

GROUPE DE TRAVAIL « ETAT DE REFERENCE SANITAIRE »

Réunion du 30 novembre 2017

Etaient présents :

MM. Denis STOLF, Jean-Marc FLEURY, Mmes Dominique AARNINK-GEMINEL et Sylvie LACUISSE, MM. Jacques LERAY et Benoît JAQUET, pour le CLIS,

M. Marc DEMULSANT et Mme Sarah HARRAULT, pour la Préfecture de la Meuse,

Mme Céline PRINS pour l'ARS Grand Est,

M. Michel VERNAY pour Santé Publique France,

M. Dominique LAURIER pour l'IRSN.

1) Rappel de l'objectif

Il s'agit de regarder à un instant t l'état de santé (physique et psychologique) de la population à partir des données disponibles, puis de renouveler cette étude à intervalles réguliers. M. LAURIER précise que cela permettra de fournir à la population un état des lieux sur la fréquence des pathologies dans le temps, mais en aucun cas la mesure d'un impact immédiat.

En ce qui concerne la périodicité de l'étude, et en tenant compte des attentes de la population, cela devrait faire l'objet de propositions des candidats à sa réalisation.

2) Périmètres de la démarche

M. DEMULSANT présente une carte de la région (centrée sur Bure) sur laquelle sont portés des cercles de rayon de 10, 20, 30, 40 et 50 km et le nombre d'habitants correspondant pour chaque périmètre ainsi défini (respectivement 5 817, 36 028, 122 788, 215 329, 340 401), sachant que toute commune dont une partie du territoire est dans le cercle est comptabilisée.

Pour M. FLEURY, l'impact, en termes de connaissances et d'inquiétudes, ne va pas au-delà d'un rayon de 40 km.

D'un point de vue statistique, M. VERNAY indique que plus la zone est large, plus on se rapproche de la moyenne, et cela rend difficile l'interprétation. A l'inverse, la zone doit comprendre un nombre d'habitants suffisant. Dans ces conditions, il estime que les cercles de rayon de 20 et 30 km peuvent être retenus.

M. LAURIER souligne l'importance de définir une zone d'étude restreinte, une zone de référence plus large, et, de manière aléatoire (à voir avec l'INSEE), des zones témoins de même nature que la zone d'étude. Mme PRINS confirme que cela est possible, dans la mesure où les données régionales et départementales

existent. Si besoin, il faudra également prévoir la collecte des données par commune.

En réponse à M. FLEURY, il est précisé que ce système de surveillance permet de faire ressortir les anomalies (dans un sens ou dans un autre). Si c'est le cas, il est possible de réaliser une étude plus approfondie afin d'en rechercher les causes. Cependant, M. LAURIER nuance cette possibilité, en expliquant qu'une recherche efficace passe par le suivi d'une cohorte.

Après discussion, il est proposé de retenir pour zone d'étude un cercle d'un rayon de 25 km (toute commune ayant une partie de son territoire dans le cercle étant comptabilisée), pour zone de référence un cercle de rayon de 50 km. Des zones témoins, de même nature que la zone d'étude, seront définies en tant que de besoin. M. DEMULSANT présentera, d'ici la prochaine réunion une nouvelle carte établie d'après ces critères.

3) Pathologies à prendre en compte

M. LAURIER rappelle que, compte-tenu des niveaux d'exposition attendus, l'impact devrait être très faible. Mais il convient de déterminer une liste des pathologies, en précisant lesquelles sont liées de manière avérée à une exposition aux rayonnements, lesquelles pourraient éventuellement l'être, et lesquelles ne le sont pas. M. DEMULSANT estime que le spectre des pathologies suivies doit être le plus large possible. Mme PRINS ajoute qu'il serait souhaitable de faire, dans un cadre large, des focus sur certaines pathologies.

Sans que cela soit limitatif, une première liste peut être établie, reprenant les recommandations du CIRC en ce qui concerne les pathologies ayant un lien avéré avec une exposition aux rayonnements (leucémie, cancers de la thyroïde, du poumon, de la peau, du sein, du colon ... (en tout, 17 types de cancer) ; et une seconde liste comprenant les cancers sans lien avéré, les maladies cardiovasculaires, les maladies neuro-dégénératives, les maladies congénitales, les suicides...

Il est important d'indiquer quelles pathologies ne peuvent être suivies, et pourquoi, et préciser qu'elles le seront si cela devient possible.

4) Questions diverses

Concernant la mise en œuvre du projet, il est décidé de rédiger un protocole ou cahier des charges définissant les objectifs et les différents paramètres retenus (périmètres, pathologies suivies...) mais laissant une certaine marge de propositions à l'organisme qui en sera chargé (par exemple pour la périodicité). M. DEMULSANT insiste sur le fait que ce document devra préciser expressément les limites de l'exercice. Une première ébauche sera réalisée par Mme PRINS et M. JAQUET avant d'être soumise à MM. LAURIER et VERNAY puis au groupe de travail.

Concernant le financement, en réponse à M. LERAY, M. FLEURY indique que l'état de référence initial pourrait être supporté par le CLIS. M. LAURIER rappelle toutefois que l'état de référence doit être intégré dans une démarche de suivi, sans laquelle il n'a pas de sens. Pour M. DEMULSANT, la question du financement à terme se posera lorsque la mission aura été précisément définie. D'une manière générale, afin d'éviter des surcoûts, M. VERNAY suggère de rester dans le droit commun du suivi sanitaire.

La prochaine réunion est prévue le jeudi 15 février 2018 à 10h30 dans les locaux du CLIS à Bar le Duc, en présence d'un représentant de l'INSEE.

D'ici là, tous les documents disponibles sur ce sujet (notamment ceux attendus de l'ANDRA) seront transmis à l'ensemble des participants