

JOURNÉE THÉMATIQUE
DÉVELOPPEMENT
DURABLE

ANNALES

3^e JOURNÉE
THÉMATIQUE
FHP-MCO

oct

2010

7



chiffres

700
établissements

8,5
millions de séjours
soit 40 % des
hospitalisations

66 000
lits et places
représentent près de
30 % des capacités
d'hospitalisation en MCO
en France

PERSONNELS

156 000
infirmiers, sages-femmes,
aides soignants et
hôtelières

PRATICIENS

45 000

URGENCES

134
services d'urgences
pour 2 millions
de passages par an

CANCÉROLOGIE

32%
des séances
de chimiothérapie

52%
de la chirurgie
carcinologique

52%
des séances
de radiothérapie

431
cliniques privées
et 57 centres libéraux de
radiothérapie détiennent
au moins une des trois
autorisations délivrées
par l'INCA (Chirurgie des
cancers, chimiothérapie,
radiothérapie)

MÉDECINE

25%
des séjours médicaux

SOINS PALLIATIFS

20%
des prises en charge
en soins palliatifs

378
établissements
prennent en charge
20 500 patients

DIALYSE

34%
de la prise en charge
de l'insuffisance rénale
chronique

1,7 million de séances
de dialyse dont
1,4 million sont réalisées
en centre.
11 000 patients
sont soignés dans
379 structures

CHIRURGIE

58%
des séjours chirurgicaux

71%
des séjours
de chirurgie ambulatoire

47%
des séjours chirurgicaux
dits « lourds »

30%
des séjours
de chirurgie cardiaque

OBSTÉTRIQUE

28%
des naissances

176
maternités privées
réparties dans
67 départements
prennent en charge
231 000 nouveaux-nés.

29
départements ne
disposent plus de
maternités privées

Le taux de césarienne est
de 22 %, contre 20 % dans
le secteur public.

INDICATEURS QUALITÉ

ICALIN

Indicateur composite
des activités de lutte
contre les infections
nosocomiales

81,1
pour les cliniques
de moins de 100 lits
et places

88,1
pour les cliniques
de plus de 100 lits
et places (moyenne
nationale 74,2)

ICSHA

Indicateur de consom-
mation des solutions
hydroalcooliques

42,5
pour les cliniques
de moins de 100 lits
et places

33,9
pour les cliniques
de plus de 100 lits
et places (moyenne
nationale de 26,3)

ICATB

Indice composite du bon
usage des antibiotiques

45,2
pour les cliniques
de moins de 100 lits
et places

54,4
pour les cliniques de
plus de 100 lits et places
(moyenne nationale
de 42,3)

DOULEUR

56 %
Taux moyen de la
traçabilité de la douleur
dans le dossier patient
dans les cliniques privées
(moyenne nationale
40 %)

TROUBLES NUTRITIONNELS

56 %
Une notification du poids
dans les 48 premières
heures du séjour est
retrouvée dans 56 %
des dossiers (égal à la
moyenne nationale)



SOMMAIRE

2 ALLOCUTION D'OUVERTURE

LAMINE GHARBI, président de la FHP-MCO

**QUATRE GRANDS PLANS VONT RYTHMER
LES PROCHAINES ANNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS :
QUELS SONT LES OBJECTIFS DE L'ÉTAT, L'ARTICULATION AVEC LA POLITIQUE DE SANTÉ
ET LES IMPACTS SUR LES ÉTABLISSEMENTS ?**

5 INTRODUCTION

BRIGITTE ARNOULD, ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer, CGDD, chargée de mission stratégique risques, santé et nanotechnologies

11 STRATÉGIE NATIONALE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE (SND)

NICOLE JENSEN, ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer, CGDD, Délégation au développement durable, chef de bureau de la SNDD

17 PLAN NATIONAL SANTÉ ENVIRONNEMENT 2 (PNSE 2) & GRENELLE 2

CHARLES SAOUT, ministère de la Santé et des Sports, sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

23 PLAN DE SANTÉ AU TRAVAIL (PST)

MARTIAL BRUN, directeur du CISME, (Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise)

31 COMMENT LES QUATRE PLANS NATIONAUX VONT-ILS SE DÉCLINER SUR LE TERRAIN : COMPRENDRE, ANTICIPER, AGIR

OLIVIER TOMA, président du c2ds

37 TOXIQUES ET SANTÉ : LE POINT DE VUE DE L'ÉTRANGER

JAMIE PAGE, président de la UK Cancer Prevention and Education Society

43 CONCLUSION : AU-DELÀ DES NORMES, L'ÉTHIQUE

MICHEL PUECH, université Paris-Sorbonne, philosophe

ALLOCATION D'OUVERTURE

JOURNÉE
DEVELOPPEMENT
DURABLE

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DE LA FHP-MCO



La séance est ouverte sous la présidence de M. Gharbi à 9 h 45.

M. Gharbi : Nous allons commencer à l'heure, ce qui est un signe de qualité durable. J'ai l'honneur de vous accueillir dans cette belle maison de la FHP en ma qualité de président de la FHP-MCO. C'est la branche MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), comme vous le savez tous certainement. Ce sera donc une co-animation avec Olivier Toma que je salue ici en tant que président du Comité pour le développement durable en santé (c2ds) et ami fidèle depuis maintenant vingt ans. On peut dire que le temps passe ; cela ne nous rajeunit pas ! Je salue également dans la salle Marc Wasilewski qui est aussi un ami de longue date. Je suis ravi, même si la parité n'est pas encore de mise dans notre profession, de vous accueillir tous et toutes. Je salue dans la salle mes collègues et amis que je vois régulièrement lors de nos réunions.

Avant toute chose, je vais vous présenter nos intervenants : Mme Brigitte Arnould, qui est au ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer, chargée de la mission stratégique risque, santé et nanotechnologies, et Mme Nicole Jensen, également du ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer à la Délégation du développement durable et chef de bureau de la SNDD. Qu'est-ce que c'est ?

Mme Jensen : Nous en parlerons tout à l'heure. Il s'agit de la stratégie nationale de développement durable.

M. Gharbi : Merci. Il est vrai que les abréviations sont nombreuses ; il est bon de les expliquer. M. Martial Brun est directeur du CISME (Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise). M. Charles Saout

est au ministère de la Santé et des Sports, à la sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation.

Quelques mots d'introduction pour cette journée : je vous rappelle que je la co-animerai avec M. Toma. Le développement durable en santé, il y a une convergence d'intégration. Nous connaissons tous Al Gore et les Grenelle. Nous avons aujourd'hui une nouvelle référence bibliographique. Je voulais un vous en parler car ce n'est pas tous les jours le cas. Des écrits vont faire référence et sont, je pense, le début d'un cheminement bibliographique fort.

J'ai le plaisir de vous présenter le premier tome de M. Olivier Toma et M. Laurent Vassallo sur *Le développement durable et solidaire en santé*. Il est tout neuf. Je l'ai parcouru et j'aime la présentation. Je ne vais pas faire de revue de presse de cet ouvrage – vous en parlerez de manière précise et approfondie –, mais la première question me plaît : « Le développement durable est-il un sujet sérieux ou un nouveau délire ? ». Je reconnais bien là ton humour Olivier. Ce qui me plaît aussi est que tu rappelles dans la quatrième question les cinq piliers que sont les aspects économiques, écologiques, sociaux, sociétaux et de solidarité. Merci pour cet ouvrage qui nous permet d'avoir une référence. Avoir celle d'un ami fait toujours plaisir. Cela permet d'en parler avec plus de cœur, voici un ouvrage que nous pouvons acquérir.

L'intégration dans la loi est une réelle avancée. Nous en parlerons ; ce sera une manière forte de l'adopter. L'objectif de cette journée est multiple. Nous n'allons pas essayer de tourner autour du pot : nous allons être concrets et pratiques. Nous allons voir comment faire – le « faire » est important – et comment l'anticiper. L'anticipation nous fait tous peur, ainsi que le changement, mais on s'aperçoit que sans changement il n'y a pas de stabilité. C'est un peu paradoxal mais le changement assure la stabilité et la pérennité.

Nous verrons aussi comment intégrer le développement durable dans la certification. Sept établissements publics et privés sont certifiés Iso 14 001. Six sont privés et deux gérés par des dames. J'en profite pour vous rappeler la date du 8 mars 2011, celle de la Journée de

la femme, deuxième édition. J'espère vous y retrouver nombreuses et surtout nombreux, car c'est pour tous.

Je voudrais également vous dire que le plan national santé environnement (PNSE) date déjà de 2004. Cela fait six ans. Le chemin a été long et difficile. Le c2ds a été le précurseur, et la FHP-MCO, qui est un syndicat récent – il a été créé il y a deux ans –, a tout de suite emboîté le pas du c2ds et signé un partenariat.

Le développement durable est important dans la vie quotidienne. C'est ce que j'appelle le « syndrome du poisson rouge », qui m'est personnel et que je vais vous livrer. J'ai fait faire dans ma maison des travaux de peinture, comme nous le faisons tous. Nous avons pendant les travaux continué à déjeuner et à dîner en famille, or je me suis aperçu que parmi les meubles qui avaient été déplacés il manquait l'aquarium, qui est quand on a des enfants toujours ludique et apaisant. J'ai donc demandé au peintre de remettre l'aquarium en place, mais il m'a dit qu'il ne pouvait pas parce que la peinture contenait des effluents toxiques qui pourraient gêner, voire tuer les poissons. J'appelle cela le « syndrome du poisson rouge », à savoir que j'accepte avec mes 5 enfants (qui ont de 2 à 17 ans) de respirer un air de peinture contaminant alors que les poissons sont mis de côté dans une pièce voisine. Cela m'a interpellé, car nous sommes en tant que directeurs d'établissements et managers pris dans la production et l'efficacité.

Nous devons réfléchir et analyser l'évolution 2010-2015, ou 2010-2012. Nous devons aussi réfléchir sur le Plan national santé environnement 2 (PNSE 2), la Stratégie nationale du développement durable (SNDD), le Grenelle 2 et le plan de santé au travail (PST). Nous avons tous une action syndicale et politique et nous nous interrogeons sur l'évolution réglementaire et législative et les niches fiscales. Le développement durable en est-il une ? Je ne sais pas. Cela va-t-il marquer un coup d'arrêt à la politique de développement et à l'engagement ? Je ne sais pas. C'est préoccupant, et je ne cesse de répéter que si l'on touche aux avantages incitatifs, ce n'est jamais un facteur clé de développement et de pérennité. Car s'il est vrai que l'on progresse avec la loi, on progresse aussi avec l'envie et l'incitation. Cela

risque d'être compliqué sans incitation ; je pense que nous aurons un débat à ce sujet. Le monde est global ; ce n'est pas nouveau. Pensons global mais essayons d'agir local, pour nous et notre entourage.

J'ai repris un chiffre dans ton livre Olivier. Nous étions 1 milliard en 1930 contre 7 aujourd'hui. Comme tu le dis, nous n'avons qu'une option : produire, construire et éliminer. Je suis pharmacien de profession et le médicament je connais, ou je pense le connaître ; du moins je l'ai appris. Les Suédois ont dans le cadre du penser global et de l'agir local un indice intéressant. Il ne s'agit pas de l'indice bénéfice-risque ; nous savons tous par rapport aux antibiotiques que si nous ne prenons pas d'antimycosique nous risquons l'apparition de champignons, etc. Ils sont allés plus loin et ont étudié la contamination qui peut exister dans l'eau. Cela s'appelle l'indice PTB, que vous connaissez. Cela m'a plu parce qu'il mesure la persistance dans l'eau des rejets, la bioaccumulation et la toxicité. Nous vivons dans un environnement complexe auquel il faut vraiment s'attacher pour pouvoir évoluer.

Nos débats vont continuer cet après-midi. Je salue M. Page qui vient d'Angleterre. J'ai traduit votre fonction car je suis du sud et que nous sommes attachés à notre langue locale, le languedocien, et donc au français. Vous êtes président de la Société de prévention et d'éducation (Cancer Prevention and Education Society) et vous allez nous faire part de votre expérience étrangère.

Michel Puech conclura notre journée par le regard du philosophe – car il est important d'avoir un regard philosophique – sur l'éthique et notre action personnelle, qui doit être résolue et délibérée. Notre mission à tous – je vous rejoins sur ce point – est une santé durable pour nos entreprises, nos salariés, nos patients et notre environnement.

Bonne journée à toutes et à tous.

Journée animée par
Lamine Gharbi
et Olivier Toma



JOURNÉE
DÉVELOPPEMENT
DURABLE

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DE LA FHP-MCO



JOURNÉE
DÉVELOPPEMENT
DURABLE

OLIVIER TOMA
PRÉSIDENT DU C2DS

QUATRE GRANDS PLANS VONT RYTHMER LES PROCHAINES ANNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS : QUELS SONT LES OBJECTIFS DE L'ÉTAT, L'ARTICULATION AVEC LA POLITIQUE DE SANTÉ ET LES IMPACTS SUR LES ÉTABLISSEMENTS ?

INTRODUCTION

Mme Arnould : Merci et bonjour à tous. Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs, je représente ici, comme ma voisine Nicole Jensen, le Commissariat général au développement durable (CGDD). À ce titre, la présentation que je vous ferai, qui est introductive, visera non pas à déployer tout un catalogue d'actions que vous pouvez les uns et les autres trouver dans les outils qui seront cités et développés par la suite, mais plutôt à essayer de « camper le décor », si vous me permettez cette expression, c'est-à-dire à expliquer sur un plan plutôt juridico-administratif comment nous en sommes arrivés au Grenelle et ce qui doit guider aujourd'hui notre action, celle des pouvoirs publics, de l'État et de chacun d'entre vous.

Le Commissariat général au développement durable a vocation non seulement à développer et à déployer la stratégie nationale de développement durable (SNDD) mais aussi à assurer d'une manière plus générale la coordination et la veille sur la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement. Il ne le fait bien sûr pas seul. Il le fait à l'intérieur du ministère ainsi qu'avec les services des autres ministères et les différents partenaires de la société civile, sachant qu'à l'intérieur de notre ministère (qui est ce grand ministère de l'Écologie, de l'Énergie et du Développement durable mais qui s'intéresse aussi aux technologies vertes, au climat, à la mer et à toute une série de sujets qui au quotidien sont liés), des services techniques sont plus spécifiquement chargés de la gestion de ces sujets. Pour tout ce qui concerne les questions liées aux risques et à la santé, il existe en particulier la DGPR (Direction générale de la prévention des risques), et nous travaillons bien sûr étroitement avec des représentants de la Direction générale de la santé au ministère de la Santé, et la Direction générale du travail.

Qu'est-ce qui, indépendamment de cette nouvelle organisation administrative et peut-être de nouveaux interlocuteurs, a changé pour vous ces dernières années ? On a mis en marche depuis quasiment le début du siècle mais tout particulièrement depuis que Jean-Louis Borloo est à la tête de ce ministère ce que lui-même qualifie de véritable révolution verte. Cela correspond à un engagement politique extrêmement fort et exige de mobiliser



BRIGITTE ARNOULD

MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE, DE L'ÉNERGIE,
DU DÉVELOPPEMENT DURABLE ET DE LA MER,
CGDD, CHARGÉE DE MISSION STRATÉGIQUE RISQUES,
SANTÉ ET NANOTECHNOLOGIES

toute une panoplie d'outils, qu'il s'agisse d'outils que l'on connaissait déjà antérieurement (les outils classiques que sont le vecteur législatif et la réglementation) et de ce qui est obligatoire, avec également des plans et stratégies par secteur (qui sont aujourd'hui reliés et étroitement mis en perspective les uns par rapport aux autres), ou d'outils volontaires comme les normes – certaines s'appliquent dans votre secteur – et de toutes les initiatives qui peuvent être prises par les uns et les autres.

Certains publient des ouvrages de référence. D'autres mettent au point par exemple des recueils de bonnes pratiques, de méthodologies, etc., tout cela avec beaucoup plus de transparence et d'informations aujourd'hui. Je pense que l'on en est arrivé là et qu'aujourd'hui la mobilisation cohérente de cet ensemble d'outils est possible grâce à un fait majeur, qui est peut-être passé inaperçu pour le plus grand public mais qui est très important pour encadrer l'action de l'État. Ce fait majeur est d'avoir porté au niveau constitutionnel et mis en annexe de la Constitution la Charte de l'environnement de 2004, qui vous interpelle tout particulièrement puisque son article 1^{er} dispose que chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé. C'est un principe fondamental d'une charte qui est adossée à la Constitution.

Cela concerne tous les secteurs, tous les services administratifs et toute la population. Cette référence à la Constitution, qui campe les principes fondamentaux des rapports entre gouvernants et gouvernés, donc de l'action de l'État, est vraiment majeure. Je pense que sans cela, on n'aurait pas pu parcourir ce chemin jusqu'aux lois Grenelle.

On a mis en route au début de ce siècle un dispositif global et pluridisciplinaire à la recherche d'un consensus,

d'une cohérence et d'une « gouvernance appropriée ». C'est un terme qui est passé dans le vocabulaire courant sans que chacun sache toujours très bien ce qu'il signifie. Disons que l'on a essayé de relier au maximum tous les acteurs et qu'aujourd'hui on tombe d'accord sur le fait que tout cela ne peut pas être managé, gouverné, pris en main et porté uniquement par les uns ou les autres, que cela doit se faire en cohérence et être porté par l'ensemble de la nation.

Cela s'est appuyé dans un premier temps sur des stratégies et des plans (donc des outils relativement classiques), mais ce qui a été moins classique est que l'on est sorti avec ces stratégies et ces plans des clivages traditionnels. Nous en avons pour exemple la SNDD. Nous en sommes à la deuxième. Nicole Jensen vous expliquera cela dans très peu de temps. La première SNDD 2003-2008 s'est posée comme une garante de l'articulation entre les différents plans et outils qui concernaient l'ensemble des secteurs.

Cette SNDD n'a pas été une innovation ou une lubie de la France. Il existe dans d'autres États européens des stratégies nationales de développement durable, depuis quelques années une stratégie européenne de développement durable, et l'on a préconisé au niveau européen que l'ensemble des États membres tente de se doter d'une telle stratégie. Je note au passage que la France a été très bonne élève et même excellente initiatrice puisqu'elle a été active et porteuse sur le plan européen pour bâtir la stratégie européenne. D'ailleurs elle a très tôt sorti sa première stratégie, quasiment en même temps que les États nordiques, dont vous savez qu'ils sont toujours très à la pointe sur les questions de développement durable, d'écologie et de protection de l'environnement. Je pense en particulier au Danemark et à la Suède qui, il me semble, sont les deux premiers États qui s'en sont dotés sur le plan européen.

Plus spécifiquement sur l'aspect santé, on a vu le premier PNSE, qui allait d'ailleurs de la santé jusqu'au travail et qui a permis de mieux gérer la période 2004-2008. J'insiste plus sur ce volet pluridisciplinaire du plan car il était effectivement une nouveauté, et de plus en plus nous travaillons avec nos outils dans un objectif holistique et pluridisciplinaire.

Tout cela a commencé à brosser le paysage et nous a apporté un niveau de maturité suffisant pour pouvoir engager un dispositif tout à fait innovant qui a remué la société toute entière. Il s'agit de l'organisation et la tenue en 2007 des ateliers du Grenelle, avec toutes les actions qu'ils ont générées, ainsi que des engagements de la part du Gouvernement.

Comment cela a-t-il été mis sur les rails ? On a commencé à constituer des groupes de travail thématiques, par exemple sur la biodiversité, le climat, etc., c'est-à-dire des enjeux principaux pour ce XXI^e siècle. Le

groupe 3, intitulé « Instauration d'un environnement respectueux de la santé », a notamment préconisé de se doter d'un nouveau plan national santé environnement, qui vous sera présenté sous l'intitulé PNSE 2 tout à l'heure, et d'un nouveau fonctionnement régional puisqu'il faut que cela perfore depuis le niveau État central jusqu'au plus profond de nos territoires, et ce à l'aide de comités opérationnels à l'intérieur de ces groupes de travail. Je citerai pour mémoire le Comop 19, qui vous intéresse plus directement, sur les questions de veille sanitaire et de risques émergents.

Qu'est-ce qui a caractérisé la gestion, la tenue et le suivi de ces groupes ? Cela a été le processus nouveau de la gouvernance à cinq. Il y avait autour de la table cinq collègues et les représentants de cinq parties prenantes très fortes de la société, à savoir les élus (les parlementaires représentant les territoires et les niveaux régionaux) et à côté d'eux les entreprises, mais pas seulement les dirigeants des entreprises (un troisième collègue représentait les syndicats, avec des partenaires professionnels de l'entreprise), les associations et organisations non gouvernementales et bien entendu l'État, qui avait organisé ce processus.

Cette gouvernance à cinq a essayé de partager les problématiques, de faire de la cohérence et de donner le maximum de sens et surtout de consensus. Le processus s'est poursuivi. Il s'est même banalisé puisque suite à cela d'autres Grenelle ont été réclamés. Quand aujourd'hui une difficulté économique et sociale se pose, tout le monde réclame tout de suite un Grenelle. C'est devenu un outil relativement banalisé.

S'est tenu plus récemment après ces ateliers phares, en 2009, un Grenelle de la mer, ou même, pour la prévention des risques, un comité opérationnel « radiofréquences, santé et environnement ». Donc cela continue. Ce n'est pas parce que des ateliers et des groupes ont rendu leurs rapports et que certains plans sont maintenant actés que l'on arrête le processus. On peut continuer sur des sujets à difficultés à faire des Grenelle, mais surtout c'est bien le niveau législatif qui a consacré la finalité de ces exercices. On en est arrivé à pouvoir faire voter des lois par le Parlement qui ont été essentiellement les lois Grenelle 1 et 2, sur lesquelles je vais m'arrêter quelques minutes.

La loi de programmation du 3 août 2009, premier pan des lois Grenelle, est relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement : rien de plus normal. Un certain nombre de résolutions ont été prises et le Gouvernement a pris des engagements : il est normal que l'on prenne au niveau de la loi les dispositions nécessaires pour qu'ils deviennent effectifs sur l'ensemble du territoire et que le contenu juridique puisse être appliqué.

Cela s'est traduit par 57 articles qui ont confirmé en 2009 les engagements du Gouvernement. Une loi rela-

tive à la mise en œuvre de quelque chose, c'est-à-dire une loi d'application de mesures, est assez banale. Ce qui est déjà plus original est le deuxième pan des lois Grenelle, la Grenelle 2, c'est-à-dire la loi du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement. Je vais m'arrêter quelques secondes sur ce point.

C'est une loi qui comporte 248 articles – vous avez vu le plan de travail du Parlement ; c'est énorme ! – avec tous les amendements qui ont pu permettre la discussion. Je voudrais rapprocher cette loi d'une autre loi portant engagement national pour vous expliquer la logique à laquelle on est arrivé. Ce n'est pas une loi banale. Vous savez qu'il existe en France une hiérarchie des normes et des textes. On part de la Constitution, avec ensuite des lois qui ont des portées un peu différentes mais sont quasiment toutes au même niveau, et un corpus législatif. Je pense qu'une loi d'engagement national traduit tout à fait autre chose, qui est bien dans l'esprit du Grenelle et du temps.

Avant la loi Grenelle, il y a eu une, et une seule autre loi portant engagement national pour le logement. C'était en 2006 la loi portant engagement national pour le logement. De quoi était-on parti ? Le Gouvernement avait constaté un grave problème de logement à résoudre, notamment le manque de logements sociaux, etc., avec des logements à rénover et certains dans lesquels les enfants léchaient le plomb des peintures qui se détachaient des murs, etc. On a dit qu'il fallait faire une loi intégrant de nombreux éléments sur le logement : très bien ! Fallait-il l'appeler « loi de résorption de l'habitat insalubre » ? Il y avait déjà eu jadis, il y a trente ans, des procédures de résorption de l'habitat insalubre.

Certains ont dit qu'il fallait faire une loi sur l'habitat indigne. Qu'est-ce que c'est ? Allez trouver une définition convenant à tout le monde ! Ce n'était pas évident. Il fallait un intitulé qui soit vraiment porteur et engage la nation dans son ensemble. Pour témoigner de cette volonté très forte du Gouvernement et du fait que derrière cela on allait engager toute la nation dans ce même projet, on a débouché sur une loi intitulée « loi portant engagement national pour le logement ».

On est dans la même logique avec la loi portant engagement national pour l'environnement. On est dans une nouvelle variété de lois qui sont un peu au-dessus des lois communes et qui confirment d'une part une très forte volonté et un fort engagement politiques, et d'autre part une priorité nationale opposable absolument à tous. Cela concerne tous les services administratifs, toute la population et tous les partenaires professionnels.

Ce parallèle avec le logement me fait dire que bon nombre de mesures vous concernent qui ne sont pas seulement celles du bloc du titre 5 de la loi (il s'agit du titre consacré aux risques, à la santé et aux déchets, dans le cadre des articles 173 à 223 que vous avez

certainement déjà regardés) mais aussi celles relatives par exemple aux bâtiments. Je viens d'évoquer la loi sur le logement : des parties de différentes lois concernent le bâtiment et les progrès qu'en matière de développement durable et d'économie d'énergie on peut faire dans les bâtiments, et qui sont transposables aux établissements hospitaliers et doivent vous interpeller également.

