

Conférence nationale de santé

Avis relatif au projet de « Plan national santé environnement 2 (2009-2013) »

(adopté lors de la réunion plénière du 12.03.09)

Au terme des dispositions de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la Conférence nationale de santé « formule des avis et des propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre ».

C'est dans le cadre de ces attributions que le Directeur général de la santé a demandé à la Conférence nationale de santé, par lettre en date du 17 décembre 2008, de lui donner son avis sur :

- les objectifs prioritaires du futur plan,
- les méthodes de construction et la gouvernance de ce même futur plan.

Cette consultation a lieu, sur la base d'un premier projet de propositions pour le Plan national Santé Environnement 2 2009-2013 (version du 17.10.08), alors que la liste des actions n'est pas encore arrêtée et que les priorités ne sont pas établies, à un stade où le projet de plan est encore susceptible d'évoluer.

C'est dans ces conditions que la Conférence nationale de santé a adopté, le 12 mars 2009, l'avis dont la teneur suit.

I. La méthode de l'avis

Dans des contraintes temporelles, la Conférence nationale de santé s'est appuyée sur une bibliographie étendue, le bilan du plan national santé environnement 2004-2008, les travaux du Grenelle de l'Environnement en tant qu'ils ont évoqué les sujets sur lesquels la Conférence nationale de santé est amenée à se prononcer.

La Conférence nationale de santé a mis en place un groupe de travail qui a auditionné les services concernés au sein de la Direction générale de la santé. De nombreux travaux étant intervenus pour la préparation du plan national santé environnement 2, travaux de qualité adossés à des avis de différentes instances et des régions, et compte tenu du délai imparti à la Conférence nationale de santé, le bureau de la Conférence nationale de santé et le groupe de travail *ad hoc* n'ont pas souhaité conduire de nouvelles auditions.

Trois séances de travail ont été consacrées au traitement des questions soulevées par la lettre du Directeur général de la santé avant que le bureau de la Conférence nationale de santé ne le transmette à la formation plénière.

II. Le premier plan national santé environnement offre un bilan positif tant du point de vue de la mise en œuvre des actions projetées que de l'impact décelé

11. Le P.N.S.E. 1 a constitué un acte volontariste dans un contexte de préoccupations mal relevées

Constatant que les impacts de l'environnement sur notre santé étaient manifestes et que certains indicateurs pouvaient être perçus comme autant de signaux d'alarme, les pouvoirs publics ont décidé de mettre en œuvre un premier plan national santé environnement qui a couru sur la période 2004-2008.

Ce plan avait pour objectif de rendre l'environnement de nos concitoyens plus respectueux de leur santé en limitant les polluants et les risques qu'il véhicule dans une perspective de développement durable. Il s'agissait alors de prendre en compte l'ensemble des polluants et des milieux de vie.

La démarche française s'est inscrite dans un contexte européen et international marqué par une mobilisation grandissante, dont la 4^{ème} conférence ministérielle sur l'environnement et la santé organisée à l'initiative de la région O.M.S.-Europe à Budapest du 23 au 25 juin 2004, ainsi que la stratégie européenne en matière d'environnement et de santé de juin 2003 (S.C.A.L.E.) et le plan d'action européen (2004-2010) en faveur de l'environnement et de la santé ont été les emblèmes.

La construction du P.N.S.E. 1 s'est appuyée sur le rapport¹ d'une « commission d'orientation » composée d'experts, ainsi que sur les observations formulées au cours du processus de consultation d'instances consultatives spécialisées et de la société civile.

Le P.N.S.E. 1 avait choisi de définir les actions qui structureraient l'action du gouvernement au cours des cinq années à venir étant entendu, dès le départ, que d'autres plans allaient suivre. Convenu également dès l'origine, un bilan à mi-parcours devait être réalisé en vue de mesurer les progrès accomplis et de décider des éventuelles améliorations à apporter.

Trois objectifs majeurs ont été retenus dans le P.N.S.E. 1 :

- garantir un air et une eau de bonne qualité,
- prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers,
- mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants et femmes enceintes).

En regard de ces trois objectifs, quarante-cinq actions étaient identifiées² dont douze étaient élevées au rang d'actions prioritaires :

- la réduction de l'incidence de la légionellose,
- la réduction des émissions de particules diesel par les sources mobiles,
- la réduction des émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle,
- l'amélioration de la qualité de l'eau potable en préservant les captages des pollutions ponctuelles et diffuses,
- la meilleure connaissance des déterminants de la qualité de l'air intérieur et le renforcement de la réglementation,
- la mise en place d'un étiquetage des caractéristiques sanitaires et environnementales des matériaux de construction,
- le renforcement des capacités d'évaluation des risques sanitaires liés aux substances chimiques,
- la réduction des expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques,
- l'amélioration de la prévention du saturnisme infantile, le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués,
- la réalisation d'une étude épidémiologique enfants en lien avec l'étude américaine (National Children Study),
- le soutien à la recherche sur des thèmes stratégiques,
- la facilitation de l'accès à l'information en santé-environnement et du débat public.

