



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

« LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE FACE À LA PERCEPTION DES POPULATIONS DU RISQUE SANITAIRE LIÉ À L'ENVIRONNEMENT »

– Groupe n° « 32 » –

- ANTSON Audrey (IASS)
- DAUCHE Florent (D3S)
- DESBROSSE Alain (IPASS)
- EBENER Sylvie (DS)
- FLINOIS Emeline (EDH)
- KANTE David-Even (D3S)
- MIKOLAJCZAK Martine (DS)
- PIGNY Frédéric (EDH)
- TANCHE Patrice (D3S)

Animatrices

- DEGUEN Séverine
- GALLACIER Eve

Sommaire

R e m e r c i e m e n t s	3
L i s t e d e s s i g l e s u t i l i s é s	5
M é t h o d o l o g i e	8
R é s u l t a t s d e l ' e n q u ê t e	11
A n a l y s e	15
I. Les causes du décalage de perception des risques environnementaux.....	18
A. La perception sensorielle du risque environnemental	19
B. La perception du risque et son construit social	20
II. Les limites des dispositifs existants en matière de lutte contre la pollution de l'air	23
A. Des dispositifs institutionnels nombreux mais ne parvenant pas à s'inscrire dans une cohérence globale.....	23
B. Des acteurs «non institutionnels » occupant une place prépondérante mais néanmoins contingentée	27
III. Les pistes d'amélioration.....	29
A. La communication	29
B. L'éducation citoyenne à la santé environnementale et la formation des professionnels de santé publique	32
C. Une réelle gouvernance de la politique d'amélioration de la qualité de l'air	33
Conclusion.....	35
Bibliographie	I
Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe	

Remerciements

Nous tenons à exprimer nos remerciements à :

- ❖ **Mme COQUET**, Ingénieur du Génie Sanitaire, CIRE de la DRASS (33)
- ❖ **M. COULPIER**, Ingénieur d'Etudes Sanitaires, DRASS (59)
- ❖ **M. DESBORDES**, Président de la CRIIRAD, Commission de Recherche et d'Informations Indépendantes sur la Radioactivité (26)
- ❖ **M. DUBREIL**, Ingénieur du Génie Sanitaire, DRASS (76)
- ❖ **M. GODAL**, Ingénieur d'Etudes Sanitaires, DDASS (78)
- ❖ **M. GRARD**, Technicien d'Etudes Sanitaires, DDASS (59)
- ❖ **M. GUILLOIS BECEL**, Ingénieur d'Etudes Sanitaires, CIRE de la DRASS (35)
- ❖ **M. HABEAU**, Technicien Sanitaire, DDASS (69)
- ❖ **Mme le Docteur KOPFERSCHMITT**, Allergologue, Présidente de l'APPA (67)
- ❖ **Mme MALLET**, Ingénieur d'Etudes Sanitaires, DDASS (78)
- ❖ **M. le Docteur MECHALI**, Médecin généraliste à Lunel (34)
- ❖ **M. le Docteur PONTALLIER**, Médecin généraliste à Salignac (33)
- ❖ **Mme RAGOZIN**, Médecin Inspecteur de la Santé Publique, DDASS (26)
- ❖ **M. ROMAC**, Ingénieur du Génie Sanitaire, DDASS (76)
- ❖ **Mme SCHADKOWSKI**, Chargée de mission à l'APPA, Association de Prévention des Pollutions Atmosphériques (59)
- ❖ **Mme SCHUTZENBERGER**, Chef du service Santé Environnement, DDASS (78)
- ❖ **Mme TAURINES**, Ingénieur d'Etudes Sanitaires, DDASS (94)
- ❖ **M. VEDIEU**, Consultant, Cabinet de communication (76)
- ❖ Ainsi que les membres du **Réseau d'Echange en Santé Environnementale**¹

pour leur disponibilité.

Nous exprimons également toute notre gratitude à nos animatrices, **Séverine DEGUEN** et **Eve GALLACIER**, pour leur aide précieuse, leur disponibilité et leurs conseils avisés.

¹ Le RESE assure le soutien logistique du dossier du site Internet de l'observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires, assure la veille documentaire internationale et favorise les échanges et les retours d'expériences des services.

Liste des sigles utilisés

- ADEME** : Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
- AFSSA** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
- AFSSAPS** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- AFSSE** : Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale
- AFSSET** : Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail
- APPA** : Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique
- AASQA** : Association Agréée pour la Surveillance de la Qualité de l'Air
- CIRE** : Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie
- CLIE** : Commission Locale d'Information sur l'Environnement
- CNRS** : Centre National de la Recherche Scientifique
- CO** : Monoxyde de carbone
- CODERST** : Conseil Départemental de l'Environnement, des Risques Sanitaires et Technologiques
- CREDOC** : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
- CRIRAD** : Commission de Recherche et d'Information Indépendante sur la Radioactivité
- DDASS** : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
- DGS** : Direction Générale de la Santé
- DRASS** : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
- DRIRE** : Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
- EGERIES** : Évaluation et gestion des risques liés à l'environnement et au système de soins
- EHESP** : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- EN3S** : Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale
- EP** : Etablissement Public
- HAS** : Haute Autorité en Santé
- ICPE** : Installation Classée pour la Protection de l'Environnement
- IES** : Ingénieur d'Etudes Sanitaires
- IFEN** : Institut Français de l'Environnement
- INERIS** : Institut National de l'Environnement Industriel et des Risques
- InVS** : Institut de Veille Sanitaire
- IQAs** : Indice de la Qualité de l'Air simplifié
- IRSN** : Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire
- LAURE** : Loi du 30 décembre 1996 sur l'Air et l'Utilisation Rationnelle de l'Energie
- LEA** : Loi sur l'Environnement Atmosphérique
- LERES** : Laboratoire d'Étude et de Recherche en Environnement et Santé

LOTI : Loi du 30 décembre 1982 d'Orientation sur les Transports Intérieurs

MEDD : Ministère de l'Ecologie et du Développement Durable

MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

PDU : Plan de Déplacement Urbain

PNSE : Plan National Santé-Environnement

PPA : Plan de Protection de l'Atmosphère

PRQA : Plan Régional pour la Qualité de l'Air

PRSE : Plan Régional Santé-Environnement

Syndrome NIMBY : Not In My Backyard ; "Pas dans mon jardin"

L'élaboration d'un Module Interprofessionnel (MIP) répond aux deux objectifs majeurs que sont l'étude et la restitution écrites et orales d'une problématique de santé publique, tout en permettant un décloisonnement entre les différentes filières sanitaires, sociales et médico-sociales.

Notre groupe², constitué de deux élèves directeurs d'hôpital (EDH), deux directeurs de soins (DS), trois élèves directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S), d'une élève inspectrice de l'action sanitaire et sociale (IASS) et d'un inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale (IPASS), a opté pour le thème suivant :

« Le professionnel de santé publique face à la perception des populations du risque sanitaire lié à l'environnement ».

Ce thème s'inscrit dans un travail de recherche mené par Séverine Deguen, chercheur au département d'Évaluation et Gestion des Risques liés à l'Environnement et au Système de soins (EGERIES).

Sous la responsabilité de François Xavier Schweyer, le module a été encadré par Séverine Deguen et Eve Gallacier qui ont permis d'orienter les différents axes de recherche sur le thème considéré.

Le rapport se structure de la façon suivante :

- ❖ **Un exposé de la méthodologie employée,**
- ❖ **Une présentation des résultats des entretiens menés auprès de professionnels de santé publique,**
- ❖ **Une analyse, articulée en trois temps, qui s'appuie sur ces résultats.**

² Annexe n°1 : Présentation des membres du groupe de travail

Méthodologie

Notre travail a été réalisé de la façon suivante :

- 1- Délimitation des contours et enjeux du sujet ;
- 2- Détermination des professionnels de santé publique à rencontrer ;
- 3- Prise de rendez-vous ;
- 4- Elaboration de la grille d'entretien ;
- 5- Elaboration de la grille d'analyse ;
- 6- Conduite des entretiens ;
- 7- Analyse des données recueillies et rédaction d'un rapport de restitution.

1- Délimitation des contours et enjeux du sujet :

Cette première étape a permis de délimiter précisément les termes et les enjeux du thème étudié :

- ❖ le professionnel de santé publique : doit être abordé dans ce rapport comme toute personne, issue du champ sanitaire ou non, dont l'action ou l'engagement s'inscrit dans une perspective de santé publique
- ❖ la perception des populations : se traduit dans le présent module comme la prise en compte par le professionnel de santé du ressenti des populations
- ❖ le risque sanitaire lié à l'environnement : l'ampleur des risques environnementaux (air, eau, chaleur, habitat, sols, localisation géographique...) a contraint le groupe à cibler le sujet de la qualité de l'air, thème qui est apparu suffisamment transversal et illustratif en matière de risque environnemental.

