



UNE LOI SANTÉ

POUR RÉUSSIR LA RÉVOLUTION DE LA SANTÉ

Propositions du Réseau Environnement Santé

FAIRE FACE A LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Il y a cinquante ans encore, la majorité des décès dans le monde était causée par des maladies infectieuses. En 2008, selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la situation s'est inversée avec un rapport 63/37 et les projections à l'horizon 2030 sont de 88/12. Sur 57 millions de décès survenus dans le monde en 2008, 36 millions sont dus aux maladies non transmissibles principalement les maladies cardio-vasculaires (17 M), les cancers (7,6 M), les maladies respiratoires (4,2 M) et le diabète (1,3 M). La 1ère maladie infectieuse est le SIDA (2,8 M) devant la tuberculose (1,6 M) et le paludisme (0,9 M).

Le phénomène est double : d'une part, progression intrinsèque des maladies chroniques non transmissibles, d'autre part, diminution des maladies infectieuses en raison des succès indéniables obtenus au point que l'OMS envisage une éradication à l'échéance de 2030 pour les trois premières.

La conférence de New York sur la « prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles » qui eut lieu le 20 septembre 2011 à l'occasion de l'Assemblée générale de l'ONU a abouti à une déclaration finale signée par les 184 chefs d'Etat et de gouvernement dont l'article 1 résume l'ambition :

« Nous, chefs d'État et de gouvernement [...] reconnaissons que le fardeau et la menace que les maladies non transmissibles représentent à l'échelle mondiale constituent l'un des principaux défis pour le développement au XXI^e siècle [...] reconnaissons le rôle primordial des gouvernements et la responsabilité qui leur incombe de faire face au défi des maladies non transmissibles, et l'impérieuse nécessité pour tous les secteurs de la société d'agir et de s'investir pour susciter des réponses efficaces propres à assurer la prévention et la maîtrise de ces maladies ».

Le rapport Murray publié en décembre 2012 dans la revue médicale britannique de référence The Lancet est venu compléter le constat fait par l'OMS. Les maladies non transmissibles sont passées, entre 1990 et 2010, de 43 % à 54 % des causes de morbidité.

Cela traduit une évolution de l'impact des grands facteurs de risque. Par exemple, entre 1990 et 2010, le nombre de décès liés à la faim a diminué de près de 1 M à 700 000 morts et, dans le même temps, les décès liés aux facteurs de risques métaboliques (alimentation et sédentarité) sont passés de 13,4 M à plus de 18 M.

Le coût économique annuel au niveau mondial a été estimé à 2 350 milliards de dollars par an. À titre de comparaison, les dépenses de santé au niveau mondial étaient de 5 100 milliards de dollars par an. A l'échelle de la France, la croissance des maladies chroniques prises en charge au titre des Affections de Longue Durée, en déduisant l'effet de la croissance démographique, représente pour la période 1994-2008 un surcoût de 378 Milliards d'euros.

L'enjeu est donc sanitaire, mais aussi économique et, in fine, politique, car cette croissance des coûts met en péril l'existence même du système solidaire de Sécurité Sociale, créé dans l'après-guerre, lequel représente le socle de la société française.

La France n'échappe pas à cette épidémie

Les maladies cardio-vasculaires sont devenues dominantes à la place des maladies infectieuses à partir du milieu des années 1920 et ont cédé la première place aux cancers en 2004. La France dispose d'un bon indicateur pour prendre la mesure de l'épidémie de maladies chroniques, celui fourni par les statistiques des affections de longue durée (ALD) du régime général de l'assurance maladie, qui couvre 90 % de la population française. En 2009, les principales ALD concernaient les affections cardio-vasculaires (3,3 M), les cancers (1,8 M), le diabète (1,8 M) et les affections psychiatriques de longue durée (1 M), soit 73 % de la totalité.