¹ Plan national santé environnement - rapport final de la commission d'orientation – 12 février 2004 : http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/401675919251500451065791801941/rapport_final_commission_pnse.pdf
Composition de la commission d'orientation, voir page [4]

² Voir la liste intégrale de ces actions en annexe 1.

12. L'évaluation à mi-parcours dégage un bilan plutôt positif

Par lettre en date du 27 avril 2006, les professeurs Isabelle Momas et Jean-François Caillard, ont été chargés par les ministres de la santé et de la solidarité, de l'écologie et du développement durable, de l'emploi, du travail et de l'insertion des jeunes, et de l'enseignement supérieur et de la recherche, de procéder à l'évaluation du P.N.S.E. 1 en s'attachant notamment aux questions suivantes :

- les grands objectifs visés par le P.N.S.E. sont-ils pertinents et à la hauteur des enjeux exprimés dans le rapport de la Commission d'orientation ?,
- les actions inscrites dans le P.N.S.E. sont-elles de nature à contribuer à la réalisation des objectifs fixés ?,
- dans quelle mesure leur mise en œuvre est-elle effective ?,
- à partir de quelques exemples, apprécier ce que l'on peut déjà percevoir de l'impact du P.N.S.E. sur les politiques publiques en matière de réduction des risques sanitaires environnementaux.

Les professeurs Isabelle Momas et Jean-François Caillard ont présidé un Comité d'évaluation qui a remis, en juillet 2007, son rapport d'évaluation et a apporté les réponses suivantes :

121. Sur la pertinence du P.N.S.E. 1

Le Comité d'évaluation a estimé que ce plan était fidèle aux recommandations de la Commission d'orientation bien que certaines actions recommandées ne figuraient pas au plan avec le niveau d'intensité souhaité par la commission (risques liés à l'amiante, aux rayonnements, au bruit, aux produits phytopharmaceutiques, aux pollutions atmosphériques dues aux transports, d'une part ; et questions liées à la formation, à l'expertise et aux systèmes d'information, d'autre part).

Le Comité d'évaluation a estimé que l'établissement de priorités par les pouvoirs publics corrigeait à bon escient la tendance à l'exhaustivité des propositions de la Commission d'orientation en permettant une meilleure prise en compte des objectifs par les quatre départements ministériels en charge du plan.

Le Comité d'évaluation relève que la connaissance en santé-environnement a progressé sous l'influence du P.N.S.E. 1.

Il attire toutefois l'attention sur la nécessité de hiérarchiser plus encore les priorités et de rendre plus performante l'évaluation des P.N.S.E. suivants dans le domaine des indicateurs synthétiques et la structuration du processus d'expertise socio-économique.

122. Sur la cohérence du P.N.S.E. 1

Le Comité d'évaluation critique la cohérence interne du P.N.S.E. 1 dont il estime que l'arborescence complexe affecte la lisibilité et dissimule mal un assemblage d'actions et de sous-actions caractérisées par leur grande disparité.

S'agissant de la cohérence externe, le Comité d'évaluation estime en revanche qu'il est en phase avec le contexte international notamment dans trois domaines : l'attention portée à la santé des enfants, l'importance accordée à l'amélioration de la maîtrise des risques liés aux substances chimiques, l'intensité de l'effort consacré à l'amélioration des connaissances, à l'information et à la communication vers le public.

Cependant, alors même que le P.N.S.E. français se distingue de ses homologues étrangers par une approche englobante intégrant la santé au travail et les risques professionnels ainsi qu'une déclinaison en région, le Comité d'évaluation regrette :

- que la mobilisation des acteurs hors administration soit restée faible,
- et que l'insertion et/ou la coordination au sein des plans régionaux de santé publique, voire avec les plans régionaux de santé, ait été malaisée notamment parce que ces derniers plans correspondent à des logiques différentes ou sont portés par des acteurs différents.

123. Sur la mise en œuvre du P.N.S.E. 1

Le Comité d'évaluation estime que le pilotage, résolument interministériel par un comité de pilotage restreint auquel participaient les ministères porteurs et les agences, et un comité de pilotage élargi associant les autres ministères concernés, ainsi que les organismes publics impliqués, a privilégié la recherche du consensus, de sorte que le comité de pilotage a été plutôt un lieu d'échanges que de pilotage réel du P.N.S.E. 1.

