

Pollution atmosphérique

ISSN : 2268-3798

Éditeur : Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique

228 | 2016

Varia

Le plan parisien de santé environnementale

Entretien avec Bernard Jomier

Lionel Charles et Isabelle Roussel

 <https://www.peren-revues.fr/pollutionatmospherique/5523>

DOI : 10.4267/pollution-atmospherique.5523

Référence électronique

Lionel Charles et Isabelle Roussel, « Le plan parisien de santé environnementale », *Pollution atmosphérique* [En ligne], 228 | 2016, mis en ligne le 18 avril 2016, consulté le 25 février 2026. URL : <https://www.peren-revues.fr/pollutionatmospherique/5523>

Droits d'auteur

CC-BY

Le plan parisien de santé environnementale

Entretien avec Bernard Jomier

Lionel Charles et Isabelle Roussel

PLAN

INTRODUCTION (Lionel Charles)

Entretien avec Bernard Jomier (BJ), par Isabelle Roussel (IR) et Lionel Charles (LC), le 1^{er} avril 2016

TEXTE

INTRODUCTION (Lionel Charles)

- 1 À la mi-décembre 2015, le conseil de Paris a adopté le Plan *Paris Santé Environnement*. Ce plan constitue une première française à de nombreux égards et appelle pour cette raison à revenir sur son contenu, les perspectives qu'il offre, mais aussi les conditions de son élaboration. L'entretien que nous a accordé Bernard Jomier, adjoint à la maire de Paris, en charge de la santé, du handicap et des relations avec l'AP-HP, qui a piloté la mise en œuvre du plan au sein de l'administration parisienne, apporte un éclairage à la fois large et précis sur les arrière-plans sanitaires, urbains et politiques qui ont conduit à sa conception et à son élaboration. Il met également l'accent sur le contexte de cette initiative et la méthode utilisée, avant d'en présenter les points saillants². Un rappel plus général s'impose, en préambule, sur la question de la santé environnementale en France.
- 2 À la différence de ce que l'on observe dans d'autres pays comme la Grande-Bretagne, l'Allemagne ou les États-Unis, où santé et environnement sont très fortement et depuis très longtemps associés, il n'en va pas de même en France. Cela tient à plusieurs raisons : d'une part, la spécificité de l'émergence de la notion d'environnement, apparue tardivement dans notre langue³, qui ne s'est popularisée que dans les années 60, entraînant une certaine discontinuité sociale et culturelle, et d'autre part, les ancrages à la fois sociaux, culturels, institutionnels et scientifiques du système de santé français. La notion d'environne-

ment, apparue tardivement en France, s'est pour une part substituée à celle de milieu, largement prisonnière du poids d'un déterminisme externe, qu'a également connu, quoique de façon plus limitée, la notion d'environnement. Mais celle-ci s'en est aussi affranchie beaucoup plus tôt et de façon beaucoup plus nette, pour donner naissance au mouvement mondial apparu au début des années 60 au fil d'une évolution encore insuffisamment explorée en France. Le champ de la santé est l'héritier d'une longue tradition que l'on peut caractériser par un puissant ancrage du pouvoir médical, associant des composantes savantes et sociales très fortement structurées et prégnantes, obstacle à une vision plus partagée, mais aussi plus englobante de la santé dans la multiplicité de ses composantes.

- 3 Dans ce contexte, et sans doute plus qu'ailleurs, l'environnement a en France une signification de remise en cause épistémique, qui en fait un objet et une source de controverse, au sens où ce n'est pas simplement sa dimension pratique et collective de risque, d'atteintes aux écosystèmes ou à la santé qui est en question, mais le paradigme cognitif dont il est porteur. Celui-ci traduit de fait un partage de l'action et de la connaissance à travers la notion d'expérience, tant individuelle que collective, très différent du tropisme au cœur de la vie collective française. La tradition épistémique française a pendant longtemps été, et reste encore pour une part, dominée par une conception générique – par ailleurs fortement genrée⁴ – de la connaissance matrice de l'action qui clive fondamentalement une approche savante, relayée quoique distincte par/de l'approche scientifique, ancrée dans une rationalité formelle et langagière qui se distingue de la connaissance ordinaire considérée comme aveuglée par les sens et trompeuse. Au plan institutionnel, cet arrière-plan culturel s'est traduit par une imposante mise en œuvre sociopolitique⁵, dont l'abstraction n'a cependant cessé d'introduire de profondes césures et autant d'oppositions au sein du collectif.

- 4 Dans le champ de la médecine et de la santé, ce clivage, recoupant l'ancienne tradition galiénique⁶ d'une médecine savante, a eu une force, mais aussi des implications sur le plan social, très importantes et durables. La tradition expérimentale, davantage prégnante dans le monde anglo-saxon, conduit à un schéma très différent dans lequel action et connaissance sont indissociables et dans lequel la connais-

sance est soumise à un processus constant de validation qui donne au contexte et à ses transformations possibles une réalité beaucoup plus importante. La connaissance n'est pas fondée en essence, avec ce que cela signifie en matière d'image et de groupes sociaux détenteurs une fois pour toutes d'un patrimoine cognitif quasiment hors du temps, mais simplement d'un point de vue opératoire, dans la dimension adaptative qu'elle rend possible, permettant aux communautés humaines de s'ajuster aux questions et aux contextes en modification constante auxquels elles sont confrontées. Ce lien entre les notions d'environnement et d'expérience prend très fortement consistance à partir du moment où l'on réalise que l'environnement n'est pas intégralement connaissable en soi, et relève d'un jeu particulièrement complexe de relation incernable dans les multiples composantes spatio-temporelles de son extension. Cela revient à ne plus concevoir l'objet de la connaissance comme un simple signifiant, un référent verbal, mais à le situer dans la réalité et la complexité du champ relationnel et praxique dans lequel il s'élabore pour tout organisme vivant qui en est la source et l'âme, support premier de sa dynamique existentielle. L'environnement constitue un champ dynamique de relation, d'interaction, propre au vivant complexe et aléatoire, irréductible à une appréhension linéaire objectivable ou à un risque, futur sanitaire.