Par ailleurs, des dispositions ont été prises dans d'autres lois que les lois Grenelle 1 et Grenelle 2, même déjà un peu avant. Je pense en particulier aux lois de finances et à la loi de finances rectificative 2008 avec le « paquet fiscal vert » ou encore à la loi de finances 2009-2010, qui comporte des objectifs en matière en particulier de régulation de l'énergie, et de manière générale qui vont dans le sens du développement durable.

Tout cela n'aurait pas de sens si ce n'était pas porté jusqu'au plus profond des provinces. Il y a dans tout cela aussi un objectif de territorialisation. Des courriers ont d'ailleurs été adressés dans ce sens aux préfets. Il leur a été indiqué qu'il fallait décliner les objectifs et mesures du Grenelle et surtout la démarche et l'esprit du Grenelle. Cette démarche consensuelle avec les cinq parties prenantes et la gouvernance à cinq doit se produire jusque dans les régions. On doit y associer tout le monde sur les territoires.

Ces objectifs sont donc à décliner dans les régions sur la base de conventions État-Région qui rappellent que le Grenelle de l'environnement est une mobilisation absolument inédite et une démarche partenariale sans précédent de tous les acteurs pour bâtir ensemble un développement plus humain et respectueux de notre environnement. On reboucle là avec l'article 1^{er} de la Charte de l'environnement ayant valeur constitutionnelle.

Cela vous interpelle tout particulièrement au croisement des impératifs de santé publique, de prise en charge des personnes et de gestion budgétaire auxquels tout un chacun est aujourd'hui confronté. C'est pourquoi je laisse à présent mes collègues vous présenter les outils phares de ce qui constitue la révolution verte que nous sommes en train de vivre, en particulier sous l'angle du PNSE et de la SNDD. Merci beaucoup pour votre écoute. *(Applaudissements)*.

M. Gharbi : J'ai une question. 248 articles de loi mais combien de décrets nécessaires pour clarifier les choses et combien de circulaires ? Une loi sans décret ni clarification n'existe pas. Vous avez parlé du paquet fiscal 2008. Je vous ai interpellée dans mes propos liminaires par rapport à notre inquiétude sur le budget ou la loi 2011. Auriez-vous des précisions ?

Mme Arnould : Je n'ai pas de précisions dans la mesure où vous savez que nous sommes tous un peu sectorisés.

Les affaires fiscales et budgétaires ne sont pas directement de notre ressort. Je pense que ce serait plutôt à une personne du ministère des Finances de vous apporter une réponse. Au sein même de notre ministère, ce n'est pas notre service qui gère directement les questions fiscales. Je suis désolée de ne pas pouvoir vous répondre mais je vous dirais des sottises ou des choses très générales.

M. Gharbi : Et sur les circulaires et décrets d'application ?

Mme Arnould : La machine est en marche. Les délais sont bien sûr différents selon les articles, beaucoup de décrets exigeant un passage en Conseil d'État et certains également une consultation préalable des instances européennes pour des questions de compatibilité avec la réglementation européenne. Il faut pour ces raisons quelques mois pour travailler sur les textes. Je pense que l'on verra fleurir les premiers décrets d'application au cours du premier semestre 2011. En tout cas, les groupes de travail se sont mis en place dans les ministères. Par exemple, un article concerne une déclaration obligatoire sur les produits qui comportent des substances à l'état nanoparticulaire. Cela va être précisé par un décret. Le projet sera envoyé dans quelques semaines à Bruxelles. Un groupe de travail a déjà mis au point le texte en interne à l'administration qui consulte les différents partenaires. Il y aura après Bruxelles le passage au Conseil d'État, et nous aurons ce texte vraisemblablement tout début 2011. Les décrets vont s'enchaîner. J'imagine aussi que le Conseil d'État sera très chargé. Il y a des étapes.

M. Gharbi : Avez-vous des réactions ? Il faut que ce soit une journée interactive et que vous puissiez poser des questions et intervenir, le but étant de s'enrichir mutuellement.

Intervenante : Quand les décrets d'application seront parus en 2011, quelles obligations, quelles contraintes et quels contrôles vont-ils générer ? À partir du moment où l'obligation sera faite de faire des choses, des moyens seront-ils mis en place pour contrôler que c'est effectivement mis en œuvre sur le terrain ? Comment cela va-t-il se passer ?

Mme Arnould : Encore une fois, c'est différent selon les domaines et secteurs d'application. Un encadrement a minima est offert par la loi et des précisions seront à chaque fois apportées au coup par coup par les décrets. Il n'y a pas a priori. En revanche, les dispositions générales resteront valables et s'appliqueront aussi dans ces cas de figure. Je pense tout particulièrement,

mais ce sera peut-être développé par M. Brun, à la réglementation du travail, qui par exemple en présence de substances dangereuses s'applique de toute façon. On continuera à veiller à l'application de la réglementation préexistante et elle sera vraisemblablement complétée dans certains décrets.

Par ailleurs, d'autres textes y compris sur le plan européen – j'ai par exemple en tête le règlement Reach sur les substances et préparations chimiques – vont continuer également à évoluer et à être révisés. Tout cela a vocation à être mis en cohérence, sachant que les systèmes de contrôle qui seront déployés seront classiques (inspection du travail, etc.).

M. Toma : J'ai envie de faire une réflexion par rapport à la question sur les décrets et la discussion sur les textes. Je me suis cet été « amusé » à décortiquer tout ce qui est sorti ces derniers temps : le PNSE 2, le PST, la SNDD, etc., c'est-à-dire tous ces sigles avec lesquels nous allons essayer de vous familiariser. J'ai tout lu, tout décortiqué, et j'ai essayé d'en extraire ce qui va concerner nos établissements dans nos pratiques quotidiennes. Sur 250 articles, environ 40 nous concernent, qui vont changer notre quotidien tous les jours dans tous les métiers. Que nous soyons ASH, PDG, médecin, anesthésiste, brancardier ou sous-traitant, notre quotidien va changer dans les dix ans qui viennent en profondeur.

Je pense qu'il faut voir le sujet des décrets à venir ou non un peu différemment. Nous sommes des professionnels de santé. C'est la base et notre raison d'être. Manager ou travailler dans des structures de santé n'est pas anodin ; il faut se poser de nouvelles questions. Nous avons essayé d'impulser cela avec le c2ds depuis déjà cinq ans et tous les jours nous nous en posons de très nombreuses au sein de cette association. Peut-on continuer à construire des établissements de santé fabriqués avec des matériaux classés cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) ? Avons-nous vraiment besoin tous ensemble d'attendre un décret pour demander l'étiquetage de ces produits ? Le pensez-vous ? Nous avons besoin d'échanger entre nous et d'être conscients des enjeux. En effet, dans le monde de la construction, de l'entretien et de la rénovation, des quantités de produits sont classés CMR ; nous le savons. Ceux qui sont exempts de ces produits ne sont pas plus chers. Par conséquent, c'est faux quand on se dit que l'on ne va pas les utiliser parce que cela va coûter plus cher.

Il s'avère qu'il y a même sur le terrain des fournisseurs très innovants qui vendent des produits nouveaux. Vous avez parlé des nanoparticules : notre fournisseur s'adresse ces derniers temps à nous pour nous vendre des vernis, des peintures, des solvants et des systèmes de traitement d'air qui sont fabriqués à base de nanoparticules et de dioxyde de titane. Cela ne vous parle pas

mais vous allez voir que cela va devenir courant chez vous.

Si par exemple des UV se projettent sur une peinture qui contient des nanoparticules, cela a un effet de photocatalyse et détruit les germes dans l'environnement. Les fournisseurs s'adressent à vous en disant que c'est formidable : « C'est magique : repeignez votre établissement avec ce produit, vous n'aurez plus de germes ». C'est un peu comme le déodorant H24 ou H48 : vous en mettez le lundi et vous n'avez plus besoin de vous laver. Je schématise, mais on n'en est pas très loin. Un produit comme celui-ci va peut-être tout désinfecter mais est-ce utile ? Est-il nécessaire de le faire ? A-t-on analysé le cycle de vie de ces produits ? A-t-on mesuré les impacts des décisions prises ? Ce sont les questions que nous devons nous poser.

Pour reprendre l'exemple très précis du dioxyde de titane, c'est un agent qui est classé CMR. Si vous en mettez dans les peintures, les vernis, les solvants et vos systèmes de traitement d'air, votre personnel, vous-mêmes et vos patients allez en respirer tous les jours pendant les vingt années qui viennent, tout cela pour résoudre par exemple un problème d'infection nosocomiale dans une pièce ou dans un secteur opératoire particulier.

Comme vous le voyez, il y a une quantité de questions sur tous ces sujets. La grande évolution ces derniers temps, qui est majeure, est que l'on arrive à retrouver dans une salle – nous l'avons rêvé il y a quelques années ensemble – le ministère de la Santé, le ministère de l'Écologie, des professionnels de santé et des managers d'établissements de santé. Ce n'était pas possible il y a cinq ans. Quand certains d'entre nous ont commencé il y a quinze ans à se lancer dans la certification ISO 14 001, etc., globalement cela faisait rire. Aujourd'hui, la grande évolution est que l'on a compris qu'en effet les leviers étaient sur ces sujets, n'attendons donc pas forcément décrets, textes et circulaires pour nous poser ces questions.

Sachez qu'au sein du c2ds une communauté hospitalière public-privé travaille, réfléchit et échange. À chaque fois qu'une personne trouve une astuce, un procédé ou se pose une question, cela donne lieu à une diffusion dans 400, 500 ou 600 établissements, avec des expertises et des personnes formidables qui font tous les jours des découvertes intéressantes, n'attendons donc pas forcément les décrets. Nous allons entrer dans le détail tout à l'heure, avec la SNDD, le PST, etc. Des choses importantes sont à venir mais on n'a pas forcément besoin de cela pour se dire qu'il faut arrêter d'utiliser des produits toxiques.

Le plan hôpital 2012 injecte 10 Md€ en France dans la reconstruction du secteur, à travers des déficits annoncés, etc. Ce n'est pas une petite somme ; c'est considérable. Certains d'entre nous ont touché des sommes pour reconstruire ou rénover nos établissements. On nous dit parallèlement dans le PNSE 2 que l'on a conscience qu'il faut protéger les femmes enceintes, les mères et les nouveau-nés des produits CMR, et que l'on va donc imposer un étiquetage de ces produits à partir de 2012. Le seul problème est que si l'on attend le plan hôpital 2012 on aura investi les 10 Md€. Cela veut dire que de 2009 à 2010 nous, professionnels de santé, nous aurons utilisé 10 Md€ pour reconstruire le secteur mais avec des produits CMR. Ce décalage n'est pas cohérent pour nous professionnels de santé, n'attendons donc pas. L'étiquetage n'est pas obligatoire aujourd'hui : ce n'est pas un problème, demandez-le. Quand vous achetez un produit ou que vous êtes avec votre centrale d'achat ou de référencement, exigez l'étiquetage des composants organiques volatiles de tous vos matériaux de décoration et de rénovation, des peintures, etc., et si le fournisseur ne veut pas le faire changez-en ; c'est une indication en soi. Les centrales d'achat font actuellement sur ce sujet un travail assez considérable, mais n'attendez pas.

M. Gharbi : Merci Olivier. ■

JOURNÉE THÉMATIQUE DÉVELOPPEMENT DURABLE

STRATÉGIE NATIONALE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Mme Jensen : Bonjour. Merci. Je vais vous parler de la stratégie nationale de développement durable (SNDD). J'ai bien noté que l'on n'avait pas forcément de textes encadrants pour tout faire.

Je rebondis sur ce que vous venez de dire pour présenter un texte qui n'a pas de portée contraignante. Il encadre ; il n'oblige pas. C'est donc dans une optique légèrement différente que l'on se place. C'est un texte qui permet de situer une action de développement durable dans un contexte le plus général possible. Cela a déjà été évoqué et introduit par les intervenants antérieurs : le développement durable est extrêmement large et couvre l'ensemble des thématiques. Tout le monde peut s'y retrouver et tout le monde peut et doit en faire. Nous devons tous y arriver parce que les enjeux sont majeurs. C'est effectivement bien le sens de notre réunion d'aujourd'hui.

Le document sur la SNDD 2010-2013 contient un certain nombre d'éléments dont je vais vous parler. Le premier passe peut-être un peu inaperçu : c'est un document placé sous l'égide du Premier ministre. Il a été établi par le ministère en charge du Développement durable (le MEEDDM) mais c'est un document d'État qui a été approuvé et adopté par le gouvernement réuni en Conseil interministériel de développement durable le 27 juillet dernier. Nous sortons des spécificités de notre ministère pour rejoindre l'ensemble des ministères. Je voulais le signaler.

Je souhaite également attirer votre attention sur le sous-titre de la SNDD : « Vers une économie verte et équitable ». On dépasse ainsi la notion de l'environnement pour se placer dans une notion beaucoup plus large.

Je vais faire un peu l'historique du développement durable. Comment le développement durable est-il arrivé jusqu'à nous et a perflué l'ensemble de la société ? Si vous écoutez la radio, ce que vous faites évidemment régulièrement, vous entendez non moins régulièrement : « Ceci est un message du ministère du Développement durable ». Cela devient une expression extrême-



NICOLE JENSEN

MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE, DE L'ÉNERGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE ET DE LA MER, CGDD, DÉLÉGATION AU DÉVELOPPEMENT DURABLE, CHEF DE BUREAU DE LA SNDD

mement familière même si elle n'est pas aussi connue que cela. C'est assez paradoxal mais c'est la réalité. Cela a démarré avec des conférences internationales : la conférence de 1972 et la commission Brundtland en 1987. Mme Brundtland qui était alors Premier ministre de la Norvège, a posé les bases de la définition du développement durable, qui sont maintenant connues, c'est-à-dire un développement qui répond aux besoins des générations présentes sans compromettre ceux des générations futures.

Cette définition a fini par être adoptée et admise. C'est une notion de continuité de la réponse à des besoins de vie et d'organisation de la société, mais de telle sorte que les conséquences de nos consommations et de nos manières de vivre n'obèrent pas la vie des générations futures. C'est vraiment cette notion de portée dans le temps et de responsabilité présente vis-à-vis du futur qui est l'élément majeur du développement durable, lequel est une traduction extrêmement médiocre et très pauvre de *sustainable development*. *Sustainable* veut dire supportable ou acceptable. La notion de durabilité est un peu plus difficile parce que cela donne des droits. La traduction française est un peu ambiguë, car la notion de durabilité pourrait être considérée comme donnant des droits mais je ne peux pas aller contre l'histoire ni faire de la linguistique ; ce n'est pas mon métier.

Un événement international s'est produit en 1992 sur le plan environnemental, le sommet de la Terre, à Rio, qui a fait beaucoup de bruit en son temps et qui a posé la base de la Convention climat et des Agendas 21 (pour le XXI^e siècle). Ce sont des outils que l'on se donne pour aller vers le développement durable. Ils sont adoptés par

une collectivité et définissent un certain nombre d'engagements : aller vers le respect de l'environnement, de la personne et du futur.

Dix ans après a eu lieu le sommet de Johannesburg. Concernant la représentation française, tant celui de Rio que celui de Johannesburg ont fait l'objet de déplacements personnels des présidents de la République concernés à ces époques. C'est assez notable et en tout cas cela veut dire que la France s'engageait déjà au plus haut niveau dans cette démarche.

On se dirige maintenant vers Rio + 20, qui aura lieu en 2012 bien entendu à Rio. Un des thèmes sera vraisemblablement l'économie verte et la solidarité qui s'y rattache. On est donc bien dans la continuité.

Mme Arnould vous a dit tout à l'heure que l'on avait déjà eu une SNDD en France (sur la période 2003-2008), mais je ne vous demanderai pas si vous le saviez. Le document qui avait été établi et validé et qui a vécu toutes ces années a été important, notamment au niveau des ministères et des administrations, mais peu connu et diffusé parce que tout ceci se mettait en place et que le travail commençait. Ceci dit, notre travail d'aujourd'hui se situe bien dans la continuité. Même si les travaux antérieurs ont été peu connus, ils ont jeté les bases d'une extension de l'expression du développement durable tant au sein de l'État que des ministères et maintenant de l'ensemble de la collectivité, ce qui est notre objectif majeur.

Quand nous avons fait le bilan en 2008 des actions entreprises dans le cadre de la stratégie 2003-2008, nous nous sommes aperçu que globalement 87 % des actions avaient été engagées. Cela veut dire que le résultat n'est pas nul, bien au contraire, même s'il est peu visible.

On était, quand on a commencé à travailler sur la deuxième stratégie, dans un contexte très particulier, à savoir une stratégie antérieure échue et, comme vous l'a rappelé Mme Arnould tout à l'heure, une stratégie européenne de développement durable extrêmement ramassée, et le Grenelle de l'environnement en 2007, le tout sur fond de contexte de crise économique que tout le monde connaît.

Le contexte de travail est assez compliqué. Le phénomène Grenelle — je ne vais pas y revenir ; il vous a été expliqué — a fait du bruit au niveau de l'État. Cette façon de négocier entre des catégories qui ne se parlaient pas vraiment ou qui se parlaient dans des contextes difficiles (entreprises-syndicats), deux par deux, ou qui ne voulaient pas se parler du tout est une nouveauté. Auparavant, l'État avait un rôle régalién et les associations jouaient leur rôle de critiques ou d'agitateurs, pour reprendre des formules consacrées. Toutes ces personnes travaillaient déjà ensemble mais pas de manière aussi forte et organisée. Cela a changé la

manière de travailler de l'administration puisque dorénavant plus personne dans l'administration n'envisage de produire des documents sans passer par un minimum de participation, d'échanges et de travaux négociés. On travaille ensemble, ce qui est déjà très important et très durable.

Pour la rédaction du document, le ministre a demandé un document beaucoup plus court, évidemment cohérent avec les engagements internationaux et nationaux, facile à appréhender, à lire et à partager, communicant et surtout appropriable, c'est-à-dire que chacun puisse s'y retrouver pour décliner des actions ou plans d'actions entrant dans son domaine d'activité et s'inscrivant dans cette stratégie. La commande était extrêmement contrainte, avec une exigence supplémentaire : faire tenir tout cela dans 50 pages, ce qui n'est pas un exercice simple.

Nous l'avons fait et nous avons travaillé sur neuf défis clés de la SNDD. Ces neuf défis sont calés sur ceux de la stratégie européenne de développement durable [SEDD]. C'est venu spontanément, parce que cela permet d'emboîter les stratégies et d'effectuer des comparaisons. Le défi 7 vous concerne : « Santé publique, prévention et gestion des risques ». Oui, bien sûr, c'est le défi qui se rapproche le plus de vos activités, mais ce n'est pas le seul qui doit vous guider. Nous avons déjà évoqué le fait que les problèmes de santé publique et de gestion des risques sont liés à des problèmes d'environnement, de consommation de produits, à l'information et au changement climatique. Ce n'est pas à des professionnels que je vais apprendre que par exemple on voit émerger des maladies nouvelles ou traditionnellement tropicales qui reviennent vers nous avec le changement climatique et le réchauffement de la planète. La dengue et le chikungunya sont des maladies qui progressent à cause du changement climatique. Les défis ne sont pas des boîtes thématiques juxtaposées. C'est un découpage, mais perméable. Il faut travailler en développement durable en tenant compte des thématiques des uns et des autres.

On sait que la santé publique est liée également au bâti, à l'insertion démographique et à l'environnement urbain. Tout le monde n'a pas un logement de bonne qualité, sain, dans un environnement acceptable, etc. Le défi 7 qui est le vôtre ne vous dédouane donc pas de tenir compte des autres défis dans vos actions. Cela a été évoqué tout à l'heure mais je me permets d'insister.

Je reviens sur l'article 1 de la loi Grenelle 1, qui dit que l'État élabore la stratégie nationale en concertation suivant un mode de gouvernance à cinq. Cette stratégie est élaborée et fait l'objet d'un suivi et d'un rapport annuel au Parlement. Elle n'est donc pas un outil que l'on met dans l'armoire ; c'est un outil sur lequel on doit rendre des comptes. Ce n'est pas un outil réglementaire

mais il faut rendre compte de son application.

Je ne reviendrai pas vraiment sur l'historique de l'élaboration du document. Retenons simplement qu'il a été examiné par le Conseil économique et social, devenu depuis peu économique, social et environnemental qui a rendu son avis le 27 janvier 2010 dont il a été tenu le plus grand compte. Le document final a été adopté le 27 juillet 2010.

On pourrait se dire en l'examinant rapidement que des défis sont plus environnementaux et d'autres un peu plus sociaux ou encore économiques. Sans doute, mais encore une fois, tous les défis traitent des trois piliers du développement durable, qui sont maintenant bien connus.

L'objectif est d'arriver à mettre en œuvre cette stratégie dans l'ensemble des ministères. C'est la base. Comment ce reporting annuel est-il construit pour le rapport au Parlement ? Il est basé sur un dispositif qui est léger sur le plan juridique mais qui de plus en plus prendra sa place, c'est-à-dire un haut fonctionnaire du développement durable désigné par son ministre dans chaque ministère. La circulaire du Premier ministre du 27 septembre 2010 qui accompagne la sortie de la stratégie rappelle que chaque ministère doit désigner un haut fonctionnaire au développement durable. Ce haut fonctionnaire a en charge la mise en place du développement durable au sein de son ministère et de faire remonter des informations auprès de la déléguée interministérielle au développement durable, qui est chez nous également Commissaire général au développement durable, Mme Michèle Pappalardo. C'est une structure très souple et très légère, mais la légèreté est quelquefois aussi la fiabilité et l'endurance.

Nous avons une obligation supplémentaire : développer et y associer des indicateurs de développement durable. Cela paraît évident maintenant. On ne fait pas de plan d'actions sans indicateurs. Ils seront renseignés chaque année. Ils ont été élaborés là aussi d'une manière intéressante par une commission de concertation qui a réuni la CNIS (Commission nationale informatique et statistique), le CESE (Comité économique et social européen), le Comité de suivi du Grenelle et le ministère. C'est dire que même l'élaboration des indicateurs a été faite avec les services statistiques et en concertation.

On peut trouver la SNDD et les indicateurs associés à l'adresse suivante : www.developpement-durable.gouv.fr/SNDD. Ils sont à la disposition du public et déclinés en indicateurs territoriaux.

Je voudrais terminer cette présentation en rappelant encore une fois que la vocation de la SNDD était non pas de faire un catalogue d'actions que l'on doit mettre en place mais d'ouvrir une construction dans laquelle chacun des plans d'actions que vous pouvez être amenés

à développer dans vos instances respectives prendra naturellement sa place. Les choix stratégiques développés dans la stratégie sont des axes et des directions. Les leviers évoqués sont des exemples que vous pouvez largement enrichir parce que dans nos vies professionnelles le développement durable doit être inscrit maintenant et de plus en plus, mais dans nos vies quotidiennes aussi. Le citoyen n'est pas différent du professionnel. C'est la même personne qui travaille et qui rentre chez elle le soir. Elle doit donc adopter une grande continuité de comportement vis-à-vis du développement durable. C'est notre affaire en tant que responsables et encore et toujours en tant que citoyens. *[Applaudissements]*.

M. Gharbi : J'ai une question pratique. Vous dites qu'il faudra rendre des comptes sur des outils qui ne sont pas réglementaires : comment voyez-vous cela ?

Mme Jensen : Je ne vois pas là de contradiction. La stratégie nationale a été adoptée en Comité interministériel. Cela veut dire que c'est un engagement fort de l'État. Elle est inscrite à l'article 1 de la loi Grenelle 1, qui est une loi de programmation et un engagement fort d'axe directionnel de l'État. Comment l'État pourrait-il dire qu'il s'engage dans ce sens sans se mettre en mesure de regarder où il va ? Il n'y a pas d'obligation juridique. C'est une obligation morale au sens large et sociale, et je crois que finalement elle est en matière de développement durable encore plus forte.

Intervenant : Je suis très agréablement surpris d'apprendre qu'il existe une stratégie nationale de développement durable depuis bientôt une dizaine d'années au ministère qui s'est appelé ministère de l'Écologie puis de l'Environnement. Vous avez bien fait le lien entre les trois piliers indissociables qui existent, mais pourquoi un Grenelle de l'environnement et non du développement durable ? Ne redevient-on pas restrictif en évoquant un seul pilier ?

Mme Jensen : La réponse est clairement non. Le Grenelle de l'environnement est un processus que vous connaissez, mais il est intégré dans la stratégie qui a tenu compte des 268 engagements du Grenelle de l'environnement d'octobre 2007 et a aussi intégré d'autres documents, plans d'actions et stratégies ministérielles. La SNDD englobe le Grenelle de l'environnement et tout le Grenelle de l'environnement, mais pas uniquement lui.

Mme Arnould : Si vous le permettez, je voudrais ajouter à la lumière de la question qui a été posée et de la réponse qui a été apportée que tout est dans tout. C'est un peu aujourd'hui l'histoire de la poule et de l'œuf. On a dans la présentation d'ouverture de la séance insisté sur

l'aspect global des choses. On est vraiment en pleine globalité. On relie tout et on ne sait plus bien s'il faut mettre les objectifs de la SNDD avant la loi Grenelle ou vice versa. On est arrivé à un moment de l'histoire où l'on a relié tous les objectifs, tous les outils, tous les thèmes et tous les acteurs. Peu importe à la limite : tout cela se complète et s'emboîte, des indicateurs étant prévus pour suivre certains éléments.