2- Détermination des professionnels de santé publique à rencontrer :

Nous avons délimité à l'issue de débats contradictoires, les professionnels de santé publique à interviewer. Nous avons rencontré un médecin inspecteur de la santé publique, deux médecins traitants, quatre ingénieurs d'études sanitaires, trois ingénieurs du génie sanitaire, deux techniciens sanitaires, trois membres d'associations compétentes en matière de qualité de l'air et un consultant en communication. Eu égard aux contraintes organisationnelles et aux disponibilités des professionnels contactés nous n'avons pas pu élargir notre panel d'interviewés (conseil régional, médecin du travail). Toutefois, nous avons veillé à garantir une représentation géographique équitable.

3- Prise de rendez-vous :

Dès la première journée de travail du MIP, de nombreux rendez-vous ont pu être fixés. Les contacts ont été pris grâce au Réseau d'Echange en Santé Environnementale, qui avait été sollicité par les animatrices, par le biais de notre propre réseau ou en sollicitant directement des professionnels.

4- Elaboration de la grille d'entretien :

Après discussion, nous avons élaboré deux grilles d'entretien³ pour interviewer les professionnels de santé publique et appréhender leur position face à la perception par la population du risque sanitaire lié à la pollution atmosphérique. La première grille compte un total de dix questions. Sa construction permet à la personne sollicitée de s'installer progressivement dans une discussion avec l'enquêteur. Une seconde grille est relative aux études de situation d'une gestion de crise. Ces grilles ont été soumises à validation auprès des deux animatrices du module. Celles-ci nous ont fait part de leurs remarques, que nous avons intégrées dans nos grilles finales.

5- Elaboration de la grille d'analyse :

Conjointement à l'élaboration des grilles d'entretien, nous avons organisé la façon dont les réponses devaient être rassemblées au sein d'une grille d'analyse. Le regroupement des données a été effectué au travers d'items estimés pertinents pour la suite de notre travail. Cette grille d'analyse a évolué et a été affinée suite aux premiers entretiens menés.

6- Conduite des entretiens :

Les entretiens ont été conduits sur une base de rendez-vous sur le lieu de travail ou par téléphone. Ils ont été réalisés à l'aide des grilles d'entretien conçues par le groupe. Elles débutent par une question d'ouverture engageant le professionnel de santé à se présenter. Les questions suivantes, plus ou moins ouvertes, ont permis de répondre à notre problématique. Pour chacun des entretiens, des notes (complétées parfois d'enregistrements), ont garanti la fidélité des propos tenus par les personnes interviewées. Les membres du groupe ont conduit individuellement différents entretiens. *In fine*, 16 entretiens ont été menés.

³ Annexe n°2 : Grilles d'entretien

7- Rédaction d'un rapport de restitution et d'analyse des données recueillies :

Après restitution et mise en commun des différents entretiens, nous avons réalisé un plan détaillé. Les différentes parties de la rédaction du rapport ont été le fruit d'un travail collectif. Ce présent rapport permet de mettre en lumière le point de vue des professionnels de santé publique sur la perception, par les populations, du risque sanitaire lié à la pollution atmosphérique.

Résultats de l'enquête

Les entretiens en face à face ou téléphoniques ont été réalisés du 7 au 14 mai. Ils ont duré entre 30 minutes et 1h30. Les comptes-rendus se trouvent en annexe n°3.

Au regard de nos entretiens, il existe un décalage entre la perception du risque par la population et le risque avéré relatif à la qualité de l'air. Ce constat est dressé de manière unanime par les professionnels de santé publique rencontrés.

L'analyse de ce décalage entre la perception du risque par la population et le risque avéré s'articule selon 5 axes :

- ❖ la perception du risque par la population
- ❖ les manifestations et la nature du décalage
- ❖ l'acceptabilité du risque en matière de qualité de l'air
- ❖ l'information disponible concernant la qualité de l'air
- ❖ l'impact des médias et de la communication sur la perception du risque

1- La perception du risque par les populations

A l'aune des entretiens effectués, il résulte que la population prend conscience du risque dès lors qu'elle en perçoit les manifestations physiques : « ce qui se sent », « ce qui se voit ». Dans le même ordre d'idée, pour une partie de la population, la perception du risque passe par des répercussions sur sa santé (asthme, allergie, toux, cancers...). De même, la « sensibilité » au risque est davantage accentuée par ce qui produit un rejet canalisé (usine, incinérateur) plutôt qu'un rejet diffus (pollution atmosphérique), par ce qui relève d'une responsabilité collective (incinérateur) plutôt que d'une responsabilité individuelle (pollution par gaz d'échappement de voiture).

Il ressort également au quotidien que la population semble moins sensible aux manifestations de « la pollution de fond » (plus dangereuse sur le long terme) qu'aux pics de pollution sur du court terme.

Aux dires des professionnels de santé publique, il y a clairement un décalage entre la perception de la pollution et sa réalité. Cette affirmation est corroborée par des études scientifiques⁴.

⁴ Denis Zmirou. *Quels risques pour notre santé ?* Ed. La Découverte et Syros, 2000

2- Les manifestations du décalage entre la perception du risque et le risque réel

La perception du risque n'est pas nécessairement proportionnelle à la gravité du risque encouru et/ou avéré. D'après les entretiens, le décalage dans la perception du risque est majoré ou minoré. Cet écart peut s'expliquer par :

- ❖ l'origine socioculturelle (milieu modeste, socialement fragile)
- ❖ les représentations individuelles
- ❖ l'origine géographique (ville ou campagne)
- ❖ l'environnement (proximité d'usine ou non, sites industrialisés ou non, sites SEVESO)

3- L'acceptabilité du risque par la population varie selon la nature du risque et ses implications

L'acceptabilité du risque résulte d'un compromis d'intérêts divergents et les facteurs de tolérance sont principalement d'ordre :

- ❖ économique (travail, vitalité d'un bassin d'emploi...)
- ❖ social (cadre de vie...)
- ❖ culturel (fatalisme propre à certaines régions...)
- ❖ individuel (relais téléphone portable, voiture, pathologies déclarées...)

Ce seuil d'acceptabilité varie selon le risque et les implications pour les populations concernées.

4- Les informations disponibles concernant la qualité de l'air

En général, les personnes enquêtées s'accordent à dire que l'information relative à la qualité de l'air est disponible. Dans ce domaine, les associations de surveillance de l'air sont particulièrement actives en France. Un certain nombre d'indicateurs de la qualité de l'air est communiqué via les radios et la presse locale.

L'information à laquelle la population semble être la plus sensible est l'information de type « local » (presse et télévision régionales). Il semblerait que seules les informations « alarmistes » et concernant les pics de pollution trouvent un écho au sein de la population.

Les DDASS, les DRASS et plus particulièrement les Préfectures dans le cadre des seuils d'alerte, attachent de l'importance à la teneur des informations diffusées et entretiennent des liens étroits avec la presse et la télévision locale.

S'agissant d'Internet, c'est un vecteur d'information qu'il faut prendre en compte et la question des sources d'informations et de leur fiabilité se pose.

Selon certains professionnels, le problème ne réside pas dans la disponibilité des informations mais dans leur compréhension et leur appropriation par la population. Il est à noter que selon les circonstances, l'intégralité des informations n'est pas diffusée au public en fonction du décideur et du contexte. Les informations peuvent être « biaisées » par des freins institutionnels (interdiction de communiquer sur le nombre de décès imputable à un risque, sur l'exposition au radon...).

Parallèlement, certains professionnels (médecins généralistes), au-delà de leur formation, ne disposent pas nécessairement d'informations pertinentes. De même, les discours différents voire contradictoires interrogent la pertinence des informations disponibles (experts, Internet) et peuvent impacter la perception du risque tant des professionnels de santé publique que de la population.

5- L'impact des médias et de la communication sur la perception du risque

Les médias ont un rôle important et peuvent être à l'origine des modifications de perception de la population. En matière de communication, la subjectivité semble de mise. Ceci est d'autant plus vrai qu'il existe un hiatus entre les mots utilisés et la réalité de la situation (alerte, crise).

Le fait que des professionnels de santé et des responsables d'associations, bénéficiant d'un certain crédit, utilisent ces mêmes médias, renforce ou minore significativement la perception du risque. C'est particulièrement vrai en cas de « crise », de risque important (pic de pollution). Dans le même temps, certains professionnels estiment que les médias peuvent être tour à tour des alliés et pratiquer la « désinformation » (antenne relais téléphone, monoxyde de carbone).

Cependant, la majorité des personnes s'accorde à dire que le lien nécessaire entre la perception d'un risque, la gravité de ce risque et son impact sur la santé fait défaut. En lien avec la complexité du domaine environnemental, se pose la question de la vulgarisation de l'information à destination du public pour permettre, d'une part, une meilleure compréhension des enjeux environnementaux et leur impact potentiel sur la santé et, d'autre part, faire évoluer les comportements.

« Quiconque désire étudier la médecine comme il faut, devra considérer les rapports entre les saisons de l'année, les vents et les eaux, la santé et la maladie. »

Hippocrate (460-377 av. J.-C.) Des airs, des eaux et des lieux

Analyse

Bien que l'incidence de l'environnement sur la santé humaine soit connue dès la plus haute Antiquité, la nocivité induite par les phénomènes de combustion est devenue un sujet réellement préoccupant dès le milieu du XIXe siècle. Mais, en pleine révolution industrielle, alors que l'hygiénisme pasteurien pointait les dangers des microbes, les fumées des usines étaient considérées comme un signe de prospérité. Ces dernières années, le nombre de plaintes pour nuisances environnementales, qui sont la conséquence de la « pollution environnementale » ressentie par l'Homme, s'est progressivement accru dans les grandes villes françaises comme dans les communes rurales.

