politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie
SdTP : Santé dans toutes les politiques
SNANC : Stratégie nationale pour l'Alimentation, la Nutrition et le Climat
SNLP : Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté

INTRODUCTION

Si la France bénéficie d'une espérance de vie élevée, les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) sont marquées. Ces inégalités sont par ailleurs exacerbées dans les situations de crise comme l'a montré la pandémie de Covid-19 qui a touché plus durement les territoires précaires où l'exposition au risque était plus forte (impossibilité de télétravail, promiscuité, insécurité de l'emploi), et où les mécanismes de protection sont faibles. De la même manière, les épisodes de vagues de chaleur révèlent des inégalités d'exposition au risque environnemental dans les quartiers peu végétalisés ou dans les logements inefficaces, ou des inégalités liées à des situations de fragilité et d'isolement comme celle par exemple des personnes âgées.

Ces constats rappellent que la santé est un produit des politiques publiques nationales et locales dans leur ensemble que le système de santé tente de réparer. Logement insalubre ou inadapté, précarité de l'emploi, chômage, pauvreté, alimentation de mauvaise qualité, etc. sont des « déterminants sociaux de la santé » (DSS). Véritables « causes des causes », ils relèvent des conditions et environnements de vie, façonnent les comportements de santé, et exposent de manière différenciée les populations aux risques et aux maladies. Les preuves d'un cumul d'expositions environnementales et leurs conséquences pour la santé renforcent la nécessité d'agir de façon concertée et en amont pour lutter contre les iniquités.

Dès lors, ce rapport insiste sur la nécessité de passer de politiques de réparation à des politiques de transformation, fondées sur une « prévention primordiale ». La prévention primordiale vise à empêcher l'émergence même de facteurs de risque, environnementaux ou comportementaux, généralement adressés par la prévention primaire dans (pratiques cliniques préventives) ou hors du milieu de soins (éducation pour la santé). Il s'agit en prévention primordiale d'agir, très en amont, sur l'environnement social, économique, urbain et écologique façonné par les politiques sectorielles non sanitaires.

Ce changement implique donc de considérer la santé comme un bien commun co-produit par tous les secteurs, de développer des politiques intégrées et cohérentes, évitant que certaines politiques aggravent ce que d'autres tentent de réparer, de construire une résilience sociétale fondée sur la justice sociale, la soutenabilité et la capacité collective à absorber les chocs sans creuser les inégalités. Ce changement prend d'autant plus de sens qu'il constitue un enjeu économique et de soutenabilité du système social tout entier.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a un rôle-clé dans l'orientation des politiques de santé publique en France. Sa mission inclut l'analyse des déterminants de santé et la proposition d'actions transversales. Il est d'autant plus apte à l'assurer qu'il peut s'appuyer sur des données probantes pour évaluer l'impact des déterminants et identifier les leviers d'action. Son indépendance et l'expertise reconnue de ses membres garantissent la crédibilité de ses recommandations. Il peut proposer des stratégies concertées.

Le HCSP peut ainsi inciter les décideurs de différents secteurs à construire des politiques cohérentes et conformes à une vision de santé globale. Enfin, il a la capacité d'appréhender les politiques au-delà des mandats électoraux, en insistant sur les bénéfices à moyen et à long termes d'une réduction des inégalités de santé.

Dans cette perspective, le HCSP s'est doté, lors du renouvellement de sa mandature en 2022, d'un groupe de travail transversal aux différentes commissions spécialisées nommé « Prévention et santé dans toutes les politiques ». Ce groupe est chargé de faire des propositions pour considérer dans toutes les politiques publiques les déterminants sociaux de la santé.

C'est l'objet de ce rapport que de présenter les constats, réflexions et propositions de ce groupe de travail pour intégrer dans l'agenda français un changement de logique, basée sur les concepts de santé dans toutes les politiques (SdTP) et de prévention primordiale, et se donner les moyens de politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie.

LES ENJEUX À CHANGER DE PARADIGME

1. DE L'URGENCE D'AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ : LA PRÉVENTION PRIMORDIALE

En France, l'espérance de vie à la naissance est parmi la plus élevée au monde (79,3 ans pour les hommes et 85,2 ans pour les femmes en 2023), mais l'écart entre les catégories sociales est saisissant. Dans les conditions de mortalité de 2020-2022, les hommes cadres de 35 ans vivent en moyenne 5,3 ans de plus que les ouvriers. Chez les femmes, cet écart est de 3,4 ans [1].

Ces écarts sont liés à des différences d'accès aux soins, de comportements à risque (tabac, alcool) et d'exposition à des conditions de travail ou de vie néfastes pour la santé. On parle de déterminants sociaux de la santé (DSS) [2] lesquels regroupent des facteurs comme le revenu, l'éducation, l'emploi, le logement, et l'environnement, qui influencent directement ou indirectement la santé et sa distribution dans la population.

Or, en France en 2023, environ 3,1 millions de ménages vivaient dans un logement « indigne » [3], c'est-à-dire humide, mal isolé, insalubre. Ces conditions augmentent le risque de maladies respiratoires chroniques, notamment chez les enfants, et les hospitalisations pour maladies cardiovasculaires. Le chômage [4] affecte environ 7,1 % de la population active (INSEE, 2023), moyenne qui cache d'importantes inégalités géographiques et sociales. Les personnes au chômage ont un risque accru de 50 % de développer des troubles psychologiques. À la précarité dans l'emploi (temps partiel subi, contrats courts, insécurité), est également lié un accès restreint aux soins et à une détérioration de la santé mentale. En 2022, 14,5 % de la population vivaient sous le seuil de pauvreté (INSEE), soit environ 9,2 millions de personnes. Ces familles les plus pauvres consacrent une part plus importante de leur budget à des besoins essentiels, réduisant leur capacité à accéder à des soins de qualité ou à une alimentation saine. La littérature scientifique révèle que le surpoids et l'obésité sont également plus fréquents dans les catégories sociales défavorisées. La prévalence de l'excès de poids est de 51,1 % chez les ouvriers, 45,3 % chez les employés, 43 % chez les professions intermédiaires et 35 % chez les cadres [5]. Cette disparité s'explique en partie par une offre de produits ultra-transformés qui diminuent le temps de préparation des repas et l'accès limité à des aliments sains, souvent plus coûteux.

Ces inégalités sont prises en considération dans les périodes de crises qui cristallisent et potentialisent les privations et le cumul des défavorisations, ainsi que les difficultés d'accès ou la faiblesse des ressources pour lutter contre ces événements. La crise sanitaire du Covid-19 a ainsi mis en lumière et exacerbé les inégalités existantes : les taux de mortalité étaient plus élevés dans les zones défavorisées où les populations ont été davantage exposées au virus en raison de conditions de travail précaires (emplois essentiels, impossibilité de télétravailler). Les conséquences économiques ont accru la précarité, avec une hausse des demandes d'aide alimentaire de 30 % en 2021 selon les Restos du Cœur [6]. Les canicules successives [7] (2003, 2019, 2022 et 2023) ont, elles aussi, révélé des inégalités d'exposition et de vulnérabilité. Les populations des quartiers urbains défavorisés, souvent peu végétalisés, sont plus exposées aux îlots de chaleur. Les personnes âgées et en situation de précarité énergétique sont plus touchées par les vagues de chaleur, avec une surmortalité notable (+12 000 décès en 2022).

Les conditions et environnements de vie sont donc de puissants déterminants de la santé et des ISTS. Pourtant, si à l'occasion de ces crises, la prise de conscience de leur impact devient plus aiguë, elle s'atténue ensuite progressivement. Or, ces conditions et environnements de vie sont les véritables causes structurelles de dégradation de la santé et de comportements défavorables à la santé (addiction, sédentarité, mauvaise alimentation, comportements à risque), les causes des causes [8]. Ils nécessitent par conséquent d'être considérés de manière pérenne comme constituants des politiques de santé publique, afin d'enrayer de manière durable l'essor des fardeaux de santé et les inégalités qui les traversent.

Une démarche spécifique de santé publique appréhende ces enjeux : la démarche de Santé dans toutes les politiques (SdTP) [9], encouragée par le traité d'Helsinki [10], que l'on pourrait aussi qualifier de prévention intersectorielle ou primordiale.

La prévention primordiale désigne les mesures prises pour modifier les déterminants de la santé et ainsi inhiber l'établissement de facteurs environnementaux, économiques, sociaux, comportementaux, ou culturels qui augmentent l'incidence de la maladie [11]. Elle cherche plutôt à agir sur les déterminants sociaux qu'à modifier les facteurs de risque chez l'individu, ce que vise la prévention primaire. Elle est donc en phase avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation des Nations unies (ONU) qui appellent les pays à réduire les inégalités en santé en agissant sur ces causes profondes dans une optique de bien-être sociétal [12] et à travers des Objectifs de développement durable (ODD)[13]. Et ce d'autant, que tout ceci fonctionne de manière systémique : si les politiques publiques sectorielles impactent la santé, la santé a également un effet notable sur les résultats de ces politiques publiques, d'où le concept émergent de « Santé **dans** toutes les politiques, **pour** toutes les politiques », mettant l'accent sur la nécessité de rechercher des co-bénéfices sectoriels et santé [14].

2. LA CRISE ÉCONOMIQUE ACTUELLE EXIGE UNE PLUS GRANDE COHÉRENCE POLITIQUE

Si la France prend de mieux en mieux conscience des inégalités, elle peine à transformer cela en actions concrètes sur les déterminants sociaux, contrairement à d'autres pays européens, comme les pays scandinaves. Pourtant, une action sur ces déterminants permettrait non seulement d'améliorer la santé des populations, mais aussi de promouvoir une société plus équitable et résiliente face aux défis futurs, engageant une forme de cohérence politique qui ne peut qu'être gagnante dans un contexte de crise économique et de transition écologique. Il s'agit concrètement de ne plus encourager de politiques publiques qui engendrent des coûts importants pour en réparer les conséquences, ou antagonisent l'efficacité d'autres politiques et donc d'autres investissements.

Ainsi, une démarche plus intégrée des politiques publiques présente de nombreux intérêts dans le contexte de crise qui est le nôtre :

i) La réduction des coûts indirects et des externalités négatives. Les politiques publiques en déficit de coordination engendrent souvent des externalités négatives non anticipées. Par exemple, une politique de développement économique favorisant les industries polluantes peut entraîner des coûts de santé publique à long terme (maladies respiratoires, cancers, etc.), l'aménagement urbain sans prise en compte de la santé (absence de végétalisation, manque d'infrastructures pour les mobilités actives) peut accroître la sédentarité, aggravant les maladies chroniques. Ces conséquences indirectes augmentent la pression sur le budget public, notamment via le système de santé et les aides sociales. À titre d'illustration, nous pouvons citer le rapport "L'injuste prix de notre alimentation" [15] qui montre que pour 48,3 milliards d'euros de fonds publics consacrés en 2021 au soutien du système alimentaire et agricole français privilégiant des pratiques agricoles intensives (sans conditionnalité stricte en matière de durabilité sociale et écologique), la France a dépensé parallèlement 19 milliards d'euros pour compenser et réparer les impacts négatifs de cette politique sur la santé (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires) et sur l'environnement.

(ii) Optimisation des investissements publics. Une politique publique cohérente entre secteurs permet de maximiser les co-bénéfices et consiste donc en un investissement durable. Par exemple, les politiques de rénovation énergétique des bâtiments (Plan France Relance) peuvent être alignées sur des objectifs de santé publique (réduction des maladies liées à l'humidité ou au froid). Ainsi, il a été démontré que le coût moyen d'une prise en charge médicale liée à un logement énergétiquement inefficace est estimé à 3318 euros par an, et la rénovation de l'ensemble du parc permettrait d'éviter jusqu'à 10 milliards d'euros de dépenses médicales annuelles [16]. De la même manière, l'Institut Pasteur a montré que 1h40 de vélo par semaine réduit le risque de mortalité prématurée de 10 %, tout en générant une économie d'1 € par kilomètre parcouru en termes de coûts sociaux de santé [17]. Dernier exemple, une analyse des corrélations entre la fréquentation des milieux naturels et la consommation de psychotropes a révélé que les individus visitant des espaces naturels 3 à 4 fois par semaine sont 33 % moins susceptibles d'utiliser des médicaments psychotropes, 36 % moins enclins à recourir à des hypotenseurs [18].

Or, en se basant sur les données de la Cartographie des pathologies et des dépenses – Résultats 2020 (disponible dans la section "Études et données"), les coûts engendrés par la consommation de ces médicaments sont de 10,5 milliards d'euros annuels : 6,7 milliards d'euros pour les traitements psychotropes chroniques hors pathologies psychiatriques sévères¹ et 3,8 milliards d'euros pour les hypotenseurs². En combinant des objectifs intersectoriels, on utilise les mêmes ressources pour atteindre plusieurs résultats, réduisant ainsi la duplication des efforts et les dépenses inutiles.

Enfin, dans un contexte de crise économique et de dette publique, ces enjeux de cohérence œuvrent à une plus grande résilience sociétale, c'est-à-dire la capacité à anticiper, absorber, s'adapter et se transformer face à des perturbations majeures, qu'elles soient soudaines (catastrophes naturelles, pandémies, crises économiques) ou structurelles (changements climatiques, vieillissement démographique, mutations technologiques). Dans un monde qui se transforme de plus en vite, cela devient une nécessité. Cette résilience implique la possibilité d'évoluer vers un nouvel équilibre, potentiellement plus juste, durable ou solidaire à travers 4 dimensions : institutionnelle (des décisions rapides, inclusives et adaptées), économique (diversification des activités, prise en compte d'une temporalité long, solidarité intersectorielle et mécanismes de protection pour les plus vulnérables), sociale et communautaire (cohésion sociale, confiance mutuelle, capital social et engagement des citoyens). En ce sens, des concepts émergent pour structurer cette vision plus équilibrée de la société comme celui de « l'économie du bien-être ». C'est une branche de l'économie qui étudie la manière dont les ressources peuvent être allouées de manière optimale pour maximiser le bien-être collectif d'une société. Ce concept s'appuie sur les notions d'efficacité (atteindre le maximum de satisfaction avec les ressources disponibles) et d'équité (répartir justement les bénéfices entre les individus) et permet de rechercher un équilibre entre croissance/productivité et impact sur la population. Concrètement cela se traduit par des politiques et mécanismes visant à concilier efficacité économique et justice sociale.

C'est dans cette ligne que se sont inscrits les travaux et réflexions dont nous faisons état dans ce rapport.

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

Dans ce rapport, le HCSP appelle à un changement de paradigme profond dans les politiques publiques françaises, en mettant la priorité sur les déterminants sociaux de la santé (DSS) et la réduction des ISTS, partant du constat qu'il est devenu nécessaire, plus soutenable et plus juste, de considérer la santé comme co-produite par l'ensemble des politiques publiques, et source de développement social et économique, que de poursuivre une fabrique des politiques publiques en silos, voire en compétition.

Sur la base d'analyses documentaires, d'auditions d'acteurs-clé nationaux et étrangers figurant en annexe 2, et d'études de cas approfondies d'initiatives intersectorielles françaises, le HCSP a pu clarifier les obstacles et leviers de la mise en cohérence des politiques publiques de manière favorable à la qualité de vie et au bien-être et fait des propositions pour favoriser cette démarche.

Les propositions du HCSP s'articulent autour de 3 axes principaux, 8 propositions, elles-mêmes déclinées en actions concrètes rassemblées dans le tableau ci-après (Cf. Tableau 1).

¹Données tirées de la section "Maladies psychiatriques et traitements psychotropes" : Le sous-groupe "Traitements psychotropes chroniques hors pathologies" (au moins 3 délivrances par an, incluant antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques) indique un coût de 6,7 milliards d'euros pour 5,1 millions de personnes.

² Section "Traitements chroniques du risque cardio-neurovasculaire" : Cette catégorie regroupe les antihypertenseurs (hypotenseurs) et hypolipémiants pris de manière chronique (au moins 3 délivrances par an) par des personnes sans maladie cardiovasculaire déclarée. Le coût est de 3,8 milliards d'euros pour 4,2 millions de personnes.

Tableau 1 - Synthèse des propositions

Enjeu	Propositions	Actions
Un cadre législatif et réglementaire intégré de la qualité de vie et du bien-être	Intégrer dans les textes de santé publique les leviers des autres secteurs	Action 1 – Faire de l’approche co-bénéfice une norme de la santé publique Action 2 – Concevoir des plans ministériels intégratifs articulés avec la santé publique Action 3 – Rendre obligatoires les évaluations d’impact sur la santé pour les pilotes de la politique régionale de santé (Préfets-ARS) Action 4 – Doter les instances de démocratie sanitaire de fonctions de prévention primordiale
	Structurer la prise en compte de la santé et l’équité en santé dans les politiques non sanitaires	Action 5 – Intégrer l’impact sur la santé dans toutes les politiques publiques Action 6 – Mobiliser des outils d’évaluation rapide d’impact sur la santé et l’équité
	Sécuriser des financements pour favoriser les démarches intersectorielles	Action 7 – Mobiliser les lois de finances (LF) et lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) sur des enjeux intersectoriels favorables à la qualité de vie Action 8 - Créer un fonds pour l’action intersectorielle
Organisation d’une gouvernance intersectorielle	Ré-organiser la répartition des compétences et des responsabilités entre l’échelon national et les échelons territoriaux	Action 9 – Renforcer, par la loi, les compétences et les moyens des collectivités territoriales à œuvrer en faveur de la qualité de vie dans une approche de co-bénéfices Action 10 - Confier à l’État un rôle d’animateur de ces démarches d’intégration des politiques publiques
	Ré-organiser la gouvernance intersectorielle aux échelons nationaux et locaux	Action 11 - Transformer les Contrats locaux de santé (CLS) en Contrats locaux pour l’intégration de l’action publique pour la qualité de vie (CLIAPQV) Action 12 – Identifier / réorganiser une instance nationale soutenant et animant des initiatives co-bénéfices. Action 13 – Baser l’action intersectorielle sur des indicateurs de co-bénéfices
Structuration de la recherche et de l’expertise	Dynamiser la recherche sur les approches intégrées à co-bénéfices santé – société	Action 14 – Concevoir et doter de financements un programme national de recherche intersectorielle Action 15 – Faire réseau autour des enjeux de santé intersectoriels
	Renforcer l’expertise dans le domaine de la santé pour et dans toutes les politiques et son approche co-bénéfice	Action 16 – Structurer le transfert de connaissances autour de « centres What works » Action 17 - Renforcer les métiers de l’intersectorialité
	Faciliter l’usage des bases de données existantes et générer des données locales	Action 18 – Renforcer le soutien aux projets transversaux d’intégration des données Action 19 – Structurer un recueil local complémentaire des déterminants sociaux de la santé et ISTS

SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES : LE CONCEPT ET SA TRADUCTION AUX NIVEAUX INTERNATIONAL ET NATIONAL

1. ÉMERGENCE DU CONCEPT DE « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES », INTRODUCTION DANS DES CADRES INTERNATIONAUX, ÉVOLUTION

Le rôle de l'OMS : une définition et un cadre d'action

Le concept de « Santé dans toutes les politiques » s'inscrit dans la filiation de la promotion de la santé. En effet, la Charte d'Ottawa [19], document fondateur de la promotion de la santé, a initié ce concept dès 1986 avec la notion de « politiques publiques saines » et la nécessité de « coordination intersectorielle » et de collaboration entre tous les niveaux de gouvernement et de la société pour atteindre une meilleure santé : « La promotion de la santé dépasse les soins curatifs, elle inclut la création de conditions favorables à la santé pour tous. Il s'agit d'adopter une approche multisectorielle qui implique des acteurs de nombreux secteurs, autres que le secteur de la santé, tels que l'environnement, les finances, l'éducation, l'agriculture et l'emploi ».

Quelques années plus tard, la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (2008) de l'OMS a fait ressortir dans son rapport final, que les politiques publiques doivent tenir compte de la santé à travers tous les secteurs pour réduire les inégalités en santé : « Les politiques gouvernementales qui influencent les conditions dans lesquelles les gens vivent, travaillent et vieillissent doivent incorporer des préoccupations de santé dans leur conception et leur mise en œuvre pour améliorer les résultats en santé et promouvoir l'équité » [20].

Les principes fondamentaux de la démarche (rôle des déterminants sociaux, équité, collaboration intersectorielle) ont été régulièrement repris dans plusieurs travaux [10], ainsi que dans les déclarations successives des conférences internationales. Ceci contribue à reconnaître que la santé ne peut être améliorée uniquement par le secteur de la santé mais nécessite l'implication de tous les domaines, afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, comme l'éducation, le logement, l'alimentation, l'emploi.