- 5 En France, comme de nombreux travaux l'on largement montré, la notion d'environnement s'est installée dans la sémantique collective en s'adossant fortement à la notion de nature, au point d'en constituer pour certains un quasi-synonyme, ce qui en minimisait considérablement le sens et la portée. Cette inscription a eu de nombreuses et multiples implications, non seulement auprès des populations, mais aussi au plan institutionnel, dont elle a à la fois accompagné, mais aussi, dans une certaine mesure, contribué à organiser l'émergence. Et celle-ci s'est faite dans un découplage complet entre environnement et santé, alors qu'a existé jusque dans les années 60 une tradition, en perte de vitesse à l'époque, d'un complexe socio-sanitaire héritier du mouvement hygiéniste possédant un ancrage urbain encore marqué. Mais on peut dire que dans le contexte de conflit latent entre anciens et modernes qui, sous des formes différentes, ne cesse de caractériser la France, l'environnement apparaissait moderne et novateur⁷, face à une tradition hygiéniste déclinante,

et que la modernité technicienne apparaissait devoir supplanter. Aux États-Unis, au contraire, l'ouvrage pionnier de Rachel Carson *Le printemps silencieux*, qui a constitué un signal majeur pour le mouvement de l'environnement, analysant l'action des pesticides sur les populations animales mais aussi humaines, s'inscrivait dans une puissante et très large perspective sanitaire, qui s'affirme dès la fin du XIX^e siècle⁸, prenant appui sur la notion de santé environnementale.

- 6 Ces rappels paraissent importants pour resituer les problèmes spécifiques que soulèvent la notion de santé environnementale en France et le retard de son développement. Il a fallu la forte montée en puissance des questions environnementales dans les décennies qui ont suivi l'institutionnalisation de l'environnement⁹, conjuguée à celle des questions sanitaires, les polémiques et le retentissement médiatique et sociétal considérable de la pollution atmosphérique, les multiples problèmes de contamination des eaux, des sols ou des aliments, la question des déchets, le développement des risques pour que cristallise une conscience collective marquée de la relation entre santé et environnement. Et celle-ci n'a pris institutionnellement consistance qu'avec l'approche volontariste d'un premier plan national santé environnement mis en place en 2004, sur une base essentiellement institutionnelle, et à partir d'un ancrage empirique et social relativement étroit¹⁰, s'inscrivant avec difficulté dans la trame sanitaire existante.
- 7 Depuis le début des années 2000, on assiste à une lente montée en puissance et à la diffusion dans le champ de la communication et auprès du public de la notion de santé environnementale, d'abord relayée par les trois plans santé environnement successifs (2004-2008, 2009-2013, 2015-2019), accompagnés des plans régionaux correspondants, reprise, après leur création en 2010, par les ARS. Cette mise en œuvre par le haut, dans un schéma très pyramidal et hiérarchique, très caractéristique des fonctionnements français, et qui constitue aussi un obstacle majeur à l'évaluation des politiques mises en place¹¹, s'est montrée peu favorable à une réception large par la population de la notion de santé environnementale¹². Si celle-ci fait spontanément sens pour la population, elle semble cependant aussi manquer d'ancrages et de repères précis pour tous ceux – et ils sont très nombreux – qui en ignorent la matrice institutionnelle. Et

c'est ici que l'initiative parisienne prend tout son sens et sa portée, à la fois dans ses objectifs, mais aussi dans ses modes opératoires. Comme le résume Bernard Jomier dans l'entretien que l'on pourra lire ci-dessous, l'élaboration de ce plan relève d'une démarche peu courante dans la consultation dont elle a pu faire l'objet auprès d'un large panel d'acteurs dans le domaine, à partir d'une première trame du projet élaborée par le groupe de travail de la ville. Cette consultation est sans doute remarquable par son ampleur, mais aussi par la qualité d'écoute qu'ont su manifester les personnes qui l'ont mise en place et suivie, renvoyant aux participants le sentiment rare d'une implication qui n'était pas que de pure forme, contrairement à de nombreux exercices de ce genre dont le contenu apparaît fixé à l'avance¹³. Quatre groupes de travail autour de quatre thématiques différentes ont été constitués, réunissant des acteurs également très différents, chercheurs et universitaires dans de multiples domaines de la santé mais aussi des sciences sociales, membres de multiples institutions sanitaires ou de surveillance opérant sur la ville de Paris ou la région IDF (INVS, ANSES, CPAM, ARS, OQAI, etc.), associations (au nombre de vingt-cinq environ, généralistes comme France Nature Environnement ou spécialisées), membres des différentes directions de la ville de Paris, soit au total une centaine de personnes. Deux séries de réunion ont permis à ces groupes de travail de discuter et d'approfondir des propositions tant en ce qui concerne la compréhension du problème, de sa spécificité, sa transversalité et sa complexité, que des pistes d'action à mettre en œuvre, accompagnées de contributions de la part des acteurs consultés. Au final, au prix d'un important travail de synthèse, le plan se présente sous la forme d'une présentation générale des grandes orientations adoptées, suivie de quinze fiches action. Huit cibles prioritaires sont proposées, air extérieur, environnement intérieur, bruit, substances chimiques (perturbateurs endocriniens et Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques (CMR)), climat, amiante, sols pollués et plomb. Cherchant à assurer une dynamique collective à cette initiative, le plan propose la mise en œuvre d'une conférence annuelle de santé environnementale permettant aux acteurs concernés de développer une interconnaissance et des synergies. Il propose également la mise en place d'un pôle de santé environnementale ouvert non seulement aux acteurs traditionnels de la ville dans le domaine, mais aussi aux associations et à des start-up, de façon à favoriser l'échange entre acteurs et inno-

vation dans un champ dans lequel les technologies de l'information et de la communication ont vocation à apporter un renouvellement important. Le plan est par ailleurs articulé aux autres initiatives de la ville mais aussi de la région dans des champs connexes (pollution, climat, marche et vélo, biodiversité, ville intelligente, alimentation, bruit, logement). Il met très largement l'accent sur la question des inégalités environnementales, leur implication sur le plan tant social que sanitaire, et la nécessité de les réduire, en insistant sur l'importance de développer une approche favorisant l'appropriation, l'*empowerment* par les populations concernées, tout en apportant les éléments qui puissent favoriser celui-ci. Un travail de cartographie des défaveurs socio-environnementales, analogue à celui qui a été conduit sur l'Ile-de-France mais à échelle plus fine de la ville, est envisagé. Dans une optique de prévention, le plan s'intéresse aussi à la question des aménités et à leur accès différencié, qui constitue un aspect des inégalités. Il met l'accent sur une action très en amont dans la conception de l'aménagement urbain, sur le renforcement et la capitalisation des données permettant d'appréhender plus finement la problématique et leur diffusion large, sur l'amélioration de l'offre en matière de santé environnementale à l'aide de consultations, ainsi que de diagnostics en environnement intérieur. Il met enfin l'accent sur la promotion d'une culture de la santé environnementale et vise également à renforcer l'exemplarité de la ville dans le domaine.

