

La santé-environnement dans les travaux de l'Igas

Rapport de capitalisation (2013-2022)

Anne-Carole BENSADON

Valérie GERVAIS

Mikaël HAUTCHAMP

Béatrice BUGUET-DEGLETAGNE

Eric GINESY

Yannick LE GUEN

Maryse FOURCADE

Dominique GIORGI

Thierry PAUX

Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

AVERTISSEMENT

Ce rapport présente les travaux de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) relatifs à la politique de santé environnement sur dix ans, entre 2013 et 2022. Il synthétise les constats et recommandations formulés par les rapports correspondants, co-établis souvent avec d'autres inspections générales. Il ne comporte pas de nouvelles recommandations.

Ce rapport ne constitue pas un état à date des travaux menés, et des mesures politiques de santé-environnement qui ont notamment pu intervenir en 2023. Toutefois la plupart des recommandations reprises dans ce rapport restent d'actualité, sauf mention contraire.

SYNTHESE

L'objectif principal de la politique de santé-environnement est de réduire l'exposition des populations aux agents pathogènes et aux polluants

[1] D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « *la santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures.* ». La notion d'environnement renvoie aux milieux de vie (domestique, naturel), ainsi qu'au milieu professionnel.

[2] Un des objectifs majeurs de la politique de santé-environnement consiste donc à **réduire l'exposition des populations** :

- à des agents pathogènes présents dans l'environnement et responsables de maladies infectieuses (ex. légionellose, salmonellose, typhoïde, choléra...) ou véhiculés par certaines espèces, telles que les rats (ex. peste, leptospirose...), les moustiques (ex. dengue, chikungunya, paludisme...) ou les tiques (ex. maladie de Lyme...);
- à des substances toxiques introduites dans l'environnement domestique ou professionnel, l'alimentation ou les produits de consommation (ex. pesticides, plomb, amiante...) qui peuvent être responsables de pathologies lourdes voire mortelles : cancers, intoxications telles que le saturnisme, maladies induites telles que l'asthme, les pathologies respiratoires et cardiovasculaires... L'exposition même *in utero* à certains produits chimiques, notamment aux perturbateurs endocriniens, peut favoriser ou induire le déclenchement de pathologies chroniques et être à l'origine de malformations congénitales ;
- à des risques physiques, tels que le bruit qui peut être responsable d'effets auditifs (surdité, acouphènes...) et extra-auditifs (troubles du sommeil, pathologies cardiovasculaires...) ou encore les ondes électromagnétiques.

[3] Les politiques de santé-environnement interrogent sur les modes de production qui induisent le développement de certaines maladies, ou sur des organisations du travail susceptibles de favoriser le développement de risques psychosociaux. Elles ne se réduisent pas à une approche qui a pu être qualifiée par certains d'hygiéniste, induisant un ensemble de mesures préventives pour réduire les risques que l'environnement peut faire peser sur la santé humaine.

[4] En France la santé environnementale constitue l'une des cinq préoccupations majeures énoncées par la loi de santé publique du 9 août 2004. Le décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé (SNS) pour la période 2018-2022 comporte des dispositions visant à « *promouvoir des conditions de vie favorables à la santé et maîtriser les risques environnementaux* ». Elles prévoient notamment de « *réduire l'exposition de la population aux pollutions extérieures et aux substances nocives pour la santé* », en se référant à la notion d'exposome qui désigne le cumul des expositions à des facteurs environnementaux que subit un organisme, de sa conception à sa fin de vie, et qui influencent sa santé.

La santé environnement constitue un domaine d'action des approches globales, telles que l'approche Une seule santé ou la planification écologique.

[5] La résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 28 juillet 2022 affirme que **l'accès à un environnement propre, sain et durable constitue un droit humain universel**. Elle considère notamment que *« les conséquences des changements climatiques, la gestion et l'utilisation non viables des ressources naturelles, la pollution de l'air, des sols et de l'eau, la mauvaise gestion des produits chimiques et des déchets, l'appauvrissement de la biodiversité qui en résulte et le déclin des services fournis par les écosystèmes peuvent compromettre ce droit »*.

[6] Cette résolution met en évidence l'ensemble des relations entre santé et environnement et plaide pour **une approche globale d'atténuation du changement climatique, de réduction des pollutions anthropiques et de préservation de la biodiversité et des ressources naturelles**.

[7] En outre, les comportements humains, par leur impact sur la biodiversité ou le climat pèsent lourdement dans l'origine des risques infectieux (ex. antibiorésistance, maladies vectorielles, infections virales zoonotiques émergentes...). La crise sanitaire de la Covid-19 a rappelé le lien étroit entre santé humaine, santé animale et santé de l'environnement au sens des milieux naturels, ce qui souligne **l'intérêt d'une approche unifiée de la santé publique, animale et environnementale autour du concept « Une seule santé » ou « One Health »**.

[8] Ces approches globales se développent à tous les niveaux. L'OMS s'est dotée d'une stratégie mondiale sur la santé, l'environnement et les changements climatiques en 2019. En Europe, le pacte vert (« Green Deal »), lancé fin 2019 par la Commission européenne, vise notamment la neutralité carbone et un environnement exempt de substances toxiques en 2050, avec des cibles intermédiaires de réduction des émissions et de la pollution de l'air, de l'eau et des sols à l'horizon 2030. En France, un nouveau plan national santé environnement (PNSE) a été établi en 2021 en affirmant une approche « Une seule santé » et la planification écologique comporte des objectifs portant sur le réchauffement climatique, la biodiversité, les ressources et les pollutions qui impactent la santé.