Le risque peut être défini comme la probabilité de réalisation d'un dommage résultant d'une exposition à un danger ou à un phénomène dangereux. Le risque est donc la combinaison de la probabilité d'occurrence d'un événement redouté (incident ou accident) et la gravité de ses conséquences sur une cible donnée. Toutefois, le risque est loin d'être toujours quantifiable par et pour l'Homme, ce qui génère une difficile adéquation entre risque et perception du risque au niveau environnemental. La perception du risque est l'activité par laquelle l'organisme prend connaissance de son environnement sur la base des informations prélevées par les sens. L'interprétation des données mobilise deux formes de traitement : une forme ascendante ou dirigée par les données, par la perception des sens (agréable ou désagréable) et une forme descendante dirigée par les concepts, les représentations et les données normatives dont dispose la population. C'est à la suite de cette analyse que l'Homme identifie les dangers, les quantifie et met en balance la relation de cause à effet.

Certains travaux ont analysé les facteurs qui déterminent l'écart entre le risque objectif déterminé statistiquement et la perception du risque, c'est-à-dire l'importance qu'on lui accorde. De façon générale, un risque associé à une sensation agréable (gastronomie, vitesse...) est sous-estimé et est volontiers accepté, alors qu'un risque associé à des sensations déplaisantes (gaz malodorants, bruits...) est surestimé et rejeté. La sympathie ou l'antipathie ressentie envers la source d'un risque présumé, le bénéfice personnel espéré ou au contraire l'effet nocif redouté pour soi-même et sa famille apparaissent comme des facteurs prépondérants dans la représentation d'un risque. On a pu dire que la perception du risque associé à une technologie n'était pas la cause du rejet de cette technologie mais que c'est parce qu'une technologie est acceptée ou rejetée,

jugée sympathique ou antipathique, qu'on sous-évalue ou, au contraire, amplifie les risques qui lui sont liés.

C'est en cela que l'individu fait appel à ses sens pour déterminer le caractère nocif ou non de son environnement. Par exemple, l'odorat est souvent sollicité lorsque l'on évoque la perception de la qualité de l'air, bien que l'odeur perçue ne soit pas synonyme de toxicité pour l'individu. De même, la vue permet de mesurer la transparence ou l'opacité de l'air ou de l'eau qui pourra être assimilée à la quantité de particules en suspension dans l'un ou l'autre. La vue permet aussi d'évaluer la couleur ou bien encore l'ensoleillement. De même, le goût permet à l'individu de définir une valeur gustative pour l'eau. Enfin l'audition de chacun détermine le seuil d'acceptabilité des nuisances sonores. L'ensemble de ces perceptions donne à l'Homme le sentiment d'objectiver son positionnement, lequel le conduit à assimiler risque potentiel à risque avéré.

Dans le domaine de la santé environnementale, l'appropriation des connaissances scientifiques par la population est difficile et induit une coupure entre l'environnement sensible, la qualité de la vie et les éléments scientifiques objectifs permettant d'étayer et d'éclairer des choix quotidiens. Ainsi, la difficile intégration par la population de la pollution intérieure est appuyée par le fait que le logement, le « chez-soi » est le refuge de l'intime et que de ce fait il apparaît comme inviolable. Dans le même temps, la population ne s'approprie pas les valeurs des mesures quantitatives scientifiques de la pollution extérieure, trop abstraites pour elle.

La réglementation en vigueur en matière environnementale est internationale, européenne et nationale. L'ensemble de l'environnement (air, eau, sol, sous-sol) est encadré par des lois, décrets et règlements de natures différentes. En France, le lien santé-environnement a acquis force constitutionnelle par l'article 1 de la Charte de l'environnement qui précise : « *Chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé* ». Cette Charte a été annexée à la Constitution à l'initiative du Président de la République, Jacques Chirac, et adoptée le 28 février 2005 par le Parlement réuni en Congrès. C'est le texte le plus élaboré dans le domaine de l'environnement parmi les pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). La période 2001-2004 a été marquée par une construction législative forte dont le point d'orgue reste la Loi n°96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'Air et l'Utilisation Rationnelle de l'Energie (LAURE) et ses décrets d'application. De la même façon, l'application de la directive-cadre sur l'eau du 23 octobre 2000 continue de mobiliser les acteurs de l'eau. Enfin, il est opportun de rappeler le travail de mise en cohérence du droit de l'environnement qui a été effectué ces dernières années. Depuis 2000, l'ensemble des textes législatifs concernant l'environnement est rassemblé et unifié dans le Code de l'environnement.

En dépit de multiples avancées dans de nombreux domaines de la connaissance et de l'action, la pollution atmosphérique reste une question complexe et délicate. Elle se traduit par bien des hésitations de l'action collective du fait de l'hétérogénéité des formes de pollutions, de la diversité des causes qui en sont à l'origine et de la difficulté à mettre ses différentes composantes en cohérence. Comme souvent dans le cas de questions relatives à l'environnement, la qualité de l'air interroge de nombreux champs scientifiques : physique, chimie, météorologie, santé, sciences humaines et sociales, sciences politiques, anthropologie, cognition... Comme souvent également, elle présente une distorsion fréquente entre la perception qu'en ont les populations et l'évaluation météorologique. Il est maintenant bien établi que la pollution atmosphérique constitue une menace pour l'Homme et l'environnement. A l'échelle urbaine, et malgré les progrès accomplis ces dernières années (diminution des émissions de dioxyde de soufre, quasi-élimination du plomb des carburants...), les études épidémiologiques montrent les répercussions de la pollution de l'air des agglomérations sur l'appareil respiratoire et cardiovasculaire, voire sur la mortalité. La complexité du phénomène est liée aux difficultés rencontrées par la mesure, à l'ampleur des interrogations que suscite la pollution atmosphérique au plan psychologique, aux implications sanitaires, à la dialectique nécessaire entre interrogations individuelles et gestion collective... Ces éléments demeurent autant de préoccupations au coeur des choix de société et leur pertinence est encore plus forte dans la perspective du développement durable. Longtemps, la question des effets sanitaires de la pollution atmosphérique s'est résumée à celle de l'impact des pics de pollution. L'idée sous-jacente était que si les pics sont maîtrisés, la question de la pollution serait réglée en terme de santé publique. Or, il n'en est rien. Les études épidémiologiques des effets des expositions de courte durée étudient les conséquences à court terme des variations des concentrations de polluants atmosphériques dans l'air ambiant. Ces études mettent en avant un continuum de l'effet de la pollution et non une menace avançant par saut d'un pic de pollution à l'autre.

Aussi les maladies de l'environnement deviennent-elles un défi pour les professionnels de la santé publique. Les effets néfastes sur la santé d'un environnement pollué imposent que la transparence remplace la culture du secret. Communiquer sur la pollution atmosphérique ne doit pas paraître comme un alibi masquant l'impuissance des pouvoirs publics, mais *a contrario* doit être un champ d'intervention des professionnels de santé confrontés de plus en plus à une demande de réponse de la population. C'est en ce sens que le professionnel de santé doit être « armé » pour faire face à la perception des populations du risque sanitaire lié à l'environnement. L'exemple de la qualité de l'air est ainsi très caractéristique. Le problème est donc de savoir quel est le niveau de communication et d'information entre le professionnel de santé publique et la population. Qu'il soit allergologue ou technicien sanitaire, médecin généraliste ou ingénieur du génie

sanitaire ou encore médecin inspecteur de santé publique, comment le professionnel de santé publique appréhende-t-il la perception par les populations du risque sanitaire lié à l'environnement ?

Les professionnels de santé publique interrogés attestent d'un décalage par la population entre le risque réel et le risque perçu. En ce sens, ils s'interrogent sur les moyens qu'ils peuvent mettre en œuvre pour réduire ce décalage.

Le décalage de perception du risque sanitaire mis en évidence trouve différentes causes : s'il est d'origine sensorielle, il est aussi le produit d'une construction sociale (I). Ce constat est toutefois paradoxal au vu des dispositifs existants (II). Il importe alors de formuler des propositions permettant de réduire ce décalage de perception (III).

I. Les causes du décalage de perception des risques environnementaux

Les causes du décalage reposent sur l'évaluation des risques. Il existe un décalage entre savoirs scientifiques et savoirs populaires « *grand décalage dû à une vision objective du professionnel qui détient les clés du langage savant et le particulier* »⁵. Les développements de la science et des techniques ont modifié la perception ordinaire des problèmes environnementaux, car ils révèlent que la pollution moderne est invisible et inaccessible aux profanes. Ainsi notre enquête sur les perceptions de la qualité de l'air nous permet de constater un décalage entre l'appréhension spontanée et directe de la qualité de l'air, qui s'effectue par les sens (A), et un discours et une appréhension des risques au travers d'une construction sociale (B).

⁵ Membre d'association.