- 8 La mise en œuvre de ce plan large et ambitieux n'en est qu'à ses débuts, mais l'extensivité de la démarche, la spécificité de son ancrage urbain semblent suffisamment importantes pour être signalées. Comme le développe Bernard Jomier, et de façon quelque peu paradoxale par rapport à ce qu'ont été les ancrages historiques de l'environnement dans le monde français, les villes apparaissent de façon croissante comme des lieux privilégiés de gouvernance environnementale face au renouvellement et à l'extension incessante des enjeux environnementaux. Et ce à la fois parce qu'elles sont le lieu où réside et est donc regroupée la plus grande part de la population et où s'affirme la prégnance des enjeux environnementaux dans leur dimension sanitaire, mais aussi parce que, en dehors des moyens considérables qui sont aujourd'hui ceux des villes, elles offrent des conditions de proximité, de relation et d'échange entre instances de

gouvernement à cette échelle et la multiplicité des acteurs impliqués que n'offre aucune autre structure sociale.

Entretien avec Bernard Jomier (BJ), par Isabelle Roussel (IR) et Lionel Charles (LC), le 1^{er} avril 2016

- 9 LC. Il est très atypique pour une ville française de s'engager dans une initiative de santé environnementale, dans la mesure où existent déjà des démarches nationales et régionales, le plan national santé environnement et les plans santé environnement régionaux. Au niveau urbain, il s'agit d'une initiative nouvelle qui ne répond à aucune obligation légale et ne relève que d'une démarche volontaire. Quel est le contexte, le *background* d'une telle démarche, comment a-t-elle pu se mettre en place, quel est votre rôle personnel, en quoi reflète-t-elle les orientations développées par Anne Hidalgo au moment de la campagne de 2014 ? La feuille de route que vous a adressée Anne Hidalgo en début de mandature évoquait la question de la santé environnementale. Cela indique que la perspective d'une telle mise en œuvre a été retenue relativement en amont.
- 10 BJ. Les feuilles de route ont en effet été rédigées à la suite d'allers-retours entre les adjoints et la maire pour fixer le cadre du travail au tout début de la mandature. La réponse à votre question ramène au sens de ce qu'est la santé, de ce qu'est une politique de santé dans une ville. Il faudrait plonger dans l'histoire des politiques de santé de notre pays et des responsabilités politiques, mais à grand trait, vous le savez, vous avez raison de dire que les villes ont peu de responsabilités. C'est l'État qui a la responsabilité de la politique de santé. Les départements – Paris est un département – ont des responsabilités, mais davantage au niveau médico-social qu'en matière de politique de santé *stricto sensu*, et déjà là, on observe une spécificité française : la politique de santé est de fait essentiellement une politique de soin, les autres champs de la santé sont traditionnellement insuffisamment développés dans notre pays et insuffisamment pilotés. Or, si l'on veut bien considérer que les progrès et les défis auxquels nos populations

ont à faire face en termes de santé, que les progrès dans les années à venir seront davantage du ressort de l'action sur les conditions de vie, sur l'urbanisme, sur l'environnement au sens large, sur les conditions sociales et économiques de nos populations, sur un développement d'une action sur les grands déterminants de la santé plus que de découverte thérapeutique majeure – il y aura des découvertes thérapeutiques, mais ce n'est probablement pas de là que viendront les grands progrès pour la santé de nos populations dans les dix ou vingt ans à venir –, ce champ-là est déjà beaucoup plus du ressort d'une ville. C'est toute la notion de ville santé. Les villes, par la façon dont elles orientent, dont elles organisent le mode de vie de leurs habitants, vont avoir des impacts positifs ou négatifs sur la santé. Paris est une ville dont tout le monde s'accorde à dire qu'elle n'est pas très hospitalière pour l'activité physique. Or c'est, on le sait, un enjeu de santé qui est important. Les questions de savoir comment on s'alimente et donc comment s'alimentent les enfants dans nos écoles sont des questions importantes. Les questions d'urbanisme et d'aménagement de la ville sont aussi des questions importantes, et cela figurait dans la feuille de route. Des personnes se sont étonnées de ce que le plan de santé environnementale aille jusqu'à la mise au point d'Évaluations d'Impacts sur la Santé (EIS) en ce qui concerne les projets d'urbanisme. Sans que cela constitue un modèle achevé, penser un projet d'urbanisme en y intégrant les questions de santé au moment où on le conçoit, c'est déjà la démonstration d'une démarche anticipée et transversale, parce que cela veut dire que les aménageurs et les urbanistes se sont approprié les questions de santé. Et cela était explicite dès la feuille de route parce que nous pensions dès ce moment que cette politique de santé environnementale devait se déployer dans toutes ses dimensions.