Cependant, le bilan de l'avancement du plan est plutôt favorable. Plus de 60 % des actions (28 sur 45) ont un état d'avancement à mi-parcours conforme aux prévisions. Quelques actions font apparaître des retards significatifs. Et l'avancement de deux actions est jugé préoccupant : la réduction des émissions de particules diesel par les sources mobiles et l'intégration de la dimension santé environnement dans les formations initiales.

124. Sur l'impact du P.N.S.E. 1

Quatre critères d'impact ont été retenus par le Comité d'évaluation :

- l'impact sur l'organisation et la programmation de la recherche et sur l'expertise en santé environnement, dont le comité estime qu'il est réel même si la coordination entre les organismes d'expertise en appui aux pouvoirs publics a souffert de confrontations institutionnelles sur un domaine en construction ;
- l'impact sur l'organisation de la formation en santé environnement et sur les ressources qui lui sont affectées, dont le comité estime qu'il est particulièrement faible faute de formalisation d'une stratégie et d'un plan d'actions susceptible de structurer ce champ³ ;
- l'impact sur la politique publique en matière de santé au travail semble, aux yeux du Comité d'évaluation, significatif, même s'il lui est difficile de faire la part des effets propres du P.N.S.E. 1 et des effets des diverses initiatives engagées par ailleurs sur la même période ;
- l'impact sur la politique publique en matière d'eau potable révèle des progrès substantiels même s'ils sont difficiles à imputer au P.N.S.E. 1, dont les efforts portés par la Direction générale de la santé a largement diffusé dans les directions départementales en dehors de deux limites⁴.

125. Sur la communication et l'information.

De ce point de vue, le Comité d'évaluation estime que les principaux mérites du P.N.S.E. 1 ont été la création d'outils d'information, en particulier par l'A.F.S.S.E.T.⁵, ainsi que la mise en place d'un

³ « En dépit de quelques initiatives, des pans entiers de la formation en santé environnement n'ont pas été pris en compte depuis la publication du PNSE », Rapport du Comité d'évaluation du PNSE1, Juillet 2007, page 23.

⁴ Difficultés d'entraînement des collectivités locales et territoriales ; manque d'orientations sur la nature et le niveau d'exigence des périmètres de protection.

outil de mesure des connaissances, de la perception, des attitudes et des comportements du public vis-à-vis des risques sanitaires environnementaux, piloté par l'I.N.P.E.S.⁶. Cependant, le comité estime prématuré de juger des effets de ces initiatives.

13. Les recommandations du comité d'évaluation tirent les conséquences du bilan à mi-parcours pour la poursuite du P.N.S.E. 1 mais aussi pour les P.N.S.E. à venir

Dans un premier temps, le Comité d'évaluation propose d'ajuster les orientations du P.N.S.E. et d'adapter certaines mesures :

- renforcer la prévention et la maîtrise des risques sanitaires liés à l'environnement (boire une eau de qualité, respirer un air de bonne qualité, prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers, protéger les populations sensibles) ;
- promouvoir la santé environnementale via la recherche, la formation, l'expertise et l'information.

Le Comité d'évaluation propose aussi de faire du P.N.S.E. une politique publique pérenne :

- en poursuivant la démarche initiée par le P.N.S.E. 1 et en rendant pérenne l'engagement de l'Etat dans la conduite d'une politique volontariste de santé environnement, inscrite dans une démarche de développement durable ;
- en concevant et en mettant en place, pour la fin du P.N.S.E. 1. et pour le P.N.S.E. 2, de nouveaux outils et méthodes pour éclairer la décision publique en matière de santé environnement ;
- en mobilisant toutes les parties prenantes pour la poursuite du P.N.S.E. 1 et pour l'élaboration et la réalisation du P.N.S.E. 2, aux niveaux régional, national et européen et en optimisant le dispositif de pilotage ;
- en améliorant l'intelligibilité du P.N.S.E. et la cohérence d'ensemble des actions engagées en santé environnement et en assurant l'évaluation.

14. La vision extensive du P.N.S.E. français est encore renforcée par les travaux du Grenelle de l'environnement

Dès son origine, le P.N.S.E. français a débordé l'engagement contracté par la France à l'occasion de la troisième conférence ministérielle des pays de la zone Europe de l'Organisation mondiale de la santé à Londres en 1999. En effet, le texte adopté à cette conférence ministérielle ne portait que sur l'obligation d'adopter un plan national santé environnement pour l'enfant.