Mme Jensen vous a dit qu'un rapport doit être présenté annuellement au Parlement, etc. Les outils sont là. L'administration se met en marche pour pouvoir jauger les choses, engranger les résultats et tout cela sera mis sur la table. Chacun d'entre vous y contribue. C'est un processus d'entonnoir, qui permettra à la fin la compilation de toutes ces données et d'avoir du recul, même si sur le plan individuel il n'y a pas de bâton derrière chacun d'entre nous pour que nous avançons à marche forcée ; ce n'est pas cela du tout. Il y a aujourd'hui grâce au Grenelle une adhésion de la population. La machine est en marche et l'on ne peut pas reculer.

M. Toma : Je voudrais attirer l'attention sur le financement de tout cela. En effet, de très nombreux sujets sont traités dans le cadre de la SNDD, dont beaucoup (les déchets, l'éco-construction, la qualité de l'air intérieur, les risques psychosociaux, etc.) concernent l'ensemble des établissements français qui font des soins. Certaines actions peuvent se faire sans aucun surcoût mais d'autres nécessitent en effet en termes de trésorerie un apport au départ, or les établissements de santé ont des tarifs fixés d'autorité par l'État qui sont annuels. Ils ne sont pas établis de manière pluriannuelle, c'est-à-dire que nous n'avons pas de vision sur nos tarifs et nos budgets.

Des objectifs sont très importants, comme recycler 75 % de nos déchets. Il faut savoir qu'en France nos établissements génèrent 32 types de déchets différents, ceux qui sont les plus avancés sur le territoire étant à 35 % de taux de recyclage, ce qui demande déjà un travail considérable. Imaginez que d'ici 2014 le recyclage de nos déchets doit doubler : il va falloir inventer des filières qui en France n'existent pas (effluents liquides et j'en passe) et les financer. Quand on parle de revaloriser certains déchets, il faut savoir que cela représente des sommes assez considérables entre le circuit à l'intérieur de l'établissement, qu'il faut inventer... Cela demande parfois de modifier l'architecture de l'établissement, et demain nous devons récupérer nos effluents liquides et peut-être les excreta humains liés aux services de chimiothérapie, comme dans le milieu vétérinaire. C'est très simple en termes d'architecture : il faut tout casser et tout refaire si cela n'a pas été conçu à cet effet au départ. Il faudra aussi

assurer le transport, sachant qu'il s'agit souvent de matières dangereuses, ce qui nécessite des transports spécifiques, avec des référents, etc., et enfin il faudra procéder au traitement en lui-même, c'est-à-dire à la revalorisation. Tout cela a un coût.

Très clairement, les établissements de santé en France, qu'ils soient publics ou privés, n'ont pas les budgets pour le faire. Ce que nous entendons est très motivant, et nous sommes là aujourd'hui, nous travaillons sur ces sujets, nous créons des associations et nous écrivons des livres parce que nous sommes motivés. Mais si cela reste une très belle politique, avec de très beaux documents, sans aucun financement et aucun soutien au pilotage de ces actions, je crains hélas que dans quelques années nous soyons extrêmement déçus et frustrés, car même si nous avons tous la volonté d'agir ici nous ne pourrions pas le faire.

Vous avez parlé de gouvernance : il faudrait peut-être que les établissements de santé soient associés aux réflexions menées pour vous faire un retour de terrain. En effet, certains éléments ne peuvent à mon avis pas être connus du ministère, parce qu'il ne peut pas tout connaître. Cela a beaucoup évolué sur le terrain ces dernières années, et il faut que vous sachiez de façon extrêmement précise quels sont pour nous les freins majeurs. J'ai identifié à peu près 15 objectifs qui nous concernent tous. Je les communiquerai tout à l'heure à la salle, mais sans soutien logistique et organisationnel et par exemple un référencement des circuits de traitement des déchets, ne serait-ce que cela, les établissements ne pourront pas les atteindre en France.

Comment imaginer la façon d'avancer ensemble, car on peut y arriver. Les établissements de santé sont volontaires et ont une vocation d'exemplarité, mais si on ne les accompagne pas ils ne pourront rien faire.

Mme Arnould : Il y a une graduation à faire dans cette approche. Vous avez utilisé le terme surcoût. Il est vrai que pendant longtemps on a considéré qu'améliorer l'environnement, par exemple, induisait systématiquement un surcoût environnemental, ce qui n'est pas toujours vrai. D'ailleurs, l'approche de Mme Brundtland (une bonne ménagère qui fait preuve d'énormément de bon sens) consistait à relier l'économique, l'écologique et bien sûr aussi le social. Le virage entre les surcoûts environnementaux et le gain du développement durable est fondamental : on fait un investissement sur l'avenir et d'autres parties de la problématique et l'on voit de manière emboîtée le gain de l'économique par rapport au social et à l'écologique.

Il y a à l'évidence des éléments qui apparaissent spontanément comme un surcoût et qui en réalité n'en sont pas un. C'est un investissement, et toute une gamme de gestes doivent être dictés par le bon sens,

la démarche du Grenelle et de la SNDD nous apprenant à penser autrement et peut-être à repenser comme le faisaient nos ancêtres, c'est-à-dire à être économes, de meilleurs gestionnaires, etc. Cela peut se formaliser dans des conventions (par exemple entre l'État et les fédérations hospitalières), par des travaux spécifiques, par la remontée des expériences, l'analyse des bonnes expériences, etc. La vocation de personnes comme nous au sein de la Délégation au développement durable (et la mienne personnellement en qualité de chargée de mission stratégique sur le secteur) est de relier tout cela, de remonter et d'échanger. C'est d'ailleurs aussi pour cela que nous sommes là

aujourd'hui, et j'espère que nous allons continuer dans le sens que vous indiquez.

M. Toma : Nous avons bien entendu qu'il existait des possibilités de conventions entre l'État et les fédérations, ce qui est très important ; nous l'avons bien retenu. Encore une fois, la particularité de notre secteur économique, qui est très spécifique, est que nos tarifs sont fixés d'autorité chaque année et ne tiennent pas forcément compte de cela. En effet, les démarches que vous évoquez peuvent générer des gains et même une certaine rentabilité, mais le problème est qu'au départ il faut souvent investir. ■

JOURNÉE THÉMATIQUE DÉVELOPPEMENT DURABLE

PNSE 2 & GRENELLE 2

M. Saout : Bonjour à tous. Je travaille au ministère chargé de la Santé, à la sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation, Direction générale de la santé. Les missions de la sous-direction concernent les interfaces et les impacts sanitaires des pollutions et nuisances environnementales. Il faut signaler que la prise de décision n'est pas toujours facile dans le domaine santé et environnement, lors d'expositions à des faibles ou très faibles doses, dont les impacts sanitaires ne sont pas précisément démontrés. Le champ couvert concerne aussi bien le bisphénol A, que les antennes relais, les champs électromagnétiques de téléphonie mobile, la lutte contre le surpoids et l'obésité, les produits chimiques perturbateurs endocriniens, au-delà des travaux sur la qualité des eaux ou de la salubrité de l'habitat (amiante, radon, intoxications à l'oxyde de carbone,...). Il concerne également l'amiante ou les légionelloses. Sur ce dernier sujet, les établissements de santé n'apparaissent plus en tête dans les statistiques nationales des cas de légionelloses depuis quatre ou cinq ans, c'est-à-dire depuis que des efforts ont été réalisés vis-à-vis des installations : tours aéroréfrigérantes ou réseaux de distribution d'eaux. Les actions réglementaires nationales et locales ont permis de faire régresser le nombre de cas déclarés de 1500 à 1200 cas, sachant que 30 à 40 % des légionelloses ne le sont pas encore.

Pour prolonger les propos de M. Toma et ceux de Mme Arnould qui indiquent que la mise en œuvre d'un certain nombre d'actions et de mesures en faveur de la protection de l'environnement ne coûtent pas très cher, j'ajouterais qu'il apparaît donc utile de disposer préalablement des bases de diagnostics de l'état existant des installations et de leurs impacts sanitaires ou environnementaux, pour pouvoir proposer des axes d'amélioration. Il faut souligner que les établissements peuvent disposer pour ce faire des aides financières de l'ADEME (qu'il s'agisse des déchets ou d'autres types de diagnostics énergétiques) et de celles des agences de l'eau, à la fois pour des diagnostics mais aussi pour la gestion d'un



JOURNÉE
CHARLES SAOUT
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS,
SOUS-DIRECTION DE LA PRÉVENTION DES RISQUES
LIÉS À L'ENVIRONNEMENT ET À L'ALIMENTATION

certain nombre de solvants et de rejets ou le traitement de ces déchets. Ils sont redevables, comme les autres usagers de l'eau, de redevances et à ce titre peuvent percevoir des aides notamment à la création d'installations de traitement.

Pourquoi agit-on dans ce domaine santé et environnement ? Les nuisances et les pollutions au-delà de certains seuils ont à court, moyen ou long terme des effets sur la santé publique et induisent des pathologies dont le traitement et la prise en charge représente des coûts pour l'Assurance maladie. S'agissant de mortalité ou morbidité liées aux facteurs environnementaux dans les domaines évoqués ici, on peut citer que selon les sources, 5, 10, 15, 30 % des cancers et parfois beaucoup plus sont d'origine environnementale. Les morts prématurées dues à la pollution atmosphérique sont chiffrées maintenant dans des études internationales et européennes (42 000 annuelles en France par an), les morts par cancer et exposition au radon le sont aussi (1200 à 1900 cancers par an), 5000 enfants sont atteints de saturnisme et il y a 20 000 accidents de la vie courante par an, 5000 personnes sont hospitalisées pour des intoxications à l'oxyde de carbone conduisant malheureusement à 100 cas mortels annuels, malgré la réglementation et les campagnes d'information de l'Institut national de prévention et d'éducation sanitaire (INPES) sur ce thème. Il y a en effet dans tous ces secteurs une mortalité parfois évitable... Je citerais aussi par exemple, l'expertise collective demandée à l'Inserm sur les problèmes des produits chimiques notamment les perturbateurs endocriniens pour aider les gestionnaires que nous sommes dans les ministères à prioriser les travaux de restriction, de priorisation d'actions au

niveau de la Commission européenne sur la réglementation dite Reach relative aux molécules chimiques. Les chercheurs indiquent, en substance, que ce n'est pas seulement la dose qui fait le poison mais c'est parfois la fenêtre d'exposition, et qu'ils voient lors de leurs travaux de recherche, pour certains produits apparaître des phénomènes (malformations) aux générations n+ 1 ou 2, signaux qui les poussent à alerter les pouvoirs publics. On peut indiquer aussi que 31,9 % de Français qui ont plus de 18 ans, sont en surpoids et souffrent d'obésité. Ceci concerne les hôpitaux, certains obèses ne peuvent être pris en charge par certaines installations médicales, scanners ou IRM ou ne peuvent pas être supportés par des tables d'opérations classiques. Cela nécessite des installations spéciales et cela a un coût. Sans actions, selon les analyses du Centre d'analyses stratégiques, 25 % de la population française pourrait être obèse en 2025.

Si on monétarise quelques impacts, 10 à 35 % des cas d'asthme étant attribuables à l'environnement, on peut indiquer que, par rapport aux dépenses estimées de 1999 à 2006, le coût du traitement représente de 0,2 à 0,8 Md€ pour l'année 2006. De même, les cancers liés à l'environnement représentent 0,1 à 0,5 Md€ par an pour la prise en charge des soins et 0,05 à 2 Md€ pour la perte de production par an via les arrêts de travail. Les chiffres que je présente proviennent d'études scientifiques, d'instances nationales de sécurité sanitaire ou d'études publiées par des chercheurs. La réduction des dépenses de santé induite par l'application du règlement sur les produits chimiques est estimée à 50 Md€ dans l'Union européenne sur trente ans. Vous voyez que cela pèse en termes de coûts financiers. Il en va de même pour la pollution atmosphérique. Je ne donne pas le détail du mode de calcul : mais 50 Md€, ce sont les économies sur les dépenses de santé (six fois le coût lié à la dépollution de l'air qui est de 8,5 Md€). Pour mémoire, l'inaction pour l'amiante serait responsable d'ici 2025 d'une mortalité totale évaluée à 100 000 décès, avec un coût de 1 M€ par vie humaine, soit un total de 100 Md€. Selon le Centre d'analyse stratégique, les coûts médicaux directs dus à l'obésité et aux facteurs de risques associés se situaient en 2002 dans une fourchette allant de 2,6 à 5 Md€. L'allergie au pollen et notamment les problèmes d'ambrosie dans certaines régions françaises ont été chiffrés dans la région PACA à 5,6 M€ pour l'année 2008, pour les coûts en soins ambulatoires imputables à l'ambrosie. Vous voyez que lorsque l'on monétarise les facteurs environnementaux cela justifie l'intérêt qui leurs sont portés.

Les actions à conduire concernent la population générale, et celles plus sensibles, comme cela a été dit ce matin, et sont du ressort de l'ensemble des acteurs locaux et économiques (les collectivités territoriales,

les associations, les hôpitaux et les fédérations hospitalières]. Tout le monde doit apporter sa contribution pour arriver à un mieux.

Ces démarches sont portées à l'échelon européen et international dans des instances telles que l'Organisation mondiale de la santé et ont récemment été discutées à la Conférence des ministres de la Santé et de l'Environnement de la zone OMS euro, qui s'est réunie pour la cinquième fois en mars 2010, à Parme. Elle a échangé sur un certain nombre d'objectifs prioritaires en matière de santé et d'environnement sur les thématiques évoquées ce matin. Il existe également une stratégie européenne de développement durable. Tout le monde essaie de progresser sur ce champ.

Généralement les déterminants de santé sont classés en quatre types. Les déterminants génétiques sur lesquels l'action, telle qu'on la discute ce matin est à ce jour faible ou nulle. Les déterminants de l'offre de soins, pour lesquels certains chercheurs disent qu'ils contribuent à 10 % environ de l'espérance de vie, et consomment plus de 90 % des dépenses de santé. Les deux autres blocs de déterminants concernent la manière de vivre, les comportements et l'environnement qui pèsent chacun environ pour 40 % dans l'augmentation de l'espérance de vie, (qui n'est pas si mauvaise en France). On ne travaille d'ailleurs peut-être pas assez sur ces deux derniers secteurs. Cela concerne les comportements en matière de tabac, d'alcool, de nutrition etc. l'amélioration de la qualité des milieux et les expositions. En revanche, on voit apparaître par rapport à d'autres pays européens, des disparités et des inégalités de santé plus fortes que dans certains autres pays, qui sont d'origines diverses, y compris sociales, et c'est peut-être dans ce domaine qu'il est possible d'améliorer la situation.

La loi Grenelle 2 et ses près de 200 décrets d'application ont été évoqué ce matin. Vous avez cité 40 articles de loi qui concernent les établissements hospitaliers. Les performances énergétiques vont peser budgétairement, et en la matière on peut faire des choses intéressantes. La rénovation thermique dans l'ancien concernera les établissements hospitaliers en tant que bâtiments recevant du public, avec la diminution des consommations d'énergie, l'affichage des performances énergétiques et l'utilisation d'énergies renouvelables. On verra en matière d'énergie une rupture technologique dans le neuf, avec des bâtiments basse consommation (BBC) en 2012, et en 2020 des bâtiments dits à énergie positive. Cette action contribue à la diminution de la consommation des carburants par rapport aux limites des ressources énergétiques et de la fabrication des gaz à effet de serre. Vous y êtes déjà, et les fédérations aussi. Vous avez beaucoup d'expérience en la matière. Avec un million de professionnels et des millions de mètres carrés de locaux, la partie hospitalière pèse

dans le contexte national. Vous serez moins concernés par la biodiversité et certains autres aspects de la loi, qui concernent le niveau national en général.

Le cinquième titre de la loi dite Grenelle 2 porte notamment sur les ondes électromagnétiques, les déchets et la responsabilité élargie du producteur de déchets, un article concerne les déchets de l'activité de soins à risques infectieux [DASRI]. Le premier décret d'application des DASRI sur les emballages est en cours de parution au Journal officiel, le second concerne la responsabilité élargie du producteur. Des travaux sur la déclaration des produits contenant des nanoparticules sont amorcés par le Grenelle 2. Cette dernière action sera ensuite transmise à la Commission européenne compte tenu du fait, comme le rappelait Mme Arnould, qu'il faut tenir compte de la directive dite « services », c'est-à-dire des échanges commerciaux sur le plan européen, qui interdit d'édicter des réglementations qui contraignent les échanges internationaux.

Une action de planification des mesures qui peuvent être prises en matière de santé et d'environnement a été menée de 2004 à 2008, par le premier plan santé environnement le PNSE1, plutôt pour des initiatives de niveau national. Le deuxième plan national santé environnement (PNSE 2), qui s'étale sur la période 2009 à 2010, décline les engagements du Grenelle de l'environnement. Le plan est accessible sur les sites internet ministériels. Il comporte 58 actions et 12 mesures phares réparties en 16 fiches thématiques.

Les objectifs de ce plan sont de réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé, les inégalités dites environnementales (sachant que derrière le mot environnement se cache l'approche populationnelle ; c'est bien les personnes que l'on veut protéger derrière tous ces travaux) et les risques émergents. Un certain nombre d'entre eux ont été cités ce matin. Les inégalités populationnelles sont plus difficiles à traiter (sensibilité à l'âge, à la maladie et aux conditions socio-économiques), et seront vite associées aux inégalités sociales de santé.

S'agissant du PNSE 2, les axes structurants de ce second plan portent sur les inégalités géographiques, l'équité environnementale (qui touche les populations), et un travail vis-à-vis des personnes surexposées. Par exemple, on enregistre parfois 90 décibels en façade d'immeubles pour les points noirs routiers, ou en termes de pollution et d'air dans les tunnels. Le PNSE 2 vise à résorber les points noirs et les aides de l'ADEME vont être d'une grande efficacité pour résorber ces points noirs de bruit ou de diverses pollutions.

Le plan est réparti en 16 fiches thématiques. Elles concernent les rejets atmosphériques, la qualité de l'air intérieur (que M. Toma a commencé à évoquer ce matin), les transports, des actions spécifiques à travers

des expertises sur les enfants, la lutte contre l'habitat indigne et insalubre, l'impact du bruit. Les rejets dans l'air et dans l'eau seront précisés vis-à-vis de certains polluants émergents. S'agissant des rejets dans l'eau, cela pourra concerner les rejets hospitaliers. Il se développe conjointement entre les ministères chargés de la santé et de l'écologie, un plan national mentionné dans le plan national santé environnement, sur les rejets médicamenteux qui paraîtra prochainement. Selon les molécules, parfois 80 % des rejets médicamenteux qui arrivent dans l'environnement par les stations d'épuration relèvent de la médecine ambulatoire et seulement 20 % de la médecine hospitalière. Mais tout cela rejoint le milieu. Toutes les actions de diminution des impacts seront utiles. Un particulier ne refusera sans doute pas d'effectuer un geste citoyen vis-à-vis des médicaments qu'il rejette via les urines, si un geste simple et écologique est faisable, s'il existait par exemple une « antidote » que l'on mettrait dans les toilettes pour détruire telle ou telle molécule médicamenteuse. Pour le moment, sur le sujet outre les études de priorisation des molécules à plus fort impact à rechercher, des inventaires d'état des milieux sont en cours sur la base de campagnes d'analyses. Certains établissements ne disposaient pas encore naguère de plan à jour, de leurs réseaux d'eaux potable ou d'assainissement. Cela illustre les propos de rigueur dont a parlé M. Toma. Une partie des travaux et actions peut être soutenue par les aides auprès des agences de l'eau avec un circuit rationalisé et des installations qui traitent tous les solvants avant rejets dans le milieu, même si leur quantité est faible.

La problématique des déchets solides et d'activités de soins à risques infectieux est lancée depuis plus d'une décennie. Il existe maintenant dans les établissements de soins des protocoles écrits de gestion. Quelques mots d'histoire, si vous le voulez bien, quand j'ai enquêté pour la première fois dans des hôpitaux, je suis allé voir le médecin de la CME, qui m'a dit : « Ce n'est pas moi qui m'occupe de la gestion des déchets, c'est le pharmacien qui s'en occupe », lequel m'a dit : « Ce n'est pas moi, c'est le médecin ». Concernant le contrôle des substances chimiques dans les laboratoires d'anatomopathologie, je vais vous faire sourire mais on m'a dit un jour : « Tout cela est piégé sur des cartouches et cela s'en va dans une bonbonne sous la paillasse ». J'ai alors demandé ce que l'on faisait de la cartouche après l'avoir changé et l'on m'a répondu qu'on la jetait dans la corbeille des déchets ménagers ! C'est bien sûr un cas ponctuel. Que de progrès accomplis depuis lors ! De même, en liaison avec des ingénieurs hospitaliers il arrivait de faire des remarques de gestion sur le bon remplissage des bennes de déchets, qui permettaient de faire des économies substantielles sur le budget de l'établissement.

S'agissant de l'air, une réglementation va dans le cadre du Grenelle demander de mesurer un peu plus les expositions à l'intérieur des bâtiments. On ne sait pas tout sur les molécules et le seuil à respecter, car le domaine est encore en phase d'expertise au sein de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'environnement, de l'alimentation et du travail et du Haut Conseil de la santé publique, pour mettre en place des consignes de gestion. En tout cas, vous pouvez à travers votre façon de concevoir les achats favoriser un certain nombre d'actions qui vont dans le sens environnemental et du toujours mieux en matière d'expositions. Une campagne de mesures de la qualité de l'air intérieur aux bâtiments a été lancée dans 300 crèches à l'initiative du ministère de l'Environnement. En ce domaine, les conseillers habitat-santé ont historiquement été développés par le CHU de Strasbourg pour parfaire le traitement de certains cas d'asthme par des actions conduites aux domiciles des patients (gestion des acariens, des housses de matelas et essayer de parfaire la prise en charge des patients). Quelques conseillers sont financés par l'Assurance maladie. Le ministère de l'Environnement a lancé dans le cadre du PNSE 2 un appel à candidatures pour financer pendant trois ans à moitié un certain nombre de conseillers habitat-santé. Peut-être faudra-t-il ensuite pérenniser cette action, une fois évaluée en détail. La qualité de l'air intérieur vous concernera en tant qu'établissement public, et vous êtes cités dans certains articles du Grenelle 2. De même, on peut travailler sur l'allergie au pollen ; un certain nombre d'actions sont lancées au niveau national.

J'ai évoqué le sujet des mobilités douces par rapport aux actions de lutte contre l'obésité. Les établissements peuvent y réfléchir. De même, s'agissant des économies d'eau font partie du travail de réflexion des établissements de soins.

Dans le plan figure une action de niveau national sur la biosurveillance humaine coordonnée par l'Institut national de veille sanitaire et associant les ministères de la Santé et de l'Environnement. Elle consiste à suivre 5000 personnes et à mesurer dans leur sang, leurs cheveux et leurs urines plus de 100 molécules émergentes sur lesquelles on a des doutes pour connaître les degrés d'imprégnation de la population, dont les sources d'expositions sont parfois cumulatives. Ce programme coûtera quelques 30 millions d'euros d'ici 2016.

40 % de la restauration collective concernait les établissements de soins et médico-sociaux nationaux. Un Français sur deux va au moins une fois par an dans un établissement de santé. Cela représente une capacité d'entraînement considérable sur les politiques publiques locales, les sous-traitants.

Certaines actions du plan relèvent du niveau national, mais une déclinaison régionale a été demandée dans

chaque région en fonction des contextes, notamment en association avec les collectivités locales. On retrouve dans les initiatives régionales, la réalisation de campagnes de communication, l'information des associations et les relais locaux sur les problèmes environnementaux

À titre d'information générale encore sur le contenu du PNSE 2, quelques autres exemples de mise en œuvre et de sa déclinaison locale via les illustrations qui suivent. Des collectivités mettent en place des pistes cyclables, des rues piétonnes pour favoriser la marche à pied et l'activité physique dans le cadre des actions de lutte contre le surpoids et l'obésité, aux côtés des actions conduites relatives à une bonne nutrition. De telles actions sont également menées à l'étranger : en Suisse, en Allemagne, par exemple, et il faut les multiplier. Le transport collectif concernera aussi à la marge les établissements, des actions pouvant être menées à travers des discussions internes aux établissements de soins.

M. Toma a évoqué tout à l'heure les échanges entre les établissements sur les guides de bonnes pratiques. À ce titre, je souligne qu'une convention a été signée par Madame la ministre Bachelot-Narquin, en 2009 avec certaines fédérations hospitalières – M. Toma en a parlé. Il a été dit par notre ministre, au moment de la signature de la convention avec vos confrères, que la fédération hospitalière privée allait s'y adjoindre. M. Toma a parlé tout à l'heure d'outils dans le cadre de la déclinaison des articles du Grenelle par rapport aux champs dans lesquels une fédération hospitalière ou un établissement peuvent concrètement s'engager. Vous trouverez en annexe de cette convention des baromètres du développement durable, avec des chiffres concernant les critères de progrès et des mesures d'indicateurs.