L'évolution de l'incidence ne peut s'expliquer par le seul changement démographique. Entre 1990 et 2008, la population du régime général a progressé de 21 % (de 46,6 à 56,5 M). Dans le même temps, l'incidence est passée de 203 000 à 380 000 cas pour les maladies cardio-vasculaires (+ 87 %), de 141 000 à 260 000 cas pour les cancers (+ 85 %), soit quatre fois plus vite que la seule progression démographique. Pour le diabète, pour 2000-2008 l'augmentation a été de 53 %, soit cinq fois plus vite que le changement démographique qui était sur la période de + 11 %.

La France se distingue en plus par l'importance relative des cancers, première cause de mortalité. La France est aussi, selon le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC, Globocan 2012), le premier pays au monde pour l'incidence des cancers masculins et pour les cancers hormono-dépendants.

La croissance des troubles de la reproduction est une autre facette de la crise sanitaire. L'infertilité affecte un couple sur 5 (contre un sur 7 en 1991) et la baisse de la qualité du sperme a été de 30 % entre 1989 et 2005.

Les troubles du comportement comme l'autisme ou le déficit d'attention/hyperactivité sont en croissance extrêmement rapide. L'asthme affecte environ 10 % de la population infantile et son taux a doublé en 20 ans. La croissance des maladies neuro-dégénératives elles-mêmes ne peut s'expliquer par le seul facteur du vieillissement, qu'il s'agisse de l'Alzheimer ou du Parkinson.

Les maladies environnementales émergentes (hypersensibilité chimique, électrosensibilité, fatigue chronique, fibromyalgie) affectent de l'ordre de 5 % de la population et représentent un autre signal d'alarme quant aux conséquences de notre environnement moderne sur la santé.

L'environnement est en cause

Compte-tenu de cette évolution extrêmement rapide dans la quasi-totalité des pays, cette croissance des maladies chroniques ne peut s'expliquer par le seul facteur vieillissement, ni par les seuls facteurs de comportement (tabac, alcool). Les changements environnementaux sont à mettre en cause, mais comme le note le récent rapport « Environment and Health » de l'Agence Européenne de l'Environnement, il est nécessaire de changer de paradigme et d'avoir une vision holistique de l'environnement.

On peut considérer que 5 grands changements majeurs survenus au cours des dernières décennies sont explicatifs de cette épidémie de maladies chroniques:

- La nourriture ultra-transformée et l'agriculture productiviste:

La première est l'aboutissement ultime de ce qu'il est convenu d'appeler la « transition nutritionnelle », ce vaste changement du mode d'alimentation des sociétés occidentales qui s'est opéré dans l'après-guerre caractérisé par une consommation calorique privilégiant les produits salés, sucrés et gras, faibles en micronutriments mais aussi les produits carnés. La seconde a augmenté ses rendements en détruisant l'environnement pour alimenter la première en matière première standard et à bas prix. Ce modèle pathogène doit être réformé.

- La contamination chimique généralisée

Dans les années 1930, la production mondiale de substances chimiques était de 1 M de tonnes. Elle est de l'ordre de 500 M de tonnes aujourd'hui, dont 260 millions de tonnes de plastique et 180 M de tonnes d'engrais minéraux. Le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) estime le coût sanitaire lié aux produits chimiques à 4,9 M de décès par an, tout en reconnaissant que, en raison du peu de données disponibles et du petit nombre de substances chimiques prises en compte dans l'analyse, « ces chiffres sous-estiment la charge réelle de la morbidité attribuable aux produits chimiques ». Une substance de type perturbateur endocrinien comme le bisphénol A traduit bien cette situation. Elle contamine l'ensemble de la population mondiale à des niveaux induisant les grandes maladies chroniques, mais aussi de l'écosystème et cette contamination chimique peut être considérée comme un facteur déterminant de la chute de la biodiversité.

- La ville éclatée

Depuis l'immédiat après-guerre, la majorité de la population dans les pays développés vit en ville. La pollution urbaine cause annuellement 2 M de décès, selon l'OMS. La pollution de l'environnement intérieur est un autre enjeu actuellement mal évalué du point de vue impact sanitaire, alors que cette pollution est plus importante à la fois du point de vue nombre des polluants, mais aussi du point de vue intensité de la pollution.

La diminution de l'activité physique est un autre problème majoritairement urbain. Avec 3,2 M de décès par an, la sédentarité est considérée par l'OMS comme la 4ème cause de mortalité.