Cette vision extensive de la santé environnement, voulue par les pouvoirs publics et saluée par les acteurs et la recherche, se trouve encore renforcée par les tables rondes du Grenelle de l'environnement qui s'est tenu les 24, 25 et 26 octobre 2008.

Cependant, le plan national santé environnement se présente comme un ensemble cohérent d'objectifs, d'actions à mener et des mesures à mettre en œuvre. Il n'a pas vocation à intégrer l'ensemble des mesures prises dans le domaine ni à se substituer aux plans existants. Il établit une

⁵ Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail.

⁶ Institut national de prévention et d'éducation à la santé.

articulation des priorités en matière de santé environnement, en présentant des actions précises pour les mettre en œuvre ou en se référant aux autres plans existants ou aux autres comités opérationnels du Grenelle.

III. C'est dans ce contexte qu'a été préparé un projet de plan national santé environnement poursuivant l'émergence de la santé environnement comme une thématique à part entière et renforçant la coordination des services de l'Etat vers la réduction des inégalités environnementales

Dans la suite du P.N.S.E. 1, le projet de plan s'inscrit dans une perception maintenant reconnue que l'homme est en interaction permanente avec son environnement, pouvant en être à la fois victime ou agresseur. De la même façon qu'il est légitime de limiter les agressions de l'homme sur son environnement, le projet de P.N.S.E. 2 cherche à réduire l'impact de l'environnement sur la santé.

En effet, l'O.M.S. estime à environ 15 % les pertes de santé⁷ liées à l'environnement dans les pays d'Europe de l'Ouest. Le 4^{ème} rapport sur l'avenir de l'environnement mondial du programme des Nations Unies pour le développement (P.N.U.D.) a rappelé, quant à lui, que la seule pollution de l'air serait responsable de 500 000 morts par an dans le monde.

Ce projet de plan, qui doit prendre la suite du P.N.S.E. 1, opte pour un axe fort : la réduction des inégalités environnementales. Constatant que tous les hommes ne réagissent pas de la même façon aux agressions de leur environnement et qu'ils ne sont pas non plus exposés de la même façon, il fait le choix de traiter prioritairement ces inégalités en retenant quatre axes de travail :

- la réduction des expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé (cancers, maladies cardiovasculaires, pathologies respiratoires, en s'intéressant aux principaux facteurs environnementaux responsables de pathologies graves) ;
- la protection de la santé et de l'environnement des personnes vulnérables ;
- la réduction des inégalités d'exposition géographique qui s'intéresse aux zones où l'exposition est la plus importante ;
- la préparation de l'avenir.

A chacun de ces axes correspondent une série d'actions renvoyant à une ou plusieurs mesures.

IV. Les recommandations de la Conférence nationale de santé

La Conférence nationale de santé considère que le projet de plan qui lui est soumis pour avis répond aux attentes de lisibilité et de plus grande cohérence des objectifs qui ont été formulées par le Comité d'évaluation du P.N.S.E. 1.

Pour le reste, la Conférence nationale de santé, observant que la loi de programme relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement comporte un titre III dont l'article 32 détaille le contenu du P.N.S.E. 2, croit judicieux de formuler quelques recommandations sur la hiérarchisation des priorités au sein de l'objectif plus général de réduction des inégalités en matière de santé environnement, d'une part, et des méthodes de gouvernance du plan, d'autre part.

⁷ Exprimées en année de vie perdues par incapacité (DALY), indicateur synthétique combinant mortalité et morbidité.

41. Sur la hiérarchisation des priorités du P.N.S.E. 2

La Conférence nationale de santé écarte toute idée de hiérarchisation entre les trois premières parties du plan qui doivent être conduites ensemble si l'on veut parvenir à l'objectif général de réduction des inégalités de santé-environnement.

Les trois premiers volets du plan (réduction des expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé, protection de la santé et de l'environnement des personnes vulnérables, réduction des inégalités d'exposition géographique) suscitent une approbation générale tant les inégalités de santé occupent en France, malheureusement, une place déterminante. D'ailleurs, à de nombreuses reprises dans les avis qu'elle a pu être amené à donner depuis son installation, et spécialement dans ses avis du 22 mars 2007 relatif aux voies d'amélioration du système de santé français et du 15 octobre 2008 relatif à la mobilisation des acteurs dans la prévention, la Conférence nationale de santé a proposé de réduire, pour ce qui le concerne, les facteurs d'inégalités.

La Conférence nationale de santé est bien consciente que la mobilisation d'autres secteurs ou d'autres politiques est également indispensable pour concourir à atteindre l'objectif d'une plus grande réduction des inégalités de santé. De ce point de vue, de nombreuses mesures recensées dans les trois volets du plan correspondent à autant d'outils, non directement liés au système de santé, susceptibles d'avoir des effets déterminants sur la réduction des inégalités de santé.

