



# EDITORIAL

## Pollution atmosphérique et santé : la démocratie sanitaire à inventer

Deux phénomènes simultanés sont venus aiguïser le débat sur la pollution atmosphérique urbaine. D'une part, les résultats de l'étude ERPURS, menée en Ile-de-France à la demande du Conseil Régional, ainsi que ceux des très nombreuses études menées ailleurs, sont concordants : la pollution atmosphérique urbaine provoque un risque accru de maladies respiratoires et cardiaques, essentiellement chez des personnes déjà fragiles, alors même que les valeurs limites actuellement en vigueur sont globalement respectées. D'autre part, l'obligation découlant d'une directive européenne d'informer le public quand les principaux polluants mesurés dépassent les seuils fixés a provoqué une intense médiatisation de la question. Cette conjonction survient dans un contexte d'exigence accrue du public pour la protection de la santé. Du coup, on assiste à une controverse qui révèle deux exigences : mieux comprendre ces phénomènes complexes et mieux organiser la réponse sociale et les décisions de santé publique.

Les résultats des études épidémiologiques sont difficiles à expliquer de façon simple. Par exemple, durant tout l'été passé, l'ozone a été sur la sellette. Mais il faut souligner qu'en termes épidémiologiques, les polluants étudiés par les épidémiologistes ne sont que des marqueurs d'un état de pollution complexe, associant de nombreuses substances, la plupart n'étant pas mesurées pour des raisons pratiques. Il n'est donc pas justifié de restreindre le débat à tel ou tel polluant. De même, au plan sanitaire, il n'est pas logique de focaliser la discussion sur les seuls « pics » de pollution. En effet, ceux-ci ne surviennent pas indépendamment de la pollution habituelle. De plus, les pics étant par définition limités dans le temps, il n'est pas sûr qu'ils aient un impact sanitaire plus important que la pollution habituelle à laquelle le citoyen est exposé quasiment tous les jours. Enfin, il faut remarquer que les méthodes d'analyse statistique mises en œuvre dans l'étude ERPURS ne permettent pas d'évaluer spécifiquement l'impact sanitaire des épisodes de pollution. L'analyse prend en

compte, non pas les seules données des pics, mais des données journalières de pollution et de santé pour des séries longues de plusieurs années. Et cela pour la raison essentielle qu'on ne sait pas actuellement définir de façon claire au plan statistique ce qu'est précisément un « pic » de pollution.

Dans cette discussion, il est essentiel de réaliser que les résultats épidémiologiques actuellement disponibles ne mettent pas en évidence un seuil à partir duquel apparaîtrait le retentissement sanitaire. Il est vraisemblable que les phénomènes sous-jacents sont sans seuil. De ce point de vue, seule une exposition nulle garantirait le risque nul. Or la pollution nulle n'existe pas, n'a jamais existé et n'existera jamais. C'est là que les difficultés décisionnelles commencent.

Un point fondamental à rappeler est que le risque est faible au niveau individuel, sans commune mesure par exemple avec le risque routier, celui lié au plomb ou à l'amiante, sans parler du risque tabagique ou alcoolique. Mais un risque faible concernant un nombre de personnes exposées qui se compte par millions finit par représenter quelque chose de non négligeable en termes de santé publique. Le constat est donc que les conséquences sur la santé de la pollution atmosphérique urbaine sont suffisamment établies pour qu'on s'en préoccupe sérieusement, mais n'atteignent pas un niveau tel qu'elles représentent une urgence de santé publique.

Cette situation, risque individuel peu élevé mais risque collectif préoccupant, est typique des problèmes de santé publique qui prévaudront au XXI<sup>e</sup> siècle. Il faut donc s'y préparer avec le double souci d'éviter l'abstention décisionnelle qui confinerait à la négligence et la sur-réaction qui provoquerait un gaspillage injustifiable de ressources.