- Le travail invisible

« L'épidémie cachée », c'est ainsi que l'Organisation internationale du travail (OIT), décrivait la situation du travail en avril 2013: 2,34 M de personnes meurent selon l'OIT chaque année, soit d'un accident du travail, soit d'une maladie professionnelle mais ces chiffres sont à l'évidence gravement sous-estimés. Cela découle de la situation de ghetto dans laquelle est aujourd'hui construite la politique de santé au travail. La tragédie de l'amiante illustre cette réalité. Celle-ci n'est devenue évidente qu'à partir du moment où il est apparu que l'amiante était aussi un problème affectant le milieu scolaire. Il est donc nécessaire d'un point de vue santé publique de considérer la santé au travail comme une composante de la santé environnementale, sans en nier bien évidemment la spécificité.

- Les inégalités croissantes

Les pays les plus égalitaires, c'est-à-dire ceux où la cohésion sociale est la plus forte, sont aussi ceux qui ont les meilleurs résultats en matière de santé. La cohésion sociale est à la fois la conséquence et la cause de ces bons indicateurs de santé. La mondialisation des dernières décennies a contribué à dégrader cette situation. Le coefficient de Gini, qui mesure ces inégalités, a augmenté dans 17 pays de l'OCDE sur 22 entre le milieu des années 80 et la fin des années 2000.

Ce constat plaide pour établir des systèmes solidaires dans tous les pays et les défendre là où ils existent, mais la meilleure façon de les défendre est de s'attaquer à ce qui les mine, c'est-à-dire principalement l'épidémie de maladies chroniques et en conséquence de les refonder sur une vision nouvelle, qui est la vision écosystémique.

Pour une définition écosystémique de la santé

La crise sanitaire doit donc être comprise comme la quatrième crise écologique au même titre que le réchauffement climatique, la chute de la biodiversité et l'épuisement des ressources naturelles, car toutes les quatre sont la conséquence de l'activité humaine. Toutes les quatre traduisent une fuite en avant qui mène la planète et l'espèce humaine dans l'impasse, et appellent en réponse à ouvrir la voie de la transition écologique.

En conséquence, il est nécessaire d'élargir notre conception de la santé en complétant la définition de l'OMS formulée en 1946 : « La santé n'est pas seulement une absence de maladies, c'est un état de bien-être », par une définition écosystémique : « La santé est la traduction de la qualité de la relation de l'être humain à son écosystème ». Il est nécessaire de prendre conscience que santé humaine et santé de l'écosystème sont intrinsèquement liées. Cette vision permet de répondre à la crise écologique en prenant en considération l'interrelation entre les quatre crises majeures et en évitant que la santé ne serve de variable d'ajustement à la résolution des trois autres crises.

La loi santé doit traduire cette révolution de la santé en aidant à sortir de la conception dominante depuis l'après-guerre, celle consistant à considérer que la politique de santé est constituée pour l'essentiel d'une politique de soins. L'épidémie de maladies chroniques doit conduire à construire un système de santé correspondant à 2 objectifs : soigner les maladies et empêcher leur survenue.

La loi santé doit afficher l'ambition d'une révolution de la santé pour construire un système de santé reposant sur 2 piliers : le soin et l'environnement.

Le changement de paradigme de la Santé Environnementale

L'évolution des connaissances scientifiques a modifié par ailleurs le regard à avoir sur cette réalité en montrant que les différents stress environnementaux (nutritionnels, chimiques, affectifs....) se potentialisent, mais aussi que des expositions même de courte durée à ces stress peuvent impacter la santé sur le long terme et sur plusieurs générations, si elles surviennent lors de périodes sensibles

comme la gestation, comme c'est le cas par exemple pour des substances chimiques de type perturbateur endocrinien. C'est le concept de l'origine développementale de la santé et des maladies (DOHaD).

