

# Construire des politiques locales équitables pour résister aux vagues de chaleur

**Léane Kuntz,**  
stagiaire Sciences Po Toulouse,  
**Cécile Durand,**  
épidémiologiste,  
**Franck Golliot,**  
adjoint au délégué régional,  
Santé publique France Occitanie,  
**Cyrille Delpierre,**  
épidémiologiste, directeur de recherche,  
Institut national de la santé  
et de la recherche médicale (Inserm),  
**Stéphanie Vamentoren,**  
médecin épidémiologiste,  
coordinatrice du programme Inégalités  
sociales et territoriales de santé,  
Santé publique France.

Dans un contexte de changement climatique et d'augmentation de la fréquence et de l'intensité des vagues de chaleur, les enjeux de santé publique – principalement la surmortalité – se posent avec une urgence accrue, nécessitant une réponse locale adaptée aux personnes vulnérables sur le plan physiologique (âge, pathologies sous-jacentes) ou sur le plan social. En effet, du fait de facteurs sociaux défavorables à la santé (revenus, conditions de travail, logement, etc.), certains individus ne disposent que d'un accès limité aux ressources nécessaires pour se prémunir contre la chaleur et ses risques sanitaires. Il est donc essentiel de tenir compte de ces inégalités sociales de santé – écarts évitables et socialement construits – présentes sur un territoire et qui amplifient la vulnérabilité aux conséquences sanitaires des populations exposées aux vagues de chaleur.

L'enjeu est particulièrement crucial dans la région Occitanie, qui présente

une diversité territoriale et sociale : littoral très urbanisé, métropoles de Toulouse et de Montpellier, territoires périurbains en expansion et espaces ruraux plus isolés. Trois de ses départements figurent parmi les dix plus pauvres de France ; pour les Pyrénées-Orientales, cette fragilité se double d'une mortalité attribuable à la chaleur la plus forte de la région en 2024 [1], reflétant l'importance d'un accès égal aux ressources matérielles et immatérielle (éducation, capital social, réseaux d'information, etc.) nécessaires pour y faire face.

Les vagues de chaleur mettent ainsi en lumière le rôle des déterminants sociaux de la santé, définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme les « *circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* [2] ».

## Des facteurs systémiques importants

Aussi, afin de réduire avec équité les impacts des vagues de chaleur sur la santé des populations, il est nécessaire d'explorer comment mieux intégrer les déterminants sociaux de santé dans les politiques locales. Est particulièrement étudiée ici la possibilité d'inscrire concrètement la prise en compte de ces déterminants au cœur des stratégies locales de prévention et d'adaptation aux vagues de chaleur, dans une démarche concertée, mobilisant des acteurs issus de secteurs variés sous une gouvernance efficace.

Cet article s'appuie sur une revue de la littérature portant sur les politiques actuelles de préparation et de gestion des épisodes de chaleur en France et

## L'ESSENTIEL

▪

► **Le changement climatique, marqué par des périodes de chaleur plus intenses et plus fréquentes dans l'Hexagone, accentue la fragilité de certaines catégories de population, qui disposent de moins de ressources pour s'en protéger. C'est par une approche structurelle, agissant sur les déterminants sociaux de la santé dans les politiques publiques locales (logement, urbanisme, éducation), que les inégalités sociales face aux risques sanitaires en lien avec l'exposition aux vagues de chaleur pourront reculer. Un travail mené par Santé publique France en Occitanie montre les pistes d'action possibles, tout en identifiant des freins persistants.**

en Occitanie, en période normale et de vigilance, ainsi que sur les projets existants de prévention des risques. Il tire également les enseignements de sept entretiens semi-directifs menés entre mai et juillet 2024 par Santé publique France auprès de collectivités territoriales, agences sanitaires, urbanistes et associations en Occitanie : ces échanges ont permis de documenter les pratiques, freins et leviers identifiés par les acteurs de terrain.