Vous en connaissez les principes directeurs : la performance des établissements – les diagnostics ont été cités tout à l'heure – et l'intégration des enjeux santé et environnement. Il convient en effet de prendre en compte systématiquement les enjeux du développement durable dans l'évaluation des projets, dans les processus de décisions et dans les discussions internes des établissements. C'est de plus en plus le cas. Certains établissements réunissent depuis quelques années le personnel hospitalier pour parler des gestes citoyens (le tri des déchets, éteindre la lumière quand on quitte son bureau, etc.). Ce sont des gestes simples mais qui contribuent à un certain nombre d'intérêts nationaux ou globaux. Pour être très concret, les annexes de cette convention peu ou prou concernent la mise en application des objectifs du PNSE 2. Les indicateurs du baromètre permettent à un établissement de savoir où l'on se positionne initialement et permet de se fixer des objectifs de progrès pour les années qui suivent.

Il existe pour l'eau des indicateurs de suivi particuliers. Il est question par exemple de l'utilisation de déchets de lessives sans phosphate : ce n'est pas toujours facile par rapport aux nécessités en termes de soins, il n'existait pas il y a quelques années sur le marché de lessives sans phosphate suffisamment actives pour lutter efficacement contre certains germes hospitaliers. Vous n'aviez pas le choix. Tant que les industriels ne pouvaient pas leur livrer des lessives efficaces, il n'était pas opportun de demander aux établissements hospitaliers d'utiliser des lessives sans phosphate, le phosphate générant avec les nitrates dans les cours d'eau le problème des algues vertes.

Nous avons parlé de l'énergie : des bilans et des audits peuvent être financés. Quant aux déchets solides, vous y êtes ; c'est rentré dans les us depuis environ quinze ans. Il convient maintenant de se préoccuper des déchets liquides aussi. Leur gestion sera sans doute plus difficile dans l'ancien que dans les structures neuves. Les déchets radioactifs sont certainement bien gérés, puisque la réglementation est très contraignante, mais il faut aussi traiter par exemple les autres déchets liquides et voir les axes de progrès possibles (rejets des salles des morgues, etc.). Il faudra étudier pour tous les types de rejets ce que l'on peut faire et comment les limiter. Vous avez parlé tout à l'heure de réseaux internes aux établissements : si vous réunissez les professionnels d'un établissement pour parler de développement durable par rapport aux médicaments, les idées vont fourmiller.

M. Toma a notamment parlé de la politique d'achat. Il est vrai que vous êtes en droit de demander à vos fournisseurs si les critères relatifs au développement durable sont respectés.

Ma conclusion est un peu large, vous m'en excuserez. Il faudrait que vous vous rassembliez et que vous travailliez sur les indicateurs qui ont été évoqués pour essayer de produire des documents permettant de travailler dans cette direction. Je vous remercie pour votre attention. (Applaudissements).

M. Gharbi : Je vous remercie pour ces propos complets. Vous considérez que des prises en charge autour de 50 % sont possibles pour les audits énergétiques. Il suffit de monter un dossier. La FHP a en Languedoc-Roussillon un dossier type et nous avons été éligibles, nous serons donc pris en charge à hauteur de 50 %. Si vous souhaitez avoir la copie de ce dossier, nous pouvons vous la faire passer sans problème. Il suffit d'en faire la demande.

Vous avez eu une expression qui m'a plu, à savoir « aller dans le sens d'un toujours mieux mais sans casser la corde en y allant de manière trop rapide ou trop contraignante ». Il existe sur ce dossier un consensus et une volonté d'évoluer ensemble, mais la différence est sensible par rapport à nos amis du public : il leur suffit de

demander un budget et ils l'ont, alors que nous devons être plus efficaces. C'est peut-être mon côté syndicaliste qui reprend le dessus, mais nous avons parfois du mal à nous engager parce que la différence de fonctionnement est totale.

Vous avez également eu une réflexion juste sur les réseaux d'eau : en bâtir un dans un bâtiment ancien relève parfois d'un sourcier ou de la divination. C'est parfois impossible ou très compliqué. On essaie quand ce n'est pas possible de travailler sur ce qui est apparent, surtout d'éviter les bras morts et de refaire d'autres circuits, mais ce n'est pas toujours facile.

Quant à la transposition du langage oral au langage écrit, nous y sommes maintenant familiarisés depuis quelques années, mais cela n'a pas toujours été facile, et il est vrai que si nos médecins commençaient à écrire un peu plus pour leurs protocoles et leurs soins ce serait bien, mais c'est un autre débat. Qui souhaite intervenir ?

Intervenante : L'INPES va-t-il relayer des messages et informations sur les déterminants de la santé que vous avez cités, dont l'environnement et la qualité des milieux ?

M. Saout : Oui. L'INPES a mis en place en 2007 un baromètre sur la perception des Français (auprès de 5 000 à 15 000 personnes selon les questions) des différents aspects que nous avons évoqués ce matin, ce qui a donné lieu à un épais document qui est disponible sur le site de l'Institut.

Une campagne nationale a été menée sur le soleil et les quatre cancers dus aux UV. Les cabines de bronzage sont-elles utiles si cela crée des nuisances pour la santé ? Il faudra regarder cela de près. C'est un vrai sujet de santé publique. Des campagnes sont également menées sur les intoxications au monoxyde de carbone, qui sont très appuyées de façon nationale, et sur la nutrition. Environ une dizaine de campagnes sur ce champ, sont déclinées au niveau national et amplifiées, certaines étant reconduites tous les ans. Des campagnes sur les précautions à prendre vis-à-vis des produits chimiques vont notamment être reconduites.

L'INPES a l'habitude de communiquer sur des risques avérés. Cela a été fait pour le tabac et l'alcool – les messages sont clairs –, mais pour certains risques environnementaux, comme les ondes des antennes relais, que dire puisque les risques ne sont pas démontrés ? Des campagnes de communication sont cependant effectuées pour les téléphones mobiles sur le principe d'attention ou de précaution. L'attente d'information du public est importante sur ce sujet ou des inquiétudes de la population s'expriment.

Intervenante : Vous pourriez reparler du « syndrome du poisson » car M. Saout n'était pas là. (M. Gharbi rappelle son anecdote).

M. Saout : En général, on refait les peintures du logement à l'occasion d'une naissance d'une enfant, et la femme enceinte respire les émanations. Je suis allé nettoyer les côtes lors de la pollution du pétrolier Erika : nous avions mal à la tête le soir du fait des émanations de solvants. À trente kilomètres des côtes, les émanations de l'Erika étaient perceptibles.

Il faut toujours aller dans le sens du toujours mieux, sachant que si la réglementation est trop contraignante elle va être contournée et pas appliquée. Il faut qu'elle soit raisonnable et partagée par tout le monde. C'est cela qui permet d'avancer.

Oui, il faut être vigilant vis-à-vis des produits chimiques. Peut-être faut-il les limiter encore davantage. Nous travaillons également avec nos collègues du ministère de l'Environnement sur les expositions des agriculteurs qui utilisent des pesticides. Certes, ils ont des combinaisons, mais sont-elles très efficaces ? Peut-être sur le sujet des produits chimiques que l'on évoque pourrait-il être remédié à un certain nombre d'altérations de la santé en rationalisant encore plus cela via les mises sur le marché. Il existe aujourd'hui des produits de substitution et il y a obligation d'utiliser des molécules moins nocives qu'un certain nombre de substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques.

Mme Arnould : Je voudrais rebondir sur les produits de substitution : ils doivent avant d'être utilisés avoir fait l'objet de toutes les études appropriées, or en France se pose aujourd'hui un gros problème de méthodologie et d'adaptation des études à un certain nombre de cas de figure.

Ma deuxième remarque est qu'en soi un produit, même si on a décidé qu'il ne posait pas de problème en le mettant sur le marché, peut toujours interagir avec un autre, et il faut tenir compte du croisement ou de la superposition de différentes sources de pollution, qui aggravent considérablement le problème.

Enfin, je voudrais rebondir sur l'anecdote du « syndrome du poisson », qui me fait penser qu'un aspect n'a pas du tout été abordé qui est vrai pour l'artisanat (les métiers de peintre, de plombier, de menuisier ou d'autres) et pour tout le monde dans tout type d'établissement : la formation et l'information, et en parti-

culier la formation professionnelle et l'intégration dans les formations pour les différents métiers des bonnes pratiques environnementales et de la sensibilisation à ces sujets.

M. Toma : Concernant le « syndrome du poisson » et tout ce qui vient d'être dit, il existe une clé : demander l'étiquetage des produits. Le « syndrome du poisson » n'existe plus aujourd'hui parce qu'en France des peintures sans composés organiques volatiles existent et ne sont pas plus chères. Les peintres sont en train de « fourguer leurs stocks » (pardonnez-moi pour cette expression), comme l'ensemble des industriels sont en train de nous « fourguer leurs stocks » de sols en PVC et autres produits remplis de phtalates et perturbateurs endocriniens parce qu'ils savent pertinemment qu'en 2012 ils ne pourront plus les vendre.

Beaucoup de pays ailleurs dans le monde ont fait des efforts considérables sur le sujet. Quand on parle aux Allemands ou aux Américains des phtalates, ils rient parce qu'ils n'en achètent plus et ont réussi à les supprimer, alors que nous continuons et que la présence de phtalates n'est même pas mentionnée dans les produits que nous achetons. J'ai même constaté récemment que nous ne pouvions pas connaître le mode de stérilisation de nos prothèses. Des prothèses sont stérilisées à l'oxyde d'éthylène – c'est un produit extrêmement puissant qui est même interdit dans l'agriculture en France –, et personne ne se protège dans le bloc parce que ce n'est même pas indiqué.

La clé pour nous tous professionnels de santé, quel que soit notre travail dans l'hôpital, est l'étiquetage. Qu'y a-t-il dans le produit que j'achète, que je référence et que je donne aux mamans, aux nouveaux-nés ou à mes salariés ? C'est la clé. Ensuite vient bien sûr l'étape de la formation, car une fois qu'un produit porte une étiquette, encore faut-il savoir la lire et se former. Ceci dit, nous avons assez de professionnels dans nos structures, dans nos fédérations et au c2ds pour être en capacité de vous indiquer quels produits sont suspectés de toxicité, sachant comme vous l'avez dit que le plus grave de nos jours est la multi-exposition à laquelle nous sommes confrontés. Elle est partout : dans l'alimentation, dans ce que nous buvons et dans ce que nous inhalons. La clé pour réduire cette multi-exposition est d'acheter différemment et d'avoir une politique d'achat dans le cadre de laquelle on demande un étiquetage. ■

PLAN DE SANTÉ AU TRAVAIL

M. Brun : Bonjour à tous. Il m'appartient – c'est un hasard de la programmation – d'évoquer le plan de santé au travail (PST), autre grand plan national. Pourtant, contrairement aux intervenants précédents, je représente non pas les pouvoirs publics mais un corps intermédiaire : le CISME qui est en fait le regroupement des services de santé au travail. 280 services en France y adhèrent et suivent quelque 14 millions de salariés du secteur privé notamment, les collectivités territoriales dans un certain nombre de cas, et donc vos personnels sur le territoire national.

Nous sommes un partenaire du PST, et comme vous le verrez nous partageons toutes les lignes des pouvoirs publics. Mon regard sera comme je vous l'ai dit celui d'un corps intermédiaire et non d'un des initiateurs de ce plan, peut-être parfois avec un œil plus critique par rapport à ce qui est proposé.

Les plans nationaux se présentent à chaque fois sous la forme de constats. Quelques chiffres pour introduire le PST : je vous rappelle que 700 000 accidents du travail sont déclarés, dont 44 000 graves, ainsi que 45 000 maladies professionnelles. J'insiste sur le fait que cela ne veut pas forcément dire qu'elles ont été toutes couvertes ou identifiées. Une explosion de certaines maladies professionnelles est notamment due à une meilleure déclaration de ces dernières.

En 2008, 559 accidents du travail ont conduit à un décès et des maladies professionnelles dans 425 cas. Là encore, ce sont des chiffres qui correspondent à une reconnaissance du lien entre le travail et le décès. Comme nous le verrons, les cancers professionnels se déclarent la plupart du temps après la vie professionnelle et l'on a beaucoup de mal à relier l'exposition professionnelle au cancer et au décès. Ces chiffres sont certainement minorés.

D'ailleurs, on estime d'une manière générale que 13 % de la population active est exposée à au moins un agent cancérigène en France. Il faut noter que 55 % des décès sont dus à des accidents de la route ; cela reste la première cause de mortalité au travail. Un autre sujet, pour faire le point sur l'aspect social, sont les avis d'inaptitude, qui sont trop nombreux. Vous savez que les méde-



JOURNÉE
MARTIAL BRUN
DIRECTEUR DU CISME, (CENTRE INTERSERVICES DE
SANTÉ ET DE MÉDECINE DU TRAVAIL EN ENTREPRISE)
DÉVELOPPEMENT
DURABLE

cins du travail en délivrent le cas échéant, quand ils estiment que l'état physique ou psychique de la personne n'est plus compatible avec son emploi et qu'il n'y a pas de possibilité de reclassement. Un avis d'inaptitude conduit à tout poste dans l'entreprise et à un licenciement, c'est-à-dire la sortie de l'emploi. On verra que cela a des conséquences très importantes. Le ministère du Travail, qui est la tutelle pour ce qui concerne la santé au travail, a repris ces chiffres clés.

Une grande évolution s'est produite ces dernières années : le décloisonnement des ministères de l'Environnement et de la Santé, dans le cadre d'approches globales des problématiques de santé sur le territoire. Je me souviens qu'en 2004, quand le directeur général de la santé était William Dab, il était intervenu avec le directeur général du travail. C'était la première fois que l'on voyait une chose pareille : parler de la santé d'une même voix. Depuis, les plans n'ont cessé de rechercher la cohérence des différentes politiques.

Il faut mesurer que la santé au travail est au cœur du développement durable. Si l'on reprend les piliers de ce dernier, qu'évidemment vous connaissez tous, on est sur le champ social, et je peux vous dire qu'en ce moment, les débats au Sénat et au Parlement d'une manière générale nous rappellent que la santé au travail est dans ce dernier puisque nous sommes rattachés à la réforme des retraites pour la prévention de la pénibilité. Cela vous montre bien que cela fait partie de la conception sociale du monde du travail et d'une forme d'équité dans la vie professionnelle. Les débats sont très vifs à ce sujet.

Nous verrons les aspects économiques dans les définitions proposées par le PST. Il contient aussi des aspects écologiques dans le sens où il s'agit de santé, et l'on travaille sur une écologie presque interne. En

tout cas, les champs social et économique sont une évidence. Je ne vais pas vous faire une lecture du PST mais la phrase est claire : « Les responsables d'entreprises conçoivent aujourd'hui – vous noterez le présent de l'indicatif – que l'investissement dans l'amélioration des conditions de travail pour une bonne qualité du travail est une condition de durabilité de la performance économique ». Je peux vous dire que cela hérisse un peu le poil des médecins du travail. C'est une façon de voir la santé au travail, qui est ici présentée comme un facteur de performance économique. Il y a d'autres façons de l'aborder. Rappelons-nous néanmoins que la médecine du travail est née en 1946 et que l'idée était quand même bien de remettre la population active en état de faire fonctionner le pays et l'économie.

« À ce titre, la lutte contre la pénibilité est aujourd'hui un enjeu majeur, partagé, qui doit s'inscrire dans la politique globale d'amélioration des conditions de travail ainsi que du développement des compétences et des potentiels pour valoriser l'homme au travail et par le travail » : on est dans le champ social. L'existence de l'être social doit s'épanouir dans le travail par le travail. Je ne reviens pas sur les campagnes présidentielles précédentes, au cours desquelles on a cherché à valoriser le travail.

« Cela permettra d'améliorer non seulement le taux d'activité de la population en âge de travailler et l'état de santé des travailleurs mais aussi la compétitivité des entreprises » : on revient aux facteurs économiques. C'est aussi pour cela que nous sommes rattachés aux retraites. Dans le débat sur la pénibilité, on l'a imaginée en première instance comme une condition pour sortir de l'emploi plus tôt. Il manquait peut-être un volet : la prévention de la pénibilité. Un certain bon sens consiste, plutôt que de constater les dégâts à 55 ans, à intervenir auprès du travailleur du bâtiment ou même de l'aide soignante qui manipule des malades quand ils ont 25 ans et non 55, quand les dégâts sont consommés. Introduire la prévention de la pénibilité est du bon sens, et du développement durable.

On dit plus loin que : « L'objectif de développement de la santé et du bien-être au travail et l'amélioration des conditions de travail constituent un enjeu majeur pour notre politique sociale dans les années à venir. Il passe par la mise en œuvre effective d'actions visant à prévenir les risques professionnels, à réduire les accidents et maladies professionnelles, à prévenir l'usure au travail et la dégradation de la santé ainsi qu'à permettre le maintien dans l'emploi » : économie, maintien dans l'emploi, vie sociale, s'épanouir dans le travail, travailler plus longtemps et ne pas trouver aberrant de travailler au-delà de 55, 60 ou 65 ans dans un certain nombre de cas.

Je représente le monde des TPE et des PME. Il existe des services interentreprises de santé au travail (SIST)

quand des entreprises n'ont pas la taille suffisante pour avoir leur propre service. Pour les petites entreprises, qui comptent beaucoup de petits métiers, ce sont des beaux discours mais un certain nombre de réalités de terrain nous font dire que quand on est travailleur du bâtiment ou que l'on découpe des carcasses de viande du soir au matin il y a encore des gains importants à faire.

Le décloisonnement, déjà évoqué ce matin, concerne aussi d'autres plans. Il a été question du PNSE, mais dans le plan cancer 2 un lien est fait avec le PST 2010-2014. Cela a été rapidement dit mais tout le monde le sait : les cancers sont multifactoriels dans bien des cas. Pour l'amiante et ses effets, le lien est facile à trouver, mais les cancers sont nombreux et plus la connaissance avance, plus on sait que des cancers ont des composantes de travail, d'environnement et comportementales dans le cadre de la vie courante, qui se conjuguent et favorisent leur développement.

J'ai noté les efforts qu'a faits Mme Jensen pour évacuer les acronymes. Je vais en utiliser beaucoup. La COG est la Convention d'objectifs et de gestion de l'Assurance maladie branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Il y a là aussi une problématique économique qui relève de l'Assurance maladie et que l'on répare. D'ailleurs, notre culture latine a plutôt tendance à réparer qu'à prévenir. Il faut pour les exercices de prévention voir très loin et anticiper, et alors que la vie économique, notamment dans le secteur privé, est rythmée par des business plans à six mois, il est difficile de se projeter pour éviter une maladie professionnelle qui risque de se développer dans trente ans. Dans le cadre d'une exposition à certains cancérigènes, la maladie se déclare quelques décennies plus tard. D'ailleurs, la branche accidents du travail et maladies professionnelles devient lourdement déficitaire. Des logiques assurantielles se mettent donc en place ainsi qu'une réflexion sur des priorités d'action, à travers la Convention d'objectifs et de gestion. Je rappelle que c'est l'Assurance maladie qui contracte un engagement avec l'État sur des priorités d'actions.

M. Gharbi : Toute l'Assurance maladie est globalement déficitaire aujourd'hui.

M. Brun : Elle a longtemps été équilibrée. C'est un signe. Il faut noter une meilleure reconnaissance des maladies professionnelles et leur développement, le coût de la réparation devenant très conséquent. Je rappelle que la réparation est dans ce domaine entièrement supportée par l'entreprise. Là aussi, les partenaires sociaux ont par rapport au PST une grande part dans les négociations. C'est non seulement une commande publique de l'État, qui joue son rôle régalién, mais aussi une réflexion des partenaires sociaux, employeurs et salariés.

Le PST est né du Conseil d'orientation des conditions de travail, qui dépend du ministère du Travail et compte des partenaires sociaux, un certain nombre d'acteurs de la vie économique et des représentants d'associations de victimes qui se concertent.

Le deuxième PST a été lancé le 12 juillet dernier par Eric Woerth après moult négociations et reports. On a vu malheureusement au ministère du Travail se succéder les ministres, ce qui allonge les délais pour la sortie d'un certain nombre de textes. Les ministères de la Santé et de l'Environnement ont en effet connu une certaine stabilité au cours des dernières années, mais au ministère du Travail le turnover a été assez important et je crains que cela ne s'arrête pas compte tenu du contexte, mais je ne ferai pas de prédictions et pas de politique.

Un des objectifs du PST est de coordonner les actions de prévention. Tous ces organismes s'en occupent un peu dans le cadre de la santé au travail. Le ministère de la Santé est impliqué et chapeaute certaines institutions : l'Institut de veille sanitaire, l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), l'EFS (Établissement français du sang) et la Haute autorité de santé. Tous ces instituts de recherche participent à promouvoir la connaissance sur la santé au travail à leur échelon, qu'il s'agisse de la sécurité du médicament, du sang, etc. Un certain nombre d'éléments sont portés par eux. L'ARS, qui est en train de s'installer, a un volet prévention, et des liens se nouent avec la santé au travail. Cela va se passer au niveau de la Conférence territoriale de la santé et de l'autonomie.

Participent aussi la Sécurité sociale, avec la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité), l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire), avec un Conseil d'orientation des conditions de travail, l'ANACT (Agence nationale d'amélioration des conditions de travail) et l'OPPBT (Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics). Il n'y a pas la MSA (Mutualité sociale agricole) mais le monde agricole a aussi son entité de réflexion. Évidemment, face à ce constat, ce maillage ou cet émiettement, il y a une volonté de coordonner l'action, de partager la connaissance et de regarder si des synergies sont possibles.

Ce qui est très important, mais comme dans tous les plans qui sont sortis ces dernières années, est une impulsion nationale et une déclinaison régionale. Quand il existe une ANACT nationale, il existe une ARACT régionale, de même qu'il existe pour l'Assurance maladie une CNAMTS et une CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail). Là aussi des liens se sont tissés. Ce monde bouge vite et une coordination est nécessaire. C'est une évidence.

Concernant la structuration du PST, il comporte quatre axes, des objectifs, des actions, des pilotes, des partenaires, des éléments de calendrier et des indicateurs de résultat et de moyens. Tous les plans ont été bâtis selon cette méthodologie ; c'est de la gestion de projets. Mesurez que ces plans sont quand même des phénomènes nouveaux ; ils n'ont que quelques petites années. Ils ont été lancés au début des années 2000.

Dans le cadre de la gestion de projets, il faut s'interroger quand il y a des pilotes. C'est une des inquiétudes que l'on peut avoir sur le PST. Pour des raisons de négociations et peut-être aussi d'enjeux de pouvoir, des grandes missions en ont parfois plusieurs, notamment pour l'Assurance maladie et la Direction générale du travail. Il faut se partager les rôles. Les pilotes savent travailler ensemble mais il y a toujours un petit risque en termes d'efficacité quand ils sont plusieurs dans l'avion. En tout cas, il y a désormais un ou plusieurs pilotes, ce qui n'était pas forcément le cas auparavant. L'avantage des plans est qu'ils rendent lisible la volonté des pouvoirs publics et peuvent influencer une communication et la prise en compte des différents acteurs.

Le premier axe du PST est d'améliorer la connaissance en santé au travail. Je ne sais pas ce que vous mesurez en la matière mais on en est loin sur beaucoup de sujets. Il y a beaucoup à faire. On a parlé des nanoparticules : c'est un des sujets qui sont complètement méconnus, mais même pour des éléments plus évidents qui existent depuis très longtemps, comme le risque psychosocial, la connaissance n'est pas du tout stabilisée, de même que les outils. Par exemple, on a tout mis derrière le fameux mot stress. Des travaux sont en train d'être affinés sur ces aspects et l'ANSES, qui est la fusion de ce qu'étaient l'AFSSET (Agence française de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail) et l'AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments), a mis en place une mission scientifique notamment pour coordonner la connaissance sur un certain nombre de problématiques d'exposition au travail que l'on sait mal mesurer, en particulier s'agissant de leurs effets différés. On a par exemple substitué à l'amiante des fibres céramiques, mais on n'est pas du tout rassuré quant à leurs effets sur le corps humain, or il s'agit d'effets différés à trente ans, d'où un principe de précaution dans un certain nombre de cas.

Je détaillerai plus la poursuite d'une politique active de prévention des risques professionnels car c'est concret : comment prend-on en charge les troubles musculo-squelettiques (TMS), le risque psychosocial, le risque chimique, etc. ?

Encourager les démarches de prévention des risques dans l'entreprise, notamment dans les PME et TPE. C'est un constat : les grandes entreprises ont des CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de

travail), des responsables sécurité, santé, etc. Quand je dis PME et TPE, je parle des entreprises de moins de 50 salariés. Quelles sont les structures internes pour porter la prévention des risques professionnels ? Nos adhérents comptent en moyenne 10 salariés. Notre économie française est faite ainsi. La taille moyenne d'une entreprise en France est de 10 salariés. Quel est le potentiel d'un chef d'entreprise et d'une organisation pour porter globalement tous les enjeux du développement durable et entre autres de la santé au travail, sachant que dans beaucoup de ces petites entreprises le patron est un travailleur qui s'expose aux mêmes risques que ses salariés, qu'il l'a toujours fait et que sa conception du travail fait qu'il est parfois peu sensibilisé ?