- 11 IR. Et que les médecins lâchent prise...
- 12 BJ. Oui, ce n'est pas faux. C'est-à-dire je ne sais pas s'il faut qu'ils lâchent prise, ou s'il faut qu'ils transforment leur culture. Être médecin, c'est soigner, bien sûr, mais être médecin, c'est aussi s'intéresser, jusque dans le colloque singulier, aux conditions de vie. Pour prendre un exemple, j'exerce dans un arrondissement dans lequel il y a une forte population migrante. Si l'on ne prend pas en compte l'histoire de la migration et les conditions de vie que cela amène, on ne soigne pas bien. Les médecins ont une capacité à faire, mais notre

système politique fonctionne encore en silo, l'administration aussi, et travailler de façon transversale relève beaucoup plus du discours que des actes. Donner une priorité à la prévention se manifeste beaucoup dans les discours mais encore peu dans les budgets. C'est donc d'une transformation de notre approche de la santé dont il est question. Et pourquoi les villes ? Effectivement, les villes n'ont pas d'obligation de mise en œuvre, n'ont pas de responsabilité légale en la matière, mais il y a une légitimité politique forte des villes à mettre autour de la table les différents acteurs. Pour parler d'un autre sujet, mais parallèle, qui relève de la même méthode, vous avez dû entendre que la ville de Paris a rendu publique une stratégie de lutte contre le VIH, au 1^{er} février, qui est très importante : Paris sans sida en 2030¹⁴. J'ai constaté la même chose : les différents acteurs font chacun un super travail, mais chacun reste un peu dans son coin, ils se rencontrent un peu, chacun étant persuadé que son sillon est le bon, et que son silo est le bon silo. Et ce qui manquait, c'était de mettre tout le monde autour de la table pour partager les objectifs et avoir une stratégie coordonnée. En termes de santé publique, il s'agit là d'une approche qui est davantage de prévention, de dépistage, etc. C'est une approche très fructueuse, mais qui détient la légitimité à le faire, pour peu qu'on veuille bien prendre la chose en main ? Les villes la possèdent. Les villes concentrent par ailleurs de plus en plus une grande partie de la population, avec des déterminants de santé liés à l'organisation de la ville, aux inégalités territoriales et sociales que la ville génère mais contre lesquelles elle peut aussi lutter, aux facteurs environnementaux, y compris les pollutions qui touchent à la santé. Je dis souvent que la première marche de ce plan santé environnementale a été le plan de lutte contre la pollution de l'air. Pourquoi ? Parce qu'il s'agit d'un problème de santé publique majeur. On peut discuter à l'infini de savoir si cela recouvre trente, quarante ou cinquante mille décès par an, je ne sais pas. Ce que je dis peut paraître brutal, mais ce n'est pas vraiment la question. À ce niveau-là, plusieurs dizaines de milliers de morts par an signifient qu'on a affaire à un problème de santé publique majeur, qui appelle donc des réponses. C'est un problème qui est généré par des activités humaines, ce n'est donc pas un problème d'organisation des soins. C'est un problème qui a trait en particulier, pour ce qui concerne la métropole parisienne, à l'organisation de notre vie urbaine, aux transports et aux déplacements, et le résoudre nécessite de dire que la

santé est un déterminant de la politique publique, pas une variable d'ajustement. Et donc d'effectuer un choix fondateur, de mener une politique de santé en fonction de laquelle on va adapter les contraintes économiques, personnelles, sociales, qui sont réelles. C'est faire le choix de dire : on mène une politique où la santé est au premier rang. C'est pour cela que ce plan a été mis au point, et c'était la première marche. Et le plan de santé environnementale que j'ai présenté en décembre dernier au conseil de Paris vise à dire : voilà quels sont les problèmes de santé qui sont identifiés par notre population, pas simplement par l'adjoint au maire ou la maire de Paris. Pour le préparer, nous avons mis autour de la table ceux qui travaillent sur la santé environnementale, des universitaires, des chercheurs, mais aussi des associations qui se sont constituées pour travailler sur telle ou telle question. On a donc mis un peu tout le monde autour de la table, une centaine de personnes venues d'horizons différents, en leur demandant d'identifier quels sont les principaux enjeux de santé environnementale à Paris. À partir de là, on va expliciter les leviers d'action que l'on met en œuvre. Ce n'est donc pas une démarche holistique, ce n'est pas le PNSE 2 ni le PRSE 2, qui contiennent absolument tout sur la santé environnementale. Nous n'avons pas visé l'exhaustivité mais l'efficience. Nous avons identifié huit grands facteurs sur lesquels agir prioritairement, en indiquant comment nous allons agir, et quel est le mode d'emploi que nous allons utiliser. Il est clair que le fait d'être participatifs, de mettre autour de la table les différentes parties prenantes s'est traduit par des débats assez vifs entre les différents acteurs. Je pense aux perturbateurs endocriniens, cela a quand même mis du temps à décanter ! Au début, il y avait des oppositions, notamment sur la question des risques émergents. Il y a eu une co-construction et un mode d'emploi pour arriver à une action de santé qui revisite nos politiques de santé, dans le sens de ce que j'indiquais précédemment, avec davantage de prévention, davantage d'action sur les déterminants de la santé. Et ceci dit, en ayant toujours – j'insiste là-dessus – la notion que la santé environnementale n'est pas dénuée d'une composante sociale, loin de là. Si l'on ne fait rien, ces déterminants environnementaux aggravent les inégalités sociales de santé puisque, comme vous le savez, les mécanismes d'évitement, de compensation ne sont pas mis en œuvre par la population de la même façon selon le niveau social ou économique. Cette question de santé environnementale, c'est aussi une

politique de justice sociale. C'est donc toute cette démarche qui a été mise en œuvre, et qui dit la volonté de la ville de prendre ses responsabilités à côté des autres acteurs, de l'État, notamment au niveau de l'ARS. Je ne conteste évidemment aucune légitimité à l'État, et je dis qu'il doit assumer le pilotage, mais pour reprendre l'exemple du VIH, je constate, et ce n'est pas une critique de l'ARS, que l'ARS n'avait pas la légitimité politique d'édicter, de faire partager, de faire travailler les gens ensemble et de piloter l'énoncé des mesures qui sont en capacité de mettre fin à l'épidémie de VIH. Pourquoi ? Parce que ces questions de santé ont un sens politique. Et que la légitimité politique, et c'est heureux dans une démocratie, elle appartient quand même aux élus.