Au milieu des années 2010, une définition de la SdTP figure dans la déclaration d'Helsinki (2014) [10] adoptée par les États membres de l'OMS lors de la 8e Conférence mondiale sur la promotion de la santé, et l'OMS propose un cadre d'action ajustable selon les pays et plusieurs instruments ou stratégies sont promus pour la mise en application de ces principes : l'instauration de cadres législatifs, la création de structures de gouvernance intersectorielles et l'utilisation de méthodes analysant les politiques avec un prisme santé (dont l'évaluation d'impact sur la santé).

La « Santé dans toutes les politiques » est « une approche visant à intégrer des considérations de santé dans toutes les politiques pertinentes, avec la reconnaissance des effets significatifs des politiques non sanitaires sur les résultats de santé. L'objectif est d'améliorer l'équité en santé et d'assurer un développement durable ».

Les Nations Unies et les objectifs de Développement Durable (ODD)

En 2015, les Nations Unies ont adopté les objectifs de développement durable (ODD) afin d'œuvrer pour éliminer la pauvreté, permettre à tous de vivre en paix, décentement, et protéger la planète.

Bien que les ODD ne se rattachent pas spécifiquement à la démarche de « santé dans toutes les politiques », ils intègrent de manière explicite la santé dans les autres secteurs et dans le développement durable. L'ODD 3 notamment se concentre sur « la bonne santé et le bien-être », mais de nombreux autres objectifs (comme ceux concernant l'éducation, la réduction des inégalités, l'accès à une énergie propre, la lutte contre la pauvreté) sont intrinsèquement liés à la santé : « Assurer une vie en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge nécessite des efforts coordonnés au-delà du secteur de la santé. »

L'Union Européenne et la protection de la santé

L'Union Européenne a également adopté l'approche SdTP en insistant sur la nécessité de renforcer les interactions entre différents secteurs politiques pour améliorer la santé publique.

La Commission Européenne met en avant la SdTP en ces termes : « la SdTP est une démarche qui cherche à intégrer systématiquement la santé et les impacts sur la santé dans les politiques de tous les secteurs, en mettant l'accent sur les déterminants de la santé et en promouvant la santé et le bien-être dans les différentes actions gouvernementales. ». L'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne dispose qu'«un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ». Ainsi, l'intégration transversale des enjeux sanitaires dans les politiques et action de l'Union européenne est un principe directeur de l'action européenne. Il a été reconnu pour la première fois dès 1992 dans le Traité de Maastricht.

Le virage conceptuel avec la recherche de co-bénéfices

La SdTP est une approche intersectorielle qui met en avant l'importance d'agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé, lesquels dépendent des autres secteurs que celui de la santé [10,21,22], dans une logique d'amélioration de la santé. Or, les autres secteurs ont leurs objectifs propres et des préoccupations parfois assez éloignées des questions de santé, ce qui freine les collaborations avec le secteur de la santé. Si le questionnement sur les intérêts communs à travailler ensemble, fondement de la stratégie « gagnant-gagnant » a été identifié dès les premiers travaux de recherche sur la SdTP, ce n'est que récemment qu'un virage conceptuel a été amorcé [14].

La recherche de co-bénéfices est essentielle à la coopération intersectorielle et traduit le passage d'une approche centrée sur la santé et le secteur de la santé à une approche basée sur les co-bénéfices : de la « Santé **dans** toutes les politiques » à la « Santé **pour** toutes les politiques » [14]. Les objectifs intersectoriels sont aisément identifiés sur la base des objectifs de développement durable. Si les autres secteurs améliorent la santé, l'amélioration de la santé contribue à l'atteinte des objectifs des autres secteurs (éducation, économie, emploi etc.). Les enseignements de la crise liée à l'épidémie de Covid-19 sont en ce sens éclairants.

On parle de co-bénéfices dès lors que deux ou plusieurs buts sont obtenus à partir de la même politique [14]. Ce changement de paradigme implique un repositionnement du secteur de la santé, non plus au centre mais à côté des autres secteurs, une vision renouvelée de l'intersectorialité et de nouvelles perspectives en termes de stratégies d'alliance et de gouvernance.

Le concept de « One health » (Une seule santé)

Dès les dernières années du 20^{ème} siècle est apparu le concept de « One Medicine », visant à promouvoir la collaboration entre les disciplines médicales et vétérinaires au bénéfice de la santé humaine et animale par le biais d'études parallèles de maladies spontanées d'origine naturelle, comparables entre elles en raison de leurs similitudes génétiques et physiologiques. Le flux réciproque de données et de connaissances acquises créait une boucle de rétroaction positive profitant à la fois à la santé animale et à la santé humaine.

En 2004, la Société de Conservation de la vie sauvage (WCS) déposait un brevet sur le terme « One Health, One World » et publiait les principes de Manhattan pour « un monde, une santé » [23]. Il est alors clairement reconnu que si les professions médicales et vétérinaires avaient bien des rôles distincts, elles devaient cependant collaborer dans un intérêt mutuel pour comprendre des risques partagés en santé humaine et animale, et en particulier, dans le cas des maladies infectieuses et du risque de zoonoses. En 2006, une réponse mondiale à la grippe H5N1 a été lancée par l'Union européenne, les États-Unis et les Nations unies dans le cadre de l'initiative « One Health ». Ce concept visait à prévenir et à répondre précocement aux émergences des maladies [24]. En 2019, la conférence de Berlin, codirigée par le ministère fédéral allemand des Affaires étrangères et la WCS, « One Planet, One Health, One Future » (Une planète, une santé, un avenir), reprend les principes de l'initiative « One Health » et confirme le besoin de rapprocher la santé humaine, la santé animale, la santé végétale et la santé environnementale [25].

En 2021, la quadripartite OMS (Organisation mondiale de la santé), OMSA (Organisation mondiale de la santé animale), FAO (Organisation pour l'agriculture et l'alimentation) et PNUE (Programme des Nations Unies pour l'Environnement) adopte la définition officielle de l'approche « Une Seule Santé » : « Une seule santé est une approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. Elle reconnaît que la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement au sens large (y compris les écosystèmes) sont étroitement liées et interdépendantes.

L'approche mobilise de multiples secteurs, disciplines et communautés à différents niveaux de la société pour travailler ensemble à la promotion du bien-être et à la lutte contre les menaces pour la santé et les écosystèmes, tout en répondant au besoin collectif d'eau, d'énergie et d'air propres, d'aliments sûrs et nutritifs, en agissant sur le changement climatique et en contribuant au développement durable. ».

En 2025, une « Note de synthèse autour de la mise en œuvre de l'approche Une Seule Santé dans les territoires français » circule au sein du réseau des multiples partenaires de l'Alliance santé biodiversité. Elle identifie dix éléments convergents de méthodes ayant permis le lancement puis la mise en œuvre de l'approche « Une seule santé » :

i) un portage politique volontaire clair et fort. Cela peut passer par des délibérations engageantes, des élus en responsabilité, idéalement à la fois sur la santé et sur l'environnement ou encore un pilotage interservices pour le croisement des regards et la mobilisation de tous les personnels ;

ii) un appui scientifique interdisciplinaire, tant en mobilisant les universités et instituts de recherche locaux, qu'en mettant en place un conseil ou comité scientifique pluri/inter disciplinaire : médecins et personnels de santé, vétérinaires et éthologues, agronomes et forestiers, écologues, ingénieurs, sociologues, économistes, politistes, géographes, historiens, ... ;

iii) le recueil approfondi de données locales tant sur la santé humaine qu'animale, végétale, mais aussi sur l'état de l'environnement, des écosystèmes, et de leurs éventuelles agressions / perturbations (présence de biocides, métaux lourds, ... pollution de l'air, des eaux, etc.), ce qui suppose de mobiliser de nombreux réseaux, au-delà de la base que peut apporter l'observatoire régional de santé / ORS, puis il faut prendre le temps du croisement des données et de leur analyse interdisciplinaire en vue de repérer les déterminants de santé et les champs d'action ;

iv) un champ d'actions large : au-delà des maladies infectieuses ressenties rapidement par les populations (via les tiques, les moustiques, etc.), il importe de balayer un champ large de perturbations des déterminants de la santé, par exemple en travaillant sur les perturbateurs endocriniens, facteurs de maladies chroniques, les biocides, impactant directement la santé, mais aussi, indirectement, via l'émergence d'antibiorésistance, de dérèglement climatique, etc. ;

v) l'essentiel, au-delà de la gestion des crises, avec des dispositifs de soin adaptés, doit cibler la prévention, le travail en amont sur les déterminants de la santé. Il s'agit de revoir l'ensemble des politiques, dont les collectivités territoriales ont la charge : aménagement, urbanisme, transports, gestion de bâtiments, voiries ou espaces verts, etc. ;

vi) les inégalités environnementales, et donc de santé sont des inégalités sociales. Il importe donc de suivre particulièrement les populations défavorisées et les accompagner, *via* par exemple des actions spécifiques dédiées ;

vii) prévenir et travailler en amont sur les déterminants de la santé. L'essentiel, au-delà de la gestion des crises, avec des dispositifs de soin adaptés, doit cibler la prévention et le travail en amont sur les déterminants de la santé. Il s'agit donc de revoir l'ensemble des politiques dont les collectivités territoriales ont la charge : aménagement, urbanisme, transports, gestion de bâtiments, de voiries ou d'espaces verts, etc... ;

viii) la complète mobilisation de l'ensemble des acteurs, des citoyens des personnels et élus passe par la mise en place d'une gouvernance large et inclusive, via des commissions, groupes de travail, tant larges, que plus ciblés sur telle ou telle thématique ou territoire ;

ix) tout ceci suppose donc de lancer des campagnes de sensibilisation, mais aussi de formations : il faut faire monter en conscience et en compétence tous ceux qui, de fait, au quotidien, par leurs actions, leurs métiers, impactent l'environnement, le vivant et donc la santé ;

x) *in fine*, le partage d'expériences au niveau régional, national et international doit permettre de généraliser, développer ces compétences et démarches « Une seule santé ».

La quasi-totalité de ces éléments de méthode correspondent aux éléments analogues pour la mise en place de la santé dans toutes les politiques. Il y a donc convergence de deux concepts concernant les buts et la méthodologie à adopter.

2. UNE INTÉGRATION PROGRESSIVE DANS LES INSTRUMENTS POLITIQUES FRANÇAIS

En France, l'approche de la SdTP a été progressivement intégrée dans les textes structurant l'action publique, bien qu'elle ne soit pas toujours explicitement désignée sous ce terme. Plusieurs dispositifs, lois et stratégies abordent néanmoins cette approche intersectorielle, reconnaissant que la santé publique dépend de nombreux secteurs en dehors du secteur de la santé. Nous pouvons notamment citer les instruments suivants.

La loi de modernisation de notre système de santé

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé met en exergue la promotion de la santé et la prévention, en soulignant le besoin de coordination intersectorielle. Elle promeut notamment l'action des agences régionales de santé (ARS) qui doivent travailler avec d'autres secteurs. En effet, l'article 1^{er} de la loi reconnaît explicitement cette approche en ces termes : « L'amélioration de la santé de la population repose sur l'action concertée de plusieurs secteurs de l'action publique, impliquant des décisions dans les domaines de l'urbanisme, du transport, de l'alimentation, de l'environnement, et de la lutte contre les inégalités sociales. »

La Stratégie Nationale de Santé (SNS)

Dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, l'intégration d'une approche intersectorielle est mentionnée ainsi : « La politique de santé doit s'inscrire dans toutes les politiques publiques. Il est nécessaire d'agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé ». Cette stratégie insiste sur la prévention, l'équité en matière de santé, et la lutte contre les inégalités, et tente d'intégrer une approche multisectorielle, impliquant des domaines tels que l'éducation, l'environnement, le logement, ou encore l'urbanisme. Il convient de noter que le HCSP a formulé plusieurs recommandations dans le cadre de la préparation de la Stratégie nationale de santé (SNS) 2023-2033, en faveur d'une véritable opérationnalisation du concept de SdTP, ce qu'il considérait manquer dans la précédente SNS et le projet présenté [26].

Certains plans sectoriels

Certains plans sectoriels prévoient explicitement des collaborations intersectorielles au bénéfice de la santé. On peut citer par exemple :

Le Plan National Santé-Environnement : Le Plan National Santé-Environnement (PNSE) est un cadre d'action intersectoriel, qui vise à intégrer la santé dans les politiques environnementales. Le PNSE 4 (2020-2024) propose des actions transversales, impliquant la coopération entre le ministère de la Santé et celui de la Transition Écologique. Le texte mentionne que la santé environnementale est une priorité, soulignant l'importance d'une approche coordonnée entre les différents acteurs de l'État et les collectivités locales pour améliorer le cadre de vie, lutter contre la pollution et prévenir les maladies chroniques liées à l'environnement.

Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) : Le Plan National Nutrition Santé (PNNS), mis en place depuis 2001 et renouvelé régulièrement, vise à améliorer l'état nutritionnel de la population française à travers des mesures touchant à l'agriculture, à l'éducation, et à la publicité, en collaboration avec différents secteurs.

Le PNNS 2019-2023 précise que l'amélioration de la santé passe par une meilleure coordination intersectorielle, notamment des actions relatives à la sécurité alimentaire, à la lutte contre l'obésité, et à la promotion d'une alimentation saine.

Le Plan France Relance et le Plan de Transformation Écologique : Les plans de relance économique et de transformation écologique, adoptés à la suite de la pandémie de Covid-19, incluent des considérations de santé publique dans une approche plus large. Le Plan France Relance (2020), qui vise à redynamiser l'économie après la crise, intègre des préoccupations de santé, notamment à travers des mesures de rénovation énergétique, d'amélioration des conditions de travail et d'une meilleure résilience des systèmes de santé. Cela démontre la reconnaissance de l'importance des déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

Les évaluations d'impact sur la santé (EIS)

Les EIS sont considérées comme l'instrument privilégié de la mise en œuvre de la démarche de SdTP. Cette approche vise à identifier les conséquences potentielles de toutes les politiques publiques sur la santé au moment de leur élaboration et à proposer des solutions alternatives ou des mesures correctrices [27]. Ainsi, elle permet d'apprécier si les politiques publiques ne nuisent pas à la santé des populations et, idéalement, si elles leur apportent des bénéfices.

La méthode repose sur une analyse interdisciplinaire des politiques publiques au prisme de tous les déterminants de la santé (sociaux, environnementaux, économiques, individuels) et étayée sur une variété de données afin d'en identifier les impacts [28]. Elle peut être appliquée à toute politique sectorielle (agriculture, éducation, énergie, logement, transport, etc.), à des propositions de lois ou des mesures réglementaires ainsi qu'à des projets locaux (aménagement urbain, mise en place d'équipements).

Bien que l'urbanisme soit le sujet le plus investi, les domaines d'application se diversifient, comme en témoignent les EIS plus récentes sur les pratiques des sociétés transnationales, le Brexit ou les mesures prises lors de l'épidémie de Covid-19. L'EIS explore systématiquement tous les facteurs qui influencent la santé et tout particulièrement les conditions et l'environnement de vie des populations, l'accès aux services et infrastructures, avec un focus spécifique sur les inégalités sociales, afin de produire des politiques plus saines et équitables. Depuis 1999, date à laquelle elle a été officiellement reconnue et promue par l'OMS [29], l'EIS s'est déployée dans tous les continents. Elle est institutionnalisée dans quelques pays, conduite de manière autonome ou incorporée à d'autres cadres évaluatifs ou associée à des stratégies de réduction des inégalités ou de promotion de la santé dans toutes les politiques (Australie, Québec, Suède) [30].

En France, les évaluations d'impact sur la santé (EIS) se sont développées progressivement à partir des années 2010 et principalement au niveau local [31,32]. Elles portent majoritairement sur les projets d'aménagement urbain et dans une moindre mesure sur les politiques de transport, de logement, les politiques sociales ou la création d'équipements. Elles relèvent de l'initiative des collectivités ou sont impulsées par certaines ARS qui les soutiennent financièrement et leur donnent visibilité et légitimité en les intégrant dans des documents de planification tels que les programmes régionaux santé environnement (PRSE) et les contrats locaux de santé (CLS) ou développent des stratégies de déploiement. À l'instar des autres pays, le secteur de la santé joue un rôle important de plaidoyer et d'entraînement.

Malgré un intérêt manifeste du niveau national au début des années 2010, traduit dans plusieurs initiatives (séminaire organisé par le Ministère de la santé, le Centre d'analyse stratégique et la Société française d'évaluation (SFE), formations, rapport du HCSP [33]), la dynamique reste à l'échelon loco-régional. L'EIS ne figure ni dans la loi de modernisation du système de santé ni dans la SNS 2018-2022 et il n'existe pas à ce jour de structure nationale dédiée. L'EHESP engagée très tôt dans le processus en réalisant les premières EIS, s'est efforcée de développer la démarche, de l'adapter au contexte français et de créer une communauté de pratiques (multiplication de formations, accompagnement des travaux en région, création et mise à disposition d'outils, rédaction de guides en faveur de l'urbanisme favorable à la santé, plateforme d'échange, etc.).

Enfin, en France, contrairement à d'autres pays, il n'existe pas d'obligation légale à réaliser des EIS, mais plusieurs incitations ont été mises en place pour encourager cette pratique.

À titre d'illustrations, on peut citer les évaluations environnementales des plans locaux d'urbanisme (PLU) qui intègrent de plus en plus un volet sanitaire, sous l'impulsion de la Directive européenne sur les évaluations d'impact environnemental. Le Plan national et les plans régionaux santé environnement (PNSE 4, PRSE) incitent également à mettre en œuvre des EIS dans les projets environnementaux. Certaines municipalités et métropoles, comme celles de Bordeaux, Paris, Lyon ou Nantes, promeuvent activement les EIS pour soutenir les projets urbains durables. Les collectivités locales peuvent inclure des EIS dans les cahiers des charges des projets d'aménagement urbain ou de développement économique.

La notion de politiques intégrées

Il existe en France des approches dites intégrées. Elles s'appliquent à une thématique précise choisie par les pouvoirs publics pour appréhender cette dernière de façon transversale dans l'ensemble des politiques publiques. Elles reposent sur une volonté de systématicité et impliquent une mobilisation transversale de l'ensemble des ministères. C'est le cas par exemple des dispositions sur l'approche intégrée de l'égalité femmes-hommes (loi n° 2014-873 du 4 août 2014) et sur l'approche intégrée de la protection de l'environnement et du développement durable (loi n° 2009-967 du 3 août 2009 notamment ses articles 48 et 55 ; Charte de l'environnement de 2005).

En effet, la loi du 4 août 2014 sur l'égalité entre les femmes et les hommes impose à chaque administration d'intégrer cette problématique dans ses politiques sectorielles. Le ministère du Travail veille à l'application des dispositions relatives à l'égalité professionnelle, notamment en contrôlant les écarts de salaire et la représentation équilibrée dans les instances dirigeantes. L'Éducation nationale joue un rôle central en intégrant l'égalité de genre dans les programmes scolaires et en formant le personnel éducatif à la lutte contre les stéréotypes sexistes. La Justice, quant à elle, renforce la protection des femmes victimes de violences et s'assure de l'application effective des lois antidiscriminatoires. Le ministère de l'Intérieur développe des dispositifs de protection spécifiques, tandis que celui de la Santé garantit un accès équitable aux soins et à la prévention en matière de santé reproductive. Enfin, le ministère de la Culture agit pour une meilleure représentation des femmes dans les médias et la création artistique.

Parallèlement, la loi du 3 août 2009, complétée par la Charte de l'environnement de 2005, impose une prise en compte systématique des enjeux environnementaux dans l'action publique. Le ministère de la Transition écologique coordonne la stratégie nationale en matière de développement durable et assure la mise en œuvre des engagements internationaux de la France. L'Économie et les Finances intègrent ces enjeux dans les politiques économiques, encourageant l'investissement dans des initiatives écologiques et incitant les entreprises à adopter des pratiques responsables. Le ministère de l'Agriculture promeut des modèles agricoles respectueux de l'environnement, notamment par le soutien à l'agroécologie et la préservation de la biodiversité. Celui des Transports oriente ses actions vers la réduction de l'empreinte carbone du secteur, favorisant les infrastructures durables et les innovations écologiques. L'Éducation nationale contribue également à cette dynamique en intégrant l'éducation au développement durable dans les programmes scolaires, tandis que le ministère de la Santé évalue et prévient les impacts environnementaux sur la santé publique, notamment en matière de pollution et de qualité de l'air. Enfin, le ministère de la Défense adapte ses infrastructures et ses opérations pour limiter leur impact écologique.