Je suis originaire de Saône-et-Loire. Quand Creusot Loire Industrie a cédé, beaucoup de petites entreprises de mécanique générale se sont créées. Je faisais un jour l'article de la prévention des risques professionnels à un monsieur d'une cinquantaine d'années, en lui parlant de ceux qui pouvaient exister dans son entreprise. Il me disait qu'il n'y avait pas de bruit alors que je n'entendais rien : les machines étaient assourdissantes et les capots n'étaient pas posés sur les machines-outils. Je me suis aperçu au bout d'un moment qu'il entendait mal, qu'il lui manquait deux phalanges et quand il s'est levé qu'il boitait. Il y a de plus une probabilité pour que son père soit mort de la silicose. La valeur qu'est le travail est chahutée par les personnes qui portent les entreprises, qui ont créé des emplois et qui aiment leur travail. Nous sommes confrontés à cela. Même si les mentalités évoluent beaucoup, une culture doit pénétrer l'entreprise.

Un des axes forts du PST est de modifier la culture dans l'entreprise. Ce n'est pas l'affaire du médecin du travail ou des agents de la CRAM. C'est celle du chef d'entreprise et des salariés. Ce n'est pas nouveau. Cela a été posé il y a vingt et un ans dans la directive européenne qui a fondé la responsabilité de l'employeur en matière de santé et de sécurité pour ses salariés puis le rôle du salarié dans la participation à sa propre sécurité dans le travail. Cela demande à être poussé, plus particulièrement dans la petite entreprise. Je reviendrai aussi sur les aspects de la formation.

Le dernier axe du plan est le pilotage, la communication, le développement et la diversification des outils pour une effectivité du droit. Il concerne peut-être moins le cœur de métier mais il est au moins aussi important en termes de culture. On a parlé de l'INPES tout à l'heure. Une fois que l'on vous a expliqué à la télévision à force de spots que fumer tue et que l'on vous a dit que l'éther de glycol peut aussi poser des problèmes graves... Une campagne a aussi été menée sur les troubles musculo-squelettiques. C'est aussi sensibiliser les professions et le monde du travail d'une manière générale au fait que

l'environnement doit être aussi pris en compte, et il y a aussi des éléments à faire évoluer dans les mentalités.

Pour vous démontrer le décalage entre prévention et réparation, sachez que le rapport est de 1 à 100 en France : on dépense 100 pour la réparation et 1 pour la prévention. Il faut toujours mesurer ce que l'on met dans la prévention pour voir si c'est efficient, mais cela pose quand même la question de ce qu'il faut faire en matière de prévention des risques professionnels.

Ces axes sont ensuite déclinés en objectifs. Nous allons donc les survoler si vous le permettez. Cela vous permettra de les comprendre.

« Poursuivre la structuration et le développement de la recherche et de l'expertise en santé au travail » : comme je vous l'ai dit, cela se fait par le biais des agences de recherche d'État et aussi sur le plan européen. Beaucoup d'autres pays connaissent les mêmes problématiques que la France en matière de risques professionnels. Là aussi il existe une coordination internationale et notamment européenne qui s'est mise en place, avec des recherches de synergies en la matière.

« Développer les outils de connaissance et de suivi » : je vais mettre le focus sur l'Institut de veille sanitaire. Un des grands sujets de débat en ce moment est la traçabilité des expositions professionnelles. Vous savez que vous avez un document unique à réaliser. On essaie de repérer les risques professionnels dans les établissements, mais la réflexion des pouvoirs publics va au-delà de cela aujourd'hui : il faut tracer l'exposition professionnelle de tout salarié tout au long de sa vie. Cela ouvrira peut-être demain à des droits à réparation et permettra peut-être de faire reconnaître des maladies professionnelles, mais on n'est absolument pas prêt à le faire ; c'est en train d'être voté.

Il faut pour mettre en place cette traçabilité individuelle des thesaurus communs. Code-t-on de la même façon le bruit et l'exposition chimique partout en France dans tous les services de santé au travail ? Je peux vous en parler : la réponse est non. C'est en train de se mettre en place ; on fait évoluer le système informatique. On n'identifie même pas un salarié par son numéro de Sécurité sociale. La santé au travail n'a pas le droit de l'utiliser. Un salarié qui change d'emploi, de région, de département ou d'entreprise, même dans un même secteur, a parfois plusieurs dossiers médicaux en santé au travail. Il y a un champ de progrès considérable avant de réussir à mettre en place la traçabilité des expositions professionnelles pour tous les salariés tout au long de leur vie, et pourtant c'est la base de la connaissance de l'exposition. Heureusement, de grandes enquêtes nationales ont permis d'éclairer les risques professionnels, mais au niveau individuel on n'est pas capable aujourd'hui de le faire de manière cohérente. On le sera peut-être dans les prochaines années, du moins nous y employons.

« Agir sur la formation » : cet objectif est vraiment une novation très forte. Je ne reviens pas sur les sujets qui ont occupé les médias, comme France Télécom et autres. La conclusion de tout cela est qu'il faut que les managers soient formés. Il faut que les acteurs dans l'entreprise aient une sensibilité, des connaissances et des rudiments sur l'effet de l'organisation d'un certain nombre de process sur la santé. C'est allé très vite sur ce plan puisque le réseau francophone de formation en santé au travail a été créé ; c'est un rapport de William Dab qui a conduit à cela.

On a inventé par exemple ce que l'on a appelé le Toefl de la santé et de la sécurité dans les écoles d'ingénieurs et de management. Cela va devenir obligatoire dans le cursus. Une trentaine d'heures seront dédiées à la prévention des risques professionnels pour tout le personnel encadrant de ce niveau. C'est un progrès mais ce n'est pas tout pour les TPE et PME. Les chefs d'entreprise que nous côtoyons ne sont pas ingénieurs. Cependant, cela doit bien commencer quelque part. Si des instituts comme le CNAM prennent en charge ces formations, que cette connaissance est diffusée et que l'on fait participer des futurs dirigeants d'entreprises, ce sera un des plus importants vecteurs de progrès.

La formation concerne aussi les agents qui interviennent et entre autres les agents de contrôle de l'Assurance maladie. Cela fait partie des objectifs du plan. Les inspecteurs du travail sanctionnent. Nous sommes parfois un peu « en bisbille » par rapport au rôle de l'inspection du travail, qui continue à dresser des procès-verbaux parce que la deuxième visite pour les travailleurs de nuit n'est pas effectuée. Je ne reviendrai pas sur la démographie médicale mais le même problème se pose en médecine du travail : il n'y a plus de médecins du travail. C'est la première visite que nous faisons sauter parce que tous les scientifiques disent que ce n'est pas une deuxième visite qui va améliorer la santé d'un travailleur de nuit : ce sont des mesures de prévention, des explications sur le rythme de sommeil et l'alimentation. Une visite médicale a toujours un intérêt mais ce n'est pas ce qui est le plus efficace, or il y a toujours des inspecteurs du travail qui verbalisent parce que la deuxième visite n'a pas été faite. Il faut aussi une connaissance de ceux qui contrôlent par rapport aux enjeux et aux priorités du PST, or il n'est pas toujours évident que l'information ait été partagée. La formation est vraiment un vecteur de progrès considérable parce que cela correspond au changement de mentalité qui doit exister dans les entreprises.

« Renforcer la prévention en direction de certains risques et secteurs » : cela part du constat qu'un certain nombre d'expositions sont plus dommageables à la santé, à la réparation, etc. : le risque chimique, les troubles musculo-squelettiques, les risques psychosociaux, les risques relatifs aux routiers professionnels et

les risques émergents (nanotechnologies et risques biologiques).

Certains secteurs sont visés, comme le bâtiment. Les dégâts sont nombreux dans ce dernier encore aujourd'hui même si cela a énormément progressé. Les taux de fréquence dans ce secteur sont encore très importants. Le secteur agricole et forestier reste aussi un secteur à forte incidence. Le secteur des services à la personne est d'autant plus une priorité qu'ils ne sont suivis par à peu près personne. Les personnels interviennent sur des lieux de travail qui sont inaccessibles à des préventeurs, c'est-à-dire chez le particulier. Ils manipulent des personnes et sont en contact avec des logements éventuellement insalubres. Ils sont sujets à toutes sortes d'expositions et représentent vraiment une cible très importante. 1 700 000 personnes sont concernées à ce titre, et elles sont très mal suivies. Elles sont elles-mêmes issues de catégories sociales qui ne sont pas forcément favorisées, cette population méritant vraiment qu'on lui porte une attention plus importante.

On rejoint concernant les seniors la problématique du travailler plus longtemps et du vieillir en santé d'une manière générale.

Beaucoup de nouveaux embauchés sont victimes d'accidents du travail car ils n'ont pas les réflexes de sécurité et ne connaissent pas leur environnement de travail. Les dégâts sont également nombreux dans ce secteur. La problématique est la même pour les saisonniers et les travailleurs indépendants (artisans, commerçants et professions libérales). Il en va de même que pour les services à la personne : ils ne sont pas suivis et se débrouillent. Quand un artisan plâtrier-peintre a deux salariés, ils sont suivis mais pas lui, alors qu'ils font le même métier et courent les mêmes risques. Des études ont notamment été menées sur les garagistes : peu de patrons dépassent les 65 ans. Ils ont tout connu : l'amiante, les plaquettes, les solvants et le benzène si en plus ils étaient pompistes. Ils ne sont pas forcément sensibilisés et personne ne s'occupe d'eux.

La fonction publique est puissante mais elle n'est pas forcément la mieux lotie en matière de prévention des risques professionnels. Le rythme des visites médicales est imposé... Quand il y a des médecins de prévention, ce qui n'est pas toujours le cas. Vous interrogerez les enseignants pour savoir s'ils ont déjà vu un médecin de prévention. Cela a peut-être été le cas une fois dans leur carrière. C'est plutôt du 1 médecin du travail pour 20 000 pour ce qui concerne la fonction publique, et on fait en sorte pour le privé que cela reste aux alentours de 1 pour 3000. L'écart est assez important et parfois des rappels sont faits à l'État, qui devrait aussi s'imposer ce qu'il impose aux autres.

« Intégrer la problématique de la sous-traitance – Co-activités dans la prévention des risques » : il y a

des contrats commerçants dans la sous-traitance, on prend donc moins de précautions car les missions sont courtes. Il y a là aussi un effort à faire.

« Renforcer la surveillance des machines et des équipements » : cela va assez loin. Je vais vous donner un exemple. Une campagne intitulée « Ergo distrib » a été lancée sur la grande distribution. On connaît bien le problème des caissières par rapport aux troubles musculo-squelettiques mais beaucoup moins celui du boucher qui met la viande dans son étal, qui est profond et complètement fait pour la vente mais pas pour celui qui s'en sert. Les membres supérieurs étaient altérés parce que les étales n'étaient absolument pas adaptés, et l'on est allé jusqu'à repenser les équipements pour que les personnes qui travaillent soient en bonne santé, de la même façon que l'on ne met plus des charges de dix kilos devant la caissière ; c'est prévu pour qu'on les laisse dans le caddie.

Ergo distrib est un exemple réussi en matière d'actions de branches, qui sont un des axes du PST. On est dans le champ social. Cela a fonctionné parce que ce sont les salariés et les employeurs qui ont réfléchi à leur problématique de santé au travail au niveau de la branche. Quand il y a acceptation sociale au départ, l'action est beaucoup plus facile à conduire ensuite. Il faut savoir que cette branche professionnelle avait décidé de mettre tout le monde en surveillance médicale renforcée — on est tellement attaché à cette visite médicale que tout le monde décrie ! —, ce qui assure une visite médicale par an. Tout le monde est content. Cela a-t-il un effet sur la santé ? On ne s'est pas posé la question. Tous ceux qui sont morts de l'amiante ont eu 30 avis d'aptitude après une visite médicale. Ce n'est pas la visite médicale de santé au travail qui a empêché le drame de l'amiante. Il est beaucoup plus intéressant d'aller voir sur le lieu de travail où se trouve l'amiante et d'agir sur l'exposition.

La profession s'est demandé si l'on avait besoin de visites médicales ou de mesures de prévention. Il faut savoir que quand cela vient de la branche et des partenaires sociaux on a toutes les chances d'aller au bout. J'invite toutes les branches professionnelles à le faire. On peut de plus utiliser les organes de communication de la branche. Quand votre service de santé au travail vous envoie une magnifique brochure pour vous dire qu'il faut faire attention à ceci ou cela, cela se termine assez systématiquement par un classement vertical, mais quand c'est votre profession qui vous indique que dans tel établissement hospitalier privé telle action a été menée, ce qui a donné tel résultat, etc., l'écoute est meilleure que si c'est doctement imposé.

« Accompagner les entreprises dans le diagnostic et la construction de plans d'actions » : le DU est une

obligation et il est fait dans un certain nombre de cas si l'inspecteur vient. Est-ce qu'il vit et s'accompagne d'un plan d'action qui est conduit, suivi et accepté ? C'est une autre question. Le site travailmieux.gouv.fr met à la disposition de l'ensemble de la population des informations très précieuses. C'est aussi le fruit de la réflexion sur la formation en santé au travail. On essaie de capitaliser sur des expériences réussies. On a notamment imaginé une entreprise virtuelle très bien faite qui permet à beaucoup de personnes d'accéder et de développer une culture de prévention des risques professionnels.

« Construire et renforcer des logiques territoriales et professionnelles » : cela impose de faire appel aux CCI et à tous les organes présents pour diffuser des informations afin que les partenaires sociaux à tous les niveaux soient dans la boucle.

« S'appuyer sur la réforme des services de santé au travail pour rénover le pilotage de la santé au travail et la gouvernance des SST » : je souris car on est au cœur du sujet, avec une expression très forte auprès des parlementaires. Les services de santé au travail représentent 15 000 collaborateurs dans toute la France. Ce sont les seuls qui ont vraiment accès aux TPE et aux PME partout. C'est le premier réseau déployé. Est-il efficace ? Ne mériterait-il pas de progresser ? Il est une évidence que si, notamment parce que l'on va travailler avec deux fois moins de médecins du travail d'ici sept ans pour des raisons démographiques. À moins d'un miracle, on ne formera pas des bac +10 en moins de sept ans, les médecins du travail seront donc deux fois moins nombreux dans cinq à sept ans.

Il faut savoir que l'on avait beaucoup médicalisé. Le rythme annuel de la visite a été décidé en 1946 et remis en cause en 2004. On est passé à deux ans et encore, pas pour tout le monde : le rythme est encore annuel pour les personnes en surveillance renforcée. Il faut se demander si la visite médicale est l'acte de prévention le plus efficace. On en a besoin. Même les Suédois et les Européens du Nord regardent la visite médicale avec intérêt. Pour une population vieillissante, l'entretien individuel avec le salarié est précieux, de même que l'est l'entretien individuel avec un personnel de santé par rapport aux risques psychosociaux. La visite doit-elle être menée par un médecin du travail ou une infirmière de santé au travail ? C'est une question que l'on peut se poser mais l'entretien individuel est précieux. Simplement, là aussi la question de la dose se pose. A-t-on besoin d'une visite par an ? Il ne faut pas non plus balayer l'aspect individuel, parce que nous allons perdre d'autres atouts de notre système.

Pour vous situer les débats actuels, certains disent que la réforme de la santé au travail est ce que l'on

appelle un cavalier législatif de la réforme des retraites ; on met une réforme dans une réforme. Il y a des oppositions, mais une urgence absolue si on veut que tous les salariés bénéficient d'une prévention. Vous avez peut-être des difficultés sur votre territoire à obtenir des visites et des interlocuteurs. Il y a vraiment beaucoup à faire dans ce domaine.

« Piloter le plan au niveau national et territorial » : le PST est ensuite pris en charge par le Comité régional de la prévention des risques professionnels qui est en fait piloté par la DIRECCTE (Direction régionale du travail, qui s'est transformée). Il y a beaucoup de réformes dans le pays. Il faut suivre ! On retrouve dans cette instance des partenaires sociaux et des acteurs. Elle a pour but entre autres de construire le plan régional de santé au travail (PRST). Une déclinaison régionale va donner des axes prioritaires au bassin d'emploi de la région, par rapport auxquels les services de santé au travail vont d'ailleurs devoir contractualiser.

L'objectif 12 est de construire des partenariats nationaux et territoriaux.

L'objectif 13 est de valoriser les acquis du plan de modernisation et de développement de l'inspection du travail. C'est transversal. On essaie de mettre tout le monde « dans le coup » y compris les inspecteurs du travail. Le PST a renforcé le corps des inspecteurs. Il faut des incitations, et développer la culture, mais quand même du contrôle et des inspecteurs qui soient au fait des enjeux.

« Élaborer, financer et mettre en œuvre des actions de communication, d'information et de sensibilisation » : c'est très important parce qu'il faut montrer les résultats. J'étais avec un chef d'entreprise qui fait de la viande. Il a dix ouvriers qui découpent des carcasses du matin au soir. Les conditions de travail sont particulièrement difficiles. Ils travaillent au froid, ce qui n'est pas bon pour les troubles musculo-squelettiques. Il m'a parlé de son expérience, dont je vais vous faire part pour vous montrer que l'on peut aussi avoir de l'imagination, que l'on ne se contente pas toujours d'attendre les textes et que l'on peut réfléchir si l'on a compris le sens de l'action. Cette personne a mis en place un échauffement le matin en musique et il est dans sa branche celui qui enregistre le taux d'absentéisme le plus bas. Il a des salariés de plus de 50 ans. Il me dit qu'ils chantent et que sa satisfaction est que le soir ils restent pour reprendre un café, etc. Ils ne se sauvent pas de leur travail. Cela fait partie de la culture. Il faut quand on travaille sur des carcasses de 50 ou 60 kilos être échauffé, sinon on va au devant d'un certain nombre de difficultés, surtout s'il fait 5 degrés.

Le ministère du Travail, le Conseil d'orientation des conditions de travail, les partenaires sociaux qui donnent leur avis... Le PST passe par le Comité régional

de prévention des risques professionnels piloté par la DIRECCTE, toujours avec les partenaires sociaux. Cela crée un plan régional de santé au travail et même un schéma régional d'organisation de santé au travail. Cela vous rappelle sans doute quelque chose. C'est ensuite toujours le Préfet de région qui pilote la politique de santé sur le territoire et décline tous ces plans.

Parallèlement, l'État a contractualisé avec l'Assurance maladie à travers une Commission accidents du travail et maladies professionnelles (CAT-MP) qui a donné naissance à une Convention d'objectifs de gestion (COG) et des plans nationaux d'actions coordonnés. Les CARSAT vont aussi sur le terrain avec des plans d'actions régionaux, puis cela arrive vers les services de santé au travail. Nous sommes donc amenés à contractualiser avec tous pour que ce soit cohérent. Il y aura un projet de service et on va s'opposer au projet régional de santé au travail pour conduire tout cela.

Je vous rappelle que tout en bas, il y a des entreprises (vous) qui ont des demandes particulières, des projets de réaménagement de locaux, etc. Longtemps les services de santé au travail ont travaillé en direct avec leurs adhérents ; tous ces plans n'existaient pas. Je vous dis cela pour que vous sachiez à quel point l'État a repris la main et le pilotage. On réfléchit aujourd'hui en termes de plans, de coordination et de synergies, phénomène qui n'a que quelques petites années. Je ne vais pas revenir sur les autres aspects mais on oublie qu'il faut aussi se mettre en lien avec l'ARS pour bâtir tout cela, car il faut réfléchir à la prévention. Cela demande des articulations. Vous vous souvenez des innombrables acteurs qu'implique la coordination des actions de prévention : on est dans l'apprentissage de cette mise en place. Je vous remercie pour votre attention. *(Applaudissements)*.

M. Gharbi : Je vous remercie pour votre présentation, que vous avez faite avec de l'humour et un certain décalage que nous avons apprécié. Il est vrai que l'on se demande s'il n'y a pas plus de pilotes que de clients dans votre avion. *(Rires)*. C'est un peu le danger. Vous avez décollé. On verra en 2014 où vous allez atterrir, avec nous puisque nous travaillons ensemble. L'évaluation sera intéressante, notamment par rapport au nombre de personnes et de ressources nécessaires pour mobiliser tel moyen. Un fonctionnaire sur deux n'est pas remplacé dans la fonction publique. Je ne sais pas comment vous allez arriver à bâtir tout cela. L'articulation avec les Préfets, comme le disait Mme Arnould, et l'ARS... L'ARS pas trop parce qu'elle a déjà assez de soucis avec la fonction publique hospitalière. Laissez-la sur son cœur de métier. ■

JOURNÉE THÉMATIQUE DÉVELOPPEMENT DURABLE

COMMENT LES QUATRE PLANS NATIONAUX VONT-ILS SE DÉCLINER SUR LE TERRAIN : COMPRENDRE, ANTICIPER, AGIR

M. Toma : Je vais essayer d'être innovant. Je voulais vous parler du Grenelle et de ce qui s'applique spécifiquement mais cela risque d'être un peu long. Je vais donc faire plus synthétique mais en essayant de vous donner quand même quelques clés. J'ai tout d'abord quelques petites choses à vous dire sur le PST. J'ai fait une proposition à Jean-Lou Durosset et Lamine Gharbi très exactement hier soir vers minuit. Il ne l'a pas encore vue mais je suis sûr qu'après la journée qu'il aura passé ici, il la découvrira avec encore plus d'attention. Je suis convaincu qu'il y a dans le secteur hospitalier un enjeu majeur en termes sociaux à travers le PST. Je crois que nous avons même intérêt à inventer le PST hospitalier puisque nos salariés, qui sont notre première richesse, sont très exposés, plus qu'ailleurs, et que sur ce sujet on n'a très clairement pas organisé les choses de manière collégiale. J'ai proposé à Jean-Lou Durosset et Lamine Gharbi de travailler sur quatre points très précis pour faire en sorte que cela débouche sur un accord de branche au niveau national dans l'année qui vient.

J'insiste sur le fait qu'il y a deux façons d'aborder tous les sujets qui sont évoqués : soit on les subit, soit on se fait plaisir avec. J'ai plutôt envie de vous dire qu'il faut essayer de se faire plaisir car ces sujets sont de toute façon incontournables. Qu'on le veuille ou non, tout ce que qui a été évoqué depuis ce matin va arriver de 2010 à 2020. Qu'on en ait envie ou non ou que l'on ait une fibre écologique ou non n'est pas le problème. La société va dans ce sens. Nous avons dans le monde de l'hospitalisation privée une capacité de réaction vive : inventons un système dans lequel nous puissions nous faire plaisir sur ces sujets.

Nous nous devons en tant que managers de santé d'entretenir la santé de nos salariés ; c'est à mon sens notre devoir. Quatre thèmes du PST sont chiffrés sur lesquels je voudrais revenir, et tout d'abord la mise en place d'un plan pluriannuel de réduction de l'exposition de nos salariés aux CMR. 5 millions de tonnes de produits CMR sont utilisés en France dans nos entreprises chaque année. 13 % des salariés y ont été exposés durant leur vie et je



JOURNÉE
DÉVELOPPEMENT
DURABLE
OLIVIER TOMA
PRÉSIDENT DU C2DS

vous affirme que dans le secteur hospitalier c'est bien plus que cela, puisque dans des services entiers on manipule tous les jours sans précaution et sans aucun étiquetage des produits classés CMR. Je vous engage vraiment à créer avec la FHP un plan pluriannuel et un accord de branche. S'il y a accord de branche, cela permettra des financements, sinon non. Si un établissement lambda veut aujourd'hui mettre seul en place un plan de prévention pour ses salariés, il n'a pas une aide et pas un financement des ARACT ou des ANACT, alors que si un accord de branche est trouvé nous pourrions être soutenus.

Il faut d'abord identifier ces produits. Qu'est-ce qu'un produit CMR ? Où le trouve-t-on et comment s'en protège-t-on dans l'ensemble de notre branche ? Comment fait-on pour protéger les 120 000 salariés de notre secteur ?

Vous avez évoqué les troubles musculo-squelettiques : ils progressent de 18 % par an, avec des spécificités dans notre domaine. On entend souvent parler des caissières parce qu'un président de médecine du travail exceptionnel, Marc Wasilewski, a fait de nombreux travaux sur le sujet dans sa région. Il a obtenu d'excellents résultats mais dans le domaine de la santé on peut mieux faire pour les tendinites des brancardiers, les lombalgies de nos aides soignants, etc. Il pourrait là aussi exister un accord de branche sur ce sujet.

Un autre sujet est l'exposition aux nanoparticules. On ne sait pour l'instant pas ce que c'est ; personne n'en entend trop parler mais nous y sommes tous exposés, à raison de plusieurs centaines de milliers de tonnes par an en France, et là aussi nous pouvons protéger nos salariés. Le PST 2010-2014 nous demande de le faire.