- 13 IR. C'est la même chose pour la pollution de l'air, d'ailleurs...
- 14 LC. Peut-être plus dans le détail, comment cette démarche a-t-elle pu émerger au sein de la municipalité ?... La problématique de la pollution de l'air sur Paris existe depuis longtemps, mais comment cela a-t-il cristallisé pour en arriver à mettre en place une stratégie ou un plan en matière de santé environnementale ? Est-ce que c'est une idée qu'Anne Hidalgo avait déjà, est-ce que c'est une idée antérieure, est-ce que votre apport, votre vision personnelle ont joué un rôle ? Je ne veux pas personnaliser trop les choses, mais il y a quand même là quelque chose qui est tout à fait particulier, qui ne se fait pas tout seul, bien sûr, il y a des éléments très généraux...
- 15 BJ. Cela, on peut vous le confirmer, ça ne se fait pas tout seul...
- 16 LC. Et même sur le plan de la méthode qui consiste à mettre en place une consultation très large, avec des universitaires, avec des associations, cela ne va pas du tout de soi. Une chose c'est d'en avoir l'idée, une autre c'est de le mettre en œuvre concrètement, en situation, par rapport à tout un ensemble d'acteurs qui ont des positions très différentes, etc.
- 17 BJ. Il y a la conjonction d'une conviction, j'allais dire quasiment épidémiologique, ce dont je vous parlais, les grands progrès en santé, comment fait-on progresser l'état de santé de la population ?...
- 18 LC. Juste un autre point par rapport à cela. La question du sida a été l'occasion d'une avancée majeure, c'est probablement la première fois qu'une approche *bottom up* est apparue comme une démarche essen-

tielle sur le plan de la santé publique. De ce point de vue, il y a une rupture. Est-ce que cela a joué un rôle, est-ce que cela a constitué un arrière-plan en quelque sorte dans la démarche actuelle ?

- 19 BJ. Absolument. Il y a plusieurs facteurs, il y a d'abord, je vous dis, cette conviction que la politique de santé ne peut plus se résumer, je ne veux pas caricaturer non plus, à une politique du soin, de l'offre de soin, de système de soin, qui reste extrêmement importante. D'ailleurs, en France, on appelle le système de santé « système de soin », c'est quand même terrible. Il y a cette conviction fondée sur des faits objectifs, qui sont les données, différents facteurs, la transition épidémiologique dont on parle. Deuxièmement, il y a que, quand c'est l'État qui pilote, on est dans une conception très française, *top down*.
- 20 IR. Centralisée.
- 21 BJ. L'État pilote. Le département, c'est la même chose. L'administration départementale, c'est un décalque, c'est une petite administration d'État, on gère du médico-social, ce sont les experts qui décident. Or ces enjeux de santé, parce qu'ils touchent aux comportements, parce qu'ils touchent à la vie dans des tas de domaines, le logement, le transport, l'alimentation, la vie sexuelle, il ne peut pas y avoir de progrès qui ne soit pas approprié par les citoyens. On ne change pas les comportements d'une population en lui tapant sur la tête à coups de bâton. On ne dit pas aux gens du jour au lendemain, le véhicule diesel, ce n'est pas bien, vous allez arrêter et demain vous aurez un véhicule électrique. Si l'on ne met pas autour de la table les acteurs quels qu'ils soient, et si l'on n'écoute pas leur parole à un niveau équivalent, on n'y arrivera pas. Avec Anne Hidalgo, nous avons cette conviction partagée que la politique de santé comme d'autres champs de la politique publique doit être beaucoup plus participative, beaucoup plus partagée, et que cette politique se construit avec des acteurs notamment qui ne sont traditionnellement pas comptés dans le champ de la santé, je pèse mes mots, qui sont des acteurs dont on estime qu'ils sont ailleurs, mais que ce n'est pas eux qui sont responsables de la santé de la population. Les enjeux de santé environnementale viennent illustrer, à côté d'autres politiques, l'émergence du rôle des villes, il n'y a pas que Paris, on ne va pas faire du parisianisme. L'émergence du rôle des villes se fait dans une démarche de

santé publique qui n'est effectivement pas la démarche traditionnelle dans notre pays. Elle appelle de nouveaux processus d'élaboration des politiques de santé, elle appelle aussi à ce que l'ensemble des citoyens, des habitants participent et deviennent des « sachants ». Il y a cette politique de santé environnementale, il y a la lutte contre le VIH et différentes autres politiques que nous avons mises en place en matière de santé, et tout cela débouche maintenant, et cela figurait aussi dans la feuille de route, sur des assises parisiennes de la santé. Celles-ci vont être l'occasion de remettre les choses sur la table, parce qu'il faut toujours remettre les choses sur la table, on agit en même temps, bien sûr, on applique, on ne passe pas son temps à discuter, mais il faut toujours remettre les choses sur la table. Et dans ces assises de la santé, il va y avoir de grands débats thématiques avec les acteurs institutionnels, organisés, y compris les grandes associations, mais on a décidé de consulter aussi les Parisiennes et Parisiens à travers une quarantaine de questions qui vont leur être posées directement. Des questions qui sollicitent leur avis sur la santé à Paris et qui balayent un champ très large. Ce sera la première fois. Jamais on n'avait consulté comme cela les habitants sur la politique de santé. D'habitude, si on leur demande leur avis, c'est pour savoir s'il y a assez d'infirmières près de chez eux, ou s'ils sont contents de leur médecin, etc., on est dans le système de soin, dans l'offre de soin, qui garde une importance vraiment première, mais sans les mettre en position de se sentir, de se penser responsables de leur santé. Il y a cette volonté d'un côté, mais il y a aussi des outils qui sont apparus, c'est vrai, même si c'est encore balbutiant et s'il y a beaucoup de choses qui n'ont strictement aucun intérêt dans le domaine de l'e-santé, il faut le dire. Mais il y a aussi des choses qui ont beaucoup d'intérêt, qui permettent à chacun d'avoir des données sur ses propres comportements, de les mettre en résonance et d'avoir accès à des informations. D'ailleurs on a créé, on vient de créer, par délibération du conseil de Paris l'année dernière également, une commission e-santé pour justement travailler sur ces questions et voir quels sont les outils qui vont avoir une utilité, dont on va soutenir la diffusion.