A. La perception sensorielle du risque environnemental

Au regard des entretiens qui ont été menés, les professionnels de santé ont affirmé l'existence d'un décalage de perception du risque par la population. Dans le domaine de la qualité de l'air, celui-ci intervient au travers de l'odorat et de la vue.

Ainsi les particuliers évaluent en priorité la qualité de l'air par les sens : « *les odeurs alertent* »⁶. La perception du risque sera d'autant plus importante qu'« *elle est liée à ce qui se sent, ce qui se voit (signes olfactifs et visuels), à ce qui produit un rejet canalisé (usine, incinérateur) plutôt qu'un rejet diffus (pollution atmosphérique), à ce qui relève d'une responsabilité collective (incinérateur) plutôt que d'une responsabilité individuelle (pollution par gaz d'échappement de voiture)* »⁷.

Cette perception du risque par les populations n'est cependant pas nécessairement proportionnelle à la gravité du risque encouru et/ou avéré. A titre d'exemple, fourni par un Ingénieur de la Cellule Interrégionale d'Epidémiologie (CIRE) « *Les populations étaient davantage inquiètes du risque sanitaire lié à l'incinérateur qui était à l'origine de 15 décès sur 25 ans, qu'à celui lié à la pollution atmosphérique qui serait responsable de 20 décès par an* ».

L'évaluation du risque répond ainsi à la perception des individus, « *les populations perçoivent le risque seulement lorsqu'il y a des signes visibles de pollution, [...] des odeurs senties, des fumées observées, par exemple, ou pour se plaindre que l'usine voisine fait du bruit ou rejette de la poussière sur le linge qui sèche dans le jardin* »⁸. De plus, les personnes expriment leur perception du risque au travers des gênes : « *ces gênes sont retranscrites par courrier et concernent des odeurs nauséabondes, des gênes respiratoires associant une irritation* »⁹.

Pour la population, le risque est assorti d'un danger. Son niveau de perception permet de le rationaliser, de le quantifier afin d'apporter une réponse. Au travers des entretiens il apparaît clairement que le grand public n'adoptera jamais le raisonnement de l'ingénieur, du médecin ou du technicien sanitaire en matière de risque.

Lorsqu'un individu se dit gêné, il exprime quatre opinions distinctes : son attitude devant l'expression de la gêne, l'évaluation de l'environnement où il se trouve, la comparaison

⁶ Technicien sanitaire, DDASS.

⁷ Ingénieur sanitaire CIRE, DRASS.

⁸ Technicien sanitaire DDASS.

⁹ Ingénieur d'étude sanitaire DDASS.

entre la source réelle et ce qu'il s'attendait à percevoir et enfin, le jugement qu'il porte sur la gêne selon des critères personnels¹⁰.

Si les citoyens ont parfois une perception relativement correcte de la réalité de la pollution atmosphérique, ils sont beaucoup moins aptes à faire le lien entre un niveau de pollution objectif et des effets perçus sur la santé.

L'exemple de l'épisode caniculaire d'août 2003 démontre que la perception du risque au travers des sens n'a pas permis de sauver des vies. La population a ressenti les températures minimales et maximales excessivement élevées, mais n'a pas perçu le niveau de pollution (ozone) qui a joué un rôle dans la surmortalité¹¹.

La perception du risque par la population est donc initiée par son activité sensorielle. Pour autant, elle est aussi le fruit de représentations sociales.

B. La perception du risque et son construit social

Si la représentation du risque résulte de l'expérience due à une confrontation directe au risque et de sa perception sensorielle, elle se construit aussi avec la communication dont l'individu est la cible. De la même façon, elle se construit aussi dans la confiance que les individus accordent aux discours scientifiques et techniques. L'ensemble influence la relation santé et environnement des individus tout comme le seuil d'acceptabilité du risque.

L'information du citoyen est véhiculée par les médias et les nouvelles technologies d'information. Les professionnels de santé estiment que l'information sur la qualité de l'air pour la population est disponible, accessible et pertinente. La diffusion de l'information au citoyen utilise des canaux différents. Le relais télévisuel semble être de meilleure qualité lorsqu'il est plus près des individus. « *La collaboration avec les chaînes locales est plus étroite et permet de diffuser une information plus pertinente [...] Le même constat s'applique à la presse nationale et régionale* »¹². Toutefois, pour certains d'entre eux, l'information est disponible mais mal adaptée car elle emploie un vocabulaire que la population ne peut pas comprendre. « *Même si elle s'avère disponible, elle demeure insuffisamment présente, peu accessible et souvent trop radicale, autrement dit trop orientée* »¹³. « *Les médias ont un rôle important et peuvent être à l'origine des*

¹⁰ Nuisances olfactives et pollution de l'air, Pollution atmosphérique n°180, octobre-décembre 2003.

¹¹ L'environnement en France, IFEN, octobre 2006.

¹² Ingénieur sanitaire CIRE, DRASS.

¹³ Ingénieur du génie sanitaire, service santé environnement DDASS.

modifications de perception de la population »¹⁴. « Les médias pratiquent la plupart du temps une désinformation. [...] Les médias sont des amplificateurs en aggravant le côté spectaculaires [...] Avec un média comme Internet le risque repose sur le fait que « tout le monde est plus spécialiste que les autres » »¹⁵.

Le développement des technologies de l'information et de la communication facilite la diffusion des informations et des données sur l'environnement. Toutefois, ce développement n'est pas exempt d'écueils. Internet permet ainsi d'apporter des réponses au questionnement du citoyen, mais peut aussi de la même façon exposer le contraire du discours politique par des exposés ou preuves d'expert parlant au nom de la défense de l'environnement. Le discours militant des associations qui dénoncent les actions des industriels se heurte à l'information délivrée par les différents sites gouvernementaux en matière d'environnement. La perte de cohérence du discours devient un facteur supplémentaire qui ne facilite pas la perception des risques sanitaires liés à l'environnement.

Le niveau d'information et de formation des professionnels de santé est hétérogène. Si un généraliste estime que *« les informations lui sont accessibles et adaptées, sous réserve de la prise en compte de l'état des connaissances scientifiques actuelles comme de la nécessité de rechercher personnellement l'information »*, un de ses confrères la considère comme *« inexistante car les connaissances sont insuffisantes. La relation entre la qualité de l'air et la santé n'est pas clairement établie »*.

Pour certains professionnels de santé, le médecin n'apparaît pas comme un partenaire car il *« fonctionne sur un mode de raisonnement différent, en trois niveaux : la justification d'un acte médical, l'optimisation d'un procédé et la limitation des risques liés à ce procédé »*. C'est en cela que la population ne trouvant pas de réponses précises ou adaptées se tourne vers l'associatif. Ainsi, la Commission de Recherche et d'Information Indépendante sur la Radioactivité (CRIIRAD) diffuse directement, sans intervention humaine, des informations sur la qualité de l'air relevées par leurs capteurs, et cultivant par ailleurs la transparence de l'information.

Le rapport « Perplex »¹⁶ vient conforter l'idée d'un désaccord entre les experts. Ainsi, les résultats d'une étude entre les experts démontrent que les salariés scientifiques des instituts gérant des risques ont une perception différente entre eux selon leurs organismes d'appartenance. Les personnels n'ont pas la même attitude face aux risques gérés par

¹⁴ Ingénieur du génie sanitaire, DRASS.

¹⁵ Ingénieur d'études sanitaires DDASS.

¹⁶ Experts et grand public : quelles perceptions face au risque ? Juillet 2006 rapport IRSN/ DSDRE/Dossier n°10

leur organisme. Les uns sont moins inquiets, les autres davantage. La différence de culture pourrait expliquer cette différence.

Le lien santé environnement devient une préoccupation consensuelle. « *Il existe une prise de conscience des populations des problèmes liés à l'environnement. La canicule, le tsunami, les inondations ou autres évènements climatiques ont fait prendre conscience aux personnes qu'il y avait bien un réchauffement climatique. Cette prise de conscience générale modifie les comportements ainsi que leurs perceptions vis-à-vis de la qualité de l'air* ¹⁷ ». L'environnement devient en effet un sujet de préoccupation d'autant plus aigu pour les individus qu'ils le perçoivent comme une menace potentielle pour leur santé. Selon le baromètre de l'Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN) réalisé en 2004, 22% des Français placent la dégradation de l'environnement en tête des sujets qui les préoccupent le plus. Ce classement connaît une relative stabilité depuis plusieurs années. Quand on leur demande de se prononcer sur l'importance qu'ils accordent à l'environnement sur une échelle de 1 à 7, les Français témoignent d'une sensibilité assez forte : 77 % donnent une note au moins égale à 5¹⁸.

Pour la majorité des professionnels rencontrés, « *la population a une conception graduelle du risque* ». L'appréciation des risques suit un double processus : surestimation et sous-estimation des risques. Une majoration de la perception des risques est constatée quand les médias se saisissent de la question.