Ces approches intégrées imposent à chaque ministère d'ajuster ses politiques et ses actions en fonction des objectifs transversaux de l'égalité et du développement durable. Elles visent à garantir une cohérence et une efficacité accrues des politiques publiques en ancrant ces enjeux au cœur de toutes les décisions gouvernementales. Ce type de disposition est un premier pas vers l'approche co-bénéfices précédemment mentionnée.

3. LES FACTEURS FAVORABLES À LA MISE EN ŒUVRE DE LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES

Au fil des années, des travaux de recherche ont été engagés en vue d'apprécier la mise en application du concept de SdTP et les conditions de son déploiement à travers des expériences nationales ou locales [22,34–38] ou l'analyse des mécanismes intersectoriels [39,40]. Ces travaux ont permis d'identifier les facteurs facilitant et bloquant la mise en œuvre de la démarche et ses ingrédients essentiels de succès.

L'analyse de la littérature a été un élément essentiel dans la méthode de travail du groupe car elle a permis de clarifier les concepts présentés dans ce rapport, et de structurer le recueil et l'analyse des données.

Retour sur les notions d'intersectorialité et de co-bénéfices

Parce qu'elle est un ingrédient majeur de la SdTP, la notion d'intersectorialité mérite un éclaircissement, notamment sur la notion même de « secteur ».

L'action intersectorielle a été longtemps considérée à partir des relations entre le secteur de la santé et d'autres secteurs gouvernementaux pouvant être concernés. Toutefois, elle doit permettre une action conjointe visant à atteindre des objectifs de santé vers les mêmes buts, valeurs et idéaux et de manière plus efficace et durable que si le secteur de la santé agissait seul. L'intersectorialité ne se limite donc pas à une juxtaposition d'acteurs, mais implique un alignement stratégique autour d'une coordination active.

Par ailleurs, la notion de secteur dépasse la simple vision de domaines de politiques publiques pour introduire la notion de réseaux intriqués d'organisations et de comportements en interdépendance et orientés plus ou moins explicitement vers les mêmes buts, valeurs et idéaux [41].

Action intersectorielle et action multisectorielle sont donc à distinguer. Si la multisectorialité renvoie à une approche impliquant plusieurs secteurs de façon plus ou moins délibérée ou coordonnée, l'intersectorialité traduit des efforts pour aligner les approches entre les secteurs, qu'il s'agisse de collaboration, de gouvernance voire d'intégration des politiques.

L'évolution de la réflexion centrée sur les co-bénéfices, compris comme des bénéfices communs à plusieurs secteurs résultant d'une même politique, conduit à repenser le sens (multidirectionnel et non plus unidirectionnel) et le cadre d'action.

Dans ce document, la notion d'intersectorialité inclut les autres secteurs de politiques publiques mais également les autorités non étatiques telles que les collectivités et d'autres organisations et répond à la définition centrée sur les efforts d'alignement.

Les facteurs clés favorisant l'intégration de la santé dans les autres politiques

Il ressort des travaux de recherche que certains facteurs sont des leviers, voire des conditions essentielles à la mise en œuvre de la démarche de SdTP, notamment :

- La compréhension du concept du santé dans une vision globale et dynamique ;
- Le cadrage de l'action en santé par la législation, la formalisation de processus de collaboration, la promotion de l'EIS, le renforcement des capacités des acteurs ;
- Le niveau de priorité de la politique qui influence la mise à disposition de ressources financières ;
- L'idéologie et les valeurs qui sous-tendent cette notion de priorité, par exemple les notions d'équité ou l'importance accordée aux déterminants structurels qui peuvent cliver les acteurs ;
- Le rôle des champions et entrepreneurs politiques, interfaces entre plusieurs milieux, favorise le portage politique et le plaidoyer ;
- L'existence de structures organisationnelles.

Ces éléments ont guidé le recueil de données opéré par le groupe de travail.

MÉTHODE D'ANALYSE DE LA SITUATION EN FRANCE ET D'ÉLABORATION DES PROPOSITIONS

Nous avons déjà souligné que, bien que la formulation précise de Santé dans toutes les politiques ne soit pas systématiquement utilisée dans les textes législatifs français, l'approche s'intègre petit à petit dans plusieurs dispositifs qui structurent l'action publique et s'introduit dans les discours.

Pour autant, dans les faits, la mise en œuvre de la démarche reste entravée dans son application effective et surtout systématique.

Pour caractériser les situations tantôt favorables tantôt défavorables au déploiement de la démarche SdTP en France, et élaborer des propositions en vue de la faciliter, nous avons mobilisé plusieurs sources de données.

Une analyse de documents existants

Partant d'un premier séminaire organisé en janvier 2023 où intervenait notamment Nicole Bernier du Centre de collaboration canadien sur les politiques publiques et la santé dédié à la santé dans toutes les politiques, le groupe de travail (ci-après GT) a recensé un certain nombre de documents produits notamment par l'OMS [21] ou publiés dans des revues scientifiques.

Cette recension, non systématique, visait à définir des leviers favorables à la démarche SdTP ainsi que le recueil d'exemples de mécanismes institutionnels notamment mis en place par les pays les plus avancés dans le domaine. Ce travail a permis de positionner les enjeux présentés ci-avant, préfiguré la conception des méthodes et outils d'audition et d'analyse de cas mis en œuvre par la suite, et contribué à la structuration des propositions présentées.

Des auditions auprès d'acteurs

Le GT a ensuite dressé une liste d'acteurs reconnus comme potentiellement clés dans les démarches intersectorielles et la santé dans toutes les politiques, soit parce qu'ils pilotaient des dispositifs intersectoriels, soit parce qu'ils bénéficiaient d'expériences dans la mise en œuvre de démarche SdTP.

Le GT a procédé à la rédaction de guides d'audition adaptés à chaque interlocuteur. L'ensemble du GT était invité à participer à ces auditions en fonction des disponibilités de chacun. Les auditions, au nombre de 9, ont été échelonnées sur 18 mois, d'avril 2023 à novembre 2024.

L'objectif était de recueillir les perceptions des acteurs sur la démarche SdTP, les leviers et contraintes liés à son développement, les initiatives illustrant ces dernières.

La liste des personnes auditionnées figure en annexe 2 du présent rapport.

Des études de cas de démarches intersectorielles

En complément des auditions, il est apparu important au GT de pouvoir analyser en profondeur certaines expériences intersectorielles illustratives d'une démarche d'intégration de la santé dans d'autres politiques en procédant à des études de cas.

Le « cas » était défini comme : une démarche propice à l'intégration de la santé dans une autre politique sectorielle ; celle-ci devant être distinguée de la mise en œuvre d'une politique ou de l'évaluation d'une politique.

Pour ce faire, certains de ses membres se sont portés volontaires pour être rapporteur de cas, présentés à l'ensemble du GT selon un guide d'analyse préalablement élaboré. La présentation de cette analyse était ensuite discutée avec l'ensemble du GT. Quatre cas ont été analysés entre mars 2023 et septembre 2024 au regard des dimensions suivantes : le sujet concerné et son contexte, le rôle des acteurs en présence, le processus intersectoriel, les freins et leviers repérés, les questions soulevées par cette démarche, les enjeux de gouvernance et de pérennité (cf. Encadré 1 - Présentation des 4 cas d'étude).

L'analyse croisée de ces différentes sources a permis d'identifier un certain nombre d'éléments-clés à considérer comme médiateurs de l'effectivité, ou au contraire de la non-effectivité, de la démarche de santé dans toutes les politiques.

Présentation des 4 cas d'étude

(c1) évaluation d'impact sur la santé d'un projet d'aménagement urbain (examen d'un projet urbain au prisme des déterminants de santé) ;

(c2) avis du HCSP sur une pollution environnementale (considération de la santé outre la considération environnementale) ;

(c3) construction d'une alliance entre deux fédérations pour la prise en compte des enjeux de santé liés aux addictions dans l'action sociale ;

(c4) conception et mise en œuvre de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (SNPLP) (insertion de l'approche santé dans la lutte contre la pauvreté). Le cas de la SNPLP est intéressant dans la mesure où il reproduit en miroir ce qui est recherché dans la démarche SdTP. La santé y est considérée comme un déterminant de la pauvreté ce qui implique une collaboration avec les acteurs de ce secteur.

La comparaison porte sur 4 cas hétérogènes du point de vue de l'objet (démarche) : EIS, avis, alliance, mise en œuvre d'une politique. Les cas portent sur des thèmes différents (urbanisme, environnement, addictions, pauvreté) mais avec des recoupements forts pour deux d'entre eux (c3 et c4) qui croisent Santé et Social.

Les cas dans leur contexte :

Contexte

i) Le contexte géographique : 3 cas sur la métropole, 1 cas ultramarin (Antilles)

ii) Le contexte temporel : 2 cas portant sur un problème chronique (addictions, pauvreté), 1 cas sur un problème récurrent (pollution environnementale), 1 cas sur une situation « préventive » du fait de l'examen des conditions de vie en milieu urbain ;

iii) Concomitance avec d'autres événements : l'épidémie de COVID-19 qui affecte considérablement 2 cas (c3 et c4) ; épisode de la chlordécone au Antilles qui a entamé la confiance de la population envers les autorités

Historique : les cas sont inscrits dans une histoire plus ou moins longue de prise en considération du problème traité et dans le prolongement de politiques antérieures (addictions, pauvreté, politique urbaine) avec la mise en œuvre des partenariats plus ou moins étroits (santé/social, État/collectivités). Ceci est moins évident pour c2.

Problème : la nature du problème est variable, du risque sanitaire récurrent à un état de pauvreté chronique. L'échelle allait du local au national, avec dans tous les cas des conséquences socioéconomiques imputables à différentes causes (urbanisme vs environnement). La multiplicité des causes est reconnue et par extension, la nécessité d'un traitement intersectoriel. Pour autant, sa traduction opérationnelle ne va pas de soi. Le niveau de priorité est important à l'échelle considérée et en fonction de la perception du problème : options d'aménagement pour une politique urbaine plus favorable à la santé et à la cohésion sociale (c1), gestion d'une pollution environnementale critique (c2), nécessité d'une meilleure prise en charge des addictions dans le cadre d'une politique évolutive (c3), question sociétale devant faire l'objet d'une politique propre (c4). Les motivations qui sont à l'origine de la démarche sont multiples, liées à des enjeux spécifiques souvent politiques, tels que l'affichage présidentiel en faveur de la SNPLP (c4) ou la réflexion sur la politique urbaine favorisée par une conjonction d'opportunités (c1) ou la nécessité de règlement d'une situation critique (c2). Les institutions engagées sont les autorités en charge du règlement du problème (État, collectivités) auxquelles s'associent leurs partenaires traditionnels les plus proches. Les attendus de la démarche vont de l'avis pour étayer la décision (ajustement des politiques/c1, action urgente/c2) ou engager une intervention publique rénovée (c4, c3).

OBSTACLES ET LEVIERS À LA MISE EN ŒUVRE DE LA DÉMARCHE SDTP

La littérature a mis en exergue les ingrédients essentiels de la démarche : priorité et soutien politique, consensus sur la santé et cadrage de l'action publique, présence de structures organisationnelles, acteurs entrepreneurs et médiateurs.

Ces variables structurent la présentation des résultats de nos travaux. Les constats réalisés sont mis en perspective avec les expériences internationales et ouvrent des orientations sur lesquelles se sont basées nos propositions.

1. ANALYSE DES OBSTACLES ET LEVIERS

La démarche de SdTP à l'épreuve d'une intersectorialité défaillante

La fabrique des politiques publiques tout comme l'organisation administrative française restent marquées par un cloisonnement sectoriel persistant, malgré les injonctions officielles à la coopération et les différentes tentatives d'intégration dans des Missions (Mildeca), des comités (Comités territoriaux de santé, Comité intersectoriel pour la santé), des stratégies (Stratégie nationale de lutte contre le pauvreté, stratégie nationale de santé, alliance sur les addictions), des démarches thématiques favorables à l'usage d'outils d'analyse d'impact (urbanisme favorable à la santé, Domiscore, etc.), des dispositifs coopératifs multipartenaires (contrats locaux de santé, projet territorial de santé mentale...).

En effet, chaque ministère et administration fonctionne selon sa propre logique, préservant ses intérêts et son périmètre d'action. Cette structuration en silos limite la mise en place de véritables mécanismes de coopération intersectorielle. Elle reste enracinée y compris dans les différents dispositifs conçus pour dépasser les frontières sectorielles, tels que ceux évoqués lors des auditions : le Contrat Local de Santé (CLS) (a6) le Contrat Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (CLSPD) (a6) ³, le Contrat de ville (a4, a7) ⁴, le Comité interministériel pour la santé (CIS)⁵ (a9). Derrière leur objet intersectoriel, ils apparaissent finalement davantage considérés et mobilisés comme des antichambres du déploiement, à l'échelle locale ou nationale, de programmes ou réformes de santé publique : la déclinaison du Projet régional de santé pour le Contrat de ville et le CLS, des projets thématiquement orientés comme le projet LIMITS dans le CLSPD (addiction), des stratégies ou réformes de santé publique (plan de lutte contre le tabac, plan national nutrition santé ou stratégie nationale de santé) discutées avec d'autres ministères pour le CIS.

Ces dispositifs ne sont en revanche jamais mobilisés dans l'autre sens, c'est-à-dire l'interrogation de l'impact sur la santé d'une politique sectorielle non sanitaire. Au mieux, sur un secteur précis qui est celui de l'urbanisme, certains CLS intègrent la réalisation d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) (a6), souvent sous l'impulsion et le pilotage d'un opérateur de santé, l'ARS.

Le CLS s'est d'ailleurs avéré être un cas intéressant à étudier. Conçu dans le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009, il est présenté comme un outil de mise en œuvre des orientations du Projet Régional de Santé (PRS) mais aussi, avec le recul et la responsabilité toujours plus forte qu'on lui donne de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS), d'infléchir les déterminants sociaux de la santé (DSS). Il oscille ainsi entre une logique descendante de santé publique portée par l'État et des intérêts locaux portés, plus ou moins activement, par les collectivités territoriales signataires.

L'angle pris alors pour réconcilier ces enjeux est celui de la promotion de la santé, devenu objet frontière entre enjeux thématiques du PRS (les thématiques prioritaires), leviers d'action dans les milieux de vie (écoles, quartier, centres de loisirs, etc.), et quelques apports d'autres secteurs, souvent le domaine social ou le logement, aux objectifs de santé publique (a6).

³ sous l'égide du maire, est censé faciliter la coordination entre institutions et organismes impliqués dans la lutte contre l'insécurité et la prévention de la délinquance

⁴ vise la cohésion sociale à travers un partenariat entre l'État, les collectivités et divers acteurs locaux dans les quartiers prioritaires

⁵ sa mission est de promouvoir la prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques publiques.

Or si la promotion de la santé est aujourd'hui le domaine d'action le plus proche de la SDTP, cela reste une démarche de santé mobilisant d'autres secteurs sélectionnés pour concourir à des objectifs de santé, et non une démarche systématique de protection de la santé dans toute mesure sectorielle. Ceci limite de fait la portée du CLS sur l'ensemble des déterminants sociaux. Ainsi, l'efficacité du CLS à agir sur ces déterminants sociaux de la santé va dépendre fortement de la structuration du PRS, et de son ouverture à ces déterminants (par exemple, le financement d'EIS), du niveau d'acculturation des acteurs aux impacts sanitaires des décisions non sanitaires, de l'engagement des collectivités à considérer autrement leurs politiques sectorielles, des critères avec lequel il va être évalué (mise en œuvre du PRS versus orientation de politiques sectorielles) (a6).

Ainsi, le caractère intersectoriel du CLS va complètement dépendre du cadrage tant stratégique et périmétrique que les acteurs lui donneront en fonction des représentations qu'ils ont du domaine de la santé. Force est de constater qu'il ne permet pas à ce stade le plein développement de démarches de santé dans toutes les politiques, excepté, comme nous l'avons évoqué, pour le secteur de l'urbanisme à travers l'essor des EIS. Or, cette démarche d'EIS doit justifier son existence à l'émergence des plans santé environnement (et non uniquement d'une loi de santé), et à la création et la diffusion d'un certain nombre de ressources permettant de guider les acteurs et décideurs dans le concept d'urbanisme favorable à la santé [42–44].

L'importance d'un cadrage structurant l'action intersectorielle

Sur cet aspect de cadrage, les études de cas analysées permettent de bien en comprendre les enjeux. Dans certaines situations, un cadre d'action/d'analyse intersectoriel était préexistant (c1-c3-c4). L'EIS (c1) constitue un cadre d'action en soi qui structure la mobilisation de plusieurs secteurs et acteurs et l'analyse des politiques non sanitaires au regard de leur impact sur la santé. La mise en place d'une délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, la création de groupes de travail nationaux et régionaux ou encore la production de textes réglementaires sur la gouvernance régionale des inégalités sociales de santé (c4) sont également des cadres structurant une politique intégrée : ils permettent d'assurer un pilotage coordonné et renforce la coopération entre acteurs. A l'inverse, dans le cas de la saisine de la Direction Générale de la Santé relative à l'avis du HCSP sur une pollution environnementale (c2), la demande initiale était restreinte à la production de recommandations sanitaires, sans adopter d'approche intersectorielle. C'est la situation locale qui a finalement conduit à une reformulation de cette saisine, un re-cadrage finalement, pour envisager une démarche plus intégrative des déterminants de santé, intersectorielle mais aussi interdisciplinaire, en y associant davantage d'acteurs et en ouvrant l'analyse aux sciences sociales.

Derrière ce cadrage, et au-delà d'ouvrir à la coopération à différents secteurs, se joue également l'évolution de ce que signifie « santé » dans la société française. En effet, la représentation qu'ont les acteurs du domaine de la santé, est qu'il relève exclusivement du système de santé, plutôt curatif, plus ou moins élargi aux opérateurs de la prévention (professionnels de santé ou de la prévention) (a4, a5). Au sein du réseau français des villes santé OMS, ce sont donc les élus santé ou leurs représentants qui participent aux groupes de travail, pour parler santé, alors même que tous les autres élus « font également santé » (a4). Et même en prévention, l'action demeure principalement axée sur les comportements individuels et les facteurs de risque spécifiques, plutôt que sur une prévention fondée sur des déterminants sociaux : logement, transport, nature, éducation, soutien social, etc. C'est pourquoi d'ailleurs dans ce rapport nous distinguerons un concept particulier, celui de la prévention primordiale, qui insiste et se focalise sur les conditions de vie des personnes là où la prévention primaire est plus naturellement associée à des actions individuelles éducatives dans ou hors du système de santé pour accompagner les changements de comportements.

Cette centration sur les comportements fait en effet le lit de contradictions structurelles. Par exemple, les politiques agricoles productivistes encouragées par des incitations financières publiques nuisent directement aux objectifs de santé publique en favorisant la consommation d'aliments ultra-transformés, tout en recommandant dans le Programme National Nutrition Santé de réduire leur consommation.

De la même manière, les choix en matière de développement économique ou industriel peuvent parfois aller à l'encontre des objectifs de santé environnementale, notamment lorsque les réglementations restent insuffisamment contraignantes sur les questions de pollution ou d'exposition aux substances toxiques, tout en communiquant sur la nécessité de préserver les enfants des perturbateurs endocriniens et en encourageant à consommer des aliments issus de l'agriculture biologique. Ces choix faits au détriment de la santé sont possibles dès lors que l'on considère que la Santé est la responsabilité d'un unique secteur, un Sisyphe dont la tâche est de réparer les dégâts (obésité, addiction, sédentarité, refus de soins, maladies chroniques, etc.) provoqués par d'autres secteurs ⁶.

L'intégration d'un cadre normatif intersectoriel pourrait contribuer à atténuer ces tensions en clarifiant les responsabilités de chacun. C'est l'exemple donné par le président de la Mildeca sur le virage conceptuel pris par les magistrats et les fonctionnaires de la police qui ont intégré l'institution (a5), tout comme d'ailleurs le virage inverse pris par les professionnels de santé au contact de ces derniers. Ainsi, la structure même, a permis de flouter des différences d'enjeux qui pouvaient exister entre police, justice et santé sur le sujet des addictions au service d'un bien commun et partagé, une recherche de co-bénéfices. C'est tout l'enjeu aussi des démarches amorcées par le HCSP depuis quelques années pour appeler à l'intégration de la dimension santé dans les plans de développement territorial en modifiant le code de l'urbanisme [45] ou encore, à l'usage du Domiscore [46] dans l'évaluation et la conception des habitats. Un cadrage politique et normatif, structurant l'intégration des politiques publiques et la recherche de co-bénéfices, pourrait ancrer durablement la santé comme un enjeu transversal et la responsabilité de tous (a2).