La déclaration de Paris publiée en mai 2012 à l'issue du colloque organisée par la Society of Toxicology sur le thème « Maladies liées aux stress environnementaux au cours du développement : preuves et mécanismes » synthétise cette évolution :

« Beaucoup des grandes maladies et des atteintes fonctionnelles dont la prévalence a augmenté substantiellement au cours des quarante dernières années apparaissent être liées pour partie à des facteurs de développement consécutifs à des déséquilibres nutritionnels ou des expositions environnementales aux substances chimiques : obésité, diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires, asthme et allergies, maladies immunes et auto-immunes, maladies neuro-développementales et neuro-dégénératives, puberté précoce et infertilité, certains types de cancer, ostéoporose, dépression, schizophrénie et sarcopénie ».

Les auteurs définissent l'environnement de façon globale, c'est-à-dire en englobant « nutrition, infections, microbiome (la flore intestinale), médicaments, substances chimiques créées par l'homme et autres facteurs de stress exogènes ».

Le concept d'exposome traduit ce changement de paradigme : « L'exposome comprend toute exposition à laquelle un individu est soumis de la conception à la mort ». Il s'agit en conséquence de développer un effort de recherche de même ampleur que celui qui a conduit à décrypter le génome humain.

En conséquence, la prise de conscience de l'importance de l'origine développementale de la maladie conduit à faire de la protection de la période périnatale le grand objectif d'une politique de santé environnementale.

UN GRAND OBJECTIF FEDERATEUR :

-25% DE MALADIES CHRONIQUES EN 2030

La loi Santé doit partir du diagnostic développé ci-dessus pour définir des objectifs. Un objectif unifiant est de viser à stopper l'épidémie de maladies chroniques voire à en diminuer l'impact. L'Alliance des Maladies Non Transmissibles, qui regroupe au niveau mondial les grandes associations de malades, a proposé à l'occasion de la conférence de New York de septembre 2011, l'objectif d'une diminution de 25 % à échéance de 2025. Cet objectif peut être adapté aujourd'hui à -25 % en 2030.

25% représente également, selon l'OMS, la différence entre la France et le Japon du point de vue des grandes maladies chroniques. Viser à obtenir en France le même taux de maladies chroniques que le Japon n'est donc pas du domaine de l'utopie.

Mettre l'accent sur les maladies chroniques non transmissibles ne signifie pas pour autant se désintéresser des maladies transmissibles, lesquelles sont également des maladies d'origine environnementale. Les succès obtenus dans la lutte contre le SIDA principalement par une action sur l'environnement avant la mise au point de moyens thérapeutiques montrent que cette voie est possible.

Atteindre un tel objectif suppose de mettre en œuvre des réformes structurantes du système de santé pour en faire un objectif porté par l'ensemble de la population ainsi que par les professionnels non seulement de santé, mais aussi des professionnels dont l'activité contribue à créer des environnements sains ou malsains (ingénieurs, architecte, urbanistes, administrateurs....).

Les mesures ciblées sont à développer par ailleurs dans les plans de santé publique, qui doivent être construits en cohérence avec la philosophie développée dans la présente loi.

15 MESURES STRUCTURANTES

POUR REUSSIR LA REVOLUTION DE LA SANTE

1. Compléter le dispositif de Sécurité sanitaire :

- a. Création de l'Institut de Veille Environnementale sur la base d'une transformation de l'INERIS (Institut National de l'Environnement en Etablissement Public Administratif, en lui transférant les activités du CITEPA (Emissions de polluants) et de l'OQAI (Environnement intérieur).

Explication :

La loi de 1998 a créé 2 agences couvrant les risques liés à l'alimentation (AFSSA) et aux médicaments (ANSM aujourd'hui) et une agence de veille couvrant la santé (InVS). La veille environnementale n'avait pas été prise en considération et est restée aujourd'hui dispersée. Il est nécessaire pour répondre à l'enjeu de la construction de l'exposome de confier cette tâche à une agence. La proposition conduit à une simplification du dispositif existant en regroupant des activités en un seul lieu. Elle permet de mettre fin à une situation de conflits d'intérêts qui confie actuellement à deux organismes gérés par les producteurs de nuisance des missions de service public. L'INERIS remplit déjà aujourd'hui une grande partie de cette mission via le LCSQA (Laboratoire Central de Surveillance de la Qualité de l'Air), AQUAREF ou le pilotage du projet NORMAN au niveau européen sur les polluants émergents.