Parallèlement, une minimisation des menaces environnementales est perceptible à proximité d'un site à risque. « *Il y a une certaine forme d'acceptation du risque : certains riverains, de la zone d'activité de Port-Jérôme, évoquent avoir conscience du risque, mais disent « passer au-delà. Les arguments sont principalement d'ordre économiques puis sociaux et enfin culturels* »¹⁹. « *Il y a, semble-t-il, une majoration de ce décalage chez les populations les plus socialement fragiles, modestes* »²⁰. Toutefois, « *il est vrai que les populations les plus faibles sont celles qui semblent le plus accepter un risque ou se résigner à vivre, à travailler, exposées à ce risque* »¹⁹.

Cependant, si les particuliers ont plus de difficultés à juger de la gravité des risques que les professionnels, ces derniers sont également guidés par leurs jugements propres. C'est ce que précise l'une de nos rencontres avec un médecin généraliste. « *Personnellement,*

¹⁷ Association de prévention des pollutions atmosphériques

¹⁸ Crédoc-Ifen Enquête « Conditions de vie et aspirations des Français », début 2005

¹⁹ Ingénieur du génie sanitaire (DRASS)

²⁰ Ingénieur du génie sanitaire, service santé environnement (DDASS)

j'ai choisi de quitter Paris, mais ce n'était pas à cause de la pollution car Paris n'est pas si polluée que ça », et d'ajouter que son « frère ne quittera jamais la capitale alors même que son enfant souffre d'asthme lié à la pollution ». Cet exemple représentatif des causes du décalage de perception de la qualité de l'air traduit combien cette perception du risque par les professionnels de santé publique et la population n'est pas nécessairement proportionnelle à la gravité du risque encouru.

Cette dichotomie permet de prendre la mesure du problème posé par le décalage de perception du risque lié à la pollution atmosphérique entre la population et les professionnels de santé. Ceux-ci doivent être en mesure d'apporter des réponses visant à diminuer l'écart de perception. En effet, le décalage mis en exergue nuit à l'efficacité d'une politique de santé publique liée à la qualité de l'air. L'intervention de professionnels de santé publique restera contingentée par ce décalage de perception. Or ce décalage apparaît paradoxal au vu des nombreux dispositifs existants en matière de lutte contre la pollution atmosphérique.

II. Les limites des dispositifs existants en matière de lutte contre la pollution de l'air

De nombreux dispositifs oeuvrent à promouvoir l'information et la lutte contre la pollution de l'air, mais ne parviennent pas à s'inscrire dans une cohérence globale (A). Les lacunes de ces dispositifs institutionnels expliquent ainsi la forte intervention d'acteurs «non institutionnels », alors même que ces derniers restent contingentés dans leur action (B).

A. Des dispositifs institutionnels nombreux mais ne parvenant pas à s'inscrire dans une cohérence globale

Le dispositif normatif apparaît à première vue exhaustif. Toutefois, le défaut d'incitation à la mise en œuvre des outils prévus aboutit à leur application de manière disparate et à de nombreuses déclarations de principe. En outre, les autorités de Santé Publique compétentes en la matière agissent sans coordination ni cohérence globale.

De nombreuses dispositions normatives communautaires comme nationales prévoient de multiples actions en termes de politiques publiques et de prise en compte de la qualité environnementale. La mobilisation politique autour des risques environnementaux s'est récemment illustrée au travers d'une Charte de l'environnement « adossée » à la
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2007

Constitution²¹. Les politiques publiques en matière de protection de l'environnement s'articulent plus spécifiquement autour de plans et programmes phares.

Ainsi, les Plans de Déplacements Urbains (PDU) ont été créés par la Loi n°82-1153 d'Orientation sur les Transports Intérieurs (LOTI) du 30 décembre 1982 pour rationaliser l'organisation des transports, de la circulation et du stationnement. Par la suite, la Loi n°92-1236 sur l'Air et l'Utilisation Rationnelle de l'Energie (LAURE) du 30 décembre 1996 a modifié ces plans pour en faire des outils de lutte contre la pollution atmosphérique. Le PDU est ainsi un cadre de réflexion et de proposition de principes pour la réorganisation de l'ensemble des déplacements à l'horizon 2010. Il vise les objectifs essentiels que sont la protection de l'environnement et la santé publique avec la diminution des nuisances urbaines principalement liées aux déplacements : pollution, bruit et insécurité routière.

Par ailleurs, la LAURE a aussi introduit le Plan de Protection de l'Atmosphère (PPA). Ce plan s'applique aux agglomérations de plus de 250 000 habitants et aux zones dans lesquelles les valeurs limites de qualité de l'air ne sont pas respectées²². Il vise à ramener dans la zone les concentrations en polluants à un niveau inférieur aux valeurs limites. Pour ce faire, des prescriptions particulières applicables aux différentes sources d'émission (chaudières, usines, trafic routier, combustion du bois...) sont prises par arrêté préfectoral. Il définit également les modalités de déclenchement de la procédure d'alerte. Chaque plan doit faire l'objet d'une enquête publique.

Enfin, le Décret 98-362 du 6 mai 1998 instaure des Plans Régionaux pour la Qualité de l'Air (PRQA). Ils consistent à fixer les orientations à moyen et long terme permettant de prévenir ou de réduire la pollution atmosphérique afin d'atteindre les objectifs de la qualité de l'air définis dans ce même plan pour la région concernée. Ils sont élaborés sous l'autorité du Président du Conseil Régional, assisté par une Commission *ad hoc*.

Ainsi, ces différents outils de planification et d'aménagement du territoire apparaissent-ils comme pertinents et semblent prendre en compte à sa juste mesure la question de la qualité de l'air. Or, en pratique, les effets de ces outils, lorsqu'ils sont mis en œuvre, se révèlent fortement limités. En effet, les PDU sont largement incantatoires et descriptifs.

²¹ Loi constitutionnelle n°2005-205 du 1^{er} mars 2005 relative à la Charte de l'environnement et adoptée par le Parlement réuni en Congrès.

²² Décret n°98-360 du 6 mai 1998 modifié relatif à la surveillance de la qualité de l'air et de ses effets sur la santé et sur l'environnement, aux objectifs de qualité de l'air, aux seuils d'alerte et aux valeurs limites.

Les PPA accusent un grand retard dans leur adoption. Introduits par la LAURE en 1996, leur décret d'application précisant leur contenu n'est intervenu qu'en 2001. Enfin, les PRQA n'ont jamais été évoqués lors des entretiens réalisés.

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique instaure un Plan National Santé-Environnement (PNSE). Le PNSE « *vise à répondre aux interrogations des Français sur les conséquences sanitaires à court et moyen terme de l'exposition à certaines pollutions de leur environnement.* »²³. Ce dernier comporte ainsi les actions suivantes : réduire les émissions de particules diesel par les sources mobiles, réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle, mieux connaître les déterminants de la qualité de l'air intérieur et mettre en place un étiquetage des caractéristiques sanitaires et environnementales des matériaux de construction.

Le PNSE présente l'avantage d'apporter une vision globale de la problématique Santé-Environnement et d'impulser une politique nationale à décliner au plan régional (Plan Régional de Santé Environnement, PRSE). Cependant, il rationalise insuffisamment la hiérarchisation des actions engagées, ne définit pas suffisamment les objectifs et ne précise que vaguement les moyens permettant de les atteindre.

Le corpus normatif existant est ainsi lacunaire dans ses effets. De plus, l'action des autorités de Santé Publique en matière d'amélioration de la qualité de l'air se révèle disparate au vu du défaut de politique globale en la matière.

Les instances nationales compétentes en matière de prise en compte de la qualité de l'air sont pléthoriques. Ainsi, les ministères susceptibles d'être compétents dans le domaine de la qualité de l'air sont nombreux²⁴ : Ministère de l'Ecologie et du Développement Durable (MEDD), mais aussi Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche et Ministère des Transports. De plus, des Etablissements Publics (EP), qu'ils soient établissements publics administratifs ou établissements publics industriels et commerciaux jouent un rôle dans le domaine de la qualité de l'air : Haute Autorité de Santé (HAS), Institut de Veille Sanitaire (InVS), Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie (ADEME), Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), Institut National de l'Environnement Industriel et des Risques (INERIS)... Malgré les

²³ Site du ministère de la Santé

²⁴ Gouvernement Villepin 2005-2007.

actions pertinentes mises en place par ces différents acteurs²⁵, force est de constater qu'elles ne sont pas coordonnées au travers d'une véritable politique globale.

De plus, les autorités locales intervenant dans le domaine du risque sanitaire lié à la qualité de l'air sont également nombreuses : autorités sanitaires déconcentrées (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale, Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement), autorités décentralisées (Conseil Régional) et émanations d'EP nationaux (Cellules Interrégionale d'Epidémiologie). Non coordonnées, ces autorités mettent en œuvre de manière hétérogène des politiques de santé relatives au risque sanitaire lié à la qualité de l'air. Certaines autorités sanitaires se sont révélées particulièrement actives au sujet de la qualité de l'air, d'autres l'ont été beaucoup moins. De plus, certaines ont formalisé des interventions mais limitées aux situations de crise. Cette disparité d'action peut s'expliquer par le fait que certaines régions (lyonnaise ou parisienne) sont particulièrement exposées à des formes de pollution industrielle. L'action dans ces régions est ainsi plus active. Cependant, cette disparité d'action trouve aussi une justification dans l'implication forte de certaines personnes ayant compris l'enjeu que représente la qualité de l'air. Les différents entretiens ont en effet mis en évidence que la présence éventuelle de dispositifs de prévention et d'action en matière de qualité de l'air procédait étroitement de dynamiques personnelles au sein de certains organismes. Ainsi, l'absence de coordination menée au travers d'une politique globale en matière de qualité de l'air est patente.