- 22 LC. Donc cela s'articule avec l'usage des nouvelles technologies...
- 23 BJ. Oui, bien sûr aussi. Quand vous voyez une petite start up comme Plume lab, créée pour diffuser l'info sur la qualité de l'air, et les

petites applications – hier, j’ai installé mon application « Je compte mes pas », qui permet de savoir si l’on fait dix mille pas chaque jour –, ce sont des applications qui aident à réfléchir à ce qu’est son activité physique. Il y a des outils qui sont très intéressants et dont beaucoup concernent aussi des domaines du soin, la gestion de la maladie chronique. Vous rappeliez que le VIH a été l’occasion en France de l’irruption des patients dans la décision thérapeutique, c’était une première. Les personnes qui sont atteintes de pathologies chroniques sont des acteurs essentiels, elles se connaissent, et il est bon qu’elles aient des outils à leur disposition pour gérer, avec l’aide du professionnel, du médecin, leur propre santé. Il y a là une évolution dans le domaine de la santé qui se situe au-delà de la santé environnementale, qui est pour moi tout à fait salubre. Et je pense que la santé gagnera en importance dans la gouvernance politique. La santé en France est sous-administrée et sous-pilotée, ce n’est faire injure à aucun ministre de la Santé de dire ça. Et je suis personnellement convaincu que pour le bien-être, pour la qualité de vie de notre société, de la population, il y a un intérêt fondamental à ce que la santé se développe dans la gouvernance publique.

- 24 IR. Et vous avez réussi à convaincre vos collègues sur d’autres champs que le champ de l’environnement et de la santé ?
- 25 BJ. Eh bien, si vous lisez le plan parisien qui, je le redis encore une fois, est volontairement bref, avec un exposé d’une quinzaine de pages, huit priorités, quinze fiches action, les deux premières fiches action portent symboliquement sur l’urbanisme et la mise en place d’EIS. Or ces fiches ont été travaillées avec mon collègue chargé de l’urbanisme, qui en a assumé une large part. Nous étions là pour échanger, mais la réussite pour un adjoint en charge de la santé, c’est quand les autres adjoints prennent en main ces politiques-là. L’appropriation vise les Parisiennes et Parisiens et l’ensemble de la vie publique, mais c’est déjà une première satisfaction non seulement d’avoir mis autour de la table ces différents domaines de la vie publique et leurs représentants, mais de les avoir poussés à prendre eux-mêmes les initiatives et développer eux-mêmes des idées. Dans le plan, il y a aussi un point auquel je tiens beaucoup, c’est la création d’un pôle de santé environnementale en un lieu physique. Vous savez que nous disposons de laboratoires qui ont de l’expertise, que l’on vient de réformer afin qu’émerge un service parisien de santé envi-

ronnementale. Celui-ci comportera trois départements, des laboratoires qui renforcent notre expertise municipale publique, mais je veux que dans le même lieu, avec ces laboratoires, on installe aussi des associations qui travaillent sur les questions de santé environnementale et des start up qui créent des outils, des applications en santé environnementale et qu'on attire un peu là-dedans aussi des universitaires. Qu'on connecte tout ce monde-là pour que la santé environnementale émerge en interaction entre les différents acteurs. Je pense que ce pôle de santé environnementale va nous prendre un petit peu de temps à être mis en place, mais réunir ces compétences dans un même lieu physique va permettre de développer nos politiques en santé environnementale avec l'ensemble des partenaires.

- 26 IR. La Maison du poumon qui, je l'espère, ne sera pas très loin de ce pôle, essaie aussi de développer cette mise en commun, cette synergie. Pour regrouper tous ceux qui, trop isolés, ont des stratégies sur le souffle, l'air, les allergies...
- 27 BJ. Oui, bien sûr.
- 28 LC. Et l'accueil au niveau des autres parties prenantes, au niveau de la ville, quel est-il, comment est perçue cette initiative ? Est-ce que la démarche est comprise, est-ce qu'elle est soutenue, est-ce qu'elle est critiquée ? Parce que j' imagine que des approches très affirmées existent déjà, qui vont à l'encontre d'une approche transversale. Est-ce qu'une démarche novatrice comme celle-ci enregistre un écho, un écho favorable, est-elle comprise, est-elle reliée à des préoccupations plus larges, au sens d'une évolution, de transformations au sein de la société, ou bien au contraire provoque-t-elle des réticences, une espèce de rejet, de refus d'une évolution vers quelque chose vers quoi un certain nombre de personnes ne voudraient pas aller pour de multiples raisons ?
- 29 BJ. La transformation dans nos approches, elle se heurte toujours à une inertie, au conservatisme. Mais l'inertie et le conservatisme, qui ont d'ailleurs un fondement physiologique, ne produisent pas grand-chose dans une société et, en la matière, personne ne les défend publiquement. Chacun trouve de bons arguments pour dire qu'il ne faut rien changer, mais quand de nouveaux défis apparaissent, quand de nouvelles étapes doivent être franchies, il faut savoir s'adapter et se transformer. Et je constate que politiquement, dans le comité de

pilotage qui a préparé le plan de santé environnementale, tous les groupes politiques avaient été invités – je ne fais pas de clivage, je mets tout le monde autour de la table – et à l'arrivée, le plan a été adopté à l'unanimité du conseil de Paris. Il y a eu des remarques, des apports intéressants d'ailleurs, mais il n'y a pas eu d'opposition parce qu'encore une fois s'opposer à ce qui n'est pas en place simplement parce qu'on a de mauvaises habitudes, c'est compliqué.

- 30 IR. Mais les transformations, c'est difficile à accompagner. Nous avons vécu le passage du laboratoire d'hygiène à la création d'Airparif, ça s'est fait avec une certaine douleur. Et le passage de l'hygiène à l'environnement, c'est une transformation culturelle.
- 31 BJ. Oui, oui, il y a des contestations, et j'y ai passé beaucoup de temps en interne, avec la transformation de ce qu'était le BSEH¹⁵ en Service de santé environnementale. Les laboratoires ont changé de nom mais aussi de contours. À l'issue de la phase de concertation, le projet a même reçu un vote positif des organisations syndicales (donc dans les instances CHSCT¹⁶), ce qui n'était pas évident. On change effectivement, il va falloir former les personnels. On va les former à de nouveaux métiers et, pour eux, c'est aussi un défi enthousiasmant. Bien sûr, les métiers ne seront plus les mêmes, mais on a de nouveaux enjeux à traiter, l'air intérieur, les perturbateurs endocriniens, comment éliminer les agents Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques (CMR) de notre environnement, etc. Ces nouveaux enjeux, qui appellent de nouveaux métiers, constituent aussi une perspective enthousiasmante. Les acteurs politiques ont réagi très positivement, les personnels concernés ont réagi très positivement, et la vraie question est maintenant que ce plan vive et que tous ceux qui ont été autour de la table et qui l'ont travaillé voient des applications concrètes se mettre en œuvre. L'adoption est très récente, je vous disais décembre, le premier comité de suivi se réunit le mois prochain, la mécanique est lancée, il y aura une conférence annuelle en santé environnementale, et les quinze fiches actions vont être suivies une à une. Et elles évolueront. Je l'ai dit aussi devant le conseil de Paris, ce plan n'est pas figé, ce plan est susceptible d'évolution et évoluera à mesure que de nouveaux enjeux ou de nouvelles actions apparaissent et doivent être développées. C'est un plan qui n'est pas statique, c'est un plan qui est vivant...