Le dernier sujet, qui n'est pas des moindres, est le

risque psychosocial. On en entend beaucoup parler avec France Télécom. Je ne sais pas si vous savez dans la salle quel secteur économique en France enregistre le taux le plus important de suicides. Il y a en France 16 000 tentatives de suicides par an et 10 000 décès. La moyenne nationale est de 25 pour 100 000. Le secteur le plus touché en France est celui de la santé, à raison de 34 pour 100 000. Nous représentons le plus gros risque psychosocial de notre pays, en sachant que nous sommes bien au-dessus de la moyenne européenne. Le risque psychosocial n'est donc pas une vue de l'esprit. Ce n'est pas le « machin » que l'on voit à la télé pour France Télécom. Il concerne nos salariés et nos médecins, qui ont plus facilement accès à certains produits dans notre secteur. C'est un vrai sujet, sur lequel nous pouvons tous travailler. Là encore, il faudrait un accord de branche. Il existe en effet un grand projet national à travers le PST, mais il pourrait être décliné d'une manière tout à fait positive et favorable à nos salariés.

On a commencé à parler avec M. Saout d'un sujet mais j'ai envie d'y revenir et d'insister sur ce dernier. Il y a très exactement deux ans, l'ADEME, le ministère de la Santé, le ministère de l'Écologie, la FHF et la FEHAP ont signé un accord, sans polémique aucune mais en n'invitant pas la FHP, ce qui est quand même dommage car elle représente 1 200 entreprises de soins, 50 % des soins en France, etc. Nous ne nous étions pas vraiment penchés sur ce qu'il y avait dans cette convention mais j'ai envie de vous dire qu'il y a tout. C'est une bonne synthèse de la SNDD, du PNSE 2, du PST et du Grenelle. Il n'est donc pas la peine de vous la présenter, mais j'ai envie de revenir sur certains objectifs de cet accord, parce qu'il a été signé sur le plan national. En effet, vous ne l'avez pas signé mais il existe et je vous engage vivement à imaginer la mise en place pour la FHP-MCO d'un tableau de bord avec ces indicateurs. Tous les hôpitaux en France suivent chaque année des indicateurs et un rapport final sortira sur 2009, 2010 et 2011, et ce n'est pas parce qu'il n'y a pas eu de convention que nous n'avons pas à le faire.

Concernant le management, le premier sujet – c'est d'ailleurs la clé de la démarche – est l'inscription du développement durable dans le projet d'établissement, c'est-à-dire dans sa stratégie. La direction s'est-elle engagée dans cette dynamique ? Cela peut ensuite se décliner ; vous avez l'habitude. Ce n'est pas très compliqué. Tous les établissements peuvent très facilement intégrer la plupart de ces critères dans leur quotidien. Certains sont plus flous, mais je vais les mettre en lumière.

Il est important, concernant la clarification des responsabilités relative au développement durable dans l'établissement, qu'il existe un ou des référents pour mettre en place des plans d'actions sur les indicateurs et des indicateurs sur les impacts environnementaux. Il

en existe de plus en plus et si vous n'en avez pas sachez que le c2ds a créé un outil qui s'appelle l'IDD santé qui est en ligne. Il est gratuit même si l'on n'est pas adhérent – on est allé jusque-là – et cela permet de mettre en lumière une autoévaluation et d'en tirer des indicateurs très précis chaque année. Nous allons créer un observatoire de ces indicateurs aux alentours de mars 2011 puisque nous avons une base de données de presque 600 établissements, ce qui vous permettra de faire des comparaisons.

Un important chapitre dans cet engagement, que l'on retrouve dans tous les autres textes cités depuis ce matin, concerne les consommations d'eau. Nous ne sommes pas nombreux à suivre les indicateurs de suivi de consommation d'eau, or je peux vous assurer que c'est uniquement en les affichant que vous ferez des économies d'eau. La moyenne du secteur est de 600 litres d'eau potable par journée d'hospitalisation. C'est ce que consomme un patient dans un lit, en sachant que c'est une moyenne et que la fourchette va de 300 à 1 200 litres. Des établissements consomment hors dialyses jusqu'à 1 200 litres d'eau potable par journée d'hospitalisation. Il vous suffit d'afficher ce chiffre tous les six mois dans votre établissement et de motiver les équipes pour mettre en place une stratégie afin de réduire la consommation d'eau. C'est très facile. Les personnes qui mettent en place ces stratégies obtiennent très vite 10 à 20 % de résultats. Ce n'est pas une vue de l'esprit ; c'est extrêmement concret. On ne manque pas encore d'eau en France mais de nombreux rapports évoquent le fait que dans quelques années ce sera le cas et qu'en plus, traiter l'eau potable coûtera de plus en plus cher.

L'énergie est un volet très important de la SNDD, du PNSE et du Grenelle 2. Les objectifs sont très nombreux mais il faut en retenir deux principaux et tout d'abord la réduction de 20 % des émissions de gaz à effet de serre d'ici 2020. C'est une obligation. Ce n'est ni un vœu ni un délire furtif. Il est obligatoire pour toutes les entreprises en France de réduire de 20 % les émissions de gaz à effet de serre, or ce sera impossible si vous ne vous y mettez pas maintenant. En revanche, ce sera possible et passionnant si nous nous y mettons tous. Nous pouvons tous nous mettre à les réduire de 2 % par an en mobilisant nos équipes, et c'est motivant parce qu'il s'agit de l'effort de tous. Cela fait partie des attitudes et des gestes que nous pouvons tous avoir au quotidien. Si nous ne le faisons pas, la taxe carbone sera très conséquente en 2020.

Un autre objectif concerne les bâtiments anciens. Ce n'est pas encore complètement clair puisque la RT (réglementation thermique) 2012 va sortir en novembre, mais à travers ce que l'on dit déjà il apparaît que l'on est censé réduire de 38 % la consommation des bâtiments existants. Projetez-vous dans votre établissement, prenez

vos factures EDF et regardez le nombre de kilowatts/heure générés par journée d'hospitalisation. C'est un ratio que l'on peut sortir ; il figure dans l'IDD sur notre site internet. Sortez-le et projetez-vous dans dix ans, sachant que cela va venir très vite. Imaginez comment vous allez faire demain pour réduire de 38 % vos consommations énergétiques pour les bâtiments anciens.

Pour ceux qui reconstruisent c'est une chance s'ils ont des budgets, parce qu'ils peuvent construire des bâtiments HQE et BBC intégrant tout cela dans la conception. C'est un peu plus cher mais cela se rentabilisera très vite. En revanche, pour les bâtiments anciens – qui correspondent à 80 % de notre secteur –, il faudra réduire de 38 % les consommations énergétiques. Encore une fois, si l'on ne se met pas demain matin à faire un diagnostic des performances énergétiques, une photographie et à sortir de grands indicateurs pour savoir où l'on en est et ce que l'on fera demain pour aller dans cette direction, cela risque d'être compliqué. En revanche, si aujourd'hui on met en place ces indicateurs et que l'on fait un plan d'action sur le sujet, l'ADEME apportera son soutien, et sur le terrain on rencontre de plus en plus de bureau d'études techniques qui ont des compétences et proposent des solutions énergétiques très efficaces.

Autre objectif en termes d'énergie à court terme : nous sommes censés utiliser 20 % d'énergies renouvelables en 2020. Si vous voulez savoir combien vous en utilisez aujourd'hui, prenez tout simplement votre facture EDF bimensuelle : vous trouverez au verso le taux d'énergies renouvelables ; vous devez être entre 9 et 10 % à ce jour. Cependant, vous devrez être très exactement à 23 % d'ici 2020, c'est-à-dire très rapidement. EDF a sorti un contrat « équilibre » qui assure 20 % d'énergies renouvelables et dans certaines régions on arrive à le négocier au même tarif que le contrat traditionnel.

Il faut aussi mentionner dans le cadre de la gestion de l'énergie la réalisation de bilans carbone. Ce n'est pas obligatoire pour tout le monde. C'est un peu tordu car c'est obligatoire pour tous les établissements publics de plus de 250 salariés, ce qui revient à dire que c'est obligatoire pour le secteur public. En revanche, c'est pour le secteur privé obligatoire au-delà de 500 salariés, ce qui concerne peu de cliniques privées en France. Cela signifie globalement que l'ensemble du secteur public de faire son bilan carbone parce qu'il va y être obligé alors que le secteur privé n'y sera pas obligé et ira donc plus lentement. C'est dangereux parce que de toute façon le bilan carbone sera à terme obligatoire. Des régions ont déjà lancé des appels d'offres pour le faire. On ne peut pas imaginer que tous les hôpitaux publics affichent leur bilan carbone et que les cliniques privées disent que cela ne les concerne pas. Ce ne sera pas possible. En revanche, les financements de l'ADEME n'existeront

à mon avis plus au-delà de 2012. Le bilan carbone devenant obligatoire, elle ne le financera plus. Comme vous le voyez, il y a des enjeux autour de l'énergie et des émissions de gaz à effet de serre qui ne sont pas anodins. Tout ce qui est listé ici correspond aux objectifs que se sont donnés les hôpitaux publics en France depuis 2009.

La gestion des déchets et des effluents donne lieu à des formations, à la réalisation de diagnostics et à la mise en place d'indicateurs. Il est stipulé que (c'est une phrase terrible et impossible ; je ne comprends pas comment on a pu signer cela et vous engage Monsieur le Président, si vous signez un jour cette convention, à ne surtout pas signer pour cette phrase, ou alors d'en négocier les contours) : « Les établissements publics s'engagent à traiter leurs effluents liquides et gazeux ». Faire du marketing vert sur ces sujets est très joli mais en France on ne sait aujourd'hui ni les collecter ni les traiter. Nous avons en effet la volonté de mieux faire en matière de déchets, mais il faudrait travailler en amont pour utiliser des procédés moins toxiques pour le nettoyage, comme la vapeur. Travaillons sur la liste PBT. Le c2ds va porter un projet de loi dans quelques mois sur l'indice PBT dont a parlé Lamine Gharbi tout à l'heure, qui classe les molécules médicamenteuses de 0 à 9 en fonction du taux de rejet dans les excréta. Il est évident qu'en consommant des médicaments moins polluants on en rejettera moins dans l'environnement. Oui, il y a des choses à faire sur ces sujets, mais encore faut-il que les établissements, la FHP-MCO y soient largement associés.

Concernant les achats, il est clairement stipulé dans la convention l'interdiction des matériaux CMR 1 et 2. On est allé plus loin que le seul étiquetage. Il n'est pas seulement question d'étiqueter les produits. C'est une volonté claire et affichée d'interdire ces matériaux. C'est la raison pour laquelle j'insiste sur la création d'une dynamique pour protéger nos salariés sur ces sujets, avec un plan d'action structuré.

J'insiste aussi sur la formation des acheteurs aux éco-labels. Il existe beaucoup de labels en France : ceux qui sont officiels et ceux qui sont « bidons ». Par exemple, un très important nouveau label bio va sortir en 2011. Ce sera le plus pointu et presque le seul efficace en la matière, mais cela ne servira pas à grand chose si vos acheteurs, vous-mêmes et vos équipes n'êtes pas formés à ces labels et que vous ne savez pas les lire.

On a parlé tout à l'heure du choix des peintures et des matériaux de rénovation : choisissez pour chez vous ou pour votre clinique des peintures avec un éco-label européen. Ce sera la garantie qu'elles contiennent moins de 1 % de composés organiques volatiles. On en trouve qui n'en contiennent pas du tout mais si nous en étions tous à ce niveau en France dans nos établissements, la qualité de l'air serait déjà bien meilleure.

Vous voyez qu'il y a beaucoup de choses au chapitre des achats, mais elles sont faisables, atteignables et ont déjà commencé. On peut sur ces sujets imaginer un tableau de bord avec une notation et un suivi annuel pour dire que nous faisons au moins aussi bien que nos camarades du secteur public.

« Formation et sensibilisation » : il n'y a pas grand-chose. « Formation aux éco-gestes » : c'est un peu « du baratin ».

M. Gharbi : Qu'est-ce qu'un éco-geste ?

M. Toma : C'est pour cela que je dis que c'est un peu « du baratin ». J'ai même vu dans une phrase qu'il fallait « se former à l'éco-communication ». Il n'y a rien de pire pour moi que de lire cela ; cela ne veut rien dire. L'éco-communication n'existe pas dans les sujets à aborder ou la façon de les traiter. Je le traduis par « marketing vert ». On peut dire en effet que tel produit est sain et qu'il offre de nombreuses garanties mais c'est « du baratin » s'il n'y a pas de contrôles derrière cela. Il faut aller jusqu'au bout de la démarche. Il y a sur ces sujets beaucoup de marketing. J'ai vu à Hôpital Expo cette année un stand entièrement vert avec des pâquerettes, et dans des stands de fournisseurs de sols en PVC des slogans indiquant que : « La seule solution est l'écologie pour le domaine de la santé », alors qu'encore hier une étude danoise a été publiée dans *Le Quotidien du médecin* qui montre la relation entre l'asthme chez les nouveau-nés et le fait que le sol était en PVC dans leur chambre, et il existe environ 200 études de ce type. Attention au marketing. Il faut des labels et des indicateurs très importants.

J'ai essayé de trouver dans la SNDD des indicateurs chiffrés. C'est très difficile et extrêmement compliqué. Il faut aller sur internet. J'ai essayé de faire ressortir les plus importants, avec des chiffres clés que nous devons tous avoir en tête : faire diminuer de 20 % les gaz à effet de serre d'ici 2020 et de 38 % la consommation énergétique des bâtiments existants d'ici 2020, porter à 23 % la part d'énergies renouvelables, réduire la production d'ordures ménagères de 7 à 5 tonnes par an et par citoyen (il est intéressant de rapporter ce chiffre aux établissements et aux patients), recycler 45 % des déchets d'ici 2015 et 75 % pour les entreprises – c'est un chiffre qui nous intéresse tous puisque aujourd'hui cela commence et que les plus avancés sont à 35 % –, réduire de 15 % d'ici 2012 les déchets incinérés. Ce sont des enjeux très importants en matière d'organisation et sur le plan financier.

On vient de faire une éco-analyse d'une cataracte. Les chiffres vont sortir à la fin du mois. Des ophtalmologues ont voulu savoir ce que génère en termes de déchets une cataracte, ce qu'elle consomme en énergie et ce que cela représente en matière d'émission de gaz à effet de serre. Ce qui est passionnant dans cette notion d'éco-

conception des soins est que c'est une équipe médicale (et non plus la direction) qui se réunit. Cela permet de réduire l'emballage, le transport, la taille des poches de soluté, etc., et au final fait baisser de plus de 20 % l'impact écologique d'une cataracte. Comme vous le voyez, c'est en train d'évoluer très vite et c'est grâce aux grands indicateurs qui existent, même s'ils ne s'accompagnent pas de sanctions, que demain on arrivera à faire évoluer les choses.

L'objectif est de réduire de 50 % l'utilisation des pesticides mais j'ai envie de vous dire qu'il faudrait même les supprimer dans les établissements de santé. Quand on leur demande s'ils utilisent des produits phytosanitaires, ils répondent non. Creusez : vous serez surpris. Vous sous-traitez parfois des espaces verts à des CAT et à des structures qui les traitent, mais quels produits phytosanitaires utilisent-ils ? De même, regardez sous les éviers dans vos services : vous trouverez souvent des flacons d'insecticide qui n'ont pas forcément à être là. Ce sont autant de produits toxiques pour les salariés.

« Réduire de 25 % la fréquence des accidents de travail » : ce n'est pas anodin. C'est un chiffre très précis. On peut y arriver.

« Réduire les troubles musculo-squelettiques » : on en revient à un accord de branche éventuel.

Peut-être la FHP-MCO aurait-elle un travail tout à fait spécifique à faire sur ce ratio : on a déterminé en France que 14 % de la population renonce à des soins pour des raisons financières. J'ai oublié de vous dire que ces indicateurs sont nationaux et qu'ils seront suivis par la nation chaque année. Une évaluation sera faite chaque année. On sait qu'aujourd'hui 14 % de la population hésite à se faire soigner et renonce à des soins. L'hospitalisation privée n'a-t-elle dans ce schéma pas un travail à faire ? Nous accueillons des personnes dans la France entière jour et nuit sur le territoire : nous avons peut-être quelque chose à faire sur ce sujet. Le problème des suicides a notamment été évoqué tout à l'heure.

Vous voyez que l'ensemble des thématiques que nous évoquons depuis ce matin (qui touchent à la construction, aux déchets, à la qualité de l'air, au social, au sociétal et à l'impact que nous pouvons avoir sur la société par notre vocation d'exemplarité) sont en marche. On a, entre 2000 et 2010 (puisque le noyau dur du c2ds existait déjà en 2000), dressé le constat de ce qu'il fallait faire en France. L'étape 2010-2020 va consister à essayer de construire ensemble et je crois même que pour nous, professionnels de santé, participer à ce tournant pourra être une chance. Je vous engage à le vouloir et à vous faire plaisir.

Enfin, pour ceux qui ont envie de continuer dans cette voie, nous avons le plaisir d'avoir obtenu l'accord de la Faculté de droit de Montpellier de créer un diplôme universitaire sur le sujet ; nous y travaillons depuis deux

ans. Nous allons donc mettre en place pour janvier un DIU sur le droit et la gestion du développement durable en santé. Je le dis car beaucoup de personnes ont envie d'approfondir ces sujets et parce que c'est aussi une façon d'être en réseau avec les personnes qui avancent sur ces derniers.

M. Gharbi : C'était très complet. Je vais reprendre une des phrases que tu m'as envoyées hier soir (c'est vraiment d'actualité) : « Nous ne pourrions assurer des salaires plus conséquents dans les années à venir au regard des contraintes qui sont les nôtres : misons sur une santé préservée pour nos collaborateurs ». C'est un engagement fort que nous pouvons prendre en tant que dirigeants d'établissements et syndicats professionnels. Y a-t-il des demandes d'intervention ?

Intervenante : Pour les établissements publics soumis au suivi des indicateurs de manière annuelle, ce dernier se fera-t-il de la même façon que pour les CEPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), c'est-à-dire avec un contrôle ?

M. Toma : C'est pour l'instant du déclaratif. Un outil a été mis au point, le baromètre du développement durable, dont l'objectif était très clairement de mettre des notes pour motiver. Ce n'est pour le moment pas de l'ordre du normatif. En revanche, pour ceux qui dans la salle sont ancrés dans la veille 2010, nous en sommes au tout début mais 8 chapitres nouveaux sont sortis sur ce sujet. Nous sommes actuellement sollicités par l'HAS pour travailler sur l'évolution de ces critères car il est évident qu'ils évolueront. On ne peut pas imaginer que l'on puisse continuer à acheter des produits toxiques s'il est indiqué qu'ils le sont sans encourir de sanction. On ne peut même pas imaginer que des centrales d'achat continuent à les référencer. Nous essayons d'avancer sur ce point depuis déjà dix ans. C'est pour l'instant du déclaratif exclusivement mais cela va évoluer très vite. Cela dépend du niveau de compétence et d'expertise des visiteurs experts. Certains ne connaissent rien au sujet alors que d'autres ont été formés et sont assez performants. Ils voient tout à fait quels sont les enjeux et les impacts quand ils arrivent dans un établissement.

Intervenante : Je suis perplexe par rapport aux chiffres qui sont annoncés dans la mesure où l'on sait qu'en faisant des efforts de recyclage nous pouvons réduire nos déchets et nos ordures ménagères de 3 % par an et où l'on nous incite par des taxes à aller plutôt vers des déchets incinérés qu'enfouissables. 2012 est dans deux ans. Je suis un peu sceptique par rapport aux pourcentages annoncés. Avoir des espoirs est une bonne chose mais est-ce réalisable sur le terrain ?

M. Toma : Pour répondre à votre question, il faut aller fouiller dans le Grenelle. Il y a des choses sur le sujet des déchets. Que peut-on retenir ? Tout d'abord, vous allez dorénavant être taxés pour vos déchets et ordures ménagères au poids ou au volume. Cela ne sera plus une ligne forfaitaire sur votre taxe foncière. Ce sera une incitation forte au tri et à la collecte sélective sachant qu'il s'avère qu'on peut vendre des déchets en France. Cela change la donne. Sur les 32 déchets dont je parlais tout à l'heure, une dizaine peut être revendue, et là cela devient tout à fait réaliste. Des établissements de santé arrivent à recycler même des blocs en métal à usage unique à raison d'une tonne par an. Je parle d'un CH, c'est-à-dire d'un gros établissement. Vous aurez aussi l'obligation à partir du 1^{er} janvier 2012 de sortir de vos ordures ménagères tous les déchets fermentescibles. Il y a des filières pour cela, et des façons multiples de les traiter. Ils peuvent aussi être revendus sous forme d'engrais car ils peuvent être compostés ou déshydratés.

Intervenante : Oui, mais économiquement, par rapport à l'entreprise et au fait que ce projet ne représente pas non plus 50 % de son budget, nous arrivons en faisant beaucoup d'efforts, avec le suivi de notre direction, à réduire nos déchets de 3 % et non de 10 % par an.

M. Toma : Vous pouvez les réduire de bien plus que 3 %.

Intervenante : Oui, mais cela aura un coût important pour la direction.

M. Toma : Pas forcément. En effet, le traitement de certains déchets aura un coût mais d'autres peuvent être revendus. On revend du carton à 65 € la tonne aujourd'hui, et je suis sûr que 100 % de vos déchets ne sont pas contaminés. Je vous affirme qu'en mettant en place un plan de réduction des déchets dans un établissement on fait des économies considérables. Cela a parfois un coût au départ. Il faut faire un audit et trouver une nouvelle filière. Il faut parfois payer en amont mais des économies très certaines sont à faire.

Intervenant : Nous avons au CHU de Poitiers fait l'expérience d'une banalisation des DASRI par une entreprise à laquelle nous sous-traitons complètement la filière déchets. Le fait de banaliser ces DASRI et ensuite de passer par une filière d'enfouissement et non d'incinération permet de réduire considérablement la proportion de déchets incinérés, et cela nous coûte moins cher. Cela dépend de la localisation géographique, mais en l'occurrence nous étions amenés pour incinérer nos déchets d'activités de soins à les faire se déplacer sous la forme d'un transport de matières dangereuses de 250 à 300 kilomètres alors que la filière de banalisation et d'en-

fouissement est à 20 kilomètres. Des entreprises sont prêtes à trouver des solutions innovantes pour amener les établissements à faire des économies.

M. Toma : Il existe des solutions de revalorisation auxquelles on n'a pas réfléchi dans notre secteur. Le verre médicamenteux peut représenter dans certains établissements jusqu'à 3 ou 4 tonnes qui partent dans les DASRI, et on paie de 600 à 800 € la tonne pour les éliminer alors que l'on est en train d'inventer des filières de récupération et de revalorisation des verres médicamenteux, avec lesquels on fabrique des granulats pour sabler les façades. Le prix n'est pas du tout le même au final. On réduit le nombre des déchets et on les revalorise. Ce sera cela la réduction des déchets demain : inventer des revalorisations qui n'existent pas aujourd'hui.

Par exemple, des entreprises sont prêtes à acheter les films plastiques mais en quantité. Les actions possibles sont souvent mutualisées en région. Nous sommes en train de créer une antenne régionale en Aquitaine, à Lyon et peut-être à Lille avec le c2ds justement pour mettre en place des actions régionales. Nous voulons dans la région Nord-Pas-de-Calais essayer de mutualiser la récupération des outils métalliques à usage unique. Il y a là un potentiel de plus de 10 tonnes par an qui sont revendues ensuite sous forme d'inox. L'établissement ne paie plus le coût de l'incinération ; il encaisse 50 € la tonne. Ceci dit, il vaut mieux encaisser 50 € la tonne

qu'en payer 800, et cela permet de supprimer une filière de déchets et de revaloriser.

M. Gharbi : Y a-t-il d'autres interventions ?

Intervenant : Je vais apporter un témoignage sur le retraitement des déchets. Tout dépend d'où l'on part. Si l'on trie déjà ses papiers et ses cartons, il est clair qu'il sera difficile d'obtenir une réduction de 15 %. Cependant, si vous êtes par exemple dans le cas de l'institut de cancérologie Gustave Roussy à Villejuif et que comme nous vous vous mettez à avoir une démarche de tri, vous en aurez pour 50 000 € d'audits, dont 80 % seront financés par l'ADEME...

M. Toma : On peut faire mieux !

Intervenant : Je parle d'une situation complexe. Cela a permis une réduction de 20 % du coût de nos déchets puisque nous sommes passés de 700 000 à un peu plus de 500 000 €. Nous avons trié le carton, le papier et le verre médical et nous les avons valorisés. Cela ne nous a pas coûté plus cher et nous économisons aujourd'hui près de 200 000 € par an. Si cela vous intéresse, je pourrai répondre à vos questions par la suite sur un plan opérationnel. En tout cas, cela existe pour de vrai.

M. Gharbi : Et cela fonctionne. S'il n'y a pas d'autres interventions, je vous remercie. ■

TOXIQUES ET SANTÉ : LE POINT DE VUE DE L'ÉTRANGER

M. Toma : Je suis chargé d'excuser Lamine Gharbi, qui a une réunion au ministère cet après-midi. Nous allons enchaîner avec deux interventions et essayer de prendre de la hauteur. Nous étions ce matin dans la technique, un peu « les mains dans le cambouis », mais maintenant nous allons nous élever, de deux manières. Nous allons d'abord parler de ce qu'il se passe à l'étranger avec M. Page, qui représente un peu comme le c2ds un réseau des établissements et professionnels de santé qui est présent dans le monde entier. M. Page est présent quant à lui en Angleterre. Il va donc nous faire part de sa vision peut-être un peu plus internationale et nous parler aussi toxiques et santé. Il va nous apprendre beaucoup de choses. Il parle très bien français mais m'a demandé d'emblée de l'excuser s'il accroche sur certains termes un peu particuliers comme « perturbateur endocrinien » ou d'autres. C'est un ami de longue date et vous verrez qu'il est bien de pouvoir se rendre compte que ce que nous faisons aujourd'hui en France est cohérent avec ce qui se fait dans le reste du monde. Nous nous élèverons ensuite encore un peu plus avec la conclusion de M. Puech, qui est philosophe.