Au vu de cette analyse, les dispositifs institutionnels existants apparaissent exhaustifs. Toutefois, leur action reste peu efficace pour deux raisons majeures. D'une part, le corpus normatif reste largement incantatoire et non coercitif. D'autre part, aucune action coordonnée n'émerge véritablement entre les acteurs compétents. Dès lors, les lacunes de ces dispositifs institutionnels semblent justifier la prégnance des acteurs « non institutionnels » dans la gestion du risque sanitaire lié à l'environnement. Toutefois, du fait de leur statut, leur rôle est nécessairement restreint.

²⁵ Exemple : mise en place en 2003 à l'initiative du MEDD du système PREV'AIR afin de générer et de diffuser quotidiennement des prévisions et des cartographies de qualité de l'air, issues de simulations numériques, à différentes échelles spatiales.

B. Des acteurs « non institutionnels » occupant une place prépondérante mais néanmoins contingente

Les acteurs dits « non institutionnels » s'avèrent relativement nombreux dans la gestion du risque lié à la qualité de l'air. Cependant, tous n'occupent pas une place d'égale importance. Ainsi, le milieu associatif a acquis une forme de légitimité. *A contrario*, le médecin traitant n'apparaît pas être à même de répondre avec efficacité aux sollicitations de sa patientèle au sujet de la pollution de l'air. Enfin, dans cette problématique, Internet occupe une place sujette à caution. Quoi qu'il en soit, l'importance relative de ces différents acteurs demeure limitée par leur statut « non institutionnel ».

De nombreuses associations sont compétentes en matière de gestion du risque lié à la qualité de l'air : Observatoires Régionaux de la Santé, Air Paris, Air Breizh, Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique (APPA), ATMO-Rhône-Alpes, CRIIRAD (Commission de Recherche et d'Informations Indépendantes sur la Radioactivité)... La liste ne saurait être exhaustive mais atteste cependant de la forte présence du milieu associatif en l'espèce²⁶.

Les objectifs de ces associations sont de promouvoir une meilleure information sur la qualité de l'air et, plus globalement, de sensibiliser le public aux risques liés à l'environnement. Elles proposent à cet effet des indicateurs de la qualité de l'air au travers de publications et de sites Internet. Ainsi, pour les agglomérations de plus de 100 000 habitants, les associations diffusent un indicateur global de la qualité de l'air : l'indice ATMO. Pour les villes de moins de 100 000 habitants, on parle de l'Indice de la Qualité de l'Air simplifié (IQAs)²⁷. Des données cartographiques en temps réel complètent la diffusion de cet indice. De plus, certaines associations ont mis en place des dispositifs innovants. Par exemple, l'association « ATMO-Rhône-Alpes » a élaboré un outil de simulation qui peut évaluer en temps réel les niveaux de pollution pour une rue ou un quartier donné dans le centre-ville de Lyon.

²⁶ Annexe n°4 : Quelques associations oeuvrant pour la qualité de l'air.

²⁷ Ce sont des indicateurs journaliers de la qualité de l'air, calculés à partir des résultats des stations « urbaines » et « périurbaines » représentatives des zones dites « de pollution homogène ». Ils concernent essentiellement les agglomérations. Quatre polluants sont pris en compte : les particules fines, le dioxyde de soufre, le dioxyde d'azote, l'ozone. Les concentrations de chacun de ces polluants sont classées sur une échelle de « 1 » très bon à « 10 » très mauvais. Le plus élevé de ces quatre sous-indices donne l'indice ATMO de la journée.

Les associations ont aussi constitué des réseaux compétents en matière de qualité de l'air au sein de certaines agglomérations. Ainsi, « Respiralyon » est un réseau lyonnais constitué suite à un épisode olfactif très important en 2002. Il s'agit d'un réseau de « 200 nez » : 200 personnes notent quotidiennement la présence d'odeurs ou non afin d'informer la population lyonnaise par le biais d'Internet.

Par ailleurs, conformément à la LAURE du 30 décembre 1996, la plupart des ces associations sont regroupées au sein de la Fédération ATMO, qui représente l'ensemble des 38 Associations Agréées pour la Surveillance de la Qualité de l'Air (AASQA). La Fédération ATMO rassemble, outre les associations impliquées dans la protection de l'environnement et des consommateurs, les Préfets et services de l'Etat, les collectivités territoriales, les industriels potentiellement concernés par la pollution de l'air, les transporteurs. La Fédération ATMO assure les missions suivantes : mise en œuvre de la surveillance et de l'information sur la qualité de l'air, diffusion des résultats et des prévisions, transmission au Préfet des informations relatives aux prévisions de dépassements des seuils d'alerte et de recommandations. Ainsi, la loi elle-même s'appuie sur le milieu associatif pour, d'une part, promouvoir une information en matière de qualité de l'air et pour, d'autre part, lutter contre la pollution atmosphérique. Le milieu associatif bénéficie d'une légitimité avérée et certaines associations peuvent se prévaloir d'une expertise certaine en matière de qualité de l'air.

Toutefois, toutes les associations ne sont pas à même d'apporter des garanties qualitatives. De plus, elles restent contingentées dans leurs actions. Elles dépendent de fonds publics qui ne sont pas toujours pérennes ou de financeurs privés qui peuvent faire peser un doute sur leur probité. Elles peuvent aussi être perçues comme des organismes militants et partisans. Ainsi, très investies et aujourd'hui indispensables dans la juste perception par la population du risque sanitaire lié à la qualité de l'air, les associations restent tributaires de leur statut « non institutionnel » et de leurs modalités de financement.

Cependant, les associations ne constituent pas les seuls acteurs « non institutionnels » à œuvrer en matière de qualité de l'air.

Le médecin traitant apparaît comme un relais « naturel » de l'information pour les patients. Il est souvent le premier interlocuteur de sa patientèle lorsque celle-ci est confrontée à un épisode polluant ou souffre d'une pathologie liée à la mauvaise qualité de l'air (asthme). Cependant, cet acteur de santé publique est lui-même tributaire de sa propre perception du risque sanitaire lié à la qualité de l'air. Il peut ne pas être sensibilisé

à cette question, ne pas être informé, avoir une perception altérée de la réalité de ce risque sanitaire ou encore être conscient des limites de son action : « *on ne peut pas dire aux gens d'arrêter de respirer* »...

Internet, quant à lui, rend accessible une multitude d'informations au sujet de la qualité de l'air. Cet outil peut permettre de réduire le décalage existant entre la perception sensorielle de la qualité de l'air et sa réalité en apportant une information idoine. Or, Internet présente aussi des effets pervers. D'une part, les informations disponibles à ce sujet sont multiples, variées et non hiérarchisées. Il est parfois difficile de trouver l'information recherchée. D'autre part, Internet peut faire croire de manière fallacieuse à la population qu'elle est devenue spécialiste d'un sujet éminemment complexe et technique.

Aussi, au vu des limites des dispositifs existants en matière d'information et de sensibilisation à la qualité de l'air, qu'ils soient institutionnels ou non, il apparaît indispensable d'effectuer des propositions qui permettraient, *in fine*, de réduire le décalage de perception constaté.

III. Les pistes d'amélioration

Afin de réduire le décalage entre la perception du risque lié à la qualité de l'air par les populations et le risque avéré, des pistes d'amélioration peuvent être proposées. Tout d'abord un effort pourrait être porté en matière de communication (A). Ensuite, l'éducation citoyenne devrait être promue et la formation des professionnels de santé publique renforcée (B). Enfin, une réelle gouvernance de la politique d'amélioration de la qualité de l'air pourrait être instaurée (C).

A. La communication

Les problèmes de pollution de l'air et de gestion des déchets font partie des préoccupations des citoyens. Effectivement ces derniers, aujourd'hui, souhaitent être informés sur ces questions et plus précisément sur les mesures prises par les entreprises face à la problématique environnementale. Comment réagissent les entreprises ? Quelles sont les actions réalisées en faveur du développement durable ? Quelles sont les conditions de la crédibilité d'une communication de l'entreprise sur le développement durable ?

Face à ces différentes interrogations soulevées par la population, les entreprises, notamment dans le secteur de la chimie, ont créé des postes de Chargé de communication environnement. Ainsi, dans ce secteur très sensible, où les industriels sont taxés de pollueurs, le responsable de la communication environnement doit sensibiliser le public aux efforts de l'entreprise en matière de respect de l'environnement. Cette orientation illustre la vision de nos interlocuteurs pour lesquels il est important de communiquer sur les actions relatives à l'amélioration de la qualité de l'air. Ce travail de communication doit être réalisé conjointement entre l'Etat et les industriels.