2. Recherche

- a. Structuration de l'Institut Français de Recherche en Environnement Santé sur le modèle du NIEHS américain
- b. Développement des outils : registres de jumeaux, registres de pathologies, d'exposition, grandes enquêtes en population...
- c. Volet spécifique Santé Environnementale dans la Stratégie Nationale de Recherche et budget dédié
- d. Lancement d'un grand programme interdisciplinaire « Construire l'exposome »

Explication :

Les alliances de recherche (AVISAN, ALENVI, ATHENA) ont pris l'initiative de créer une IFRES (Initiative Française de Recherche en Environnement Santé). Cette initiative est une simple structure de coordination sans moyen. Il s'agit de la transformer en Institut doté de moyens dédiés, qui soit l'opérateur de la recherche en santé environnementale. Sa mission sera notamment de développer les grands outils de la santé environnementale et de conduire le programme de décryptage de l'exposome.

Le développement des grands outils d'observation de la santé est nécessaire pour pouvoir croiser ces données avec les données environnementales. L'objectif est de doter la France du même niveau que le Danemark, pays de référence en ce domaine.

La thématique santé environnementale n'est pas clairement identifiée dans la stratégie nationale de recherche et les moyens dédiés sont dispersés et rares.

Le changement de paradigme de la santé environnementale conduit à considérer comme cruciales les phases de sensibilité d'exposition aux facteurs de risque, au premier chef la période de la gestation. Le décryptage de l'exposome est un programme de même ampleur que celui du génome et il est nécessaire qu'un pilotage dédié soit constitué non seulement en France, mais à l'échelon international.

3. Plans de santé publique

- a. Volet environnement dans les plans par pathologie élaboré en commun avec le PNSE
- b. Financement des plans de santé publique selon le modèle de la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme

Explication :

Les plans par pathologie (Cancer, Alzheimer...) ne comportent pas ou peu de volet santé environnementale.

Le financement des plans de santé publique doit pouvoir s'appuyer sur des ressources pérennes selon le modèle de la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Cela doit conduire à mettre fin à l'anomalie actuelle de la disparité entre plans de santé publique (plan cancer financé à hauteur de 1,4 milliards € sur 4 ans et aucun financement des plans comme le PNSE ou les PRSE).

4. Protection de la période gestation/périnatalité

- a. Refonder les médecines de prévention (médecine scolaire + PMI), pour répondre à la mission de la protection de la gestation
- b. Création d'un grand corps de médecins de santé environnementale
- c. Création d'un chèque bio pour les femmes enceintes

Explication :

L'importance de la protection de la période de gestation nécessite de refonder les institutions dédiées autour de cet objectif. La création d'un grand corps assurerait un haut niveau de formation et de rémunération. L'activité de ces professionnels doit pouvoir s'appuyer sur un référentiel élaboré sur la base des connaissances scientifiques actuelles.

La création du chèque bio vise à faciliter l'accès à l'alimentation bio. Cela doit s'accompagner d'un suivi par les institutions avec des professionnels formés.

5. Développement de la Médecine environnementale :

- a. Création de structures dédiées dans le système hospitalier pour la prise en charge des malades
- b. Création d'un département Santé Environnementale au sein de la Haute Autorité de Santé

Explication :

La médecine environnementale vise à protéger les malades des atteintes du fait de l'environnement. La création de structures dédiées dans les CHU vise à éviter l'errance médicale. Ce phénomène est particulièrement aigu pour les maladies environnementales émergentes pour lesquelles le corps médical est

actuellement très peu formé. La création d'un département dédié au sein de la HAS vise à diffuser les bonnes pratiques en ce domaine.