Les inégalités des effets de la chaleur proviennent d'une répartition inéquitable des déterminants sociaux de santé, conditionnés par des facteurs systémiques et résultant d'un contexte politique, social et économique particulier [3]. Cela justifie la nécessité

d'intervenir à un niveau structurel, en complément de mesures individuelles. La vulnérabilité à la chaleur n'est pas homogène dans un territoire ou dans un groupe social, et elle s'analyse selon le niveau d'exposition d'un individu à la chaleur (intensité, fréquence, durée), sa sensibilité (âge, maladie chronique, précarité sociale) et sa capacité d'adaptation (ressources matérielles et sociales, connaissances) [4]. Dans les dispositifs de prévention, il est essentiel d'élargir la notion de vulnérabilité à l'ensemble du gradient social de santé<sup>1</sup> afin d'ajuster les interventions aux différents degrés de désavantage social, au regard des déterminants sociaux de santé (niveau d'éducation, profession, logement, isolement social, conditions de vie et de travail) et des caractéristiques sociodémographiques (genre, organisation familiale).

## De multiples effets sociaux en jeu

Les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle prépondérant dans la vulnérabilité à la chaleur, et en particulier la *position socioéconomique*<sup>2</sup> qu'occupe un individu. Les ménages à revenus modestes sont davantage exposés à la précarité énergétique d'été dans des logements mal isolés, sans dispositif adapté pour rafraîchir les espaces, et souvent situés en îlots de chaleur. Cette précarité, notamment associée au *grand âge*, accroît les risques sanitaires associés aux fortes chaleurs (malaises, déshydratation, aggravation de maladies chroniques). Les ouvriers sont davantage exposés que les cadres aux *expositions professionnelles* à un environnement physique agressif comme la chaleur, le manque d'accès à la climatisation,

ainsi que l'impossibilité d'aménager les horaires ou les conditions de travail ; elles constituent un autre déterminant de vulnérabilité. L'*isolement social*, aggravé par la précarité économique, constitue également un facteur majeur de vulnérabilité. Ce constat est plus prononcé dans les territoires ruraux isolés et les quartiers défavorisés, où les réseaux de solidarité sont moins développés ou plus difficiles à mobiliser en urgence, selon le rapport *Solitudes 2022* de la Fondation de France.

Les *inégalités de genre* et la condition des familles monoparentales – majoritairement composées d'une mère seule, et davantage sujettes à une précarité économique – accentuent la sensibilité aux épisodes de chaleur. Les *femmes*, par un cumul de facteurs sociaux, économiques et culturels sont aussi plus exposées aux risques liés à la chaleur (surreprésentation dans les métiers du *care*<sup>3</sup> peu flexibles, charge domestique durant les pics thermiques, isolement plus fréquent à un âge avancé). Enfin, l'*enfance* représente une période sensible, les enfants étant dépendants des comportements de protection adoptés par les adultes encadrants, qui disposent de niveaux de *littératie en santé*<sup>4</sup> variables.

Les solutions à apporter pour limiter l'impact sanitaire des vagues de chaleur ne relèvent donc pas essentiellement du système de santé et d'accès aux soins et doivent être pensées au regard de ces facteurs.

## Une réponse politique concertée et multisectorielle

Réduire les inégalités de santé liées aux vagues de chaleur implique d'inscrire les déterminants sociaux de santé au cœur des politiques susceptibles d'influer sur ce risque. L'approche « Santé dans toutes les politiques<sup>5</sup> », particulièrement adaptée à ce sujet, préconise en ce sens une prise en compte systématique des enjeux de santé dans l'ensemble des politiques locales.