Pour mieux lire le potentiel d'un tel cadrage, les enseignements des expériences étrangères sont intéressants. Par exemple, dès les années 1970, la Finlande a adopté une législation exigeant que toutes les décisions gouvernementales intègrent une analyse des impacts sanitaires. Pour garantir cette approche, elle a mis en place le Conseil national pour la santé et le bien-être, regroupant les ministères de la santé, de l'éducation, de l'environnement et des transports. Ce dispositif permet d'assurer une coordination entre secteurs et de piloter des EIS systématiques. Cette structuration a permis d'orienter les politiques publiques vers des actions ayant des effets positifs multiples, comme des politiques encourageant la marche et le cyclisme, qui ont entraîné une réduction des maladies cardiovasculaires et de l'obésité, tout en améliorant la qualité de l'air et la sécurité routière. Dans une logique similaire, la Suède a adopté une politique nationale de santé publique (2003) avec une responsabilité partagée entre plusieurs ministères. Les politiques publiques doivent également être systématiquement évaluées sous l'angle de leurs impacts sanitaires grâce aux Évaluations d'Impact Intégrées (EII). Cela a conduit par exemple à la mise en place de repas scolaires gratuits et équilibrés, ce qui a permis de réduire l'obésité infantile, d'améliorer les performances scolaires et de diminuer les inégalités sociales. On observe ces mêmes mécanismes partenariaux, incluant notamment les collectivités territoriales, en Australie-Méridionale (*initiative Health in All Policies*) et aux Pays-Bas (*Public Health Act (2008)*). Dans ces pays, l'accent est mis sur des partenariats horizontaux entre Etats et collectivités et centrés sur une recherche de co-bénéfices. La Norvège a mobilisé les différents ministères autour d'un paradigme commun où chacun pouvait s'y retrouver, évacuant ainsi le côté clivant que peut induire le vocable de santé : la justice sociale et la lutte contre les inégalités de santé. Grâce son Plan national d'action pour la santé publique (2013-2023), elle a ainsi favorisé la synergie entre santé, logement et environnement en mettant par exemple en œuvre un programme de développement de bâtiments écologiques et économes en énergie, réduisant la précarité énergétique et améliorant la qualité de l'air intérieur. C'est aussi le cas de la Politique Gouvernementale de Prévention en santé (PGPS) du Québec (a2) qui vise à améliorer la santé et la qualité de vie de la population tout en réduisant les inégalités sociales. Cette politique est mise en œuvre à travers des plans d'action interministériels qui mobilisent divers ministères et organismes gouvernementaux autour de la création d'environnements physiques et sociaux propices à la santé et à la sécurité et, l'action sur les déterminants socioéconomiques de la santé, tels que le logement, l'emploi et l'éducation.

⁶ urbanisme favorisant la pollution, les violences, la sédentarité, politiques agricoles favorisant les cancers et l'insécurité alimentaire, politiques de logement favorisant les problèmes de santé mentale, la violence, les intoxications, les troubles respiratoires, modèle éducatif favorisant le stress, les inégalités, le harcèlement, l'anxiété scolaire

La PGPS est aussi centrée sur un paradigme commun, la justice sociale, qui favorise le partage d'efforts entre ministères.

Ces expériences mettent finalement en évidence deux mécanismes forts. Le premier réside dans une exigence légale forte qui convoque les décideurs à considérer de manière systématique, et non à l'aune simplement de projets thématiques ou de quelques priorités, l'impact sanitaire des politiques publiques. Rappelons qu'en France, les évaluations d'impact sur la santé sont ponctuelles, non obligatoires et principalement appliquées aux questions d'urbanisme, et les politiques intégrées restent marginales (c4, a6, a7). Le second mécanisme réfère à la mise en place d'instances et de normes (plans, loi) de coordination intersectorielle qui organisent un dialogue constant entre secteurs et assure un suivi rigoureux des politiques mises en œuvre dans une perspective de co-bénéfices (a2).

Ce cadrage normatif a également un autre intérêt qui est de permettre de dépasser les limites du leadership individuel et garantir ainsi la pérennité des enjeux intersectoriels au-delà des mandats politiques. En effet, les personnes auditionnées s'accordent sur le fait que l'intégration de la santé dans toutes les politiques repose aujourd'hui en grande partie sur la volonté de certains élus et décideurs, ce qui la rend fragile au temps et au changement de mandature (a1, a3, a5, a6, a7). Cette volonté politique régulièrement, rappelée par les personnes auditionnées comme le premier facteur clé d'une démarche intersectorielle, est au cœur du dispositif belge de soutien aux collectivités territoriales sur lequel Martine Bantuelle a témoigné lors de son audition (a1). Elle a soulevé la nécessité et les efforts déployés pour rester proches des élus et les mobiliser constamment et à chaque mandature. La mobilisation doit être entretenue et le contact avec les élus et leurs personnels techniques intense. La question de la pérennité d'un tel dispositif de plaidoyer et de mobilisation interroge, alors que la mise en texte et en norme de la démarche de santé dans toutes les politiques pourrait, indépendamment des fluctuations politiques, en faire un référentiel commun et systématique qu'il n'y aurait alors pas lieu de remettre en question à chaque mandat.

En outre, ce cadrage normatif a également l'intérêt de créer un équilibre entre priorités de santé et enjeux sectoriels. Dans le travail que nous avons mené, la notion d'intersectorialité inclut les autres secteurs de politiques publiques mais également les autorités non étatiques telles que les collectivités et d'autres organisations. Elle répond à la définition centrée sur ces efforts d'alignement, alors même que certains acteurs auditionnés évoquent les dispositifs intersectoriels existants comme des espaces où l'on doit faire valoir la santé publique, défendre en quelque sorte son intérêt (a7), intérêt qui pourrait par conséquent être interprété comme opposé à d'autres. On peut alors distinguer deux notions : l'action multisectorielle qui renvoie à une implication de plusieurs secteurs de façon plus ou moins délibérée ou coordonnée, et l'action intersectorielle qui vise cet alignement stratégique porteur de co-bénéfices et donc de cohérence politique.

Dès lors, le défi consiste à repenser l'animation des dispositifs existants pour opérer ce virage de la multisectorialité vers l'intersectorialité et rendre appréhendable, aux décideurs et aux acteurs en présence, la notion de co-bénéfice. La question des ressources devient alors centrale.

L'absence de ressources dédiées, frein à la démarche

Que ce soit à travers les auditions ou les études de cas, et quels que soient les dispositifs étudiés, comités, plans ou outils, il est ressorti très clairement que la dynamique intersectorielle est un travail de longue haleine nécessitant des efforts importants pour entretenir et renouveler en continu cette dynamique. Concrètement, il ne suffit pas d'être convoqué à s'entendre pour que cela fonctionne et se pérennise. Il faut des outils et des ressources de diverses natures (c 1,2,3,4).

Ceci nécessite plusieurs conditions telles que le maintien d'espaces de mutualisation permettant de générer en continu des bénéfices pour chaque partie prenante, une connexion avec les enjeux de terrain (compréhension mutuelle, partage de connaissance, apprentissages croisés), des acteurs motivés, légitimés par un mandat ou une mission, porteurs de compétences transversales (connaissance du sujet, du terrain) et capables d'assurer l'interface et de créer des passerelles entre des univers institutionnels, professionnels, culturels, disciplinaires disjoints (pilote de l'EIS,

CLP), comme dans le cadre d'une EIS (c1), ou des postes de commissaires à la lutte contre la pauvreté (c4).

En France, bien que des ressources existent, elles restent sous-exploitées et pourraient être renforcées sous 4 angles, sans nécessairement mobiliser des ressources supplémentaires :

(i) Un financement dédié pour garantir une approche intersectorielle : Les auditions et études de cas confirment que le manque de financements spécifiques est un obstacle majeur à l'institutionnalisation de politiques plus intégratives (a3,a4). En l'absence de budgets dédiés, la mise en œuvre de démarches intersectorielles repose principalement sur des initiatives locales (a6,a1), des projets ponctuels (a8) ou l'action de certains réseaux (a4) ou associations pour accompagner les municipalités (a1). Par exemple, le programme LIMITS à Loos et Lille (a8), qui visait à enrayer l'intégration des jeunes dans les trafics de stupéfiants, a montré des impacts positifs sur l'apaisement du quartier et la réduction des recrutements dans les réseaux criminels. Cependant, son avenir est incertain depuis la fin du soutien méthodologique et financier de la Mildeca. À l'international, des mécanismes de financement structurés ont permis de garantir la continuité des démarches intersectorielles. La fondation André Chagnon au Québec (a2) a joué un rôle déterminant dans le lancement d'un programme sur les saines habitudes de vie, qui a donné lieu aujourd'hui à la PGPS. De même, en Australie-Méridionale, l'initiative *Health in All Policies* est soutenue par un partenariat entre le gouvernement, les universités et les agences de santé publique, permettant de financer la recherche et l'évaluation des politiques publiques. En France, bien que les Plans nationaux Santé Environnement (PNSE) unissant deux domaines, ou encore la SNS qui se veut basée sur une approche globale, existent, ils ne disposent pas de budgets spécifiquement alloués à l'intégration des questions de santé dans d'autres secteurs ou alors de manière bien trop marginale (a7).

(ii) Des ressources humaines formées et spécialisées pour structurer et animer les démarches : Les expériences internationales montrent que la réussite d'une approche intersectorielle repose sur la présence d'acteurs spécialisés capables d'assurer la coordination et le dialogue entre les différents secteurs, comme cela se fait dans les instances de gouvernance intersectorielle en Finlande (Conseil national pour la santé et le bien-être) et en Suède (comités intersectoriels). En France, si de tels dispositifs existent (CLS, CLSPD, Mildeca, etc.), la reconnaissance de leurs animateurs semble très variable. Les commissaires à la lutte contre la pauvreté (c3) ou les coordonnateurs de CLS (a6) illustrent cette dynamique : bien que leur rôle soit essentiel pour la coordination intersectorielle, leur impact reste tributaire des ressources dont ils disposent, de leur pouvoir et de la reconnaissance institutionnelle de leur fonction. En revanche, dans le modèle de la Mildeca, les chefs de projets Mildeca au sein des Préfectures semblent bénéficier de davantage de reconnaissance (a5). De la même manière Nicolas Prisse, Président de la Mildeca, encourage les échanges de fonctionnaires d'un ministère à l'autre (magistrats dans une administration de santé ou agents de santé dans une administration de police) afin de dépasser les clivages institutionnels, d'apprendre de l'autre institution et reconnaître les défis et les contraintes auxquels les différents secteurs sont confrontés (a5).

(iii) Une meilleure exploitation des ressources scientifiques, des expertises et des données existantes : Au-delà de ces aspects d'animation et de coordination, ces dispositifs manquent également d'expertise pour mener des EIS, des expérimentations, structurer des démarches innovantes ou assurer un suivi sur le long terme (a6, a7, a4) dont le rôle est crucial et démontré dans de nombreux travaux mettant en évidence l'impact des choix sectoriels sur la santé. Par exemple, le récent rapport CNAM CNESCO [47] de 2024 sur le bien-être à l'école, a mis en évidence l'impact délétère de l'organisation et l'environnement scolaire, comparativement aux autres pays européens, sur les élèves français (qualité de vie, inégalités, harcèlement, anxiété et exclusion), sur les professionnels (stress, dégradation des conditions de travail, non valorisation), et sur les organisations et ressources (nombre d'élèves par classe, besoins de recrutements non pourvus). À l'inverse, de nombreux travaux, plutôt étrangers, mettant en lumière les effets positifs et multiples de politiques publiques sectorielles, qu'elles portent sur le social, l'éducation, l'emploi, les transports, etc. [48–52]. Ainsi, les pistes de politiques intégrées sont multiples et les expériences inspirantes nombreuses, alors même qu'il est rapporté, dans les auditions, le défaut d'éléments « tangibles » pour objectiver l'intérêt des approches transversales et la nécessité

d'évaluer et rendre disponibles des données, tant pour objectiver des besoins à une échelle très locale (une surveillance très localisée des déterminants sociaux) (a4), mesurer l'impact d'une politique publique (a6,a7,a5) que pour trouver des sources d'inspiration (initiatives championnes reproductibles) (a3). Cela va aussi dans le sens des expériences étrangères car les pays qui ont structuré des démarches intersectorielles ont également investi dans des mécanismes d'évaluation, de production et de transfert de connaissances. La Norvège et les Pays-Bas ont développé des systèmes de suivi systématique des impacts des politiques publiques sur la santé, appuyés par des instituts de recherche spécialisés. En Suède, le *Swedish Research Council for Health, Working Life and Welfare* finance des études sur les effets des politiques sociales, économiques et environnementales sur la santé. L'Australie-Méridionale mobilise également un réseau de recherche pour évaluer les co-bénéfices des politiques publiques et produire des recommandations fondées sur des données probantes.

En France, de nombreuses bases de données et institutions scientifiques pourraient être mobilisées plus efficacement pour appuyer ces démarches d'évaluation intersectorielle, comme cela a par exemple été fait dans l'étude de cas EIS (Observatoires Régionaux de Santé, agences d'urbanisme, agences de qualité de l'air) (c1). Néanmoins, leur difficulté d'accès ou de croisement, l'absence de données à petite échelle, reste un sujet récurrent et complexe (a4), objet de nombreux rapports et démarches de création de *Hub* en cours de mise en œuvre.

Enfin, les équipes de recherche sont également à soutenir (a4, a5) : il a été relevé dans les auditions, que la France possède un réseau dense de chercheurs spécialisés en santé publique, en sciences sociales, en urbanisme, en éducation, etc. Quelques équipes travaillent déjà sur les interactions entre politiques publiques et santé et ce terreau gagnerait à être renforcé. Il pourrait l'être à travers des appels à projets de recherche préconisant ces croisements disciplinaires et sectoriels comme ceux portant déjà sur les addictions (a5) ou la santé environnementale ou encore par la structuration de consortiums ou réseaux dédiés à la prévention primordiale.

Enfin, il a été relevé qu'il semble manquer une structuration dédiée à la centralisation et au partage des connaissances et initiatives locales (a4, a5, a6). Le réseau français des villes santé OMS le fait sur certaines thématiques et dans le cadre de partenariats européens, tout comme l'association Élus santé publique et territoires (a4) ou encore la Fédération Promotion Santé dans ces formations. Mais cela reste encore en deçà des enjeux de systématicité et de changement de paradigme évoqués.

2. SYNTHÈSE ET ORIENTATIONS

Les constats, faits au cours des auditions et des analyses de cas, convergent, tout comme les données de la littérature existantes [36,38-40,53,54] sur les facteurs clés de succès des démarches de santé **dans** toutes les politiques **pour** toutes les politiques. Les auditions et études de cas ont permis de faire un diagnostic précis des faiblesses et des forces françaises pour favoriser cette démarche.

En effet, le cloisonnement institutionnel freine la mise en place de stratégies véritablement intersectorielles, et ce, malgré l'existence de dispositifs et organisations nationales (CIS, Mildeca) et locales dont l'objectif premier est d'assurer la coordination et la coopération intersectorielles autour d'enjeux de santé. Ces outils, bien que pertinents pour structurer un plaidoyer ou inciter à faire un pas de côté par rapport à des enjeux plus sectoriels, peinent à s'imposer de manière systématique comme des référentiels structurants de coopération intersectorielle. Nous avons pointé plusieurs raisons à cela.

La première est le défaut de **transversalité**. Même s'ils sont pensés comme fondamentalement transversaux, les dispositifs intersectoriels restent centrés sur les enjeux et acteurs sanitaires (promotion de la santé ou offre de soins) et manquent donc d'une véritable intégration des autres secteurs. Ce défaut de transversalité peut également concerner les actions mises en œuvre qui sont parfois juxtaposées ou empilées, conduisant à reproduire ces effets de silo.

La seconde est le défaut de **coopération**. Même lorsque le dispositif formel prévoit la participation de tous les représentants sectoriels, il ne garantit pas la coopération effective de ces différents représentants, dès lors qu'il n'y a pas d'interdépendance réelle entre ces secteurs (en termes de co-bénéfices comme de co-contraintes). Dès lors qu'ils ne sont pas tenus de coopérer et qu'ils identifient davantage les coûts que les bénéfices à la coopération, les représentants des secteurs non-sanitaires peuvent ne pas coopérer (en ne participant que formellement à ces dispositifs), freiner la mise en œuvre des actions ou poursuivre des politiques nuisibles à la santé et aux autres politiques publiques.

La troisième réfère au défaut de **leadership politique et administratif**. Même si ces dispositifs sont placés sous l'autorité du Premier ministre (pour le CIS) ou du maire (pour les CLS), le *leadership* sur le dispositif est bien souvent endossé par le ministre de la Santé ou l'élu à la Santé, dont la légitimité peut être contestée par les élus relevant des autres secteurs. De même, sur le plan administratif, les animateurs de ces dispositifs ne sont pas toujours situés à des échelons suffisamment élevés dans l'organigramme pour imposer leur leadership aux représentants des différents secteurs. Ceci a des conséquences tant symboliques (la légitimité à agir) qu'opérationnelles (la possibilité d'agir). Le partage de responsabilité et d'engagement dans les questions de santé, de qualité de vie et de justice sociale est donc une condition sine qua non de la cohérence politique.

Enfin, la dernière est le défaut de **continuité et de pérennité**. À l'instar de nombreuses organisations ou politiques publiques, les organisations de santé dans toutes les politiques souffrent d'abord d'un défaut de pérennité, du fait de changements d'orientations politiques ou d'arrêts de financements, ce qui met en péril les alliances qui ont été patiemment tissées. Un nombre important de collectivités territoriales ont déployé des dispositifs de coopération autour de la santé et la pandémie de Covid-19 a renforcé cette dynamique, en favorisant l'émergence et le développement de réseaux de coopération entre collectivités territoriales (communes, intercommunalités mais aussi départements). Mais ce développement a jusqu'à présent largement reposé sur le volontarisme de certaines collectivités locales, la contribution de certains secteurs et il varie fortement selon les territoires et peut être remis en cause en cas de difficultés budgétaires ou de changement d'orientations politiques de ces collectivités. À ces problèmes de pérennité s'ajoutent des problèmes de continuité du fait d'un turn-over important parmi les animateurs de ces organisations, d'une absence d'évaluation et de transmission des expériences acquises d'un CIS ou d'un CLS à l'autre. La question des compétences à piloter ces dispositifs tout comme la reconnaissance à le faire sont donc cruciales et convoquent des ressources en termes de recherche, de moyens humains et financiers et de partage de données et d'expériences qui sont les piliers des démarches nationales les plus avancées dans le domaine de la santé dans toutes les politiques. L'exemple de l'Australie-Méridionale, où des équipes dédiées assurent le suivi des politiques montre que lorsque ces dispositifs sont intégrés dans l'administration publique et soutenus par un cadre institutionnel, ils produisent des résultats durables. Ces acteurs doivent permettre de favoriser la production, la mutualisation et l'exploitation des données et indicateurs [34] pour objectiver les effets des politiques publiques sur la santé. Or actuellement, les bases de données sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et de la qualité de vie existent mais restent peu croisées dans les processus décisionnels. Les expériences internationales montrent que la mise en place d'indicateurs intersectoriels, tout comme le soutien à une recherche intersectorielle, favorisent une meilleure prise en compte de la santé dans les décisions publiques, permettant le partage de connaissances, d'initiatives, d'évaluations procurant intérêt et matière aux différents décideurs pour envisager leurs politiques autrement.

En miroir de ces éléments, et dans la perspective de s'inscrire dans l'approche co-bénéfice du rapport *Health for All Policies: The Co-Benefits of Intersectoral Action* qui parle de **Santé DANS toutes les politiques POUR toutes les politiques**, il est apparu clairement au GT qu'il était nécessaire, dans ce rapport, de substituer à la notion de santé dans toutes les politiques, celles de « politiques intégrées » et de « qualité de vie ».