La Conférence nationale de santé attire l'attention des pouvoirs publics sur l'absence de mesures clairement identifiées -et autres que déclaratives- visant la plus haute réduction de l'exposition des travailleurs aux nanoparticules ou plus largement de l'exposition de tous à ces nanoparticules. Les conclusions du Nanoforum organisé par le Conservatoire national des arts et métiers⁸, ainsi que celles contenues dans les avis du Haut Conseil de la santé publique⁹, devraient être mieux prises en compte.

Le quatrième volet (« Préparer l'avenir ») est salué par la Conférence nationale de santé comme un des éléments stratégiques essentiels du projet de plan.

La Conférence nationale de santé souhaite cependant que quatre préoccupations soient prises en compte à ce titre :

- le suivi des cohortes d'exposition aux différents risques,
- la bio-surveillance des travailleurs et des populations particulièrement exposés aux risques,
- la connaissance des toxiques dans la chaîne alimentaire,
- le renforcement des savoirs sur la métrologie des nanoparticules, l'exposition à ces nanoparticules et l'appréciation des risques qui y sont liés
- de la même façon, le renforcement des savoirs sur les champs électronique et électromagnétiques.

⁸ Nanoforum inauguré le 28 juin 2007. Voir : http://securite-sanitaire.cnam.fr/jsp/fiche_actualite.jsp?STNAV=&RUBNAV=&CODE=1219305979638&LANGUE=0&RH=ihie

⁹ Avis du Haut conseil de santé publique relatif au rapport du groupe de travail 3 Santé-Environnement du Grenelle de l'environnement (22 octobre 2007) et avis de ce même conseil relatif à la sécurité des travailleurs lors de l'exposition aux nanotubes de carbone (7 janvier 2009).

L'apport de connaissance dans ces domaines est apparu indispensable aux membres de la Conférence nationale de santé si l'on veut améliorer les réponses offertes aux populations concernées ou à la population générale.

La Conférence nationale de santé insiste, en outre, pour que les points 41-1 (développer un espace de concertation sur les risques émergents) et 41-3 (introduire une procédure de débat public pour les technologies potentiellement porteuses de risques) trouvent une traduction concrète, dans la mesure où elle a adopté des recommandations allant dans le même sens à l'occasion de l'avis¹⁰ relatif à l'expertise qu'elle a émis le 18 juin 2008, d'autant plus fortement que la création d'une haute autorité de l'expertise a finalement été écartée par les pouvoirs publics. L'absence de transparence de l'expertise et de débat public sur ces sujets, au-delà des mises en cause judiciaire qu'elle pourrait entraîner, est d'un point de vue démocratique condamnable. Il conviendrait que le P.N.S.E. 2, pour les domaines qui le concerne, en tire la conclusion. Plus généralement, la Conférence recommande que les pouvoirs publics engagent les réformes nécessaires pour une plus grande transparence de l'expertise et du débat public à l'occasion des décisions impactant la santé publique.

42. Sur la gouvernance du P.N.S.E. 2

Au moment où les pouvoirs publics s'interrogent sur l'organisation du système de santé et notamment la planification régionale en matière de santé publique, il n'est pas très aisé de préconiser des solutions pour une meilleure gouvernance du P.N.S.E. 2.

Cependant quelques propositions structurantes, dès lors qu'il s'agit d'un plan à vocation interministérielle, peuvent être formulées.

421. La mise en œuvre du plan doit faire l'objet d'une surveillance au nom de l'intérêt général des populations à être protégée des risques environnementaux pour leur santé

Si l'on considère que le travail sur les orientations du plan a revêtu une approche largement participative et mis en jeu de nombreuses instances chargées de donner leurs avis, il appartient aux pouvoirs publics, sous le contrôle du Parlement dans les domaines qui lui incombent, d'administrer les mesures contenues dans le plan dans le cadre du comité national de santé publique¹¹ dont l'interministérialité par constitution doit permettre la bonne administration d'un tel plan. Les pouvoirs publics disposent par ailleurs du modèle des comités de suivi pour impliquer et mobiliser l'ensemble des acteurs dans le cadre du suivi du plan.

L'amélioration qui peut être attendue réside sans nul doute dans la fonction d'alerte et de surveillance sur le non respect des engagements contenus dans le plan. Et il y aurait lieu de confier cette mission à un organe existant ou à construire pour disposer d'une fonction d'alerte et de surveillance sur l'exécution du plan. Cet organe aurait pour mission d'entendre régulièrement les pouvoirs publics, tous les six mois par exemple, sur l'état d'avancement du plan et de donner l'alerte, dans des formes et vers des instances qui restent à déterminer, sur le non-respect caractérisé des engagements du plan.