Un large choix de politiques peut et doit être mobilisé. En urbanisme, la démarche « Urbanisme favorable à la santé » incite, dès la phase de diagnostic, à repérer les populations les plus exposées afin que de nouveaux projets contribuent à la réduction des inégalités existantes. Les politiques éducatives offrent elles aussi un vecteur

## LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ, UN APPUI POUR L'ACTION TRANSVERSALE

Le contrat local de santé (CLS) offre un cadre opérationnel pour intégrer les déterminants sociaux de santé dans une démarche multisectorielle. Conclu entre une collectivité territoriale, l'agence régionale de santé (ARS) et divers partenaires, il décline à l'échelle locale les orientations du plan régional de santé et repose sur une démarche participative associant les habitants. Un coordinateur entre la collectivité et l'ARS favorise la transversalité, mobilise l'écosystème d'acteurs [1] et assure la circulation des connaissances et des besoins. À l'issue d'un diagnostic territorial, des groupes de travail (élus, agences, associations, établissements de soins et chercheurs) élaborent des actions à mener sur cinq ans. Pour mieux prendre en compte les déterminants sociaux de santé, le CLS peut par exemple :

- s'appuyer sur un diagnostic croisé chaleur/défaveur sociale (*French Deprivation Index* (FDep<sup>1</sup>), hotspots de vulnérabilité à la chaleur<sup>2</sup>) ;

- utiliser une grille pour appréhender l'impact social des actions ;
- inclure systématiquement des indicateurs sociaux dans la planification et dans l'évaluation des projets et politiques ;
- former des collectivités aux inégalités de santé et au travail intersectoriel ;
- ouvrir les groupes de travail à des représentants d'habitants exposés.

Le CLS favorise la mobilisation d'acteurs pluridisciplinaires et le partage de connaissances au sein d'une collectivité territoriale. Sa pertinence et son efficacité exigent l'implication de l'ensemble des directions de la collectivité territoriale et un portage politique fort.

1. Indicateur géographique adapté aux études de santé en France, portant sur cumul de désavantages matériels et sociaux.  
2. Cartographie de zones prioritaires d'intervention en raison d'une vulnérabilité accrue à la chaleur.

## RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] *Contrat local de santé (CLS). 20 actions pour répondre à vos besoins de santé – 2024-2029.* Labège : Communauté d'agglomération du sud-est toulousain Sicoval. 2024 : 24 p. En ligne : [https://www.sicoval.fr/app/uploads/2024/04/CLS\\_Synthese-plan-daction\\_A5\\_2024\\_OK.pdf](https://www.sicoval.fr/app/uploads/2024/04/CLS_Synthese-plan-daction_A5_2024_OK.pdf)

d'égalisation : l'école, obligatoire et accessible à tous et à toutes, peut diffuser les bons réflexes de prévention. Cette logique se prolonge dans les politiques des quartiers prioritaires de la ville (QPV), où la connaissance fine du terrain et le tissu associatif local facilitent l'identification des vulnérabilités et la co-construction d'actions. Les politiques de solidarité, enfin, restent essentielles pour atteindre les publics les plus vulnérables : personnes sans abri, isolées, en situation de handicap, familles monoparentales.

Ces politiques gagneraient à s'appuyer sur une cartographie fine du risque : il faudrait, à l'échelle du quartier, croiser les déterminants pertinents (précarité, isolement, logement, etc.) avec des indicateurs météorologiques et environnementaux, afin de hiérarchiser les zones d'interventions. Comme les projets de végétalisation de quartiers défavorisés, cette logique s'ancre dans un universalisme proportionné [6], modulant l'intensité des actions et des moyens déployés en fonction du désavantage social, afin de couvrir le gradient social de santé.

## Constat de difficultés persistantes

Plusieurs freins subsistent toutefois à l'intégration effective des déterminants sociaux de santé dans les politiques locales de prévention des effets provoqués par les vagues de chaleur. Sont identifiés notamment le cloisonnement des services d'une collectivité territoriale, le manque de ressources humaines et financières dédiées à la coordination multisectorielle, ainsi que la faible disponibilité d'indicateurs communs sur un territoire d'intervention. Ces éléments permettraient de partager entre acteurs un diagnostic croisant vulnérabilité sociale et indicateurs sanitaires liés à la chaleur. La culture institutionnelle est encore très sectorisée, limitant la capacité des collectivités à penser des politiques publiques systématiquement transversales.