- 32 IR. Je pense que c'est général maintenant, dans les politiques publiques, plus rien ne peut être vraiment figé, il faut apprendre à évoluer, à avoir une dynamique, ce n'est pas toujours facile, mais c'est quand même... Il y a peu de choses maintenant qui peuvent être complètement figées.
- 33 LC. Il y a peu de choses figées, mais il y a beaucoup de choses figées en même temps, c'est le problème, aussi bien au niveau des mentalités que des comportements, c'est bien ça la difficulté.
- 34 BJ. Je le dis souvent, dans l'histoire de la lutte contre la pollution de l'air, il faut percevoir les freins. Ce n'est pas parce que l'on a raison scientifiquement que l'on a raison politiquement... Autant je dénonce, j'ai souvent dénoncé, je continue à dénoncer le hiatus qu'il y a entre l'avancée de la connaissance scientifique sur ces questions et le retard de la décision politique, autant il faut aussi savoir entendre que les changements de comportements prennent du temps. Concernant la pollution de l'air, nous avons fixé l'objectif d'élimination du diesel dans Paris en 2020, cela a été fixé et validé par le vote de février 2015. Cinq ans, ça me paraît juste. Certains auraient voulu que l'on aille plus vite, que l'on édicte l'interdiction à l'échéance d'un an. D'autres estimaient qu'on ne pourra jamais changer de toute façon. Personnellement, je pense qu'il y a le bon rythme à trouver entre la réponse à la question de santé, le volontarisme, et en même temps la vitesse d'adaptation d'une société. Et que, tenant compte de tous ces éléments, on peut éliminer le diesel, on peut circuler autrement dans notre ville, à l'échéance de quatre ans et demi à la date d'aujourd'hui. Et on peut, dans tous les domaines, avoir la même démarche, c'est-à-dire on ne perd pas de vue l'objectif, on fixe un horizon qui est raisonnable, qui tient compte avant tout de l'objectif de santé publique, et qui, après, tient compte des contraintes de changement de comportement, d'aménagement. On va créer des parcours d'activité physique dans la ville. On va s'appuyer bien sûr sur les grands événements sportifs, sur la candidature aux Jeux Olympiques pour sensibiliser et donc pour créer concrètement ces parcours d'activité physique. On peut prendre tous les thèmes l'un après l'autre, la démarche est la même : être très clair sur les objectifs et avoir une méthode très à l'écoute, très inclusive...
- 35 LC. Compréhensive.

- 36 BJ. Voilà ! C'est la société qui doit porter, qui doit être entraînée. Ce ne sont pas quelques personnes.
- 37 IR. Et par rapport aux assises de la santé qui débutent la semaine prochaine ?
- 38 BJ. La maire les lancera jeudi prochain, le 7 avril. C'est un processus qui va durer quasiment un an dans lequel il y aura cinq grands débats autour de cinq grandes thématiques. En gros, ce sont les parcours santé, les jeunes, les personnes en situation de précarité, etc. Le but est de voir comment on pourrait à la fois améliorer, peut-être redéfinir des objectifs et améliorer les parcours entre les différents acteurs puisque, vous le savez, le système de soin et le système social ont du mal à fonctionner en proximité, il y a beaucoup de ruptures de parcours, beaucoup de doublons et de manque de cohérence. Il va donc y avoir ce travail, et il y aura aussi un travail au niveau des instances locales. Pendant les deux premières années du mandat, j'ai beaucoup poussé à la création de conseils locaux au niveau des territoires d'arrondissements, des conseils locaux de santé mentale, qui sont à peu près complètement déployés, des conseils locaux de santé pour réunir de la même façon les acteurs. Et puis d'autres conseils pourront se brancher sur des questions de santé, beaucoup d'associations sportives ou d'éducation, des conseils locaux du handicap, qui vont donc travailler sur un certain nombre de thématiques. Sans oublier, je vous le disais, des questions posées directement aux Parisiens auxquelles ils pourront répondre, sur lesquelles ils pourront donner leur avis, et tout ça aboutira à un cahier de propositions...
- 39 IR. Vous créerez un portail Internet ?
- 40 BJ. Oui, absolument. Il va être mis en place la semaine prochaine, et chacun pourra y accéder et déposer une contribution, répondre, donner son avis, et pourquoi pas proposer à des gens de se réunir, organiser une réunion publique sur tel ou tel thème¹⁷. On veut, avec la maire, ce débat sur la santé, sur les politiques de santé, sur ce qu'est la santé pour les Parisiens. Ils n'ont pas forcément la même réponse que moi ou que quelqu'un d'autre. On veut écouter la façon dont les Parisiennes et les Parisiens proposent de faire progresser la santé dans notre ville et quelle en est leur vision.