Une logique binaire qui fait que soit un risque existe et alors il est forcément majeur, soit il est inexistant, fausse le débat. Au moins 40 ans de

Conseil d'Administration  
Déclaration sur la pollution de l'air Arctique

recherches sont là pour témoigner que la pollution atmosphérique est un danger pour la santé. Personne ne peut s'en étonner de bonne foi. Mais on se trouve devant un paradoxe apparent : lorsque le risque était majeur, ce qui était le cas dans nos villes des années 50, l'émoi de l'opinion était inexistant ; aujourd'hui que le risque peut être qualifié de faible, mais indiscutable, le débat public se déroule comme si les Franciliens, les Grenoblois ou les Strasbourgeois étaient menacés de façon massive.

Entretemps, les attentes de nos concitoyens en matière d'écologie et de santé publique ont en effet connu une évolution considérable. Tchernobyl et la transmission transfusionnelle du sida ont fait douter que la sécurité sanitaire soit une réelle priorité pour les pouvoirs publics. Nul ne saurait donc s'étonner que les jugements des spécialistes fondés sur une rationalité purement quantitative ne soit pas automatiquement entérinés par l'opinion : celle-ci n'est pas « irrationnelle » mais ses préoccupations sont dictées par d'autres logiques dans lesquelles la confiance joue un rôle clé. Les décideurs sont souvent désemparés devant ce paradoxe qui conduit les uns à surestimer les risques pour accroître leur chance d'être entendus, et les autres à en nier l'existence même, dans un espoir vain de se soustraire à leur responsabilité. Certains se veulent systématiquement rassurants tandis que d'autres veulent légiférer de toute urgence.

Mais le débat ne se pose pas en termes de risque majeur ou de risque nul. Dès lors, la question centrale est celle du seuil à partir duquel il faut déclencher l'action publique, sachant précisément qu'il n'existe pas de seuil naturel de déclenchement d'une manifestation pathologique liée aux pollutions atmosphériques. Ce n'est pas au chercheur de répondre à cette question et force est de constater qu'il n'existe pas dans notre pays de lieu de discussion sociale formalisée pour confronter les représentations de la population, des industriels, des décideurs et des chercheurs, pour assurer une véritable mission de « médiation sanitaire ».

Chacun avance donc des solutions à des problèmes qui n'ont pas été au préalable définis. On entend ainsi proposer pêle-mêle d'interdire l'automobile, le diesel, le stationnement, le stationnement payant, la vitesse, les autoroutes, les « bouchons », les camions, l'incinération des ordures, etc. Logique de bouc-émissaire, fausses urgences, solutions simplistes, raisonnement en termes de tout ou rien n'aboutissent jamais à des solutions socialement acceptables et techniquement efficaces.

Il est nécessaire de sortir d'un manichéisme auquel la santé n'a rien à gagner pour arriver à mettre en œuvre toute une gamme de solutions qui concernent la technologie des transports (moteurs électriques et au gaz naturel, systèmes de dépollution), la politique énergétique, les modes de vie et l'aménagement urbains. Une vision complète du problème, comme celle que le ministère de l'Environnement veut promouvoir avec le programme de recherche PRIMEQUAL associant de nombreux organismes est un préalable à une définition de solutions efficaces. Chaque solution proposée doit être soigneusement pesée quant à ses conséquences si l'on veut que certaines erreurs du passé ne se reproduisent pas et que le remède s'avère pire que le mal.

Les décideurs doivent aussi prendre clairement position sur la question des risques sanitaires jugés acceptables ou non. Leurs critères de choix devraient être explicites, de sorte qu'ils soient réfutables dans le cadre d'un débat public sur la fixation des objectifs de santé publique à atteindre dans notre pays. Là réside la véritable démocratie sanitaire à laquelle nos concitoyens aspirent et qui reste en grande partie à inventer. A défaut de s'atteler à ce défi, il y a fort à craindre que les responsables voient les crises, par vagues successives, devenir maîtresses de leurs priorités. La santé publique n'y gagnerait probablement rien.

Dr William DAB, Professeur  
à l'Ecole Nationale de Santé Publique,  
Service des études médicales DDF et GDF