M. Page : Bonjour tout le monde. Merci beaucoup pour l'invitation. J'aimerais avant tout remercier chaleureusement Lucie Kostmann, qui s'est occupé de la traduction. Rendons lui honneur : il n'est pas toujours facile de traduire des données scientifiques et techniques.

Qu'est-ce que la santé environnementale ? La faune ou la flore paraissent souvent exotiques aux urbains que nous sommes, mais ce qui est important, c'est l'impact de l'environnement sur nous. En clair, on a beau parler de forêts lointaines, pour moi, le problème de l'environnement commence ici et maintenant, dans la salle dans laquelle nous nous trouvons actuellement, dans les hôpitaux et les maisons. C'est là que l'on trouve souvent les produits les plus toxiques.

Nous avons déjà évoqué les Scandinaves, qui, en matière d'environnement sont beaucoup plus avancés



JOURNÉE
DÉVELOPPEMENT
DURABLE
JAMIE PAGE
PRÉSIDENT DE LA UK CANCER
PREVENTION AND EDUCATION SOCIETY

que nous, en Angleterre. Ils listent 16 paramètres quand ils parlent de l'environnement. En Angleterre, nous nous concentrons sur le carbone – j'ai lu le livre qu'Olivier Toma a publié – mais nous n'évoquons jamais ces 16 paramètres. Notre Société de prévention et d'éducation [Cancer Prevention and Education Society] travaille sur l'idée d'un environnement non toxique. C'est très important. Sur la question du carbone, j'ai bien évidemment envie de m'exclamer : « Nous ne devons pas tuer notre planète ! ». Vivre dans un environnement qui n'est pas toxique est essentiel pour moi. Les Suédois ont mené une expérience intéressante, même esthétique, pour favoriser la diversité agricole.

Aujourd'hui, le traitement des maladies a beaucoup avancé. Par exemple, dans les années soixante-dix, le taux de survie des cancers infantiles était de 33 %. Aujourd'hui, il se situe entre 65 et 80 %. En revanche, le taux d'incidence des maladies (le cancer, le diabète, l'obésité, l'asthme, les maladies de la thyroïde, l'infertilité, etc.) augmente sensiblement.

En Angleterre, le nombre de cas de cancer du sein a presque doublé entre 1970 et 2000, soit trois décennies, le taux de 60 pour 100 000 étant déjà très haut. Chez la femme, le cancer du poumon et le cancer du sein ont tendance à augmenter avec le temps. Malheureusement il en va de même pour les hommes, le lymphome non hodgkinien a presque triplé. Ce cancer est lié à la pollution et ce n'est pas par hasard que beaucoup des cancers qui augmentent sont des lymphomes, des leucémies ou touchent le système hormonal. Cela confirme que nous vivons dans un environnement toxique, qui a une incidence sur nous.

Le point positif réside dans le fait que chez les hommes, le nombre de cancers du poumon a baissé. La raison en est peut-être que les hommes sont plus faciles à convaincre quand il s'agit d'arrêter de fumer. En revanche, le cancer de la prostate augmente. Ces données amènent logiquement la question suivante : peut-on envisager de procéder de la même manière, une manière préventive, pour les maladies qui sont provoquées par l'environnement ? Pour prendre l'exemple du cancer du poumon chez l'homme, la prévention a fonctionné. On peut aussi utiliser la vaccination. Une étude confondante a été menée par M. Hardell : en Suède, certains pesticides ont été interdits et quelques années plus tard, on a constaté une diminution du taux de lymphomes non hodgkiniens. Cela montre que les opérations de prévention peuvent aussi avoir un effet sur l'incidence de certaines maladies.

La contamination chimique est omniprésente dans le monde. Il existe des preuves évidentes qu'elle est en lien avec les maladies et la mortalité.

Une étude très importante publiée dans le *New England Journal of Medicine*, l'un des plus importants journaux médicaux au monde, a été menée par le Dr Lichtenstein. Elle se base sur l'étude de 44 paires de jumeaux et met en évidence que les facteurs génétiques sont moins importants que l'impact de l'environnement sur la santé. Seulement entre 10 et 20 % des cancers du sein chez les femmes sont liés aux facteurs génétiques.

La nourriture des Suédois par exemple, est contaminée par des dioxines. Elles sont partout, surtout dans les produits laitiers, les viandes et les poissons, avec une différence de contamination entre les poissons qui viennent de la Baltique et de l'Atlantique.

Une étude a été menée sur la contamination des Canadiens par des PCB. On a recherché des populations non contaminées dans l'Arctique, or on a découvert que les Inuits sont les plus contaminés au monde. Leur taux de PCB est beaucoup plus élevé que parmi la population canadienne en général. Même chose pour les ours. Il y a deux explications à cela : ces produits chimiques ont tendance à s'accumuler dans les pôles et il y a un effet de distillation. Les ours mangent aussi beaucoup de poisson, avec un effet de concentration dans la chaîne alimentaire.

Les nouveau-nés aussi sont contaminés. Beaucoup de produits chimiques ont été trouvés dans les cordons ombilicaux, la plupart pouvant être cancérigènes, avec des effets neurotoxiques et aussi des fausses couches. Certains produits (par exemple le bisphénol A) ont un effet sur les fœtus. Une étude menée chez les rats a montré un effet néoplasique sur les glandes mammaires.

Quand on parle à des médecins et qu'on leur dit que des patients et des bébés sont contaminés, ils ont

tendance à dire : « Ce sont eux, pas nous », mais cette étude a en l'occurrence été menée par des médecins et des infirmières aux États-Unis. La première étude qui a montré l'existence d'un lien entre le cancer du poumon et le fait de fumer a été menée chez les médecins. Il faut leur montrer qu'eux aussi sont contaminés, tout comme les bébés.

M. Toma : Je voudrais ouvrir une petite parenthèse car il s'est passé cette semaine quelque chose d'intéressant concernant le Tour de France. Alberto Contador se serait auto-transfusé car on a retrouvé un taux de phtalates important dans son sang, sachant que toutes les poches de recueil de produits sanguins en France sont faites à base de phtalates. On essaie de se battre contre les phtalates depuis des années et tout à coup, une information nous arrive selon laquelle on est de toute façon contaminé aux phtalates dès que l'on fait une transfusion sanguine – c'est quand même énorme ! – alors que, je vous le rappelle, les phtalates sont classés CMR.

M. Page : On trouve le bisphénol A dans les boîtes de conserve, les bouteilles en plastique et les produits qui protègent des caries. Heinz, grand fabricant américain qui vend du ketchup, a annoncé il y a quelques mois qu'il allait retirer le bisphénol A de toutes ses boîtes de conserve et a donné un prix de 100 000 \$ à Frederick Vom Saal, un des chercheurs indépendants les plus connus au monde alors qu'il n'est même pas invité à participer aux analyses collectives européennes sur l'alimentation. D'autres produits chimiques comme les retardateurs de flammes, qui sont partout, sont très problématiques. J'ai appris il y a quelques mois que nos matelas en étaient pleins et qu'on les respirait ; ils sont dans les poussières. Le PBDE a été interdit il y a quelques années mais est-ce qu'on en trouve toujours dans nos matelas ? Cela n'a jamais donné lieu à un retour de produit. De même, les PCB sont toujours là, même s'ils sont interdits ; on en trouve des concentrations partout.

S'il faut faire une distinction entre les produits pharmaceutiques et chimiques, un élément est très positif : les produits pharmaceutiques sont testés. J'ai travaillé dans l'industrie pharmaceutique à Bâle pendant plusieurs années : il faut, pour lancer un médicament sur le marché, faire des études précliniques, in vivo et in vitro. Après trois phases d'études chez l'homme, les agences regardent les dossiers, qui sont énormes, puis le médicament reçoit une autorisation de mise sur le marché. En revanche, ce n'est pas le cas pour les produits chimiques. La plupart ne sont jamais testés. Une annonce est passée aux États-Unis (une fois, du fait du manque d'argent) qui disait : « Il ne faut pas s'inquiéter, je suis testé à 11 % ». Cela veut dire que seulement 11 % des produits contenus dans les cosmétiques sont testés en matière

de sécurité. C'est grave. La plupart des personnes pensent que les produits sont testés.

Un point positif : la législation Reach est maintenant en vigueur en Europe. C'est bien mais le processus est lent. Il y a aussi la liste liste SIN de ChemSec (International Chemical Secretariat) qui récapitule 350 produits chimiques. Elle est à mon avis fiable.

Notre Société a sponsorisé en 2005 une analyse de toutes les études scientifiques partout dans le monde. Cette analyse a été publiée par l'université de Liverpool et a clairement montré qu'il existe des liens entre les cancers et les produits chimiques. D'autres études, comme cette étude qui provient d'Amérique, sont arrivées exactement à la même conclusion.

Des problèmes neurologiques se posent également, par exemple avec les maladies de Parkinson et d'Alzheimer, ainsi que des problèmes d'infertilité, d'asthme, de diabète, d'obésité, de comportement et de développement chez les jeunes.

J'étais un scientifique, il y a longtemps. Aujourd'hui, on sait que les contaminants peuvent avoir des effets à très faible dose, c'est-à-dire hormonale. Beaucoup de maladies sont programmées pendant l'enfance et même à l'état fœtal. Les mélanges de produits chimiques peuvent avoir un effet multiplicateur. Vous avez beaucoup parlé des CMR : on sait aujourd'hui que les produits chimiques peuvent, sans même endommager l'ADN, modifier son expression, afin que certains gènes soient activés ou non. Le cancer est plus compliqué qu'un cancérigène ou un mutagène. Il peut être lié à des perturbateurs endocriniens qui souvent ne sont pas des carcinogènes, avec des effets notamment sur la thyroïde.

Parlons de l'obésité. Une expérience montre que la mère souris qui a reçu une dose d'hormone synthétique à très faible dose a un souriceau obèse. En revanche, les enfants de souris qui ont reçu des doses dix et cent fois plus importantes sont minces. Mais quand on parle de cela avec les régulateurs et les agences, de la fumée leur sort des oreilles. C'est la nouvelle science. Les doses plus faibles, de l'ordre du nanogramme, sont plus actives.

M. Toma : Ce qui vient d'être dit est très important par rapport à ce que nous avons vu ce matin. Cela a été découvert assez récemment par le milieu des cancérologues et des scientifiques. On pensait auparavant que c'était la dose qui faisait le poison, or on s'aperçoit que c'est en fait aussi la répétition qui fait le poison. Cela veut dire qu'une dose infinitésimale consommée tous les jours peut avoir un impact plus important qu'une dose massive donnée un jour. Cela illustre bien le sujet de la multi-exposition dont nous avons parlé ce matin, à laquelle nous pouvons être confrontés dans nos établissements.

M. Page : Quand je parle avec les médecins et les professionnels comme vous qui travaillent dans la santé, j'insiste toujours sur deux points : il faut considérer non seulement le travail que vous faites au quotidien mais aussi l'influence que vous avez en tant que membres importants dans la société civile. Les médecins n'ont, à mon avis, pas suffisamment parlé.

Nous sommes membres de la société Health Care Without Harm (HCWH), qui est présente partout dans le monde. On a découvert aux États-Unis que l'incinération des déchets était responsable pour 40 % des émissions de dioxine dans l'atmosphère, cette idée allant à l'encontre du serment d'Hippocrate, d'où le nom de cette société.

Des problèmes d'incinération se posent : des produits toxiques sortent des cheminées et sont concentrés dans les cendres, un peu comme pour la radioactivité ; il faut bien mettre les déchets quelque part. Il existe aussi d'autres sources d'exposition. Des dispositifs médicaux contiennent des phtalates et il faut aussi citer les désinfectants, les détergents, les pesticides, les matériaux de construction et les produits pharmaceutiques.

La fabrication des dispositifs fabriqués avec du PVC consomme beaucoup d'énergie, ce qui pose le problème du carbone, et ils sont assouplis avec des phtalates qui sont toxiques.

On peut penser par rapport au cycle de vie officiel du PVC qu'il n'est pas très toxique, mais à chaque étape, de nombreux problèmes de toxicité se posent. Peu d'études ont été menées chez l'homme sur le PVC et les phtalates pour des raisons éthiques : on ne veut pas tester les produits chimiques chez l'homme sauf pour les médicaments. On a cependant constaté dans cette étude d'observation des effets chez les jeunes mâles.

Les personnes qui travaillent dans les hôpitaux demandent souvent s'il est possible de trouver des alternatives au PVC. J'ai listé des exemples concrets et je suis sûr que vous avez aussi des listes en France. Quelques hôpitaux ont remplacé le PVC au Danemark, en Suède et en Autriche. Quand en Angleterre, je parle de PVC avec les hôpitaux, ils ne comprennent même pas le mot. Ils savent que l'on en trouve dans les fenêtres ou les sous-sols mais pas dans les dispositifs médicaux. Il est très difficile de convaincre les hôpitaux en Angleterre ; c'est l'un des gros problèmes que nous rencontrons.

Il est reconnu que beaucoup de phtalates sont très toxiques et le DEHP est l'un de ceux qui sont considérés comme étant à haut risque.

Le tri des déchets est très important car la plupart des déchets dans les hôpitaux sont en effet domestiques, et ils ont une valeur. Comme cela a été dit, on peut les vendre ; c'est simplement une question de forme. Les médecins et les infirmières doivent trier les déchets, sachant que si l'on met un seul élément contaminé dans

un sac, il faut ensuite le brûler entièrement. On peut convaincre les directeurs financiers que les déchets cliniques coûtent cent fois plus cher que les déchets municipaux, comme le montre une étude qui a été faite il y a dix ans en Europe. Je ne sais pas si c'est toujours le cas en France?

M. Toma : De moins en moins, parce que de plus en plus de personnes se mettent à négocier et à acheter, et les centrales d'achat s'y sont mises aussi, ce qui fait baisser les coûts de production.

M. Page : Les produits pharmaceutiques sont problématiques parce que la plupart des médicaments sont toujours actifs quand ils pénètrent dans un système d'eau. On a réalisé en Suède une analyse de chaque produit pharmaceutique vendu, sachant que ce sont plus ou moins les mêmes qui sont développés en Europe et aux États-Unis. Chaque ingrédient a été analysé en matière de persistance, de bioaccumulation et de toxicité, le plus mauvais score correspondant à 9 et le meilleur à 0. Cela veut dire qu'un médecin ou un pharmacien peut choisir un antibiotique à large spectre qui a le score le plus bas. C'est très important. Une personne de l'industrie pharmaceutique m'a dit qu'elle n'aimait pas cela mais je lui ai répondu : « Vous cherchez toujours des arguments de marketing pour convaincre les médecins de prescrire vos produits : c'est un avantage s'ils sont meilleurs en termes de score ». C'est pour moi positif.

M. Toma : D'ailleurs des listes existent. Si certains de vos pharmaciens ont envie d'y jeter un coup d'œil, nous pouvons vous les donner. Elles ne sont pas applicables en France aujourd'hui et nous ne pouvons pas les diffuser officiellement, mais 1000 molécules médicamenteuses sont classées de 0 à 9 en fonction de leur persistance dans l'environnement, de leur toxicité et de la bioaccumulation. Cela existe et pourra devenir un critère de choix supplémentaire dans les mois ou années à venir. Nous allons porter un projet de loi en fin d'année pour faire en sorte que l'indice PBT soit aussi testé en France.

M. Page : Cela fait partie de la formation médicale en Suède.

M. Toma : Depuis je crois deux ou trois ans. C'est le ministère de la Santé qui porte ce projet là-bas.

M. Page : Les médecins et les autres professionnels sont des membres importants de la société civile. Nous avons des exemples très importants qui viennent d'outre-mer. Par exemple, la Société d'endocrinologie, qui compte 14 000 membres dans 100 pays, a fait un rapport et

pris position en affirmant que les perturbateurs endocriniens sont une grande menace pour la santé humaine. De même, la Société canadienne du cancer martèle, chaque fois que c'est possible, que les substances reconnues ou soupçonnées – ce mot est important – de provoquer le cancer doivent être identifiées et remplacées par des produits de substitution plus sûrs. La Fédération mondiale des associations de santé publique a proposé récemment des solutions détaillées pour la prévention des effets néfastes sur la santé provoqués par l'exposition aux produits chimiques et a défendu l'utilisation de produits de substitution plus sûrs. Ce sont des personnes importantes qui disent cela, il ne s'agit pas de n'importe qui. Enfin – c'est pour moi le plus important –, l'Association médicale américaine (AMA) soutient la formation des étudiants en médecine, des physiciens et autres professionnels de la santé sur les effets de l'exposition humaine à des produits chimiques toxiques. J'essaie en Angleterre de trouver une solution plus ou moins identique. Une commission présidentielle avait été mise en place par M. Bush qui a dit avoir sous-estimé l'effet des 85 000 produits chimiques qui sont sur le marché.

Quand nous parlons avec les médecins, nous disons souvent qu'il existe un lien entre les produits chimiques et les maladies comme le cancer et l'obésité. Je ne sais pas si c'est le cas en France mais en Angleterre on nous répond souvent qu'il n'y a pas suffisamment de preuves, ce qui est entièrement faux. On ne peut pas faire d'essais cliniques randomisés pour les produits chimiques pour des raisons éthiques. On réalise des études in vitro, in vivo et épidémiologiques. Nous avons regardé où l'on trouvait ces études : la plupart d'entre elles ne sont pas publiées dans les revues médicales que les médecins lisent. Elles sont cachées dans des revues spécialisées comme *Environmental Health Perspectives*. Les médecins parlent en fait de preuves qu'ils n'ont pas constatées personnellement, ce qui ne revient pas au même. Si vous souhaitez avoir plus d'informations sur ces sujets, la revue dont je viens de parler est excellente mais malheureusement elle n'existe qu'en anglais.

Nous avons publié le mois dernier un article de deux pages sur les produits chimiques et la thyroïde (qui peut être facilement traduit en français) et nous faisons des analyses des études les plus importantes. Si nous constatons par exemple qu'une étude a été menée sur le bisphénol A dans une revue, nous pouvons en faire une traduction rapide en français afin que vous soyez au courant. La revue *Environmental Health News* ne publie aussi que des articles en anglais mais sur l'actualité du monde entier. Si une nouvelle étude sort, nous sommes donc tous au courant le lendemain. Des sources d'informations très importantes pour vous existent.

Si vous avez besoin d'informations, vous en trouverez beaucoup sur notre site internet www.cancerpreventionsociety.org. Prenez contact avec moi. J'aime les ententes cordiales et l'alliance entre la France et l'Angleterre ! Ma fille vient de commencer ses études de médecine à l'université Descartes à Paris et je crois que je vais venir assez souvent en France. Merci beaucoup. *(Applaudissements)*.

M. Toma : Avant de conclure de cette journée, avez-vous des questions à poser à Jamie Page ?

Intervenant : J'ai vu que vous triiez les plastiques et notamment les contenants en plastique. J'ai contacté des sociétés françaises qui s'occupent de déchets or elles refusent de les prendre, prétextant que les molécules chimiques qu'ils contiennent ne sont pas recyclables aujourd'hui.

M. Page : Chaque hôpital en Angleterre essaie de trouver des combines pour résoudre le problème mais il n'existe pas de réponse universelle sur cette question.

M. Toma : Les sociétés qui récupèrent le verre médicamenteux le rincent, traitent leurs effluents et le broient, mais en France la récupération du verre médicamenteux n'existe pas aujourd'hui. Nous sommes allés en Belgique et en Espagne pour trouver quelqu'un qui accepte de s'en charger pour nos déchets. Nous avons rencontré des sociétés comme Veolia, Sita, qui s'aperçoivent que cela commence à représenter un marché et tout à coup nous avons des interlocuteurs.

J'ai un document que j'ai gardé précieusement pour les années qui viennent : une note de service d'une ARS qui explique la procédure à tous les établissements de sa région pour récupérer le verre médicamenteux, à savoir rincer les récipients et surtout tout laisser ouvert pour favoriser l'évaporation ! Après on parle de la qualité de l'air intérieur, de COV, etc. Nous avons contacté l'ARS pour arrêter tout le circuit et le fournisseur va désormais lui-même rincer les récipients, protéger ses salariés et traiter ses effluents. On en parle depuis deux ans mais rien n'est vraiment organisé sur le sujet. Cela représente en revanche des enjeux en matière de revalorisation par rapport à ce que nous avons évoqué ce matin en ce qui concerne les objectifs de ratios chiffrés très ambitieux, etc., qui représentent des volumes très importants.

M. Page : 90 % des produits pharmaceutiques sont utilisés hors des hôpitaux. Il est très important que s'ils ne les utilisent pas, ils ne les jettent pas à la poubelle. Il n'existe pas en Angleterre de programme qui éduque les personnes afin qu'elles rapportent leurs médicaments à la pharmacie. Je ne sais pas si cela existe en France.

Intervenante : Cela ne fonctionne pas. La moyenne est d'un kilo de médicaments non utilisés par habitant en France et en plus 90 % d'entre eux ont été prescrits.

M. Toma : Cela ne fonctionne pas dans le sens où les citoyens que nous sommes ne le font pas, mais le circuit avec Cyclamed fonctionne en France. Il est organisé, ce qui n'est pas le cas partout. Cyclamed vient de lancer une nouvelle démarche et demande que l'on ramène les médicaments décapsulés, pour ne pas incinérer à 14 200 degrés les cartons qu'il y a autour, car auparavant on ramenait la boîte. C'est toujours pareil : on opte pour la solution de facilité et on jette les médicaments à la poubelle.

Intervenante : On parle souvent de l'aspect curatif – cela a notamment été le cas ce matin – et peut-être un peu moins de l'aspect préventif, et on parle toujours des particuliers ou des professionnels de santé qui doivent être sensibilisés au tri, notamment des déchets et des DASRI, mais il est également important de plus former les professionnels à la base et notamment les médecins, par exemple au bon usage des médicaments. Comme cela a été dit tout à l'heure, certaines molécules et certains médicaments peuvent être plus néfastes à haute dose et je pense qu'il en va de même pour un médicament, qui peut être aussi voire plus efficace s'il est un peu moins prescrit. Cet aspect n'est pas trop abordé. On parle toujours de la sensibilisation des professionnels sur le terrain mais il faut aussi aborder l'amont.

M. Toma : D'où l'importance de parvenir à des accords dans les branches. Si demain 1 200 cliniques mettent en place un plan pour protéger leurs salariés, cela bougera. En revanche, cela mettra vingt ans si nous agissons individuellement chacun de notre côté, comme on a toujours tendance à le faire dans cette profession. L'exemple de l'indice PBT est parlant. Ce classement existe. Un pays en Europe a classé tous ses médicaments en fonction de leur toxicité. Le travail est mené – il ne faut pas le réinventer – et on commence à avoir des résultats. On mesure la qualité des eaux de boisson et des nappes phréatiques. Il faut que nous soyons assez nombreux en France pour porter les projets et faire en sorte qu'ils soient mis en œuvre, mais il faut savoir que nous avons en face des lobbys puissants et nombreux et que nous n'avons rien à vendre alors que d'autres vendent beaucoup de choses.

Intervenante : Concernant la formation des acheteurs, puisque cela passe beaucoup par eux, qu'avons-nous à notre disposition chez nous pour les sensibiliser ? Nous manquons d'informations.

M. Toma : Tout d'abord, le fait d'adhérer au c2ds vous permet d'avoir des informations. Nous sommes en train de travailler sur un indice de substitution du PVC pour avoir un vrai critère de choix. Le c2ds aide à cela. J'imagine par ailleurs que vous adhérez à des centrales d'achat. Certaines d'entre elles font des efforts très importants. C'est le début. Cela ne va pas aussi vite que nous le voudrions. Nous avons signé une convention avec elles en 2007 en 9 points. Elles ne l'ont pas forcément respectée mais c'est en train d'évoluer.

Enfin, j'ai envie de vous dire que la solution est dans la salle. On peut suivre une formation si l'on a conscience de certains éléments ; nous organisons aussi de la formation continue au sein du c2ds. Plus nous serons nombreux à vouloir rentrer dans cette dynamique, plus cela fonctionnera. Si l'on veut acheter des cathéters médicaux sans phtalates, c'est possible, ce qui n'était pas le cas il y a cinq ans parce que cela coûtait dix fois le prix ; aujourd'hui le prix est quasiment le même. C'est aussi le fait de mutualiser, d'échanger et de s'y mettre à plusieurs qui fera que demain nous allons y arriver. Je suis persuadé que cela ne viendra pas d'en haut mais cela peut venir de nous.

Intervenante : Dans les pays nordiques, un patient qui sort de chez le médecin a une prescription dans 32 % des cas contre 92 % en France, et on connaît la longueur des ordonnances. Si l'on travaillait en amont...