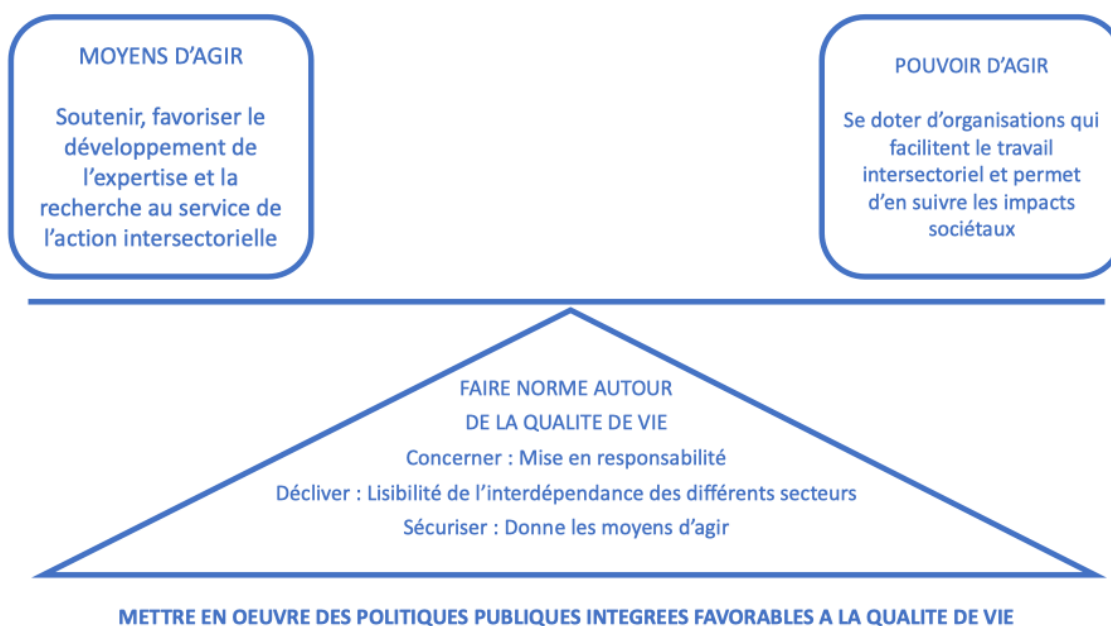
L'ensemble des propositions présentées dans la section suivante réfèrent donc à la mise à en œuvre de **politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie** (PPIQV), la notion de politiques intégrées devenant un instrument de plus en plus familier dans l'architecture normative française.

PROPOSITIONS POUR DES POLITIQUES PUBLIQUES INTEGRÉES FAVORABLES À LA QUALITÉ DE VIE

Sur la base de ces analyses et constats, le HCSP propose plusieurs pistes d'action en vue de favoriser des politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie en misant sur le triptyque suivant (cf. Figure 1) :

- **LA NORME** : il s'agit de faire norme autour de la qualité de vie et de la santé en se donnant des cadres d'action publique intégrés (enjeu 1). Cet enjeu est basal car il conditionne non seulement la mise en responsabilité de chacun à faire santé, rend visible l'interdépendance entre chaque secteur, déclivant ainsi le concept de santé, et assoit les moyens pour agir ;
- **LE POUVOIR D'AGIR** : il s'agit de se doter d'organisations qui facilitent le travail intersectoriel et permet d'en suivre les impacts sociétaux (enjeu 2) ;
- **LES MOYENS D'AGIR** : il s'agit de soutenir et favoriser le développement de l'expertise et la recherche au service de l'action intersectorielle (enjeu 3).

Figure 1 – Les enjeux pour mettre en œuvre des politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie



Ces pistes se déclinent autour de ces 3 enjeux, structurés en 8 propositions, elles-mêmes déclinées en 19 actions indépendantes ou interconnectées. Le parti pris par le GT est de ne pas créer de nouveaux dispositifs mais de s'appuyer sur ceux qui existent en les réorientant au bénéfice de la cohérence politique et de la prévention primordiale.

1. ENJEU 1 / FAIRE NORME - UN CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE INTÉGRÉ DE LA QUALITÉ DE VIE

Une norme est un ensemble de caractéristiques décrivant et régissant un domaine particulier un objet, un produit, un être. C'est un principe, un critère, auquel se réfère un jugement.

Cette question normative est, nous l'avons vu, d'importance. Elle oriente la vision de la santé car le vocable même de « santé » et le cadrage sectoriel qu'il induit a été repéré comme freinant dans l'avancée de la SdTP. Il réfère à une vision biomédicale dont les leviers sont circonscrits, au pire au système de soins, au mieux à la prévention primaire souvent comportementaliste. En outre, il induit une forme de mise en compétition de valeurs entre secteur de la santé et politiques sectorielles nuisant à une approche plus intégrée et salutogène pour les populations. En effet, même si, la SdTP s'est nommée progressivement dans l'architecture normative française, sa compréhension reste floue, sans lister les acteurs concernés et sans clarifier les objectifs et les indicateurs mesurables qui doivent impliquer les différents ministères. Or, derrière cela, ce sont les questions de légitimité à agir et de ressources pour le faire qui en découlent et *in fine*, la mise en responsabilité des acteurs dans les choix qu'ils font, avec pour conséquence la soutenabilité du système et du modèle de société tout entier. Tous les pays ayant fait avancer les démarches intégrées en matière de santé ont déployé un arsenal législatif réformant la norme de ce qui fait santé.

En ce sens, les lois et règlements doivent permettre de structurer et formaliser davantage une approche partagée de la qualité de vie, en engageant différents ministères et niveaux de gouvernance sectorielle (national, régional et local). Pour cela, nous avons identifié 3 propositions qui ne modifient pas profondément l'architecture législative actuelle mais appelle à l'amender pour se donner ensuite les moyens de progresser.

Proposition 1 - Intégrer dans les textes de santé publique les leviers des autres secteurs

Le secteur de la santé doit intégrer dans ses textes législatifs et réglementaires les implications et liens existants avec les autres politiques sectorielles, afin de s'inscrire pleinement dans la prise en compte de l'ensemble des DSS pour un objectif de réduction des inégalités de santé. Cela suppose d'orienter ses textes selon une approche co-bénéfices pour l'ensemble des secteurs. Concrètement, 4 actions interconnectées sont formulées.

Action 1 – Faire de l'approche co-bénéfices une norme de la santé publique

À l'image du PGPS Québécois, au niveau national, les textes cadres en santé publique à venir (lois, règlements, stratégies), comme la Stratégie Nationale de Santé 2023-2033, doivent intégrer et décliner de manière systématique et explicite, les leviers sectoriels d'amélioration de la santé dans une approche co-bénéfices.

Ceci doit peser sur les révisions d'autres plans et programmes nationaux (cf. Avis du HCSP 2023), voire de nouvelles lois, à venir, de santé publique.

Action 2 – Concevoir des plans ministériels intégratifs articulés avec la santé publique

La recherche de plans intégratifs soutenus par différents ministères, comme le PNSE ou la SNANC doit être poursuivie, renforcée et étendue dans l'ensemble des secteurs à fort impact de santé (éducation, économie, etc.) et faire le lien avec les cadres de santé publique évoqués ci-avant.

Ces plans transversaux doivent permettre de renforcer l'intersectorialité au-delà d'une juxtaposition de plans comme c'est le cas aujourd'hui pour viser une totale intégration et déclinaison d'objectifs à co-bénéfices. En effet, à titre d'illustration, la dimension santé, dans la SNANC, n'est pas appréhendée en dehors du PNNS.

Pour être concrétisée, cette démarche d'intégration des politiques doit être pilotée (cellule ou comité *ad hoc*) et évaluée sur la base d'objectifs et d'indicateurs spécifiques et transparents. Des propositions sont faites en ce sens dans la section relative à l'Enjeu 2 de gouvernance.

Action 3 – Rendre obligatoires les évaluations d’impact sur la santé pour les pilotes de la politiques régionales de santé (ARS-Préfet)

Au niveau régional, les pilotes de la politique régionale de santé (ARS-Préfet) devraient avoir l’obligation de réaliser des évaluations d’impact intégrant une approche co-bénéfices sur les politiques qu’elles soutiennent ou auxquelles elles contribuent par leur apport santé.

A *minima*, cela devrait concerner les grands projets de rénovation / réimplantation / construction hospitalière ou autres services de soins et de santé. Sur ce point, il est important de noter que les décrets publiés le 30 juillet 2025 (n° 2025-723 et n° 2025-724) font du préfet le chef de l’action déconcentrée de l’État, avec notamment un rôle décisionnel sur la planification territoriale, incluant l’offre de soins et médico-sociale et les ajustements de la carte sanitaire et de l’organisation de l’offre de prévention au niveau départemental ou régional. Les décisions structurantes de l’ARS (par exemple, retrait d’autorisations ou suspension de structures, redéploiement de financements, ou priorisation de certaines interventions de prévention) doivent désormais être soumises à avis ou validation du préfet. Les préfets ont donc un rôle important sur la possibilité de réaliser ces EIS.

Au mieux, cela concerne également toute politique sectorielle conduite par leurs partenaires habituels des autres secteurs comme la cohésion sociale et la solidarité, l’éducation, la justice et en particulier en direction des enfants, des jeunes, des personnes âgées, et des personnes en situation de vulnérabilités sociales. Là encore, les décrets de juillet 2025 devraient faciliter ces dispositions.

Action 4 – Doter les instances de démocratie sanitaire de fonctions de prévention primordiale

Les instances de démocratie sanitaire nationales, régionales et locales ont, non seulement la mission de formuler des avis ou propositions en vue d’améliorer le système de santé, mais aussi celle de s’autosaisir sur toute question qu’elles estiment nécessaire de porter à la connaissance des décideurs et citoyens et de contribuer à l’organisation de débats publics sur les questions de santé.

En ce sens, ces instances devraient avoir le pouvoir reconnu de solliciter la réalisation d’EIS sur tout projet local ou national, au motif qu’il est susceptible d’impacter la santé et l’équité en santé des populations, et de mettre au débat les résultats.

Proposition 2 – Structurer la prise en compte de la santé et l’équité en santé dans les politiques non sanitaires

Il s’agit ici d’aller au-delà même des instruments de cadrage de santé publique (proposition 1) pour engager une systématisme de la prise en considération de la santé dans toutes les politiques, indépendamment de tout plan. Concrètement, 2 actions sont formulées.

Action 5 – Intégrer l’impact sur la santé dans toutes les politiques publiques

Concrètement, en complément des plans ministériels intégrés évoqués plus avant et afin d’amener les autres politiques sectorielles à prendre en compte de manière systématique les questions de qualité de vie, de bien-être et d’équité, les évaluations d’impact sur la santé et l’équité (EIS) dans les domaines sectoriels (emploi, urbanisme, éducation, cohésion sociale, etc.) doivent être rendues obligatoires, par décret.

Cette obligation pourrait être faite à différents niveaux :

- Au niveau parlementaire, avant tout projet ou proposition de loi : il s’agirait alors, soit de présenter l’EIS associée, soit de la mener a posteriori, une fois la loi écrite mais non encore adoptée. Dans les deux cas, la réalisation des EIS ou la vérification de leur réalisation nécessiteraient des ressources ministérielles dédiées, que nous évoquons dans la proposition 3 qui suit.
- Pour chaque politique sectorielle notamment en priorité sur des secteurs priorités parce que pourvoyeurs de mesures affectant fortement les déterminants sociaux de la santé,

telles que les politiques sur l'emploi, le travail et l'éducation et les déterminants environnementaux de la santé comme l'habitat, les transports, l'industrie, l'énergie et la communication. Une telle priorisation pourrait également être observée au niveau parlementaire.

- Pour les grands projets d'État/Territoires car transformant durablement les cadres de vie des personnes. Pour ces projets, des EIS devraient être systématiquement appliquées.

Action 6 – Mobiliser des outils d'évaluation rapide d'impact sur la santé et l'équité

Les EIS approfondies sont coûteuses et chronophages et doivent être priorisées en cas de sérieux doutes sur l'innocuité d'une réforme ou dans le cadre des grands projets État/Territoires. Sur les projets, propositions de loi et politiques sectorielles, il est possible d'envisager dans un premier temps des EIS dite rapides, éventuellement prolongées d'une EIS approfondie au vu des résultats.

En ce sens et pour illustrer ce type de démarche, le GT propose jointe à ce rapport (cf. Annexe 3) une version Beta d'un outil d'analyse préalable des impacts sur la santé intégrant une approche co-bénéfices. C'est une grille préliminaire qui pourrait être testée et amendée.

Un outil d'analyse préalable des impacts sur la santé dans une approche co-bénéfices

La grille d'analyse préalable des impacts sur la santé élaborée par le GT Santé dans Toutes les Politiques du HCSP vise à offrir un cadre structuré pour évaluer, de manière précoce, les effets potentiels d'une proposition d'intervention publique sur la santé. Elle s'inscrit dans une logique d'aide à la décision éclairée, mobilisable en amont de la mise en œuvre de politiques, programmes, projets ou mesures réglementaires, en s'inspirant des principes de l'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) tout en y intégrant une perspective de co-bénéfices intersectoriels.

L'enjeu principal de cette grille est double : d'une part, systématiser une lecture santé des politiques publiques dès leur phase d'élaboration, afin de maximiser leurs effets positifs et d'anticiper ou corriger les effets négatifs, notamment sur les populations les plus vulnérables ; d'autre part, renforcer la collaboration intersectorielle en valorisant les bénéfices communs à plusieurs domaines d'action publique (santé, éducation, environnement, emploi, urbanisme...). Cette démarche vise ainsi à opérationnaliser l'approche de SdTP, telle que promue par l'OMS, en promouvant une vision intégrée des enjeux de santé et de développement durable.

La grille est structurée en trois parties articulées de manière séquentielle.

i) La première porte sur l'examen de la proposition et de son contexte : elle identifie la nature de la mesure envisagée, ses objectifs, les changements escomptés, les temporalités et les éventuelles controverses ou oppositions entre acteurs. Elle permet ainsi de situer la proposition dans son cadre politique et opérationnel.

ii) La deuxième partie est le cœur de l'analyse. Elle repose sur une matrice croisant l'évaluation des impacts potentiels (positifs, négatifs ou neutres) de l'intervention (politique, projet, mesure) sur les principaux déterminants de santé (conditions de vie, environnement physique et social, comportements, perceptions, etc.), les groupes de populations concernées (avec un accent sur les inégalités sociales de santé), les types et sources de données mobilisées, et les commentaires de l'analyste sur les éléments de contexte. Cette approche systématique, fondée sur une lecture holistique de la santé, permet de documenter les effets multiples, en synergie ou en antagonisme d'une proposition, tout en considérant les interactions entre facteurs.

Une synthèse de cette analyse permet ensuite de juger de la nécessité de mener une EIS complète.

iii) Enfin, la troisième partie explore les co-bénéfices potentiels, c'est-à-dire les effets indirects positifs qu'une amélioration de la santé, induite par la mise en œuvre de la proposition ou des recommandations associées, pourrait générer dans d'autres champs (éducation, travail, culture, environnement, urbanisme, etc.). Elle ouvre la voie à une logique d'action intersectorielle, en identifiant les opportunités, les obstacles, les possibilités de traçabilité et les arguments économiques associés (coûts-bénéfices).

L'utilisation de cette grille repose sur plusieurs conditions méthodologiques : la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire dotée d'une double expertise (thématique et en santé publique), une revue de littérature ciblée sur les liens entre le sujet et la santé, ainsi qu'une triangulation de données quantitatives, qualitatives et expertes. Elle peut ainsi s'intégrer dans des processus décisionnels à différents niveaux (local, régional, national), en tant qu'outil d'objectivation des impacts sanitaires, de dialogue entre acteurs et de promotion d'une culture de l'évaluation transversale des politiques publiques.

Elle est présentée en intégralité en annexe (Cf. Annexe 3).

Proposition 3 – Sécuriser des financements pour favoriser les démarches intersectorielles

Nous l'avons vu, les habitudes de fonctionnement en silo sont telles qu'il faut des efforts importants et durables pour changer les pratiques. Ces efforts mobilisent des moyens humains, des outils et des données accompagnant le changement de pratiques. Sans ces moyens, la démarche tient à la volonté de quelques décideurs et ne peut s'inscrire dans une perspective durable et réellement transformatrice. Pour sécuriser ces moyens, 2 actions interconnectées sont proposées.

Action 7 – Mobiliser les lois de finances (LF) et lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) sur des enjeux intersectoriels favorable à la qualité de vie

Il s'agit d'inclure de la prévention primordiale dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) et la loi de Finances en allouant ou en orientant des ressources pour soutenir les dispositifs intersectoriels, les collectivités et les ministères dans cette approche co-bénéfices et sur la base de tableaux d'indicateurs précis (ex. nombre de logements conformes au bien-être selon le domiscore, ratio km de pistes cyclables/ dans une commune).

Nous avons conscience de la situation économique française mais rappelons que, comme nous l'avons démontré plus avant, ces stratégies de co-bénéfices constituent par définition des mesures de rationalisation économique avec des impacts sur le court, moyen et long terme, soit par optimisation des dépenses (un mesure plusieurs effets positifs), soit par réduction des externalités négatives pour les mesures construites en silos.

Action 8 - Créer un fonds pour l'action intersectorielle

Ce fonds, sous gouvernance intersectorielle, pourrait être alimenté par différents ministères, sous forme de pourcentage de son budget propre (ministères en charge de la Santé, en charge de l'Environnement, en charge de l'Éducation Nationale, et en charge du Travail, etc.), le secteur privé, des fonds européens ou un fléchage de taxes (comme pour le tabac) et serait dédié à soutenir les initiatives intersectorielles visant des co-bénéfices.

Concrètement ce fonds pourrait soutenir : i) Des projets expérimentaux à co-bénéfices, ii) des évaluations d'impact sur la santé (EIS) et des évaluations d'impact intégré (EII) en finançant des équipes capables de les mener, iii) des programmes de partage d'expériences entre les collectivités territoriales et services de l'État (au niveau national et européen) pour échanger sur les initiatives intégrées réussies, iv) la recherche intersectorielle, v) l'accompagnement des collectivités et services de l'État à mettre en place des démarches intégrées santé- société et à les évaluer. L'évaluation est importante à prévoir en même temps que la décision de financement qui ne peut être pérennisée que sur des preuves d'efficacité.

2. ENJEU 2 / POUVOIR D'AGIR – ORGANISATION D'UNE GOUVERNANCE INTERSECTORIELLE

Chaque secteur se voit assigner des objectifs, des acteurs, des moyens, des échéances et des cibles qui lui sont propres et sur lesquels, chacun à son niveau, rend des comptes au regard d'indicateurs et de descripteurs spécifiques. Ajouter d'autres considérations, comme celles de la santé ou d'autres secteurs, représente un effort important dans un paysage déjà complexe et un fonctionnement structuré en silos. En outre, cet ajout est d'autant plus difficile lorsque l'on peine à en saisir la plus-value pour ses propres missions (interdépendance).

Dans les expériences étrangères, de nombreux mécanismes intersectoriels sont mis en place : un Conseil national pour la santé et le bien-être en Finlande (représentants des ministères de la santé, de l'éducation, de l'environnement et des transports), un Cadre stratégique intersectoriel en Australie (*HiAP South Australia*), une gouvernance locale et nationale intégrée en Suède, etc. En France, aujourd'hui, il n'existe pas de stratégie organisant et déployant une approche co-bénéfices tout en prenant en compte les coûts ou contraintes qu'impose l'entretien de la réciprocité, fondement d'une coopération durable. Il existe en revanche des dispositifs intersectoriels, souvent thématiques, qui constituent des exemples de ce que l'on pourrait imaginer pour structurer la gouvernance nécessaire à l'intégration des politiques publiques favorables à la qualité de vie.

La proposition du GT est donc de partir de ces dispositifs intersectoriels en prenant acte de leur faiblesses actuelles. Il s'agit de renforcer leur efficacité intersectorielle, par la réorganisation de la répartition des compétences et des responsabilités entre échelons national et territoriaux et les interdépendances entre secteurs en promouvant l'approche co-bénéfices. Pour cela nous faisons 2 propositions.

Proposition 1 - Réorganiser la répartition des compétences et des responsabilités entre l'échelon national et les échelons territoriaux

Un premier enjeu soulevé par la gouvernance d'une approche intégrée des politiques publiques renvoie aux compétences et missions respectives de l'État et des collectivités territoriales (communes, intercommunalités, départements et régions).