Cette problématique du partage de connaissances a été soulevée lors d'un entretien mené dans une mairie de la région Occitanie concernant les qualifications, missions et initiatives de chacun des agents de la collectivité et de son écosystème sur le sujet des

vagues de chaleur. L'outil *Évaluation d'impact sur la santé* est rarement utilisé lors de la planification d'un projet et il n'intègre pas systématiquement les déterminants sociaux. Les processus participatifs impliquant les habitants pour identifier les besoins réels et adapter les politiques restent eux aussi sous-exploités ; ils ne dépassent que rarement l'information ou la consultation, négligeant la co-construction des interventions et la participation des populations concernées, en particulier les plus vulnérables socialement. L'implication active des citoyens est pourtant un levier essentiel pour comprendre les enjeux locaux et ainsi renforcer l'ancrage et l'efficacité des politiques locales multisectorielles.

La mise en place de politiques d'adaptation à la chaleur, destinées à réduire les effets sur la santé de la population, nécessite d'intégrer les déterminants sociaux de santé à l'ensemble des politiques locales. En amont, un diagnostic territorial doit donc mobiliser plusieurs regards. La complémentarité de disciplines comme la sociologie, l'épidémiologie ou les sciences politiques permet de passer d'une analyse strictement sanitaire à une réflexion sur les causes structurelles de la vulnérabilité sociale. Cette approche invite à interroger

la responsabilité collective dans la production d'inégalités de santé et plus largement d'injustices sociales, au regard de choix politiques et sociaux. Ainsi, la pluridisciplinarité est une condition pour mettre en place des interventions pouvant améliorer durablement la santé des populations face aux risques climatiques. C'est dans cette perspective que les contrats locaux de santé (CLS), outil transversal et fondé sur une démarche participative, représentent un levier pertinent pour agir (voir encadré). ■

1. Les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité ou de morbidité plus élevé que celui de la classe immédiatement supérieure [5].
2. Les termes en italique désignent les déterminants sociaux (NDLR).
3. Ce terme regroupe diverses notions : entraide, bienveillance, soin sanitaire et social et attention portée aux individus précaires (NDLR).
4. Motivation et compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé (NDLR).
5. Concept apparu en 2006 sous l'impulsion de la présidence finlandaise de l'Union européenne.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Santé publique France. *Bulletin régional « Chaleur et santé » : Bilan de l'été 2024 – Occitanie*. Mars 2025. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/occitanie/documents/bulletin-regionale/2025/chaleur-et-sante-en-occitanie.-bilan-de-l-ete-2024>
- [2] *Social determinants of health*. Organisation mondiale de la santé (OMS), Who.int, onglets Maison / Thèmes de santé / Déterminants sociaux de la santé. En ligne : <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
- [3] Aiach P., Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La Revue du praticien*, décembre 2004, n° 54 : p. 2221-2227. En ligne : [https://inegalites.fr/IMG/pdf/rdp20-aiach\\_-2221-7.pdf](https://inegalites.fr/IMG/pdf/rdp20-aiach_-2221-7.pdf)
- [4] Gorza M., Eilstein D. Outils élaborés dans la cadre du programme « Inégalités sociales de santé ». 2013-2015 : Fiches « Variables socioéconomiques », fiches « Indices de désavantage social », éléments de compréhension de la notion de vulnérabilité en santé publique. Santé publique France, coll. Méthodes, 2018 : 108 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/outils-elabores-dans-la-cadre-du-programme-inegalites-sociales-de-sante-2013-2015-fiches-variables-socioeconomiques-fiches-indices-de>
- [5] Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêt d'une approche locale et transversale. Ministère de la Santé, Inpes, ESPT, RSVF, 2016 : 12 p. En ligne : [https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Brochure\\_CLS.pdf](https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Brochure_CLS.pdf)
- [6] Marmot M., Allen J., Goldblatt P., Boyce T., McNeish D., Grady M. et al. *Fair society, healthy lives*. Londres: The Marmot Review. Institute of Health Equity, 2010 : 242 p. En ligne : <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>