M. Toma : Nous sommes les premiers consommateurs au monde de médicaments, d'antidépresseurs, d'œstrogènes, etc. Je vous engage à lire le rapport de l'Académie de pharmacie de décembre 2008. Lisez les trois premières phrases ; cela suffira. Cela vous explique ce que l'on trouve dans les eaux de boissons et les nappes phréatiques en France. En effet, les politiques d'achat, les déchets, etc., tous ces sujets sont à revoir, et les professionnels de santé sont les premiers à former car si nous ne sommes pas formés et sensibilisés à ces sujets, comment voulez-vous que le patient lambda le soit ? Ce n'est pas possible.

Intervenant : Des études montrent-elles l'impact sur la santé des résidus médicamenteux dans l'eau de boisson ?

M. Toma : À ma connaissance non, mais si vous buvez des antibiotiques toute la journée à chaque fois que vous buvez de l'eau... On a beaucoup parlé de la multi-exposition. Les bonbonnes que l'on trouve ici à l'entrée sont une caricature : elles sont en bisphénol A et larguent des perturbateurs endocriniens dans l'eau. Si en plus il y a des traces de pesticides et d'antibiotiques et que toute sa vie on boit une eau contaminée, on est en permanence multi-exposé.

M. Page : Je suis chimiste de formation. On a l'impression que 0,1 nanogramme de benzine est une très faible dose, et c'est vrai, mais si on fait le calcul avec le nombre d'Avogadro, on trouve 10 puissance 15 molécules par litre d'eau. Même à faible dose, beaucoup de molécules sont biologiquement actives comme les hormones.

M. Toma : Nous sommes de toute façon à votre disposition. Tous ces sujets sont passionnants ; c'est un début. La discussion peut continuer. Nous avons des informations nouvelles tous les jours.

Intervenant : On est dépressif en sortant !

M. Toma : Non, au contraire, il est important de savoir pour pouvoir décider.

M. Page : Il faut savoir la vérité. La chimie verte est par exemple très positive. Des sociétés essaient de fabriquer des molécules avec des PBT à faible score. Il faut connaître la vérité pour ensuite essayer de tendre à mieux.

M. Toma : C'est une chance d'en être conscients car nous allons pouvoir tous ensemble faire changer les choses. Nous allons laisser la conclusion pour nous élever à Michel Puech, de l'université Paris-Sorbonne. Il est philosophe. Nous comptons sur lui pour faire en sorte que nous repartions d'ici non pas dépressifs mais au contraire motivés pour être des acteurs du changement et de la santé des enfants qui arrivent. ■

CONCLUSION : AU-DELÀ DES NORMES, L'ÉTHIQUE

M. Puech : Je suis en effet un philosophe ; je ne peux pas le cacher. J'ai des côtés germaniques, comme vous (j'ai fait une thèse sur un auteur allemand), je ne dépasse donc jamais mon temps de parole... De plus, ce que je dis peut être compris par tout le monde. J'ai en plus de ma vie universitaire une activité de diffusion d'idées. Je fais beaucoup de choses, y compris des interventions en entreprise, et je connais le monde médical mieux que vous ne pourriez le croire puisque ma compagne est praticien hospitalier dans un hôpital. J'ai donc tous les soirs un compte rendu.

Mon approche en philosophie est la réflexion sur la modernité et une analyse critique, avec un cœur de spécialité qui est la réflexion sur la technologie. La question que je traite est la suivante : comment, avec tous les moyens et la surpuissance que nous avons, avons-nous pu nous débrouiller pour que cela fasse autant de mal que de bien et se retourne contre nous ? Cette approche générale s'applique au développement durable, avec sur ce sujet une question gênante (nous pouvons en parler puisque nous sommes entre nous) : comment dans le cadre du développement durable, avec d'aussi grandes idées sur lesquelles tout le monde est d'accord, au moins parmi les élites, a-t-on pu faire jusqu'à présent aussi peu et dans beaucoup de domaines rien ? Comment a-t-on pu s'y prendre aussi mal ?

Le genre de réponse que j'essaie d'apporter est le suivant : parce qu'il existe des mécanismes contre-productifs. C'est une notion très importante. Vous êtes peut-être braqués contre Ivan Illich parce qu'il a dit beaucoup de mal de la médecine, mais il a inventé la notion de contre-productivité. On essaie de faire quelque chose et par des mécanismes inaperçus on produit en fait le contraire de ce que l'on essayait de faire. Peut-être ce genre de relations existent-elles parfois entre les normes et l'éthique. Peut-être les normes posent-elles des problèmes de contre-productivité.

En matière de développement durable, il faut pour clarifier la situation reprendre tout à la base puisque



JOURNÉE
M. PUECH
UNIVERSITÉ PARIS-SORBONNE,
PHILOSOPHE
DÉVELOPPEMENT
DURABLE

cette notion elle-même est extrêmement confuse. Deux éléments sont complètement opposés. On trouve d'une part une dimension contestataire qui vient de l'écologie de terrain (d'une dimension militante que vous connaissez), mais d'autre part il y a aussi dans le développement durable un côté officiel et administratif, avec un grand ministère et tous ses textes. Le fait qu'il existe un développement durable contestataire et un développement durable officiel est très ambigu, parce qu'on les confond et qu'il n'y a pas un gentil et un méchant. Si l'on pense que tout le bien est d'un côté, la discussion est terminée. Non, tout le bien n'est pas d'un côté. L'intérêt du développement durable est qu'il représente à la fois quelque chose d'authentique dans la contestation de notre civilisation et de positif, de sincère et d'authentique dans la gestion, l'administration et le côté officiel de nos pays, qui sont majoritairement démocratiques. Nous allons rester dans ce cadre.

On est arrivé à cette situation parce que des choses ont changé. Le développement durable est vraiment au cœur de la nouveauté. C'est la raison pour laquelle c'est philosophiquement très intéressant. Ce qui a changé, c'est que l'on a constitué, grosso modo depuis les années 1970 et très fortement depuis les années 1990, un référentiel mondial de valeurs. Le développement durable, avec ses différents volets (économiques, sociaux et écologiques) constitue un système de valeurs qui tend à être global et prioritaire sur toute la planète.

C'est l'effet d'une histoire de longue durée. En prenant encore plus de recul, le débat existe depuis le début du XIX^e siècle, car la contestation de l'industrie et de la modernité technique était présente dans les courants

de pensée romantiques, qui ont toujours existé, se sont développés et étaient dominés par un courant dominant – un vrai rouleau compresseur – après la révolution industrielle : la vision du monde industrialiste.

Aujourd'hui, l'industrialisme, c'est-à-dire la vision du monde industrialiste (le progrès, la croissance, etc.) ne domine plus autant et des éléments qui avaient été réprimés et qui étaient secondaires deviennent un référentiel de valeurs commun (la sensibilité à la nature, la dimension humaine, etc.) dans un monde hyper industrialisé. Il y a une tension. La nouveauté est l'apparition d'un référentiel de valeurs commun dans un monde hyper industrialisé qui vient d'une autre sensibilité, celle du romantisme, mais peu importe son origine historique ; ce n'est pas le moment d'en parler.

Où se passe cette nouveauté ? Au « sommet de la terre ». Cela se réfère aux grands textes, à toutes les grandes déclarations, qui ont été faites à Rio, etc. (y compris celles qui étaient ratées, comme à Copenhague par exemple) et à des éléments plus pragmatiques comme les Agendas 21. Les grandes agences de l'ONU et ONG produisent de grands textes. Ce qui est nouveau n'est pas exactement cette production ni l'existence de ces grandes agences. La Société des Nations existe depuis presque un siècle et l'ONU et l'OMS largement depuis un demi-siècle, et il y a globalisation et depuis la fin de l'URSS il existe une sorte de globalisation libérale, marchande et communicationnelle de toute la planète. Cependant, la globalisation éthique est nouvelle, à tel point – je le sens très bien dans la mentalité de nos étudiants et celle de ceux d'autres pays – que l'on sent que l'on a affaire à une communauté mondiale et non nationale ni même à la civilisation occidentale en termes de sensibilité éthique, en particulier pour les questions de développement durable ou d'écologie.

L'événement nouveau fait partie d'un cadre que vous connaissez : celui de la globalisation culturelle, avec l'outil privilégié qu'est internet. La globalisation culturelle, notamment via internet, est le cadre général dans lequel nous avons affaire aujourd'hui à une globalisation et à un contexte éthique global, avec des difficultés (la Chine et parfois les États-Unis).

Pour la médecine, ce problème de nouvelle sensibilité éthique vient rencontrer un thème qui est toujours présent en médecine : l'éthique médicale. Que l'on rende ce sujet très technique ou qu'on le vive et l'expérimente, ce problème est pour les soignants comme pour les soignés central depuis Hippocrate. Il en va de même en Chine indépendamment d'Hippocrate : il existe une dimension éthique dans la relation de soins et la technique médicale. Cela représente un terrain de rencontre. C'est de tout cela que je suis en train d'essayer de parler.

Peut-être le vrai niveau du développement durable est-il le niveau éthique. Nous avons à inventer une

éthique du soutenable. Soutenable, cela veut dire plus qu'écologique et durable. Il y a aussi du soutenable humain, social, économique, etc. S'il y a une nouvelle sensibilité éthique sans le problème d'un soutenable comme éthique, la rencontre avec l'éthique médicale se présente bien. On pourrait même dire que dans la pratique des métiers de la médecine un seul problème se pose : celui d'une nouvelle éthique globale, celle du soutenable, qui est comparable à l'éthique médicale. Dans la dimension éthique de nos métiers (médicaux comme administratifs), on nous demande aujourd'hui plus de réflexions, d'explicitations, de discussions et de normes, en particulier dans l'éthique médicale.

On pourrait se dire que c'est la même chose pour l'éthique autour du développement durable mais c'est un peu différent. La demande éthique est proprement concentrée sur l'éthique médicale – je vais y revenir – mais la demande de développement durable n'est pas tout à fait la même. Elle vient de l'extérieur, de la société. Elle est sociétale, administrative, politique et globalement externe. Dans la problématique du développement durable en santé, il me semble que l'établissement de santé est d'abord considéré comme une entreprise, mais pas n'importe laquelle : elle est d'abord considérée comme un gros pollueur et un gros employeur et ensuite comme un établissement de soins. La contrainte est un peu trop externe par rapport à ce qui paraissait plus sympathique il y a quelques minutes, c'est-à-dire globalement une demande d'éthique.

L'idée que j'essaie de développer est que l'on peut arranger tout cela en comprenant un peu mieux ce que veut dire éthique. J'ai employé ce terme comme si l'on était d'accord sur ce qu'il veut dire mais ce n'est pas le cas. L'éthique peut vouloir dire la morale, c'est-à-dire les discours moralisateurs, les chartes, les comités et les résolutions affichées dans le couloir ou la salle d'attente. Ce n'est pas cela que signifie l'éthique. Déjà, philosophiquement, dans l'histoire des auteurs classiques, il y a une grande différence entre (l'auteur de base sur la question est Emmanuel Kant, le philosophe allemand) la contrainte externe, quand je dois faire quelque chose parce que c'est l'extérieur qui m'y contraint – c'est vrai pour le juridique, le politique et l'administratif –, et la contrainte interne, qui est l'éthique. L'éthique est ce qui est une norme non pas externe mais interne. Est éthique ce que je dois faire sans contrainte externe, et bien sûr nous essayons de faire en sorte qu'il y ait dans nos sociétés une harmonie entre les normes internes qui existent ou que nous souhaitons et les normes externes que nous mettons en place.

On peut par conséquent se concentrer sur les deux termes qui sont dans le titre que j'ai proposé : les normes et l'éthique. Je voulais en fait dire par « au-delà » : « derrière ». Derrière les normes il y a l'éthique : cela

veut dire que les normes sont devant. Elles sont alimentées par l'éthique et il faut voir plus loin que les normes. Mais cela veut dire aussi que ce à quoi on est confronté n'est pas l'éthique ; ce sont les normes. On arrive là au problème de la contre-productivité. Il faut éviter – pas toujours ; je sais qu'il existe des contre exemples – les cas – je vais ensuite essayer de vous faire sentir qu'ils sont peut-être fréquents – où les normes cachent l'éthique et empêchent de la voir. C'est à ce moment-là qu'elles deviennent contre-productives.

Ce phénomène se rattache à l'un des très gros problèmes de notre civilisation, peut-être celui dont nous mourrons plus que de la population (je pourrai vous en reparler si cela vous intéresse ; des études existent sur le sujet) : la technocratie, c'est-à-dire la manière dont nous gérons nos problèmes. Des études portent sur la disparition des grandes civilisations. Ce ne sont pas tant les problèmes que les civilisations rencontrent qui les tuent que la manière dont elles les traitent. Quand elles le font par une hyper-complexification interne qui devient contre-productive, elles s'étouffent elles-mêmes en essayant de résoudre les problèmes qui les menacent. Quand on lit le livre sur la disparition par auto-étouffement administratif des grandes civilisations, on a très peur en voyant ce que l'on fait aujourd'hui, surtout quand on travaille dans le monde du développement durable.

Prenons un exemple concret : le PNSE 2. Avez-vous regardé l'annexe ? Quelque chose est terrorisant : l'inventaire des plans. Il existe un inventaire des plans applicables, qui sont des dizaines. Quand j'enseigne à Sciences Po, j'apprends aux étudiants à faire deux colonnes (j'espère qu'ils s'en souviendront plus tard) : l'une qui concerne tout ce qui est administratif (les textes, les comités, y compris d'évaluation, les décisions, les lois, les projets de loi, les rapports, etc.) et l'autre les actions réelles, c'est-à-dire ce qui a changé et qui est matériel. La colonne production de textes, comités, commissions, etc. déborde assez souvent mais parfois il n'y a rien dans l'autre, comme pour certains chapitres du Grenelle ; elle est vierge. On ne peut pas dire qu'un seul élément réel ait été modifié par la masse de l'administratif.

Un problème éthique se pose derrière cela. C'est un phénomène éthique un peu subtil mais quand on apprend à le détecter et que l'on y est allergique on s'aperçoit que l'on y est souvent confronté. Quel est le moyen de ne pas s'intéresser à un problème important ? Je crois que les États comme les grandes entreprises (là aussi des études ont été menées sur le sujet) ont appris à faire ceci : quand aujourd'hui dans le monde de la communication et de la démocratie un problème important se pose, on ne peut plus dire qu'il n'y en a pas et qu'il n'est pas important. Cela ne fonctionne pas. Les grandes structures ont trouvé une autre façon de gérer cela : dire qu'il y a un autre problème qui est encore plus

important et que l'on a mis sur celui-ci tous les moyens, ou un maximum. C'est une sorte de diversion de l'importance. On essaie de pousser quelque chose qui semble plus important, ou qui est présenté comme tel (cela tombe bien puisqu'il s'agit de commissions, de comités, de lois, de normes, etc.) pour ne pas avoir à nier l'importance de certains problèmes que l'on n'est pas capable de traiter ou que l'on ne veut pas traiter.

Regardons ce type de fonctionnement pour commencer dans l'éthique médicale, avec une sensibilité un peu pragmatique. Comment l'éthique médicale se présente-t-elle ? Quelque chose vous met peut-être un peu mal à l'aise (au moins je l'espère certains d'entre vous), en tout cas cela met à l'aise beaucoup de philosophes. La médecine n'a jamais fonctionné sans dimension éthique. Le fait que l'on s'en occupe autant améliore-t-il la pratique de l'éthique médicale ? Les comités d'éthique, les chartes et la logique des normes éthiques en médecine changent-ils les choses ? A-t-on quelque chose à écrire dans la colonne « actions réelles » ? Cela change-t-il quelque chose dans la pratique ?

Je vais pour être très concret prendre deux exemples réels. J'ai lu dans la salle d'attente d'une clinique privée la charte de l'éthique de l'établissement. Un article disait que l'on respectait les croyances et pratiques religieuses du patient. Il n'est pas la peine de le dire, et on ne va pas dire le contraire, en tout cas dans notre pays. Qu'a-t-on dit quand on a dit cela, par exemple quand une personne se présente qui ne veut être examinée que par un médecin homme ou femme ? Cela veut-il dire que l'on va réveiller une ou un interne au milieu de la nuit ? Jusqu'où cela va-t-il ? Si l'on a la malchance qu'une personne fasse partie d'une secte et refuse par exemple de se faire soigner par quelqu'un de roux, jusqu'où va-t-on respecter les croyances ? Va-t-on intervenir dans les protocoles opératoires avec des objets sacrés, pour respecter les croyances de la secte locale ? Non pas que cette norme soit mauvaise ni qu'il faille dire le contraire, mais elle n'est pas au bon niveau. On peut établir de telles normes ou non mais on n'est pas dans la bonne colonne, celle qui va changer quelque chose.

Je vais prendre un deuxième exemple, cette fois-ci dans un hôpital public que je ne citerai pas. On a remué beaucoup de choses pour monter un comité d'éthique que personne n'avait demandé dans cet hôpital, ni les malades ni les soignants. Des personnes ont donc consacré de leur temps à un comité d'éthique. Dans un service en particulier, un problème récurrent se pose depuis plusieurs années : celui de la propreté des locaux. Le ménage est très mal fait, par un sous-traitant. C'est un service de consultations en psychiatrie. Les patients qui viennent consulter à l'hôpital sont reçus dans des locaux sales et dégradés, qui n'ont pas été repeints depuis vingt ans et totalement inadaptés en termes d'hygiène,

de toilettes, etc. On est là dans la colonne « réel ». C'est un problème qui me semble complètement éthique. C'est bien sûr médical mais c'est aussi éthique. Recevoir des patients dans des conditions qui sont humainement dégradantes ou inadaptées aux soins psychologiques pose un problème purement d'éthique médicale, voire quasiment de technique médicale.

Ce problème n'intéresse personne. Aucun moyen n'y est affecté. Aucun responsable ne veut en entendre parler et le comité d'éthique n'a pas l'intention de se saisir de ce problème (qui est humain, réel et de terrain) parce qu'il fait autre chose. Il est dans un autre monde, celui des normes et des discours. Il produit des recommandations sur le respect du patient et son accueil. La colonne « réel » n'intéresse personne.

Comment peut-on changer et faire autrement ? En retrouvant encore mieux ce que veut dire éthique. Je vais faire un peu de grec. Éthique vient d'ethos, qui signifie en grec le comportement, ou la manière dont on agit. Pour Aristote, la définition de l'ethos est le comportement réel de l'individu, c'est-à-dire pas ce qu'il dit ou la pensée qu'il affiche. Un comportement conscient est ce que l'on appelle délibéré, c'est-à-dire réfléchi et décidé à partir d'informations pertinentes. On réfléchit librement, en s'informant, et on fait ce que l'on a décidé. Si l'on revient à l'ethos comme le comportement délibéré d'un individu, on peut revaloriser l'éthique dans ce sens contre les logiques de normes même si elles s'appellent éthiques. Ce sont en fait des logiques de normativité largement technocratiques.

Pour conclure, on ne va pas non plus s'acharner contre les normes. Ce n'est parce que l'on va augmenter l'importance de l'éthique qu'il faut diminuer celle des normes. Nous sommes dans une société complexe où l'on a besoin de normes, notamment dans les fonctionnements démocratiques. Les gros systèmes techniques ont besoin de normes ; c'est décisif.

Il faut comprendre que deux sortes de normes correspondent à la définition de l'éthique. Toutes les normes externes, matérielles et administratives sont des normes communes, celles auxquelles on pense spontanément. Elles sont le cadre de l'action. Je pense par exemple aux normes relatives aux ampoules basse consommation et au fait d'interdire certains types d'ampoules, ou à ce que l'on peut faire à travers des taxes. Les recommandations affichées dans le couloir (pourquoi pas ?) peuvent être le cadre de l'action, mais le gros problème est que l'éthique n'est pas le cadre de l'action : c'est l'action qui se fait à l'intérieur du cadre. On a affaire là à un deuxième type de normes (pas celles que l'on affiche dans les couloirs) : les normes internes et personnelles qui sont les raisons de l'action individuelle.

Il me semble que tout le monde (les personnes qui sont dans l'action comme celles qui sont dans

la réflexion) a tendance à ne pas assez distinguer le cadre de l'action de l'action en elle-même. Dans notre monde de surabondance matérielle et technocratique, nous produisons énormément de cadres d'actions et nous ne nous occupons pas assez de l'action. Nous accordons beaucoup d'importance au cadre des actions. Très souvent on se demande : « Mais dans quel cadre va-t-on faire cela ? ». Le problème est de le faire ; ce n'est pas prioritairement qu'il existe toujours un cadre. On se soucie donc assez peu de l'action. Pour le dire autrement (mais c'est exactement la même idée), on se soucie des structures beaucoup plus que des acteurs et notamment de leurs motivations internes. On n'essaie pas d'agir sur cela, et rien ne pourrait être moins soutenable. L'idée de l'éthique est le contraire de cela. C'est cette façon de faire qui n'est pas soutenable, c'est-à-dire se soucier des structures plus que des acteurs.

Pour terminer de conclure, peut-être faut-il comprendre que quand on a mis en place le cadre on n'a pas fini. En fait, on n'a même pas commencé l'action. Elle se commence ailleurs, à un autre niveau, au-delà des normes. Les micro actions sont le type d'actions (en tout cas c'est celui qui m'intéresse) qui permet de revaloriser l'éthique ; ce ne sont ni les grandes actions ni les grandes déclarations. Trier est par exemple une micro action qui fait la différence dans la colonne du réel, de même que regarder demain les étiquettes qui vont peut-être donner des informations sur la toxicité, le recyclage d'un médicament, ou d'un autre produit, ou dès aujourd'hui celles qui en donnent sur sa provenance, sa composition, etc. Ce n'est pas le contraire des normes mais c'est un autre niveau de puissance et d'action. Pour le dire de manière très concrète, une ampoule basse tension consomme plus que la lampe que quelqu'un éteint. Bien sûr, il faut ce type d'ampoule plutôt que des ampoules à très haute consommation, mais une fois ce cadre posé on n'a pas commencé la véritable action. Si on met en place des ampoules basse consommation partout, on peut se mettre à les éteindre de moins en moins justement parce que l'on pense qu'elles sont basse consommation ou n'abîment pas tant que cela la planète, ce qui est contre-productif. Les micro actions sont le contraire de cela. Il faut à mon avis réinvestir et revaloriser le niveau de l'ethos, de l'individu et des normes internes sur lequel on peut agir. Peut-être ne le fait-on pas assez. Je vous remercie de votre attention. *(Applaudissements)*.

M. Toma : Pour terminer cette journée, il est difficile d'y apporter une conclusion parce que tous les débats sont encore ouverts. Il y en aura peut-être d'autres et il y aura certainement d'autres journées comme celle-ci. Vous m'avez inspiré deux phrases pendant que je vous écoutais, de deux personnages qui n'ont rien à voir. Le premier

est Henri Cueille, ministre d'État sous la IV^e République. Il a prononcé quelques phrases assez fortes et notamment celle-ci, que j'aime bien : « La politique est l'art non pas de résoudre les problèmes mais de faire taire ceux qui les posent ». Cela se disait déjà il y a cinquante ans et pose bien le sujet. J'en citerai une autre, un peu plus positive, de Théodore Monod qui a beaucoup voyagé dans le désert et a écrit beaucoup de belles choses. Il a

dit une chose très simple : « Il faut faire le très peu que l'on peut faire ». Si nous suivions tous cette logique et que nous étions tous dans ce que nous appelons dans le cadre du c2ds la « politique des petits pas », nous ferions de grandes choses tous ensemble. Merci de votre participation. ■

La séance est levée à 15 h 40.

QUELLES NOUVELLES RÉGLEMENTATIONS RELATIVES AU DÉVELOPPEMENT DURABLE ENTRERONT EN VIGUEUR DEMAIN DANS VOS ÉTABLISSEMENTS ?

09h30

Accueil des participants

09h45 – 10h00

Allocution d'ouverture

Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO

10h00 – 12h30

Quatre grands plans vont rythmer les prochaines années des établissements de soins : quels sont les objectifs de l'État, l'articulation avec la politique de santé et les impacts sur les établissements ?

Introduction

Brigitte Arnould, ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer, CGDD, chargée de mission stratégique risques, santé et nanotechnologies

Stratégie nationale de développement durable

Nicole Jensen, ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer, CGDD/ Délégation au développement durable, chef de bureau de la SNDD

PNSE2 & Grenelle 2

Charles Saout, ministère de la Santé et des Sports, sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

Plan de santé au travail

Martial Brun, directeur du CISME (Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise)

12h30 – 13h00

Comment ces quatre plans nationaux vont se décliner sur le terrain : comprendre, anticiper, agir

Olivier Toma, président du c2ds (Comité pour le développement durable en santé)

13h00 – 14h00

Déjeuner sur place

14h00 – 15h00

Toxiques et santé : le point de vue de l'étranger

Jamie Page, président de la UK Cancer Prevention and Education Society

15h00

Conclusion : au-delà des normes, l'éthique

Michel Puech, université Paris-Sorbonne, philosophe



FHP-MCO
81, RUE DE MONCEAU – 75008 PARIS
TEL : 01 53 83 56 87 – FAX : 01 53 83 56 69
fhp-mco@fhp.fr
www.fhp-mco.fr



3, RUE DE L'ÎLE-D'OR
37400 AMBOISE
www.c2ds.eu