Aujourd'hui, l'essentiel des compétences en matière de santé relève de l'État et de l'Assurance maladie. Si les ARS ont permis de rapprocher l'État, des territoires, et que de nombreuses municipalités déploient des politiques de santé et de santé publique, l'organisation et la structuration des politiques de santé restent largement national. Le déploiement d'une approche intégrée des politiques publiques favorables à la santé et la qualité de vie suppose donc de repenser la répartition des missions, des compétences et des financements entre les échelles nationale et locales afin d'intégrer au mieux dans le paysage de la santé, les fonctions de prévention primordiale qu'assument majoritairement les collectivités territoriales : urbanisme, transport, alimentation, logement, action sociale en direction des jeunes et des personnes âgées, etc. Pour cela, 2 actions interconnectées sont formulées.

[Action 9 – Renforcer, par la loi, les compétences et les moyens des collectivités territoriales à œuvrer en faveur de la qualité de vie dans une approche de co-bénéfices](#)

Il s'agit de reconnaître, par la loi, la compétence fondamentale des collectivités à agir sur les déterminants sociaux de la santé et par conséquent à être l'un des acteurs centraux et légitimes de la prévention primordiale.

[Action 10 – Confier à l'État le rôle d'animateur de ces démarches d'intégration des politiques publiques](#)

Dans une logique horizontale de coopération, il s'agit de confier au niveau national et local un rôle d'animateur et coordonnateur à l'État, fournissant ainsi un cadre national « habilitant » dans cette nouvelle répartition des compétences.

Ceci peut s'envisager à plusieurs niveaux :

- En établissant des grands principes structurants et des programmes nationaux intersectoriels (cf. section Enjeu 1) et en les relayant au niveau régional par leur inclusion notamment dans les PRS.
- En fléchant des ressources financières pour des projets ou des dispositifs de coopération autour de l'approche intégrée des politiques publiques favorables à la qualité de vie.
- En organisant au niveau national et régional le partage de connaissances et d'expertises et la formation des acteurs territoriaux en charge de la mise en œuvre de cette approche intégrée de prévention primordiale (cf. Section Enjeu 3).

Proposition 2 - Réorganiser la gouvernance intersectorielle aux échelons national et locaux

Nous l'avons vu, les différentes organisations nationales et locales organisées autour de la santé peine à offrir un cadre structurant une approche intégrée des politiques publiques, faute de transversalité (centrage sur la santé), de coopération (déficit d'interdépendance et d'approche co-bénéfiques), de leadership politique et administratif, de continuité et de pérennité (turn over, modification des orientations politiques, etc.).

Face à ces difficultés, la tentation est forte de créer de nouvelles organisations intersectorielles, de nouveaux mécanismes ou de nouveaux outils censés favoriser la coordination et la coopération des organisations déjà en place. Y céder sans identifier les raisons à l'origine du manque de coopération fait courir le risque d'un empilement de structures en millefeuille et de complexifier davantage encore la coopération et la coordination entre acteurs tout comme la lisibilité pour les usagers.

Nous proposons donc de partir des organisations existantes et de renforcer leurs capacités à assurer cette coopération intersectorielle. Concrètement, 3 actions interconnectées sont formulées.

[Action 11 - Transformer les Contrats locaux de santé \(CLS\) en Contrats locaux pour l'intégration de l'action publique pour la qualité de vie \(CLIAPQV\)](#)

Nous avons analysé les limites des CLS à coordonner la santé dans et pour toutes les politiques. Néanmoins, ce dispositif reste un outil de maillage territorial précieux autour des enjeux de promotion de la santé qu'il serait intéressant de maintenir tout en le faisant évoluer au regard des enjeux de prévention primordiale.

Pour cela, il s'agit de faire évoluer le CLS en Contrat local pour l'intégration de l'action publique pour la qualité de vie (CLIAPQV).

Sa mission serait alors de structurer l'action publique à l'échelle de son territoire en accompagnant les projets et mesures portant sur les déterminants sociaux de la santé favorablement à la qualité de vie. En d'autres termes, il s'agit d'en faire le principal outil de prévention primordiale.

Il faudrait pour cela :

- Rendre obligatoire au sein des CLIAPQV une représentation de l'ensemble des secteurs de compétences des collectivités (urbanisme, logement, transports, action sociale, environnement, etc.), et non seulement la santé ;
- Rendre obligatoires ces CLIAPQV au niveau communal ou intercommunal (en fonction du nombre d'habitants) pour structurer l'action publique, sur une durée d'au moins 5 ans ;
- Structurer son activité sur la base d'un diagnostic territorial des déterminants sociaux de la santé (ie. Environnements et conditions de vie et non seulement comme aujourd'hui sur des indicateurs de santé ou de comportements) et l'évaluer en fonction d'indicateurs relatifs spécifiquement à ces déterminants (cf. Section Enjeu 3) ;
- Abonder le financement de ces CLIAPQV pour les équiper de postes de coordinateur et soutenir les mesures et actions intersectorielles pour les communes les plus pauvres (cf. fonds pour l'action intersectorielle Enjeu 1) ;

- Y inclure systématiquement des évaluations d'impact sur la santé dans une approche co-bénéfices ;
- Y impliquer les administrations déconcentrées, au-delà des seules ARS (et de leurs représentations départementales) : alimentation, agriculture, éducation, logement, etc., ainsi que les collectivités territoriales ;
- Assurer le lien avec les autres plans locaux comme les Plans Alimentaires Territoriaux et les Plans Climats-Air-Energie, etc. et aller vers des actions conjointes.

Ceci permettrait en outre de mieux distinguer et donc articuler sur le territoire ce qui relève du CLIAPQV et ce qui pourrait relever des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou encore les conseils locaux de santé mentale (CLSM), par ailleurs structurés autour du système de santé.

À noter : jusqu'à présent, les ARS portaient la stratégie régionale de santé (SRS) et la mise en œuvre du plan régional de santé publique (PRS), avec des déclinaisons dans les Contrats locaux de santé (CLS).

Avec les décrets publiés le 30 juillet 2025 (n° 2025-723 et n° 2025-724) qui modifient les rapports hiérarchiques entre Préfet et ARS, le préfet devient co-pilote, voire pilote principal des priorités transversales, notamment dans les plans de prévention coordonnés avec les collectivités (ex. : lutte contre les addictions, obésité, dépistages organisés) ; la prévention environnementale (qualité de l'air, bruit, pollutions, risques industriels) ; les urgences sanitaires locales (canicules, épidémies, crises). Le rôle du préfet est donc primordial dans la constitution de ces CLIAPQV.

[Action 12 – Identifier / réorganiser une instance nationale soutenant et animant des initiatives co-bénéfices.](#)

En prenant l'exemple de la Mildeca, il s'agit d'identifier et de faire évoluer une instance existante afin de la doter de la capacité et de la légitimité à animer et orienter les politiques publiques dans une perspective de co-bénéfices sanitaires et sectoriels.

Pour ce faire, cette instance doit être sous pilotage interministériel (Premier ministre) et dotée des fonctions suivantes :

- Concevoir et animer l'approche co-bénéfices dans les politiques publiques au niveau national et en lien avec les collectivités territoriales en veillant et favorisant les croisements d'intérêt au bénéfice de la population et de la justice sociale ;
- Conseiller et alerter le Gouvernement, en occupant une place auprès ou dans les Services du Premier ministre : elle doit pouvoir coordonner des travaux interministériels pour documenter les impacts possibles des politiques sectorielles ;
- Dialoguer et coconstruire avec la société civile et les acteurs économiques, une culture commune autour de l'approche co-bénéfices (ministères et administrations publiques, professionnels de santé, associations et représentants d'usagers, chercheurs, parlementaires et élus locaux, fédérations professionnelles, médias, employeurs privés et publics, etc.) ;
- Favoriser la recherche et l'innovation : les réponses publiques devant se fonder sur des connaissances renouvelées, elle doit initier, coordonner et financer des projets d'études et de recherche documentant les mesures favorables aux co-bénéfices. Ces financements serviraient non seulement à financer de manière pérenne le fonctionnement d'organisations de coopération intersectorielles mais également à financer des actions intersectorielles, en faisant de l'intersectorialité un critère obligatoire des appels à projet (par exemple en imposant le co-portage du projet par plusieurs directions ou secteurs) ;
- Soutenir et tirer parti de relais locaux, par exemple au sein des CLIAPQV, pour faire remonter, initier, mettre en œuvre des initiatives à co-bénéfices.

Action 13 – Baser l'action intersectorielle sur des indicateurs de co-bénéfices

Au niveau national, comme au niveau local, la coopération entre les secteurs doit pouvoir se monitorer et être rendue concrète. Pour cela, elle doit se baser sur des objectifs et des indicateurs transparents.

Si l'on prend l'exemple des CLIAPQV (CLS renouvelés), il s'agirait d'introduire des indicateurs intersectoriels permettant de mesurer l'impact des politiques publiques sur les déterminants sociaux de la santé : indicateurs de mobilité, qualité de l'air, performance éducative, taux de harcèlement scolaire, domiscore, accès au transport, à un espace naturel, relations sociales, sentiment de sécurité, etc.... Ces indicateurs doivent inclure des critères de co-bénéfices qui deviennent alors les critères de performance des CLIAPQV.

En outre, alors que les CLS sont évalués sur des critères à court terme, ce qui ne permet pas d'apprécier pleinement leurs effets à long terme sur la santé des populations, il pourrait être prévu dans les CLIAPQV de mettre en place des évaluations longitudinales (sur plusieurs années) pour suivre l'impact des actions menées dans ce cadre (cf. Enjeu 3). Sans qu'il s'agisse d'une panacée (l'obligation formelle ne cause pas nécessairement et précisément ce qu'elle vise), cela devrait toutefois permettre de mieux mesurer les effets des politiques intersectorielles sur les déterminants sociaux de la santé, la santé et les inégalités sociales et territoriales.

3. ENJEU 3 / MOYENS D'AGIR – STRUCTURATION DE LA RECHERCHE ET DE L'EXPERTISE

Le besoin d'accompagnement à la mise en œuvre de la démarche de SdTP, que ce soit dans les auditions ou les cas d'étude, a été clairement exprimé. Cet accompagnement a plusieurs facettes allant de l'accès et du décloisonnement des données existantes, à l'appui à la mise en œuvre de mécanismes intersectoriels dans les collectivités, en passant par l'ouverture à des expérimentations, initiatives permettant d'obtenir un co-bénéfice entre deux politiques (ex. transport et environnement, aménagement d'un quartier et santé), ou encore, la possibilité d'avoir des opérateurs capables de mettre en œuvre des EIS ou de favoriser les coopérations intersectorielles promues dans ce rapport.

En France, plusieurs institutions publiques et organismes consultatifs jouent un rôle clé dans l'élaboration des politiques et des orientations données au gouvernement sur des questions cruciales comme le logement, l'écologie, l'urbanisme, le transport, l'éducation, la santé, l'emploi, la solidarité, et l'économie. Ces agences, organismes consultatifs et opérateurs publics apportent des expertises techniques et des analyses détaillées sur leurs domaines respectifs. En revanche, elles n'adoptent pas, ou alors très exceptionnellement, une approche co-bénéfices entre plusieurs secteurs.

Enfin, si la question de la recherche a peu été évoquée dans les auditions, elle émaille néanmoins les discours à travers la mise en saillance des besoins d'évaluation, de transfert d'initiatives, d'accès aux données pour guider les politiques publiques. Dans les initiatives étrangères, elle a une place centrale et de nombreux mécanismes de soutien sont proposés : financements dédiés, programmes de recherche sur les déterminants sociaux, collaborations entre gouvernements, universités et instituts de recherche. En France, la recherche dans le domaine de la prévention, et en particulier sur les déterminants sociaux de la santé, est faible et peu structurée. Une large partie des fonds est traditionnellement allouée aux recherches cliniques ou aux études épidémiologiques (cohortes). Les projets de recherche portant sur les « solutions » préventives aux fardeaux de santé qui relèvent de la recherche interventionnelle sont encore très faiblement dotés. Et dans ce cadre, la recherche explorant les solutions portant sur les déterminants sociaux de la santé (emploi, éducation, urbanisme, transport, etc.), c'est-à-dire en prévention primordiale, est quasi-marginale et difficilement finançable dans les AAP existants.

En s'inspirant des expériences étrangères et des infrastructures françaises déjà existantes, nous faisons 3 propositions pour aligner expertise et enjeux de prévention primordiale.

Proposition 1 – Dynamiser la recherche sur les approches intégrées à co-bénéfices santé - société

Concrètement, 2 actions interconnectées sont formulées.

Action 14 – Concevoir et doter de financements un programme national de recherche intersectorielle

Il s'agit de s'inspirer des modèles étrangers comme les Instituts de recherche en santé du Canada ou l'initiative *Health in All Policies* en Australie pour concevoir un programme de recherche spécifiquement dédié aux enjeux intersectoriels santé/société.

Ce programme pourrait être financé dans le cadre du fonds pour l'action intersectorielle évoqué dans les sections précédentes, articulé avec des financements européens comme Horizon Europe ou le *Green Deal*.

Ce programme pourrait aussi mobiliser des fonds privés, à l'image du rôle structurant de la Fondation Chagnon au Québec, qui a permis de financer des actions intersectorielles en prévention.

Ces financements pourraient être mobilisés sous la forme d'appels à projets certes mais aussi de PEPRs (Programmes et Équipements Prioritaires de Recherche) ou encore sous forme de soutien structurel à la création ou au soutien d'infrastructures, comme l'Institut de Recherche en santé Publique en les orientant sur des enjeux intersectoriels (ex. urbanisme favorable à la santé, transition, social et santé, etc.).

L'objectif de ce programme serait d'identifier, d'évaluer des mesures sectorielles d'éducation, d'emploi, d'urbanisme de transport, etc. sur leurs effets en termes de co-bénéfices avec la santé et leur potentialité de mise à l'échelle. Ceci est à articuler avec le PEPR dédié à la prévention actuellement en cours de construction.

Action 15 – Faire réseau autour des enjeux de santé intersectoriels

Pour garantir une mobilisation efficace des équipes de recherche, il est essentiel de structurer un réseau national associant chercheurs, collectivités, agences publiques et décideurs. Pour cela, un travail de cartographie fine des équipes (et pas des seuls laboratoires ou structures de recherche), relevant de toutes les disciplines et tous les domaines de recherche, qui travaillent, plus ou moins explicitement, en prévention primordiale est nécessaire. Pareil travail de cartographie supposera certainement une exploration qualitative, à partir des données de sites web des structures concernées, des thématiques et des publications des équipes afin d'identifier celles qui abordent ces questions intersectorielles.

L'approche actuelle, trop fragmentée, ne permet pas de développer une recherche intersectorielle de grande ampleur. Il est nécessaire de penser des structures d'interface entre les domaines de recherche, les disciplines et les acteurs. Plusieurs outils peuvent être mobilisés sur l'exemple des Zones Ateliers du CNRS. Le Réseau des Zones Ateliers (RZA) est un réseau de recherche socio-écologique de long terme. Il regroupe des zones ateliers dédiées à l'étude des interactions entre société et environnement, permettant d'organiser une recherche territorialisée et intersectorielle sur des problématiques environnementales et sociales. L'équivalent d'une Zone Atelier en milieu rural pourrait, par exemple, évaluer comment la mise en place de transports publics accessibles influence l'accès aux soins mais aussi l'emploi des populations précaires, l'attractivité territoriale, la cohésion sociale, l'accès à la culture.

De la même manière, les living labs ou laboratoires vivants constituent également de bons outils de mise en réseau et de transformation des pratiques de recherche. Les *living labs* créent des espaces d'expérimentation collaboratifs où chercheurs, décideurs, citoyens et acteurs économiques travaillent ensemble pour concevoir et tester des solutions en conditions réelles. Pensés à l'échelle d'un territoire comme une municipalité (*field lab*), d'un sujet (ex. urbanisme et santé) ou d'une population (ex. santé des enfants), ils ont la capacité d'expérimenter des solutions concrètes dans des environnements réels, en impliquant directement les populations et acteurs concernés.

Cette approche permet de produire des connaissances scientifiques solides, interdisciplinaires, tout en assurant que les solutions testées sont acceptables et adaptées aux réalités locales. Par exemple, le APPIE Lab', un *living lab* support du programme de recherche APPIE (Analyse des politiques publiques à impact sur l'enfant), piloté par le CHU et l'Université de Bordeaux et financé par l'INCa, l'IRESP et l'ANR, permet la mise en œuvre de multiples études analysant l'impact de mesures urbaines, sociales, éducatives prises par des décideurs locaux et nationaux sur les déterminants sociaux de la santé des enfants (ex. végétalisation des cours d'école, mixité sociale dans les crèches, service territorialisé de la petite enfance). Les Maisons des Sciences de l'Homme peuvent être des relais pertinents pour favoriser les approches interdisciplinaires et de médiation scientifiques. De plus, certaines régions ont développé des dispositifs Cerresp-like pour faciliter et accompagner les liens entre recherche et décision politique spécifiquement dans le champ de la santé publique et peuvent être des leviers pertinents. Le déploiement des financements Sciences Avec et Pour la Société (SAPS) par le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation participent globalement du même mouvement d'un lien renouvelé des résultats de la recherche avec la société.

De plus, il y a un véritable besoin d'études en propre sur la coopération intersectorielle et les politiques transversales/intégrées, lesquelles doivent s'appuyer sur l'interdisciplinarité et l'ouverture aux sciences sociales pour penser les conditions organisationnelles, politiques et sociales de déploiement de ce type d'approches co-bénéfices.

Proposition 2 – Renforcer l'expertise dans le domaine de la santé pour et dans toutes les politiques et son approche co-bénéfice

Il s'agit ici de renforcer la capacité des acteurs publics territoriaux ou étatiques à prendre systématiquement en compte la santé dans leur action et de privilégier des mesures à co-bénéfices. Cela passe à la fois par la formation, la définition et la reconnaissance des compétences d'interface et d'animation de cette coopération intersectorielle tout comme par la mise à disposition et le partage de données et d'initiatives nécessaires à l'optimisation des politiques publiques. En complément, le recensement des compétences ayant un impact sur la santé (logement, urbanisme, mobilité etc.) doit être fait, mis à disposition des institutions et collectivités territoriales en charge des politiques publiques afférentes et reconnues comme participant de la santé des populations. Concrètement, 2 actions sont formulées.

Action 16 – Structurer le transfert de connaissances autour de centres *What works*

Sur le domaine de la prévention primordiale, les enjeux de transfert de connaissances sont colossaux tant cette approche est peu connue et intégrée dans les arènes décisionnaires françaises.

Selon l'Institut national de santé publique du Québec, le transfert de connaissances peut être défini comme un « ensemble d'activités et de mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé ». Ces mécanismes sont à créer dans le contexte français à l'image de dispositifs existants à l'étranger comme par exemple au Canada, le réseau des Centres de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (<https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/>), dont l'un est dédié à la santé dans toutes les politiques et l'autre à l'économie du bien-être.

Ces instruments d'interaction sont appelés *What works centers*. Développés au Royaume-Uni dans divers domaines, et travaillant en lien avec les équipes de recherche, ils visent à identifier les interventions les plus efficaces (« ce qui marche »), tout en facilitant leur mise en œuvre à grande échelle. La plupart des *what works* sont sectorisés (éducation, soins, protection de l'enfance, etc.) mais il pourrait être intéressant d'expérimenter des *What works* français travaillant spécifiquement sur les mesures impactant les déterminants sociaux de la santé et réduisant les ISTS dans une approche de co-bénéfices sectoriels et de santé en s'appuyant, lorsqu'il y en a, sur les Cerresp-like.

Par exemple, le *Centre for Wellbeing* au Royaume-Uni a joué un rôle central au dans la promotion de la mesure et de l'amélioration du bien-être individuel et collectif comme objectif des politiques publiques. Son approche se fondait sur une vision pluridisciplinaire, croisant l'économie, la psychologie, la sociologie et l'écologie autour de 3 objectifs : développer des indicateurs de bien-être alternatifs au Produit Intérieur Brut, fondés sur la qualité de vie, les relations sociales, la santé mentale, l'engagement citoyen et les conditions environnementales, concevoir des outils pratiques pour aider les collectivités locales, les organisations publiques et les acteurs communautaires à évaluer et améliorer le bien-être, influencer les politiques publiques en faveur d'un changement de paradigme vers une société plus soutenable et équitable. A noter que ce centre a fermé en 2024, faute de la reconduction de son financement par le gouvernement (changement politique). Le fond pour l'action sectoriel précédemment évoqué pourrait sous forme d'appels à projets soutenir la création de tels centres.