- 41 LC. Sur le plan de la mise en œuvre, sur le plan des moyens, est-ce que vous pensez, parce que là aussi cela pose toutes sortes de problèmes, sur le plan organisationnel, sur le plan des moyens financiers, sur le plan des stratégies, est-ce que vous pensez que les moyens sont suffisants ? Il y a aussi des résistances, justement au niveau de la mise en œuvre. J'ai vu un tract de la CGT à propos du SMASH dans lequel les gens n'étaient pas contents et parlaient de privatisation de certaines fonctions...
- 42 BJ. Je vous disais que la réforme de notre service de santé environnementale a été approuvée par les organisations syndicales. Deux n'ont pas voulu. Pour tout vous dire, il y a eu un vote en CHSCT, les organisations syndicales disposent de 10 voix, et il y a eu 7 voix en faveur de la démarche. La question n'est donc pas de savoir si telle ou telle fonction est transférée... Pour vous dire, vous posez la question, ce qui fâchait en l'occurrence ce syndicat, c'est que la dératisation soit transférée de la sous-direction de la santé à la direction des espaces verts et de l'environnement. Je veux bien qu'on ouvre un débat pour savoir si ce sont des agents de santé ou des parcs et jardins qui doivent aller dératiser, mais cela ne me paraît pas être un cœur de problème. Le vrai cœur de problème, c'est de savoir si nous investissons sur ces pistes. Je vous ai parlé des EIS. Eh bien, nous recrutons ! Je crois que le recrutement des personnes pour mener ces EIS est lancé en ce moment. Ce n'est pas simple d'ailleurs, parce qu'en France, on n'a pratiquement pas d'expertise en la matière.
- 43 IR. Ça commence juste...
- 44 BJ. Nous allons donc apprendre en marchant. Nous sommes aidés par d'autres...
- 45 IR. Il y a eu des expériences à Villeurbanne...
- 46 BJ. Il y en a eu très peu en France. À Plaine Commune. Quand il y a nécessité d'investir directement, nous le faisons. La question des moyens, vous le savez, c'est souvent une question d'articulation d'acteurs, et je crois que la création du pôle de santé environnementale, de par sa constitution même, va permettre de dynamiser fortement la santé environnementale. Mais en ce qui concerne les actions qui nécessitent des investissements, nous assumerons nos responsabilités. Nous investirons. Parce que nous investissons dans l'avenir, et

parce que, comme vous le savez, investir dans les actions de prévention permettra à l'assurance maladie de faire des économies. Il faudra que l'assurance maladie, je le dis nationalement et je le dis avec vraiment beaucoup de force, accepte de sortir du financement quasi exclusif du soin : sur la question du sport santé, par exemple, pour laquelle les choses sont d'ailleurs en train de bouger favorablement...

47 IR. Sur les CMEI¹⁸...

48 BJ. Sur les CMEI. Parce que le bénéfice, si l'on veut parler du seul point de vue financier pour le coup, le bénéfice de tout cela va au budget soin de la nation. On sait très bien qu'un euro investi dans la prévention rapporte ensuite plusieurs euros d'économisés dans le soin.

49 LC. Mais ce n'est pas immédiat...

50 IR. C'est compliqué à démontrer...

51 BJ. C'est tout le problème. Le manque de vision à moyen terme, visiblement là ce ne sont pas les politiques, ce sont d'autres acteurs qui ont un manque de vision à moyen terme. L'assurance maladie, qui est le principal payeur, devrait investir dans ces politiques. Personnellement, j'attends qu'elle prenne ses responsabilités, qu'elle décide d'investir dans ces politiques.

NOTES

1 Bernard Jomier, élu écologiste, est maire adjoint de Paris, en charge de la santé, du handicap et des relations avec l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

2 Le document final de présentation du plan n'est pas encore disponible. N'est accessible en ligne qu'une synthèse assez courte du plan à l'adresse : <https://api-site.paris.fr/images/75594>

3 Le terme environnement, présent en ancien français mais tombé en désuétude, a été réintroduit à partir de l'anglais *environment* par Vidal de la Blache, et est resté peu utilisé jusqu'au début des années 60. Il est entré dans *le Petit Larousse* en 1963.

4 Cette dimension de genre constitue l'un des arrière-plans très importants de la tradition culturelle, et bien évidemment également savante, fran

çaise dans ses liens historiques à deux institutions majeures, l'église et l'armée.

5 Les travaux de P. Rosanvallon ont apporté un large éclairage sur ce développement.

6 Médecin mais aussi philosophe grec, auteur d'une œuvre considérable qui a constitué le fondement de la pratique médicale jusqu'au XVIII^e siècle en Occident mais aussi dans le monde musulman, Galien (129-200 ou 216) a développé une conception très rationalisée de la médecine.

7 C'est d'ailleurs dans cet esprit de modernisation que sont élaborées en 1970 les « Cent mesures pour l'environnement », suite au livre blanc sur l'environnement piloté par L. Armand, et au travail de la DATAR, qui vont servir de base pour la constitution du nouveau ministère.

8 On peut évoquer ici les figures pionnières d'Ellen Swallow Richards (1842-1911) et son rôle dans la promotion de l'hygiène domestique auprès des femmes, ou d'Alice Hamilton (1869-1970), analyste de l'hygiène environnementale en milieu professionnel.

9 Pour rappel, le ministère de l'environnement a été créé en 1971. Robert Poujade est nommé à ce poste en tant que ministre délégué auprès du premier ministre, et ne deviendra ministre de plein exercice qu'en 1973.

10 Même si la loi sur l'air (LAURE, 1996) définissait pour la première fois la qualité de l'air comme un enjeu sanitaire, évoquant dans son article 1 « *une politique dont l'objectif est la mise en œuvre du droit reconnu à chacun à respirer un air qui ne nuise pas à sa santé* ».

11 Dans la mesure où cette mise en place même a valeur de légitimation, compte tenu de ce que l'action de l'État, représentant de l'intérêt général, est par définition légitime (donc pertinente). La notion d'évaluation des politiques publiques évolue très lentement et se heurte à de nombreux obstacles et résistances.

12 Les premiers traitements d'une enquête conduite en région Nord-Pas-de-Calais font apparaître que le terme santé environnementale est déclaré connu par un peu plus de la moitié des répondants (51,6 %), mais que seuls 28,4 % des répondants étaient au courant de l'un ou l'autre plan santé environnement, national ou régional (15,9 % identifiant le PNSE, 12 % le PRSE).

13 Un travail sociologique et socio-politique approfondi reste à développer sur les contours et les modalités du processus mis en œuvre, constituant un intéressant champ de recherche potentiel.

- 14 file:///Users/admin/Desktop/Vers-Paris-sans-SIDA-29012016.pdf
- 15 Bureau de la Santé Environnementale et de l'Hygiène de la Ville de Paris.
- 16 Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.
- 17 Désormais en ligne : <https://idee.paris.fr/assises-parisiennes-de-la-sante>
- 18 Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur.

AUTEURS

Lionel Charles

Isabelle Roussel