¹⁰ Avis du bureau de la Conférence nationale de santé sur mandat de la formation plénière relatif à l'expertise en santé publique.

¹¹ Dont il conviendrait alors de compléter les missions prévues par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et le décret n°2005-1202 du 22 septembre 2005 relatif à Comité national de santé publique et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Pour le reste, la réflexion engagée au sein du ministère de la santé et des sports, comme au sein de la Conférence nationale de santé, sur les contours de la future loi de santé publique et notamment sur l'articulation entre les plans nationaux et régionaux ainsi que sur l'articulation des plans nationaux entre eux, ne permet pas, à ce stade, de discerner les solutions les plus adaptées pour une meilleure effectivité de la mise en œuvre des plans et des plans entre eux.

422. La déclinaison régionale du P.N.S.E. 2 doit intervenir dans le cadre d'un organe régulier doté d'une fonction transversale

Dans le cadre de la réforme envisagée dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (« H.P.S.T. »), en cours d'examen devant la représentation nationale, l'article 26 prévoit que l'agence régionale de santé s'appuie sur « une conférence régionale de santé et deux commissions de coordination des politiques associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale compétents pour assurer la cohérence et la complémentarité de leurs actions, d'une part, dans le secteur de la prévention, et, d'autre part, dans celui des prises en charge et accompagnement médicaux sociaux ».

Il y aurait alors lieu d'intégrer la mobilisation interministérielle en région dans le cadre de la commission régionale de coordination des politiques de prévention (C.R.C.P.P.) pour laquelle la Conférence nationale de santé a recommandé l'adjonction de deux observateurs issus de la conférence régionale de santé, sans voix délibérative mais disposant d'un droit d'alerte devant la conférence régionale de santé.

Par ailleurs, l'avis de la conférence régionale de santé étant requis sur le plan stratégique régional de santé, l'examen par cette conférence régionale de santé est de nature à permettre la formulation d'un avis sur l'acceptabilité des actions régionales de santé-environnement en tant qu'elles entrent dans le domaine matériel du plan stratégique régional de santé et le champ de compétence de l'agence régionale de santé et/ou de la conférence régionale de santé.

La Conférence nationale de santé attire l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité que la CRCPP ne soit pas orientée exclusivement vers la sécurité sanitaire, au détriment, par exemple, de l'accessibilité des lieux publics et des transports. Si cela devait être le cas, il vaudrait mieux créer une autre commission régionale de coordination des politiques de prévention dédiée à la promotion de la santé par exemple qui intégrerait alors la dimension santé-environnement.

En tout état de cause, la Conférence nationale de santé déplorerait que la dimension santé-environnement ne puisse être intégrée dans les organes réguliers de l'administration territoriale en région, spécialement ceux dédiés à la santé, tels qu'ils ressortent du projet de loi Hôpitaux-Patients-Santé-Territoire, en cours d'examen devant le Parlement.

*
* *

Telles se présentent les observations de la Conférence nationale de santé adoptées en séance plénière le 12 mars 2009.

ANNEXE 1

Le plan contient au total 45 actions, organisées en 8 axes qui recouvrent l'ensemble du champ des relations entre environnement et santé. Un rapport complet, accessible sur les sites Internet des Ministères chargés de la santé, de l'environnement, du travail et de la recherche, détaille le contenu de l'ensemble de ces mesures dont voici la liste (les mesures prioritaires sont en gras) :

1. Prévenir les décès liés aux infections /intoxications aiguës

Constat :

Dans certaines situations, l'environnement peut avoir pour conséquence des décès brutaux. C'est le cas des infections par la légionnelle, des intoxications par le monoxyde de carbone ou de certaines situations climatiques extrêmes. Des mesures de prévention efficaces sont à mettre en œuvre.

Actions :

Action 1 : Réduire de 50 % l'incidence de la légionellose à l'horizon 2008,

Action 2 : Réduire de 30 % la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone à l'horizon 2008,

Action 3 : Maîtriser les risques sanitaires liés aux températures extrêmes ;

2. Protéger la santé en améliorant la qualité des milieux (air et eau)

Constat :

De nombreuses études épidémiologiques montrent que la pollution atmosphérique, notamment en milieu urbain, constitue l'un des facteurs principaux de risques sanitaires (cancers, insuffisances respiratoires, maladies cardiovasculaires, asthmes) liés à l'environnement¹². La dégradation de la qualité des ressources en eau du fait de pollutions ponctuelles ou diffuses entraîne d'une part une obligation de mettre en œuvre des traitements coûteux pour la rendre potable¹³ et, d'autre part, une augmentation de risques sanitaires par contact direct (ex. baignade).