Action 17 - Renforcer les métiers de l'intersectorialité

La mise en œuvre d'une démarche de politiques intégrées favorables à la qualité de vie nécessite l'émergence de nouveaux métiers d'interface, et/ou l'adaptation de professions existantes, en les dotant des ressources (pas seulement financières) nécessaires à l'exercice de ces fonctions de la coordination et coopération.

Un certain nombre de « médiateurs » de cette démarche pourraient être identifiés, par exemple :

- des « coordonnateurs intersectoriels » à partir des coordonnateurs actuels des CLS ;
- des « chargés d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) », élément central et motivant dans la mise en place de la démarche ;
- des « conseillers en santé intersectoriels », experts en gestion de projets intersectoriels, capables de conseiller les décideurs locaux et nationaux, ainsi que les entreprises, dans la mise en œuvre de politiques à co-bénéfices sectoriels et santé ;
- des médiateurs scientifiques ou courtiers de connaissances pour favoriser les liens entre recherche en prévention primordiale et décision.

Ces acteurs pourraient être formés à l'approche co-bénéfices, à la médiation et la mobilisation intersectorielle et à la gestion de projet.

Des réseaux de promotion de la santé (ex. Fédération Promotion santé, Élus, santé publique et territoires, et d'autres encore) ou centrés sur des enjeux territoriaux (ex. Pays et Quartiers de Nouvelle-Aquitaine) ont développé des fonctions proches de celles recommandées ici. Certains ont aussi structuré des organisations de partage d'expériences, ou des formations à la santé dans toutes les politiques (Promotion Santé Ile-de-France). Ils pourraient être mobilisés dans une perspective d'évolution.

Proposition 3 - Faciliter l'usage des bases de données existantes et générer des données locales

L'accès aux bases de données existantes est une condition essentielle pour permettre aux chercheurs de produire des analyses robustes sur les liens entre politiques publiques et santé. La France dispose d'un écosystème de données riche. Le Système National des Données de Santé (SNDS) consolide les données de l'Assurance maladie (base SNIIRAM), de l'activité hospitalière (base PMSI) et des causes de décès (base du CépiDc de l'Inserm), offrant une vision globale des résultats de santé et de l'utilisation des soins avec une identification géographique au niveau de la commune et pour les zones de plus de 1000 habitants (PMSI). Sur le plan environnemental, les Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air (AASQA) fournissent des données sur la pollution de l'air, telles que les concentrations d'azote, d'Ozone et de particules fines de diamètre inférieur à 10 µm, qui peuvent être mises en corrélation avec des problèmes de santé. Des données sont aussi recueillies par le Ministère du Travail et la DARES (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) comme l'enquête Santé et itinéraire professionnel qui permet de fournir des informations sur les conditions de travail.

Du côté de l'Éducation nationale, en partenariat avec la DREES, sont recueillies des données de performance des écoles, comme la taille des classes et les résultats des élèves mais aussi sur la santé des écoliers, (enquêtes menées aux niveaux grande section, CM2 et 3^{ème}) comme le poids, la vision et les maladies chroniques. L'INSEE fournit des indicateurs sociaux, et l'Enquête sociale européenne inclut des questions sur la confiance et la cohésion sociale, offrant un potentiel de recoupement avec des données sur la santé. Des plateformes comme data.gouv.fr ou Eurostat existent également regroupant plusieurs bases.

Cependant, ces bases restent encore difficiles à mobiliser, en raison de contraintes réglementaires liées à la protection des données personnelles, du cloisonnement entre secteurs et de l'absence de standards communs. En effet, la conformité au RGPD (Règlement général sur la protection des données) et aux lois françaises sur la protection des données, telles que celles appliquées par la CNIL, restreint le partage des données, notamment des données de santé sensibles. Cela nécessite l'anonymisation et des protocoles d'accès sécurisés qui compliquent l'intégration. En outre, la mise en relation des données nécessite des identifiants communs, tels que la localisation géographique ou les identifiants individuels, mais les préoccupations en matière de protection de la vie privée limitent aussi l'utilisation d'identifiants personnels. Des solutions techniques telles que des algorithmes de mise en correspondance des données sont nécessaires, mais leur mise en œuvre varie d'une agence à l'autre. Enfin, nous l'avons vu chaque secteur gère des bases de données distinctes aux formats et structures différents (ex. le SNDS utilisent des codes médicaux spécifiques, les données sur l'environnement utilisent des identifiants géographiques). Ajoutons, que ces bases de données sont composées d'indicateurs d'état (par exemple de consommation de soins ou d'actes médicaux, de la qualité de l'air, etc.). Il serait important de les compléter en élaborant d'autres indicateurs permettant de renseigner, suivre et évaluer la production du bien-être collectif, les effets des politiques intersectorielles et les actions ayant des co-bénéfices.

La proposition faite ici s'inscrit dans la continuité des démarches d'accès, l'enrichissement des bases avec des données contextuelles variées, le renforcement de l'interopérabilité des sources, tout en respectant les cadres légaux. Concrètement, 2 actions interconnectées sont formulées.

[Action 18 – Renforcer le soutien aux projets transversaux d'intégration des données](#)

Des initiatives de regroupement de données existent et sont à encourager et faciliter comme par exemple le *Health Data Hub* ou le Centre d'Accès Sécurisé aux Données (CASD) (<https://www.casd.eu/>) qui permet de croiser des données comme celles de l'INSEE, des ministères de la Justice, de l'Éducation nationale, de l'Agriculture et de l'alimentation, de l'Économie et des Finances pour les données fiscales, et des données du domaine de la santé, comme l'accès aux données de l'ensemble des séjours hospitaliers publics et privés en France (données PMSI de l'ATIH) ainsi qu'à certaines cohortes de santé. Il y a notamment à travailler sur :

- l'accès restreint aux données sensibles longues et complexes (procédures d'habilitation, avis du Comité du Secret Statistique, autorisations spécifiques), limitant l'accès à des données clés comme celles de santé ou fiscales ;
- le manque d'intégration interdisciplinaire ;
- les données disponibles (emploi, éducation, santé, etc.), n'étant pas toujours harmonisées ou appariées efficacement ;
- la couverture encore inégale des déterminants sociaux (environnement social ou conditions de vie locales sous-représentées ou absentes) ;
- et bien sûr les contraintes techniques et juridiques déjà évoquées (RGPD, CNIL) qui peuvent décourager des utilisateurs moins techniques, freinant une utilisation élargie.

Ces projets transversaux d'intégration doivent donc être impérativement soutenus financièrement via des dispositifs comme Bpifrance ou le programme France Relance ou, pourquoi pas, la récente stratégie sur l'intelligence artificielle (<https://www.economie.gouv.fr/actualites/strategie-nationale-intelligence-artificielle>).

Il s'agit aussi de fluidifier l'accès aux données en favorisant la coopération entre les ministères, en s'inspirant d'initiatives comme *The Data for Children Collaborative* en Écosse, qui permet le partage d'informations entre institutions pour améliorer la santé et l'éducation des enfants (<https://www.dataforchildrencollaborative.com/>) mais aussi le CASD (Centre d'accès sécurisé aux données) en France.

Enfin, les *What works centers* évoqués plus avant, qui peuvent être co-portés par plusieurs institutions, peuvent aussi favoriser le rassemblement et l'analyse de vastes ensembles de données issues de différents secteurs, en croisant des données issues de système d'information différents.

Action 19 – Structurer un recueil local complémentaire des déterminants sociaux de la santé et ISTS

Au-delà des données déjà disponibles, des données manquent, notamment les données locales, contextuelles, sur les conditions et environnement de vie des populations. Il convient ainsi d'encourager et de standardiser le recueil de ces données locales portant sur les déterminants sociaux de la santé et les ISTS. Cela peut se faire en s'appuyant par exemple sur les Observatoires régionaux de la santé (ORS), présents dans la quasi-totalité des régions françaises. En effet, les ORS ont pour mission de produire, analyser et diffuser des données sur l'état de santé des populations, à l'échelle régionale ou infra-régionale. Ils collectent des données issues de sources multiples (administratives, sanitaires, sociales, environnementales) et mènent des enquêtes spécifiques. Leurs travaux portent sur des thématiques telles que les inégalités sociales de santé, les maladies chroniques, les comportements à risque, ou encore l'accès aux soins. En fournissant une expertise territorialisée axée sur les déterminants sociaux, les ORS, que l'on pourrait requalifier d'Observatoires régionaux intersectoriels (ORI) pourraient jouer un rôle clé dans l'aide à la décision publique et l'action des parties prenantes (comme les CLIAP, les collectivités, etc.) selon une approche intégrée des politiques publiques favorables à la qualité de vie.

Cela peut se faire aussi en mobilisant notamment des technologies innovantes et coût-efficaces, comme les capteurs environnementaux ou intégrés aux smartphones pour mesurer la qualité de l'air, la pollution sonore ou d'autres facteurs impactant la santé, exploiter les données de mobilité et d'usage des espaces publics ou encore utiliser des outils participatifs numériques, comme des applications permettant aux citoyens de signaler des problèmes dans leur quartier affectant les conditions de vie. On peut par exemple citer l'expérience « Dans Ma Rue » à Paris basée sur une application permettant aux citoyens de signaler des dysfonctionnements urbains (trottoirs dangereux, pollution, nuisances sonores).

Dans le cadre de la recherche, peuvent aussi être facilitées l'organisation d'ateliers citoyens pour recueillir des données qualitatives sur les conditions de vie dans différents quartiers ou contribuer à des mesures (température de l'air, qualité de l'eau etc.) et la mise en place de plateformes collaboratives locales où les citoyens, associations et chercheurs peuvent partager et croiser leurs données. C'est l'exemple de l'initiative « Maptionnaire » en Finlande, un outil utilisé par les municipalités pour consulter les habitants sur l'aménagement urbain via des cartes interactives. On rejoint alors ici l'idée des living labs territoriaux (*field labs*), précédemment évoqués, mais aussi les enjeux qui pourraient être discutés dans le cadre du PEPR prévention sur la définition et la mesure standardisés de l'exposome.

CONCLUSION

Face aux inégalités sociales et territoriales de santé persistantes en France, le HCSP propose une démarche novatrice : intégrer dans l'élaboration, la gouvernance et la mise en œuvre des politiques publiques une approche de santé dans toutes les politiques, pour toutes les politiques publiques. En ce sens, elle renoue avec un pacte social/démocratique qui place le bien-être de la population au centre des politiques publiques.

Cette approche repose sur une action collective intersectorielle visant à prendre en compte les impacts sanitaires dans des domaines aussi variés que l'éducation, l'urbanisme, le logement, les transports, l'environnement ou encore l'économie, mais aussi à favoriser une cohérence des politiques publiques guidées par une approche de co-bénéfices et de non-nuisance d'une politique publique sur d'autres.

Le rapport appelle ainsi à favoriser des politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie, adoptant ainsi un véritable virage dans la prévention telle qu'elle est aujourd'hui conceptualisée : passer d'une politique de prévention primaire à une politique de prévention primordiale.

Les propositions effectuées dans ce rapport se veulent à la fois ambitieuses, mais prenant en compte les forces des dispositifs existants, les réorientant au profit de davantage de transversalité, de coopération et d'impact.

Cela prend une résonance particulière dans le contexte économique actuel marqué par des contraintes budgétaires et une dette publique croissante puisque cette mise en cohérence politique ne peut que favoriser la réduction des coûts cachés des politiques publiques et optimiser les dépenses publiques.

Ce travail est une contribution que le HCSP souhaite partager avec l'ensemble des opérateurs sectoriels impliqués afin d'en discuter la faisabilité et peut être aboutir à un processus concerté intersectoriel d'alignement des politiques publiques avec la démarche de santé pour et avec toutes les politiques publiques.

Pour cela, le groupe de travail fera également dans un second temps des propositions concrètes pour faciliter l'accès aux données présentées dans ce rapport par l'élaboration d'outils de transfert de connaissance. Il souhaite également mettre en discussion ces propositions avec d'autres Hauts Conseils dont les travaux sont susceptibles d'impacter fortement la santé des populations. Ces discussions pourraient porter sur l'identification de synergies entre les secteurs et la précision de co-bénéfices potentiels, l'élaboration de plans d'action opérationnels prioritaires pour chaque domaine, le lancement de projets pilotes pour expérimenter les propositions, la mobilisation et l'implication des différents secteurs autour de ces enjeux.

Cette contribution du HCSP a pour but d'ouvrir un espace de dialogue et de partage d'objectifs, de ressources, de réseaux et de moyens afin de proposer une fabrique des politiques publiques plus intégratives qui gagneraient ainsi en justice et en soutenabilité.

RÉFÉRENCES

1. Les écarts d'espérance de vie entre cadres et ouvriers : 5 ans chez les hommes, 3 ans chez les femmes - Insee Première - 2005 [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8220688>
2. KAPLAN GA. Social Determinants of Health, 2nd Edition. M Marmot and R Wilkinson (eds). Oxford: Oxford University Press, 2006, pp. 376, \$57.50. ISBN: 9780198565895. Int J Epidemiol. 1 août 2006;35(4):1111-2.
3. 28e rapport sur l'état du mal-logement en France 2023 | Fondation Abbé Pierre [Internet]. [cité 14 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/28e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2023>
4. Taux de chômage selon le sexe et l'âge | Insee [Internet]. [cité 14 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2532173>
5. Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot MC, Foulatier O, Nedelcu M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the "Ligue Contre l'Obésité". J Clin Med. janv 2023;12(3):925.
6. Rapport annuel 2021-2022 [Internet]. Les Restos du Cœur. [cité 14 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.restosducoeur.org/communiques-et-publications/rapport-annuel-2021-2022/>
7. Bilan canicule et santé : un été marqué par des phénomènes climatiques multiples et un impact sanitaire important [Internet]. [cité 14 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/bilan-canicule-et-sante-un-ete-marque-par-des-phenomenes-climatiques-multiples-et-un-impact-sanitaire-important>
8. Wilkinson R, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. The solid facts: social determinants of health. 2nd ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003. 31 p.
9. Freiler A, Muntaner C, Shankardass K, Mah CL, Molnar A, Renahy E, et al. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). J Epidemiol Community Health. 12 janv 2013;67(12):1068-72.
10. Health in All Policies (HiAP) framework for country action. Health Promot Int. juin 2014;29 Suppl 1:i19-28.
11. Porta M. A Dictionary of Epidemiology. In: A Dictionary of Epidemiology [Internet]. Oxford University Press; 2016 [cité 7 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/acref/9780199976720.001.0001/acref-9780199976720>
12. WHO. E-Health. World Health Organization, Geneva. 2015. <http://www.who.int/trade/glossary/story021/en/>. Accessed 28.09.2015. Disponible sur: <http://www.who.int/trade/glossary/story021/en/>
13. Bodiguel J. Objectifs de développement durable [Internet]. Développement durable. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>
14. Greer SL, Falkenbach M, Figueras J, Wismar M, éditeurs. Health for All Policies: The Co-Benefits of Intersectoral Action [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2024 [cité 6 mars 2025]. (European Observatory on Health Systems and Policies). Disponible sur:

<https://www.cambridge.org/core/books/health-for-all-policies/BD59861AD26A3A4C0B3BE9A7BF5314E2>

15. Secours catholique-Caritas France. L'injuste prix de notre alimentation quels coûts pour la société et la planète ? Secours Catholique;
16. Ezratty V, Ormandy D, Laurent MH, Boutière F, Duburcq A, Courouve L, et al. Évaluation des coûts et des bénéfices pour la santé de la rénovation énergétique en France. *Environ Risques Santé*. 2018;17(4):401-10.
17. Schwarz E, Leroutier M, Nazelle AD, Quirion P, Jean K. The untapped health and climate potential of cycling in France: a national assessment from individual travel data. *Lancet Reg Health – Eur* [Internet]. 1 avr 2024 [cité 4 mars 2025];39. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00040-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00040-1/fulltext)
18. Turunen AW, Halonen J, Korpela K, Ojala A, Pasanen T, Siponen T, et al. Cross-sectional associations of different types of nature exposure with psychotropic, antihypertensive and asthma medication. *Occup Environ Med*. 1 févr 2023;80(2):111-8.
19. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
20. OMS, Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération. Résumé analytique du rapport final. 2008 p. 40.
21. Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities [Internet]. [cité 15 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>
22. Khayat-zadeh-Mahani A, Ruckert A, Labonté R, Kenis P, Akbari-Javar MR. Health in All Policies (HiAP) governance: lessons from network governance. *Health Promot Int*. 1 août 2019;34(4):779-91.
23. Cook R, Karesh W, Osofsky S. One World, One Health: Building interdisciplinary bridges to health in a globalized world. New York: New York: Wildlife Conservation Society; 2004.
24. Rüegg SR, McMahon BJ, Häsler B, Esposito R, Nielsen LR, Ifejika Speranza C, et al. A Blueprint to Evaluate One Health. *Front Public Health*. 2017;5:20.
25. Gonzalez JP, Debia M, Dufumier M, Giraudoux P, Fougereux A, Saluzzo JF, et al. Une seule santé. In: Goupil-Somany I, Debia M, Glorennec P, Gonzalez JP, Noisel N, éditeurs. *Environnement et santé publique Fondements et pratiques* [Internet]. Presses de l'EHESP; 2023 [cité 7 mars 2025]. p. 89-112. Disponible sur: <https://hal.science/hal-04132196>
26. HCSP. Avis relatif à l'évaluation du projet de Stratégie nationale de santé 2023-2033 [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2023 sept [cité 15 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1346>
27. Kemm J. Health impact assessment: a tool for healthy public policy. *Health Promot Int*. mars 2001;16(1):79-85.
28. ImpactAssessment NRC (US) C on H. Elements of a Health Impact Assessment. In: *Improving Health in the United States: The Role of Health Impact Assessment* [Internet]. National Academies Press (US); 2011 [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83540/>

29. World Health Organization. Health impact assessment: main concepts and suggested approach, Gothenburg Consensus Paper. Bruxelles; 1999.
30. Lee JH, Röbbel N, Dora C, Organization WH. Cross-country analysis of the institutionalization of health impact assessment [Internet]. World Health Organization; 2013 [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/83299>
31. Jabot F, Rivadeneyra-Sicilia A. Health impact assessment institutionalisation in France: state of the art, challenges and perspectives. *Impact Assess Proj Apprais*. 4 mai 2022;40(3):179-90.
32. Jabot F. L'évaluation d'impact sur la santé pour scruter et sculpter les politiques. *Santé Publique*. 2 juill 2021;33(1):7-16.
33. Anzivino L, Bouvier-Colle MH, Brignon JM, Dubreuil M, Heyraud E, Jardinier L, et al. Pour une meilleure intégration de la santé dans les documents de planification territoriale.
34. Kokkinen L, Freiler A, Muntaner C, Shankardass K. How and why do win-win strategies work in engaging policy-makers to implement Health in All Policies? A multiple-case study of six state- and national-level governments. *Health Res Policy Syst*. 21 déc 2019;17(1):102.
35. Shankardass K, Muntaner C, Kokkinen L, Shahidi FV, Freiler A, Oneka G, et al. The implementation of Health in All Policies initiatives: a systems framework for government action. *Health Res Policy Syst*. 15 mars 2018;16(1):26.
36. Lilly K, Kean B, Hallett J, Robinson S, Selvey LA. Factors of the policy process influencing Health in All Policies in local government: A scoping review. *Front Public Health*. 9 févr 2023;11:1010335.
37. Guglielmin M, Muntaner C, O'Campo P, Shankardass K. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy Amst Neth*. mars 2018;122(3):284-92.
38. Molnar A, Renahy E, O'Campo P, Muntaner C, Freiler A, Shankardass K. Using Win-Win Strategies to Implement Health in All Policies: A Cross-Case Analysis. *PLOS ONE*. 4 févr 2016;11(2):e0147003.
39. Corbin JH, Jones J, Barry MM. What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promot Int*. 9 août 2016;daw061.
40. Yashadhana A, Jaques K, Chaudhuri A, Pry J, Harris P. Intersectoral Partnerships Between Local Governments and Health Organisations in High-Income Contexts: A Scoping Review. *Int J Health Policy Manag*. 18 févr 2024;13:7841.
41. de Leeuw E. Intersectorality and health: a glossary. *J Epidemiol Community Health*. févr 2022;76(2):206-8.
42. ONU-Habitat | Santé Urbaine [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: <https://fr.unhabitat-urbanhealth.org/>
43. Intégration de la santé dans les documents de planification territoriale | vie-publique.fr [Internet]. 2018 [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/38195-integration-de-la-sante-dans-les-documents-de-planification-territoriale>

44. <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/06/001-Guide-entier-ISadOrA-version-web.pdf> [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/06/001-Guide-entier-ISadOrA-version-web.pdf>
45. HCSP. Synthèse Pour une meilleure intégration de la santé dans les documents de planification territoriale [Internet]. 2018 p. 10. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telechar...>
46. Le Domiscore, caractérisation d'un habitat selon son impact sur la santé [Internet]. [cité 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=772>
47. CNAM, CNESCO. Bien être à l'école - Conférence de comparaison internationales [Internet]. 2024 mars p. 77. Disponible sur: https://www.cnesco.fr/wp-content/uploads/2024/03/Cnesco-CCI-bien-etre_Dossier-de-synthese.pdf
48. Fatherhood in the Nordic welfare states: Comparing care policies and practice [Internet]. 1^{re} éd. Bristol University Press; 2015 [cité 15 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1t894gw>
49. PISA 2022 - OKM - Ministry of Education and Culture, Finland [Internet]. Opetus- ja kulttuuriministeriö. [cité 15 nov 2024]. Disponible sur: <https://okm.fi/en/pisa-2022-en>
50. Dávila JD, Brand P, Jirón P, Vargas Caicedo H, Coupé F, Eliécer Córdoba J, et al. Urban Mobility and Poverty: Lessons from Medellín and Soacha, Colombia [Internet]. Dávila JD, éditeur. Development Planning Unit, University College London & Facultad de Arquitectura, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín: London, UK. (2013). London, UK: Development Planning Unit, University College London & Facultad de Arquitectura, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín; 2013 [cité 15 nov 2024]. 214 p. Disponible sur: <http://www.ucl.ac.uk/dpu/metrocables/book>
51. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries [Internet]. [cité 15 nov 2024]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/CD008137/EPOC_the-impact-of-conditional-cash-transfers-on-health-outcomes-and-use-of-health-services-in-low-and-middle-income-countries
52. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2010 [cité 15 nov 2024];(2). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008009.pub2/full>
53. Guglielmin M, Muntaner C, O'Campo P, Shankardass K. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy*. mars 2018;122(3):284-92.
54. Kokkinen L, Freiler A, Muntaner C, Shankardass K. How and why do win-win strategies work in engaging policy-makers to implement Health in All Policies? A multiple-case study of six state- and national-level governments. *Health Res Policy Syst*. 21 déc 2019;17(1):102.