De plus, il doit permettre aux populations de connaître les actions réalisées par les industriels pour réduire la pollution afin que la vision qui en résulte soit différente du discours alarmiste généralement diffusé. De ce fait, en situation normale ou en période de crise, la politique de communication doit faire connaître les innovations de l'entreprise afin de susciter une image positive dans l'esprit du public. Cette forme d'exemplarité peut générer dans le même temps une dynamique chez les individus.

Lors de la gestion d'une situation de crise (explosion sur un site, pollution accidentelle...), il est impératif que l'entreprise agisse vite, puis rassure en justifiant les démarches mises en œuvre.

Les populations s'interrogent sur le rôle des entreprises dans le domaine environnemental mais qu'en est-il de leurs interrogations sur leurs propres comportements ? Lors de la conférence-débat du 13 janvier 2005 relative à « *L'état de l'environnement, entre réalité et perception* » Thierry LIBAERT, membre de la cellule de veille environnementale du ministère de l'Environnement, a mis en valeur « *le rôle de la communication en faveur de l'environnement. En effet, très préoccupés par les questions environnementales, les Français sont néanmoins très ambigus dès qu'il s'agit de passer de l'intention à l'action. Le syndrome NIMBY (not in my backyard)²⁸ « pas dans mon jardin », semble prédominer. Cette attitude, révèle l'absence de confiance dans l'intérêt général et favorise le repli sur soi* ».

²⁸ Syndrome NIMBY : Acronyme censé traduire l'attitude d'opposition d'une population locale vis-à-vis d'un projet susceptible d'entraîner certaines nuisances réelles ou supposées du cadre de vie. En Europe, l'intensification des conflits de localisation est plus récente qu'au Québec et l'appellation NIMBY entre peu à peu dans le langage courant.

Définition tirée du rapport Bourgogne - mai 2005 « Les conflits de localisation : le syndrome NIMBY » - Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO) Allier savoirs et décisions (Nicolas MARCHETTI).

La communication apparaît alors comme un élément essentiel pour favoriser la modification des comportements. On assiste ainsi à une forme de «communication-sensibilisation ». En effet, du message au niveau national à une communication au plan local, l'information doit être claire et conduire chacun à faire son propre écobilan. La responsabilité individuelle, par le biais des "éco-gestes", reste à la base de tout changement majeur en faveur de la santé environnementale à long terme. Toutefois, la « communication-information » doit être adaptée car la profusion d'informations risque de nuire aux messages souhaités initialement. Par exemple, dans certaines régions, la multiplicité des indicateurs relatifs à l'ozone (émanant d'organismes et d'associations) peut susciter une confusion dans l'esprit des populations par l'affichage de résultats divergents. Pour d'autres types d'événements, les médias restent le principal outil d'information. Cependant un risque de désinformation reste possible. Les médias sont des amplificateurs en aggravant le «côté spectaculaire ». Cependant, dans un souci d'amélioration, cette vision peut être atténuée lorsque les journalistes deviennent des « alliés », comme pour le monoxyde de carbone, où la presse est sollicitée pour faire de la prévention. En revanche, la situation est différente avec Internet, devenu média. Dans ce cas, le risque repose sur le fait que l'on trouve tout et son contraire sans maîtrise réelle des sources de l'information. De même, il est impératif d'effectuer une meilleure communication sur les problématiques de santé environnementale afin d'éviter des phénomènes de psychose et asseoir la crédibilité des décideurs en cas de crise.

Enfin, la sphère affective (de proximité ou non) est une composante à laquelle l'individu est très attaché, pour des raisons qui ne tiennent qu'à lui et qu'il n'identifie pas toujours. Un tel environnement est par nature subjectif et ce n'est pas au réel qu'il se rapporte, mais à la représentation que s'en fait l'individu. Autrement dit, face à l'affectif, l'irrationnel prime. Chaque être humain possède ainsi son propre univers, un environnement intime, dont les contours reposent sur le lieu de résidence, les origines socioculturelles, le "vécu" particulier, mais également à des conceptions socio-politiques, idéologiques ou religieuses. L'existence de ce type d'environnement induit le fait que tous les individus ne sont pas tous sensibles à cette problématique. C'est pourquoi, nos interlocuteurs insistent sur le fait que la communication est fondamentale et qu'elle doit être adaptée.

Cette première proposition relative à la communication doit être associée à une éducation citoyenne et à la formation des professionnels de santé publique.

B. L'éducation citoyenne à la santé environnementale et la formation des professionnels de santé publique

Dans le domaine de l'éducation, il convient d'allier formation scolaire et formation éducative afin de rassembler les moyens et les conditions qui permettront une approche diversifiée et durable.

La prévention des risques passe par une démarche d'éco-citoyenneté, notamment sur la pollution de l'air ou encore sur la gestion des déchets, étayée, plus globalement, de réflexions sur les risques sanitaires environnementaux. Ces éléments devraient être intégrés dans les programmes scolaires dès le plus jeune âge. Effectivement, la formation des élèves doit avoir aussi pour objectif de leur faire prendre conscience du lien entre environnement et santé et en faire des citoyens responsables. De ce fait, il est important d'intégrer dans les programmes scolaires, notamment dès l'école primaire, des informations sur l'environnement et ses risques sanitaires. L'acquisition et l'assimilation de cet enseignement ne doivent pas être déconnectées de la perception personnelle de l'environnement qui s'est construite sur la manière de vivre, la culture, la religion et l'entourage.

Ainsi, pour Lucie SAUVE²⁹, l'Education relative à l'Environnement répond à trois problématiques interdépendantes³⁰ : la dégradation de l'environnement, l'aliénation des personnes en regard de leur milieu de vie et la problématique pédagogique. En réponse à cette triade, Lucie SAUVE observe que l'éducation relative à l'environnement peut être envisagée selon trois perspectives complémentaires, c'est-à-dire les perspectives environnementale, éducative et pédagogique.

Concernant l'aspect pédagogique, il apparaît judicieux et complémentaire de développer certains outils didactiques et ludiques. Par exemple, dans un esprit de facilitation et en vue de susciter l'intérêt, les sites d'information proposés relatifs à l'environnement et à la santé devraient faire l'objet d'une inscription des adresses dans les «favoris» des postes informatiques mis à disposition des enseignants, des élèves et surtout des documentalistes. De la même façon une sensibilisation des médias apparaît opportune.

²⁹ Chaire de recherche du Canada en éducation relative à l'environnement, Université du Québec à Montréal (UQAM)

³⁰ Lucie Sauvé. *Pour une Education relative à l'Environnement*. Ed. Eska, 1994

Enfin, le souhait de développer une culture commune sur les questions environnementales doit amener les pouvoirs publics à accentuer la formation des principaux acteurs en matière de santé environnementale. Cette formation initiale et continue doit toucher l'ensemble des services concernés. Elle pourrait prendre la forme de stages de sensibilisation regroupant les agents des différents services de l'Etat, en vue d'assurer un échange de culture et de pratiques. Ces stages pourraient être organisés conjointement par différentes écoles publiques telles l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S), l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (EHESP) et les services de formation des ministères concernés, sans oublier les réseaux associatifs. De même, une formation adaptée et orientée des médecins doit être dispensée afin de les sensibiliser aux problèmes actuels de santé environnementale. Aujourd'hui, ce n'est pas le cas sauf pour certaines spécialités telles la pneumologie ou l'allergologie. Par ailleurs, en ce qui concerne les collectivités territoriales, également amenées à traiter des problèmes de santé environnementale (usines d'incinérations, stations d'épuration, plans de circulation...), des formations adaptées doivent être mises en place. Pour améliorer la communication et la formation, les professionnels de cette problématique environnementale doivent pouvoir approfondir leurs connaissances. Pour cela, les recherches et les études sur les risques sanitaires liés à l'environnement doivent se poursuivre et s'accroître.

De plus, il convient de mettre en place une coordination des acteurs impliqués dans la qualité de l'air afin qu'une politique publique de santé environnementale efficace puisse voir le jour.

C. Une réelle gouvernance de la politique d'amélioration de la qualité de l'air

Dans son rapport *Qualité de l'air et changement climatique : un même défi, une même urgence. Une nouvelle gouvernance pour l'atmosphère*³¹, Philippe RICHERT propose, entre autre, la rénovation de la LAURE (Loi n°92-1236 sur l'Air et l'Utilisation Rationnelle de l'Energie du 30 décembre 1996) en une « Loi sur l'Environnement Atmosphérique » (LEA) et l'instauration d'une réelle gouvernance nationale et locale.

³¹ Rapport RICHERT : « *Qualité de l'air et changement climatique : un même défi, une même urgence. Une nouvelle gouvernance pour l'atmosphère* », 2007

En effet, une nouvelle loi permettrait de redonner un souffle à la politique d'amélioration de la qualité de l'air. Cette loi inclurait notamment le droit à l'information, à la formation et l'éducation à l'environnement.

Par ailleurs, les réglementations existantes doivent être plus contraignantes. Les outils de planification existants (PDU, PPA, PRQA) n'auraient pas à être remis en cause. Cependant, leur mise en œuvre obligatoire leur donnerait l'autorité dont ils ont besoin. De même, l'abaissement du seuil de population pour l'élaboration des PDU pourrait être prévu, ainsi que leur articulation avec les PDA, afin d'éviter des contradictions et des redondances.