Actions :

2.1. Air et Transports

Action 4 : Réduire les émissions de particules diesel par les sources mobiles,

Action 5 : Promouvoir des modes de déplacements alternatifs,

Action 6 : Mieux prendre en compte l'impact sur la santé des projets d'infrastructure de transports

2.2. Air et sources fixes

Action 7 : Réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle,

Action 8 : Réduire les émissions de NOx des installations industrielles,

Action 9 : Réduire les émissions polluantes du secteur résidentiel tertiaire ;

¹² Les récents rapports de l'A.F.S.S.E. ont étudié l'impact des particules fines atmosphériques sur des mortalités spécifiques telles que celles liées à des cancers du poumon, des affections cardiaques ou respiratoires. Dans ce cadre, le nombre de décès maximum qui leur est attribuable est de 9 500. Ce chiffre représente le 1/3 du nombre de décès estimés par un rapport de l'O.M.S. de 1996. La différence est expliquée d'une part par la population considérée : toute la France pour l'O.M.S. ; population urbaine pour l'A.F.S.S.E. et, d'autre part, par le type de polluant : particules de diamètres inférieures à 10 µm pour l'O.M.S. et celles de diamètre inférieure à 2,5 µm pour l'A.F.S.S.E.

¹³ Si les graves épidémies d'origine hydrique et notamment celles de choléra et de fièvres typhoïdes ont aujourd'hui disparu de notre pays, des études montrent que 10 à 50 % des cas de gastroentérites aiguës sont attribuables à l'eau de consommation.

Préservation des ressources en eaux et des sols

Action 10 : Améliorer la qualité de l'eau potable en préservant les captages des pollutions ponctuelles et diffuses,

Action 11 : Limiter les pollutions des eaux et des sols dues aux pesticides et à certaines substances potentiellement dangereuses,

Action 12 : Prévenir et réduire les risques spécifiques d'exposition au mercure en Guyane et aux pesticides en Guadeloupe et Martinique,

Action 13 : Diminuer le risque sanitaire dû à la baignade ;

3. Protéger la population à l'intérieur des locaux

Constat :

Nous passons de 80 à 90 % de notre temps dans des lieux clos : habitations, lieux de travail, moyens de transport, écoles, dans lesquels nous respirons un air différent de l'air extérieur. A la pollution provenant de l'extérieur s'ajoutent des polluants issus de trois principales sources : les appareils à combustion (monoxyde de carbone, dioxyde d'azote), les constituants du bâtiment, incluant les équipements et mobiliers (plomb des peintures, formaldéhyde, composés organiques volatils, fibres de toutes sortes) et l'activité humaine (produits ménagers, bricolage, acariens, moisissures, etc...).

Actions :

Action 14 : Mieux connaître les déterminants de la qualité de l'air intérieur et renforcer la réglementation,

Action 15 : Mettre en place un étiquetage des caractéristiques sanitaires et environnementales des matériaux de construction,

Action 16 : Améliorer l'information des acquéreurs et des futurs locataires de biens immobiliers sur leurs principales caractéristiques techniques,

Action 17 : Réduire l'exposition au radon dans les bâtiments à usage d'habitation et mieux évaluer le risque,

Action 18 : Limiter l'exposition de la population aux fibres minérales artificielles,

Action 19 : Protéger la santé des populations vivant en habitat insalubre ;

4. Mieux maîtriser les risques liés aux substances chimiques

Constat :

Parmi 100 000 substances chimiques¹⁴, seules quelques milliers ont déjà fait l'objet d'une évaluation approfondie des risques sanitaires qu'elles sont susceptibles de présenter.

Cette incertitude s'avère préoccupante, en particulier quant aux effets à long terme des expositions à faibles doses, en milieu professionnel comme en population générale : développement de pathologies comme les cancers ou les troubles du développement, allergies...

Actions :

Action 20 : Renforcer les capacités d'évaluation des risques sanitaires liés aux substances chimiques,

Action 21: Développer des outils pour mieux évaluer les risques sanitaires des substances chimiques ou biologiques,

Action 22 : Renforcer la surveillance du marché notamment par la réalisation de campagnes ciblées de contrôle,

Action 23 : Réduire les expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR), notamment celles concernant les poussières de bois, le benzène, le plomb et les fibres céramiques réfractaires, en renforçant et en modernisant les moyens de contrôle et les services de santé et sécurité au travail ;

¹⁴ dont 30 000 sont vendues en quantité supérieure à une tonne par an en Europe.