ANNEXE 1 – Membres du GT-PSdTP et contributeurs du rapport

Composition du Groupe de travail Prévention et Santé dans toutes les politiques

Le groupe de travail a participé aux auditions et aux études de cas, validé les outils de recueil, relu et endossé le rapport.

Pilote : Linda Cambon, membre du HCSP

Co-pilotes : Françoise Jabot, EHESP,
Jean Simos, Université de Genève

Membres du GT : Henri Bergeron (CNRS), Marc Bonnefoy (Cs-DSMNT), Marc Chanelière (Cs-3SP), Hélène Cléau (Cs-3SP), Cécilia Cordebar (Cs-SEJAP), Emily Darlington (Cs-DSMNT), Frédéric de Bels (INCa), Pascal Forcioli (Cs-3SP), Anne-Paule Duarte (Cs-3SP), Elodie Fauré (Cs-SEJAP), Chloé Hamant (Cs-SEJAP), Alexandre Hubert (Cs-SEJAP), Christine Lafeuille (Cs-RE), Pierre Levasseur (Cs-DSMNT), Laurent Madec (Cs-RE), Étienne Nouguez (CNRS), Marion Porcherie (Cs-DSMNT), Lucile Robert (CHU Bordeaux), Bruno Ventelou (Cs-MIME), Laurence Warin (Inserm)
Coordination scientifique pour le Secrétariat général du HCSP : Marie-France d'Acremont

Rapporteurs des études de cas

Les rapporteurs ont analysé et présenté les cas d'étude au GT.
Françoise Jabot, Laurent Madec, Henri Bergeron, Etienne Nouguez.

Analyse des retranscriptions d'auditions et études de cas

Françoise Jabot, Linda Cambon, Lucile Robert.

Auteurs du rapport

Les auteurs ont structuré et construit les différentes versions du rapport, le groupe de relecture et d'amendement a contribué à l'amendement de certaines parties.

Auteurs des différentes versions du rapport : Linda Cambon, Françoise Jabot

Groupe de relecture et d'amendement : Linda Cambon, Françoise Jabot, Jean Simos, Marion Porcherie, Etienne Nouguez.

Auteur de la grille d'analyse préalable d'impact : Françoise Jabot

Ces travaux ont été mis en discussion avec les représentants du HCAAM et de l'Irdes (Paul Dourgnon), notamment la grille d'analyse d'impact sur la santé des politiques publiques.

ANNEXE 2 – Liste des personnes auditionnées

Mme Martine Bantuelle - Directrice responsable d'un projet d'accompagnement des collectivités territoriales de la région de Bruxelles à la mise en place de la santé dans toutes les politiques dans le cadre le Plan Santé Bruxellois 2019-2025 (a1)

Mme Louise Saint Pierre - Conseiller scientifique Évaluation d'impact sur la santé chez Institut national de santé publique du Québec (a2)

Mme Nicole Valentine – Economiste et spécialiste de la santé publique au sein de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (a3)

Mme Maud Luherne – Directrice du Réseau des Villes-Santé Françaises de l'OMS (a4)

M. Nicolas Puisse - Président de la Mildeca (a5)

Mme Claudia Diaz – Chargée de projet IREPS Rhône Alpes, chargée de l'animation des CLS (a6)

Mme Nathalie Leformal - Directrice santé publique ARS Bretagne (a7)

Mme Bobet - Chargée de mission police

Mme Coline Ellouet - Chargée du projet LIMITS au sein de la ville de Lille (qui expérimente le dispositif depuis 2021)

M. Stéphane Geldolf (coordonnateur CLSPD à Lille (ex-coordonnateur à Loos à l'époque du projet LIMITS) (a8)

M. Guillaume Couillard : Directeur GHU Paris, ancien conseiller santé du premier ministre en chargé de l'animation du Comité interministériel pour la santé (CIS) (a9)

ANNEXE 3 – Version beta grille d'évaluation rapide d'impact sur la santé intégrant une approche co-bénéfices

Analyse préalable des impacts sur la santé de propositions d'interventions publiques

Analyse préalable des impacts sur la santé de propositions d'interventions publiques (version test)

Introduction

Le groupe SdTP du HCSP propose une analyse systématique de l'impact sur la santé de politiques, programmes, projets ou mesures réglementaires.

L'analyse proposée ici s'inspire de la démarche EIS considérée comme une voie efficace pour mettre en œuvre l'approche de Santé dans toutes les politiques. Toutefois, en ligne avec les recommandations de l'OMS (WHO, 2023), cette analyse intègre une identification des bénéfices partagés entre les politiques considérées et la politique de santé (approche co-bénéfices), indispensable à une collaboration intersectorielle nécessaire à une approche de la Santé *pour* toutes les politiques (WHO, 2023). En effet, si on met en œuvre les recommandations formulées à l'issue de l'EIS, recommandations visant à limiter les impacts négatifs ou renforcer les impacts positifs sur la santé, on obtiendra des bénéfices pour d'autres politiques.

Rappel sur l'EIS

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une démarche qui vise à identifier les conséquences potentielles de politiques publiques sur la santé au moment de leur élaboration et à proposer des solutions alternatives ou des mesures correctrices. La méthode consiste à explorer une proposition (politique, programme, projet, action) au prisme de tous les déterminants de la santé (sociaux, environnementaux, économiques, individuels) et de sa capacité à restaurer de l'équité entre les groupes sociaux.

Elle repose sur une démarche séquentielle en plusieurs étapes adoptée par la communauté internationale. La première étape a pour objectif de juger de la pertinence et de l'utilité de la mise en œuvre ou non d'une EIS en identifiant si le projet est susceptible d'affecter de manière significative la santé et le bien-être d'un ou plusieurs groupes de population et s'il est possible de le faire évoluer. Si le principe de réalisation d'une EIS est acquis, la deuxième étape est centrée sur la préparation du travail, à savoir la délimitation du cadre de l'EIS (périmètre géographique, temporel, déterminants de la santé à investiguer) et la planification de sa mise en œuvre (gouvernance, ressources nécessaires, calendrier). La troisième étape constitue le cœur de l'EIS puisqu'elle consiste à estimer et caractériser les impacts potentiels (positifs et négatifs) du projet et leur distribution au sein de la population identifiée lors de l'étape de cadrage, synthétiser les résultats et faire une analyse globale du projet prenant en compte les interactions entre les impacts. La quatrième étape s'emploie à organiser les conclusions, formuler des recommandations, restituer les résultats et communiquer avec les décideurs et l'ensemble des parties prenantes. La cinquième étape porte sur le suivi de la mise en œuvre des recommandations. Enfin, la sixième étape analyse les conditions de réalisation de l'EIS (évaluation de processus), sa qualité et en apprécie les retombées sur la décision, les représentations et pratiques (évaluation de l'efficacité et de la plus-value).

Ainsi, la première étape est décisive quant au choix d'engager ou non un travail approfondi sur la politique ou le projet compte tenu de la première estimation des impacts réalisée, de l'étendue supposée de la population affectée et des types de population concernés (groupes particulièrement vulnérables et multi-exposés à des risques).

Le travail systématiquement engagé sur les politiques ou autres propositions⁷ consisterait à réaliser cette étape d'analyse préalable de l'EIS afin de décider si un travail plus conséquent doit être engagé ou dans le cas contraire, de formuler des préconisations pour améliorer cette proposition, puis de le compléter par une identification des co-bénéfices potentiels si les préconisations étaient mises en œuvre.

Conditions nécessaires à la réalisation de l'analyse

- Équipe pluridisciplinaire avec, au moins, une double expertise, expertise du sujet concerné par la proposition et en santé publique
- Réalisation d'une revue de littérature sur les liens entre le sujet concerné par la proposition et la santé
- Mobilisation de sources et types de données diversifiés (données probantes, points de vue de parties prenantes, avis d'experts...)

La grille d'analyse ci-dessous comporte 3 parties : (1) analyse des enjeux de la proposition/politique concernée ; (2) estimation des impacts potentiels sur la santé et des groupes de population potentiellement affectés, appréciation de la pertinence et de la faisabilité d'une étude plus approfondie ; (3) estimation des bénéfices apportés à la politique concernée et éventuellement d'autres politiques du fait de l'amélioration de la santé.

⁷ Le terme proposition est un terme générique utilisé pour évoquer une politique, un programme, un projet, un dispositif, une loi ou une mesure réglementaire

PARTIE 1 – Examen de la proposition et de son contexte

Le terme proposition est un terme générique qui peut évoquer une politique, un programme, un projet, un dispositif, une loi ou une mesure réglementaire.

Examen rapide de la proposition	
Quel est le type de proposition examinée ?	<ul style="list-style-type: none"> politique programme projet (p. ex. projet d'aménagement) mesure réglementaire autre Précisez -----
Quel est le but général de la proposition examinée ?	
Quels sont les objectifs de la proposition examinée et ses résultats attendus ?	
Quels sont les changements engendrés par la proposition ?	
La proposition risque-t-elle d'être un sujet de dissensus entre plusieurs acteurs ou secteurs ?	<ul style="list-style-type: none"> Non - Pour quelle(s) raison(s) ? Oui - Pour quelle(s) raison(s) ?
La mise en œuvre de la proposition nécessite-t-elle un séquençage en plusieurs phases ?	<ul style="list-style-type: none"> Non Oui - Précisez le nombre de phases et leur durée approximative
Quelle est la durée estimée nécessaire à l'apparition des résultats souhaités ?	<ul style="list-style-type: none"> courte (< 1 an) moyenne (1 – 5 ans) longue (> 5 ans)
Existe-t-il d'autres éléments (étude prospective, consultations de la population, etc...) à prendre en considération ?	

PARTIE 2 – Estimation des impacts et des populations affectées

Le tableau ci-dessous plusieurs colonnes.

La **1^{ère} colonne** dresse la liste de déterminants de la santé susceptibles d'être affectés par la proposition considérée, ces derniers étant classés selon les grandes catégories de déterminants (conditions de vie, environnement de vie physique, social et économique, perceptions, attitudes et comportements individuels). Il n'y a pas de hiérarchie entre ces déterminants dans la mesure où la méthode s'appuie sur une approche holistique de la santé, à savoir un regard global sur tous les facteurs qui influencent la santé, ainsi que la prise en compte d'effets antagonistes ou synergiques et d'interactions possibles entre eux.

La **2^{ème} colonne** recense les impacts potentiels sur la santé : (+) si positifs, (-) si négatifs ou (0) si la proposition n'est pas susceptible de produire des impacts ou si ces derniers ne sont pas significatifs.

La 3^{ème} colonne concerne les groupes sociaux susceptibles d'être affectés par les impacts avec une attention particulière pour les groupes les plus vulnérables ou défavorisés. Il conviendra d'être vigilant sur les inégalités possibles générées par la proposition, avec par exemple des impacts positifs sur des groupes plus favorisés et/ou des impacts négatifs seulement pour des groupes défavorisés.

La 4^{ème} colonne détaille les arguments de l'analyse pour lister les impacts et les groupes affectés en citant les sources de données sur lesquelles il s'appuie.

La 5^{ème} colonne est destinée à consigner les remarques de l'analyste susceptibles d'éclairer le jugement.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	Impact (-) (+) (0)	Groupes affectés (notamment les plus vulnérables)	Arguments (sources de données)	Commentaires
Conditions de vie des personnes				
Revenus				
Logement (accès, sécurité, qualité)				
Sécurité alimentaire				
Sécurité énergétique				
Travail (accès, sécurité, conditions)				
Accès aux loisirs				
Autre...				
Environnement de vie				
Espaces publics (qualité, accès, sécurité, esthétique, ambiance sonore)				
Espaces verts (présence, qualité, accès)				
Continuité/enclavement des espaces				
Densité populationnelle				
Mobilité et déplacement				
Services publics (éducation, transports, loisirs, santé, sécurité...) Préciser :				
Gamme de services de proximité (commerces, infrastructures...) Préciser :				
Environnement physique				
Air				
Eau				
Sols				
Déchets				
Espaces naturels				
Biodiversité				
Radiations ionisantes et non ionisantes				
Autre...				
Environnement socio-familial				
Relations intrafamiliales (conjugales, parents-enfants etc.) et soutien familial				
Lien social (caractéristiques ou mécanismes qui permettent de relier les individus entre eux et à une collectivité)				
Soutien social (soutien émotionnel et pratique)				
Réseaux d'entraide et de solidarité				
Mixité sociale				
Mixité générationnelle				
Cohésion sociale (partage de valeurs, sentiment d'appartenance)				

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	Impact (-) (+) (0)	Groupes affectés (notamment les plus vulnérables)	Arguments (sources de données)	Commentaires
commune, relations de confiance, attachement au lieu de vie...)				
Vie collective locale				
Autre...				
Perceptions et attitudes				
Développement cognitif				
Niveau d'éducation				
Littératie, notamment en santé				
Confiance en soi et estime de soi				
Autonomie				
Sentiment de contrôle				
Sentiment de sécurité				
Compétences sociales et parentales				
Sentiment de discrimination (genre, origine...)				
Sentiment d'intégration/d'exclusion				
Comportement				
Activité physique				
Alimentation				
Consommation de tabac				
Consommation d'alcool				
Consommation de produits illicites				
Activités récréatives (sportives, culturelles, collectives/individuelles)				
Relation aux écrans (jeux vidéo et internet)				
Prise de risque				
Autre...				
Environnement socioéconomique				
Logement				
Emploi				
Social (égalité de genre, égalité sociale, revenus minima, non- discrimination, inclusion...)				
Culture				
Agriculture				
Économie				
Aménagement du territoire				
Transports				
Échanges extérieurs (échanges commerciaux, politique migratoire...)				
Autre...				

SYNTHESE

Estimation des impacts	Non	Oui	Commentaires
Est-ce que la proposition est susceptible d'avoir des effets directs sur la santé ?			Préciser
Est-ce que la proposition est susceptible d'avoir des effets indirects sur la santé ?			Préciser
Est-ce que la probabilité de survenue des effets de la proposition semble élevée ?			
Est-ce que la proposition est susceptible d'avoir des effets suffisamment importants pour justifier une étude plus approfondie ?			
Est-ce que la proposition est susceptible d'avoir des effets affectant une proportion importante de la population ou de sous-groupes de population ?			
Est-ce que la proposition est susceptible d'affecter inégalement des groupes de population (effets négatifs pour les plus défavorisés, effets positifs pour les plus favorisés) ?			
Est-ce que la proposition est susceptible d'affecter les groupes les plus vulnérables ?			Lesquels

PARTIE 3 – Examen des co-bénéfices et externalités négatives des mesures correctrices envisagées

Dans quelle mesure les recommandations de la proposition examinée peuvent améliorer ou aggraver les problématiques suivantes ?

	Impacts positifs potentiels	Impacts négatifs potentiels
L'éducation Ex : absentéisme, apprentissages, résultats scolaires, pratiques des enseignants...		
L'emploi Ex : création d'emploi avec la construction/extension d'un hôpital		
Le travail Ex : absentéisme, arrêts de travail, turn-over, performance, climat de travail...		
L'agriculture Ex : pratiques plus favorables aux écosystèmes, à la lutte contre le changement climatique, à la préservation des sols...		
La culture Ex : sentiment d'appartenance à la même communauté, lutte contre les discriminations, ...		
L'économie Ex : développement économique d'une zone urbaine ou en milieu rural, amélioration de la santé des travailleurs d'un secteur, ...		
L'environnement Ex : réchauffement climatique par réduction des gaz à effet de serre (établissement de santé écoresponsable / utilisation des énergies renouvelables, réduction de la consommation d'eau...)		
La pauvreté, la précarité sociale Ex : modification de la couverture sociale,		
La vie sociale Ex : participation à la vie citoyenne...		
L'urbanisme Ex : installation d'un hôpital dans un quartier défavorisé, aménagement urbain pour desservir l'hôpital (voies cyclables, transport en commun, ...) ou à proximité (espaces verts, commerces et services...)		
Les politiques locales Ex : projets locaux de santé, projets alimentaires territoriaux, ...		

Les co-bénéfices identifiés peuvent-ils être visibilisés/mis en valeur ?	
Les co-bénéfices identifiés peuvent-ils être tracés ?	
Quels seraient les coûts bénéfiques ?	
Quels seraient les obstacles à une action intersectorielle ?	
Quelles sont les opportunités à saisir pour développer une action intersectorielle ?	
Les externalités négatives peuvent-elles être compensées et/ou réduites ?	

Résumé

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a un rôle-clé dans l'orientation des politiques de santé publique en France. Sa mission inclut l'analyse des déterminants de santé et la proposition d'actions transversales. Il est d'autant plus apte à l'assurer qu'il peut s'appuyer sur des données probantes pour évaluer l'impact des déterminants et identifier les leviers d'action. Son indépendance et l'expertise reconnue de ses membres garantissent la crédibilité de ses recommandations. Il peut proposer des stratégies concertées pour construire des politiques cohérentes et conformes à une vision de santé globale, en insistant sur les bénéfices à moyen et long terme d'une réduction des inégalités de santé.

Dans cette perspective, le HCSP s'est doté, lors du renouvellement de sa mandature, d'un groupe de travail transversal aux différentes commissions spécialisées nommé « Prévention et santé dans toutes les politiques ». Ce rapport, issu des travaux qu'il a mené, présente les constats, réflexions et propositions de ce groupe de travail pour intégrer dans l'agenda français un changement de logique, basée sur les concepts de santé dans toutes les politiques (SdTP) et de prévention primordiale, et se donner les moyens de politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie. Il appelle à un changement de paradigme profond dans les politiques publiques françaises, en mettant la priorité sur les déterminants sociaux de la santé (DSS) et la réduction des ISTS, partant du constat qu'il est devenu nécessaire, plus soutenable et plus juste, de considérer la santé comme co-produite par l'ensemble des politiques publiques, et source de développement social et économique, que de poursuivre une fabrique des politiques publiques en silos, voire en compétition.

Sur la base d'analyses documentaires, d'auditions d'acteurs-clé nationaux et étrangers et d'études de cas approfondies d'initiatives intersectorielles françaises, le HCSP a pu clarifier les obstacles et leviers de la mise en cohérence des politiques publiques de manière favorable à la qualité de vie et au bien-être et fait des propositions pour favoriser cette démarche.

Mettre en œuvre en contexte français des politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie

Pistes pour une prévention primordiale des fardeaux de santé