6. Formation des professionnels et des citoyens

- a. Introduction d'une formation à la santé environnementale dans la formation initiale des professionnels de santé, professionnels du risque, (Ingénieurs, urbanistes, architectes, techniciens des collectivités territoriales...), hauts fonctionnaires.
- b. Formation initiale de tout citoyen à « construire sa santé », 4ème mission de base de l'enseignement primaire
- c. Développement des nouveaux métiers pour évaluer et améliorer les environnements (extension des conseillers en habitat à l'ensemble des facteurs environnementaux)

Explication :

La santé environnementale repose sur un référentiel de connaissances qui doit faire partie de la formation initiale de tout professionnel, dont l'activité peut avoir des conséquences sur la santé. Des nouveaux métiers ou des transformations de métiers dédiés sont à envisager.

Les citoyens doivent être formés à être acteurs de la construction de leur santé et pour cela maîtriser les éléments de base.

7. Financement

- a. Fixation d'un pourcentage des dépenses de santé dédié à la santé environnementale
- b. Financement sur la base du principe Pollueur-payeur accompagné d'étiquetage spécifique visant à décourager l'excès de consommation. A titre d'exemple, considérer la consommation de soda au même titre que le tabagisme par un étiquetage spécifique « Peut donner le diabète » « Dangereux pour la femme enceinte ».

Explication :

Un pourcentage conséquent doit être dédié à la politique de santé environnementale. Une évaluation doit être conduite avant de fixer un pourcentage de façon à bien circonscrire l'évaluation à ce qui relève à proprement parler de la santé environnementale. La politique de dépistage par exemple qui relève de la prévention ne fait pas partie de la santé environnementale.

Les études scientifiques montrent sans ambiguïté que la consommation de soda sucré ou avec édulcorants augmente le risque de diabète et de naissance prématurée.

8. Remédiation

- a. Création d'un Fonds dédié pour la remédiation des sols et des sédiments sur le modèle du Superfund aux Etats-Unis. Ce Fonds doit être alimenté par des financements européens.

Explication :

La contamination de l'écosystème induit des effets à long terme pour la santé humaine et la santé de l'écosystème. La situation actuelle est l'absence de traitement. L'exemple le plus caricatural est celui du chlordécone aux Antilles, pour lequel on admet que la durée de contamination sera de 600 ans sans qu'aucune mesure ne soit prise pour attaquer le problème à la source. L'enjeu touche à la fois à la protection de la santé humaine, mais aussi de la biodiversité. La dimension de cette politique doit être européenne.

9. Innovation

- a. Plateforme Technologies Propres et Sûres sous l'égide de l'INERIS + rénovation des Centres techniques
- b. Financement par Investissements d'avenir

Explication :

S'attaquer aux causes environnementales des maladies nécessite de repenser l'activité économique en intégrant dès la conception des procédés la dimension santé. Il est nécessaire de rompre avec la politique actuelle de correction a posteriori, coûteuse au plan sanitaire mais aussi économique. Il y a là une formidable opportunité d'innovation et donc d'avantage compétitif. Ce processus doit être accompagné au plan technologique (création de la plateforme Technologies propres et sûres) et financier (financement par les investissements d'avenir). C'est l'opportunité de rénover l'activité des Centres Techniques sous l'égide de l'Agence créée à partir de l'INERIS.

10. Santé Territoires

- a. Création d'agences régionales de la santé environnementale, du travail et de l'alimentation regroupant les institutions actuellement dispersées (services de santé au travail, agence de la qualité de l'air...)
- b. Création de Pôle de compétence pour analyser les inégalités sanitaires et environnementales en lien avec les PRSE (Plans Régionaux Santé Environnement) sous l'égide des Observatoires Régionaux de la Santé et de l'agence créée à partir de l'INERIS

Explication :

La France est marquée par des disparités de santé importantes entre ses différents territoires. Par exemple le taux d'incidence de cancer de la prostate varie de 1 à 3 entre la Réunion et la Bretagne, 1ère région métropolitaine, de 1 à 4 entre la Réunion et la Martinique. Des disparités importantes existent aussi à l'intérieur des territoires (Pour le cancer de la prostate, le rapport entre le Centre Bretagne et le Nord des Côtes d'Armor est proche de 1 à 2). Ces phénomènes ne peuvent s'expliquer par le seul hasard. Il est nécessaire de les analyser au plus près du terrain et en lien avec tous les acteurs concernés.