5. Renforcer la protection des enfants et des femmes enceintes

Constat :

Il est essentiel de porter une attention spéciale aux enfants car ils présentent une vulnérabilité particulière aux agressions par des agents environnementaux. Il y a à cela des raisons biologiques et physiologiques. Ainsi, leur capacité d'élimination et de lutte contre les effets des substances toxiques est moindre que celle des adultes. Les polluants peuvent modifier ou endommager de façon irréversible les organes en développement.

Actions :

Action 24 : Renforcer, notamment en milieu professionnel, la protection des femmes enceintes et la préservation de la fertilité masculine,

Action 25 : Améliorer la prévention du saturnisme infantile, le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués,

Action 26 : Réaliser une étude épidémiologique enfants en lien avec l'étude américaine (National Children Study),

Action 27 : Améliorer l'information sur la prévention de l'asthme et des allergies,

Action 28 : Protéger les adolescents des risques dus à la musique amplifiée,

Action 29 : Veiller à la qualité des bâtiments accueillant des enfants ;

6. Mobiliser et développer le potentiel de recherche

Constat :

L'appréhension de l'influence des facteurs environnementaux sur la santé est un vaste enjeu scientifique : il s'agit de lier la compréhension de l'apparition des pathologies aux conditions environnementales et d'exposition, mais aussi de comprendre les facteurs qui concourent à la protection de la santé des populations et les conditions qui doivent être réunies pour qu'une action en faveur de la santé ait [es effets attendus. Ainsi la recherche scientifique a un rôle majeur à jouer pour mesurer, diagnostiquer les phénomènes et comprendre leur dynamique d'évolution.

Actions :

Action 30 : Renforcer la coordination de la recherche dans le domaine santé environnement,

Action 31 : Soutenir la création d'un grand programme scientifique international et renforcer la participation de la recherche française dans les programmes européens et internationaux,

Action 32 : Former des jeunes chercheurs et enseignants chercheurs en santé environnement et développer le potentiel humain,

Action 33 : Actions de soutien à la recherche sur des thèmes stratégiques,

Action 34 : Renforcer et coordonner les appels à propositions de recherche en appui aux politiques publiques ;

7. Améliorer les dispositifs de veille, de surveillance et d'alerte

Constat :

Les systèmes d'information en santé environnementale visent d'une part, à documenter et, d'autre part, à surveiller les émissions de polluants et leur impact sur la qualité des milieux, ainsi que l'exposition de la population à ces nuisances (eau, air, sol, aliment) et les conséquences sanitaires qui peuvent en découler. Le constat est que les systèmes d'information actuels répondent à des besoins distincts et sont par conséquent insuffisamment exploités dans cet esprit. Un effort particulier doit être consacré aux dispositifs d'alerte, qui reposent en partie sur les systèmes d'information, et à la veille afin de garantir la prise en compte suffisamment en amont de risques émergents ou de nouvelles données scientifiques.

Actions :

Action 35 : Améliorer la performance et l'intégration des systèmes d'information en santé environnement,

Action 36 : Organiser l'exploitation des données existantes pour estimer l'exposition de la population aux pesticides,

Action 37 : Etudier les modalités d'utilisation des indicateurs biologiques d'exposition en milieu professionnel et en population générale,

Action 38 : Mieux connaître la santé des travailleurs et les expositions professionnelles pour réduire le nombre de maladies d'origine professionnelle,

Action 39 : Développer les systèmes d'alerte et renforcer le réseau national de toxico-vigilance,

Action 40 : Animer un réseau de veille en santé-environnement en appui aux politiques de prévention et précaution ;

8. Consolider la formation et développer l'information

Constat :

Il n'existe pas de véritable culture de l'environnement et de ses relations avec la santé, qui soit suffisamment diffusée au sein de la population pour permettre une implication, pourtant essentielle, du citoyen dans la prise de décision publique et pour influencer notablement les comportements individuels et collectifs. Les professionnels des différents secteurs (médecins, personnel médical et para médical, administrations, industriels,...) sont encore peu formés et mobilisés sur ce type d'approche transversale.

Actions :

Action 41 : Intégrer la dimension santé-environnement dans les formations initiales,

Action 42 : Intégrer la dimension santé-environnement dans la formation continue des professionnels de santé,

Action 43 : Développer l'information et la formation des différents acteurs de la prévention dans l'entreprise,

Action 44 : Faciliter l'accès à l'information en santé-environnement et favoriser le débat public,

Action 45 : Consacrer la fête de la science en 2006 au thème santé-environnement.