Enfin, une « gouvernance » renouvelée de la politique française d'amélioration de la qualité de l'air doit voir le jour. Il est nécessaire de coordonner l'ensemble des acteurs impliqués dans ce domaine car ils agissent encore aujourd'hui en ordre dispersé. Certains territoires sont ainsi fortement impliqués, grâce à la présence de professionnels de santé publique investis, alors que d'autres territoires restent peu concernés par cette problématique. Le souci d'équité de toute politique de santé publique requiert une action concertée sur l'ensemble du territoire.

Conclusion

Le décalage entre la perception du risque lié à la pollution de l'air et la réalité du risque est avéré. Or, ce décalage est préjudiciable à l'effectivité de toute politique publique : comment mener une politique de santé publique efficace si la population qui en est l'objet ne perçoit pas avec justesse le risque auquel elle est effectivement exposée ? Les professionnels de santé publique doivent ainsi composer avec ce phénomène, qui trouve son origine dans une médiation sensorielle et une représentation sociale du risque par les individus. Ce décalage apparaît cependant paradoxal au vu des nombreux dispositifs existants en matière de lutte contre la pollution de l'air. Ce diagnostic n'est pourtant pas irrémédiable. Une communication renforcée, une éducation citoyenne promue, une formation des professionnels de santé publique accrue, associées à une réelle gouvernance de la politique d'amélioration de la qualité de l'air permettraient une meilleure représentation collective et individuelle du risque lié à la pollution atmosphérique.

Ainsi, la problématique de la qualité de l'air n'a, semble-t-il, pas su trouver sa pleine place dans le débat public. En matière de risque environnemental, le réchauffement climatique occupe une place prépondérante : il est aujourd'hui au cœur des préoccupations individuelles et collectives. La qualité de l'air est pourtant intimement liée au réchauffement climatique, mais elle reste perçue comme une question secondaire car elle ne fait pas l'objet d'une représentation idoine au sein de la population. Enjeu environnemental crucial, l'inaction en la matière ne saurait être envisageable. Les pouvoirs publics doivent s'emparer de cette question au plus vite afin d'amener une meilleure prise de conscience des populations. Cette évolution les amènera à être des acteurs respectueux de l'environnement, fondement de l'existence de l'Homme et condition même de sa survie.

Bibliographie

Ouvrages :

- Agence Française de Normalisation. *Qualité de l'air. Tome 1 : Réglementation, normes générales*. Ed. AFNOR, 2006
- Agence Française de Normalisation. *Qualité de l'air. Tome 2 : Air ambiant, Air intérieur*. Ed. AFNOR, 2006
- Professeur Denis Charpin. *L'Air et la Santé*. Ed. Flammarion, 2004
- Dr Anne Deloraine et Dr Claire Ségala. *Quels sont les impacts de la pollution atmosphérique sur la santé ?*. Ed. La documentation Française, 2001
- Mickaël Derbez, Luc Mosqueron, Vincent Nedellec. *Quelles sont les expositions humaines à la pollution atmosphérique ?* Ed. La documentation Française, 2001
- Institut français de l'environnement. *L'Environnement en France*. Ed. IFEN, 2006
- Lucie Sauvé. *Pour une Education relative à l'Environnement*. Ed. Eska, 1994
- Denis Zmirou. *Quels risques pour notre santé ?* Ed. La Découverte et Syros, 2000

Articles :

- Actes du colloque 13 mars 2004, Grande Région Habay-la-Neuve, Château du Pont d'Oy, Les maladies de l'environnement : un défi pour les professionnels de la santé, Ed. Résurgence, 2004
- La lettre thématique mensuelle de l'Institut français de l'environnement, Alexis Roy, n°85 août 2003
- Nicolas MARCHETTI : « *Les conflits de localisation : le syndrome NIMBY* », 2005
- Pollution atmosphérique n°176 : « *La pollution de l'air dans la presse : une représentation dramatique* », Octobre - Décembre 2002
- Pollution atmosphérique n°180 : « *Nuisances olfactives et pollution de l'air : les plaintes des Parisiens* », Octobre - Décembre 2003
- Pollution atmosphérique n°183 : « *Pollutions atmosphériques et santé : quelle santé pour quelle prévention ?* », Juillet - Septembre 2004
- Risk analysis vol.24 : « *Examining Localized Patterns of Air Quality Perception in Texas : A Spatial and Statistical Analysis* », 2004

Rapports :

- Académie des Sciences : « *Pollution atmosphérique due aux transports et santé publique* », 1999
- André ASCHIERI : « *Propositions pour un renforcement de la sécurité sanitaire environnementale* », 1998
- Haut Comité de la santé publique : « *Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé : Poursuivre la réduction des risques* », 2000
- IRSN : « *Experts et grand public : quelles perceptions face au risque ?* », 2007
- Philippe RICHERT : « *Qualité de l'air et changement climatique : un même défi, une même urgence. Une nouvelle gouvernance pour l'atmosphère* », 2007

Textes officiels :

Loi 82-1153 du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs (LOTI) instaurant des PDU, Plans de Déplacement Urbains.

Directive 96/62/CE du conseil du 27 septembre 1996 concernant l'évaluation et la gestion de la qualité de l'air ambiant

Loi 96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie (LAURE) modifiant les PDU et introduisant les PPA, Plans de Protection de l'Atmosphère.

Décret 98-360 du 6 mai 1998 relatif à la surveillance de la qualité de l'air et de ses effets sur la santé et sur l'environnement, aux objectifs de qualité de l'air, aux seuils d'alerte et aux valeurs limites. Il définit la liste des villes à surveiller, la liste des polluants et le seuil de ces polluants.

Décret 98-362 du 6 mai 1998 relatif aux Plans Régionaux pour la Qualité de l'Air (PRQA).

Arrêté du 17 août 1998 relatif aux seuils de recommandation et aux conditions de déclenchement de la procédure d'alerte.

Circulaire du 17 août 1998 relative à la loi n°96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie (Mesures d'urgence concernant la circulation des véhicules).

Directive 1999/30/CE du Conseil du 22 avril 1999 relative à la fixation de valeurs limites pour l'anhydride sulfureux, le dioxyde d'azote, les oxydes d'azote, les particules et le plomb dans l'air ambiant.

Arrêté du 10 janvier 2000 relatif à l'indice de qualité de l'air.

Ordonnance 2000-914 du 18 septembre 2000 relative à la partie législative du code de l'environnement. Entrée en vigueur le 21 septembre 2000.

Directive 2000/69/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 novembre 2000 concernant les valeurs limites pour le benzène et le CO dans l'air ambiant.

Décret 2001-449 du 25 Mai 2001 relatif aux plans de protection de l'atmosphère et aux mesures pouvant être mises en œuvre pour réduire les émissions des sources de pollution atmosphérique.

Directive 2002/3/CE du Parlement européen et du Conseil du 12 février 2002 relative à l'ozone dans l'air ambiant.

Décret 2002-213 du 15 février 2002 portant transposition des directives 199/30/CE et 2000/69/CE et modifiant le décret 98-360 ; ce décret fixe les objectifs de qualité, les seuils d'alerte et de recommandations et les valeurs limites pour les polluants suivants : NO₂, particules (2,5 et 10 µm), Pb, SO₂, O₃, CO et C₆H₆.

Arrêté du 17 mars 2003 relatif aux modalités de surveillance de la qualité de l'air et à l'information du public.

Arrêté du 11 juin 2003 relatif aux informations à fournir au public en cas de dépassement ou de risque de dépassement des seuils de recommandation ou des seuils d'alerte.

Décret 2003-1085 du 12 novembre 2003 portant transposition de la directive 2002/3/CE du Parlement Européen et du Conseil du 12 février 2002 et modifiant le décret n° 98-360 du 6 mai 1998 relatif à la surveillance de la qualité de l'air et de ses effets sur la santé et sur l'environnement, aux objectifs de qualité de l'air, aux seuils d'alerte et aux valeurs limites.

Arrêté du 22 juillet 2004 relatif aux indices de qualité de l'air.

Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique instaurant un Plan National Santé-Environnement (PNSE).

Directive 2004/107/CE du 15 décembre 2004 concernant l'arsenic, le cadmium, le nickel et les hydrocarbures aromatiques polycycliques dans l'air ambiant.

Loi constitutionnelle 2005-205 du 1er mars 2005 relative à la Charte de l'environnement. Adoptée par le Parlement réuni en Congrès, cette loi a permis « d'adosser » la Charte de l'environnement de 2004 à la Constitution et consacre ainsi de nouveaux droits qui s'ajoutent aux droits civils et politiques et aux droits économiques et sociaux.

Sites Internet :

- www.afsse.fr
- www.afsset.fr
- www.airbreizh.asso.fr
- www.airparif.asso.fr
- www.appa.asso.fr
- www.atmo-france.org
- www.atmo-rhonealpes.org
- www.criirad.org
- www.drire.gouv.fr
- www.ecologie.gouv.fr
- www.educ-envir.org
- www.infoscience.fr
- www.legifrance.gouv.fr
- www.respiralyon.org
- www.sante.gouv.fr