Il est en conséquence nécessaire de faire en sorte que les institutions de santé environnementale au niveau régional puissent travailler de façon coordonnée au sein d'agences régionales de la santé environnementale, du travail et de l'alimentation sur le modèle de ce qui a été réalisé au niveau national avec l'ANSES et donne aujourd'hui satisfaction. Ces agences auraient une vocation d'évaluation, la fonction régaliennne restant dévolue aux Agences Régionales de Santé.

11. Démocratie sanitaire

- a. Protection des lanceurs d'alerte : création d'une Haute Autorité et de Maisons des Lanceurs d'Alerte.
- b. Reconnaissance de l'action de groupe en santé environnementale

Explication :

La révolution de la santé que représente l'émergence de la santé environnementale ne peut être conduite de façon technocratique. Elle nécessite un engagement citoyen à tous les niveaux.

L'engagement citoyen est aussi celui des professionnels. La reconnaissance de la légitimité des lanceurs d'alerte nécessite de créer des institutions dédiées comme la Haute Autorité et les maisons des lanceurs d'alerte. Les lanceurs de 'alerte couvrent un champ plus vaste que celui de la santé environnementale. Une grande loi de protection incluant celle votée précédemment en avril 2013 pour les lanceurs d'alerte en santé environnement apparaît aujourd'hui nécessaire pour donner une assise plus solide aux dispositifs.

Un élément important de la démocratie sanitaire est la reconnaissance de l'action de groupe en santé environnementale. Il n'y a aucune logique à limiter celle-ci aux seuls faits de consommation.

12. Ville Urbanisme Santé :

- a. Elaboration de Plans ville santé

Explication :

Les données scientifiques sont suffisamment bien établies pour considérer que la conception de la ville est en soi un facteur majeur de santé, tant positif que négatif. Des plans « ville santé » devront être élaborés à l'occasion des échéances électorales. Les collectivités territoriales auront à se doter de services de santé environnementale, prenant la suite, là où ils existent, des anciens services d'hygiène.

13. Système de soin :

- a. Adoption de l'Indicateur PBT (substances Persistantes, Bioaccumulatives et Toxiques) dans la gestion des établissements de santé
- b. Pourcentage dédié à la Santé Environnementale dans les MIGAC

Explication :

Le système de soin est lui-même producteur de risques pour l'écosystème. Cela doit être intégré dans ses outils de gestion. Les moyens dédiés doivent être clairement affichés dans les MIGAC.

14. La Crise sanitaire partie de la crise écologique :

- a. Volet santé dans les politiques dédiés aux 3 crises écologiques : climat/ biodiversité/ ressources naturelles

Explication :

La crise écologique se définit comme la conséquence de l'activité humaine. La crise sanitaire doit être considérée à ce titre comme la 4ème crise écologique. A ce titre les mesures prises pour faire face aux autres crises doivent être conçues en intégrant la dimension santé. Le risque est grand en effet que la santé ne soit la variable d'ajustement de la solution des autres crises. L'exemple le plus éclairant est celui de la crise climatique, qui conduit à développer l'isolation des habitats, avec pour conséquence l'augmentation de la pollution intérieure, si la question des émissions liées aux matériaux et aux activités humaines n'est pas prise en considération.

15. International.

- a. La France agira pour :
- la création de l'Organisation Mondiale de l'Environnement (OME), pour l'adoption d'une définition écosystémique de la santé, pour l'extension des compétences de l'OMS et de l'OME équivalentes en regard de celles de l'OMC
 - Création d'un Fonds dédié de lutte contre les Maladies chroniques non transmissibles sur le modèle de l'ONU-SIDA
 - La création d'un GIEC de la santé environnementale, le GISE (Groupe International de la Santé Environnementale)
 - Un volet santé environnement clairement identifié dans la perspective Horizon 2020 en Europe

Explication :

Une politique de santé environnementale ne peut être définie au seul échelon national, ni même européen. La France a commencé à jouer un rôle déterminant au plan européen et mondial sur la question des perturbateurs endocriniens. Elle se doit d'afficher la même ambition pour la politique de santé environnementale.