[9] **La santé-environnement est ainsi au cœur de ces approches globales**. La prise en compte des déterminants environnementaux de la santé peut être un moteur de la transition écologique.

Les enjeux sanitaires, dont l'identification est progressive, sont immenses

[10] L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que **23 % des décès et 25 % des pathologies chroniques** dans le monde peuvent être attribués à des facteurs environnementaux et comportementaux (qualité de l'air, de l'eau, de l'alimentation, modes de vie, etc.). **En Europe, les facteurs environnementaux sont ainsi responsables de près de 20 % de la mortalité** et peuvent contribuer à de nombreuses maladies d'origine souvent plurifactorielles : cancers, pathologies respiratoires, allergies, asthmes, maladies cardiovasculaires, diabète, obésité...

[11] En France le 4^{ème} Plan national santé environnement (PNSE 4) précise que :

- La pollution de l'air extérieur, usuellement considérée comme la première source de mortalité environnementale serait responsable de 48 000 à 67 000 décès prématurés annuels selon les estimations ;

- L'exposition au gaz radon serait responsable de 3 000 décès par an en France dont une part importante serait liée à une co-exposition avec d'autres facteurs de risque ;
- L'exposition au bruit, notamment au bruit des transports (trafic routier, aérien...) serait responsable de 10 000 décès prématurés par an en Europe ;
- L'exposition aux pesticides constitue notamment un risque de développement de cancers, de maladies neurologiques ou de troubles de la reproduction.

[12] Ces estimations restent partielles. De nombreux problèmes chroniques de santé liés à l'environnement ne vont se révéler que tardivement, ce qui pose des problèmes d'anticipation et de prévention, de traçabilité et d'imputabilité. **Les efforts de recherche et de surveillance restent indispensables pour mieux estimer l'impact global de l'environnement sur la santé**, en prévenir les effets négatifs et en comprendre les effets positifs.

[13] **Les enjeux sont également lourds en termes de responsabilités et de coûts, en réparation comme en prévention.** La prise en charge des maladies d'origine environnementale, pour autant qu'elles soient reconnues, incombe à l'assurance maladie et à la branche Accidents du travail – Maladies professionnelles (AT-MP) s'agissant des risques professionnels. Des dispositifs d'indemnisation des victimes d'amiante ou de produits phytopharmaceutiques ont dû être mis en place. En prévention, à titre d'exemple, le coût d'élimination des pesticides dans l'eau en vue de produire de l'eau potable peut être estimé entre 440 000 euros et 1,48 millions d'euros par jour.

Au cours des dernières années, l'inspection générale des affaires sociales (Igas) a accru son investissement dans les questions de santé-environnement

[14] **L'Igas s'est investie précocement dans les enjeux de santé-environnement.** L'un des premiers rapports qui ont suivi la création du service, en 1967, a été consacré à la lutte contre la pollution atmosphérique dans la région parisienne. En 1973, le rapport public annuel consacré à la prévention aborde la question sous le titre : « *L'hygiène du milieu* ». Un rapport de 2003 est consacré aux services « santé environnement » dans les DRASS et les DDASS¹, suivi en 2011 d'un rapport portant sur la mise en œuvre des missions de santé-environnement dans les agences régionales de santé (ARS)².

[15] **L'investissement de l'Igas s'est accentué ces dernières années et de nombreux rapports ont été réalisés dans le cadre d'inspections conjointes avec d'autres corps d'inspection.** Depuis 2013, on recense 36 rapports dont le champ d'investigation principal porte sur la santé-environnement et 30 rapports portant sur des thématiques étroitement liées, notamment dans une approche « Une seule santé » (ex. maladies zoonotiques, antibiorésistance, santé au travail...). En particulier, les préoccupations touchant à la santé environnementale occupent une place particulière outre-mer et l'Igas consacre régulièrement des rapports portant spécifiquement sur ces territoires,

¹ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

² Ce rapport a été réalisé juste après la mise en place des ARS sans que le temps soit suffisant pour mobiliser les synergies entre les différentes missions des ARS.

notamment en matière de lutte antivectorielle ou de présence de chlordécone en Guadeloupe et en Martinique.

[16] **Le présent rapport de capitalisation permet de synthétiser les constats et propositions émis dans les différents rapports.**

Au fil des rapports, il s'avère que la santé-environnement reste une politique publique aux contours mal définis

[17] Les contours de la politique de santé-environnement apparaissent extrêmement difficiles à délimiter. Les déterminants environnementaux renvoient à une combinaison de facteurs de nature différente, rendant complexe une appréhension globale :

- Différentes entrées sont possibles – par type de pathologies induites (ex. cancers), par type de risque (ex. produits chimiques, bruit...), par type de milieu d'exposition (ex. eau, air...) par caractéristiques socio-démographiques (ex. âge, sexe, habitat, revenu). Ainsi, **au moins trente-deux stratégies, plans ou programmes d'action, promus par les pouvoirs publics, peuvent être considérés en relation avec le PNSE 4 ;**
- Les sujets de préoccupation en santé-environnement sont en extension constante du fait de la progression, plus ou moins rapide selon les moyens qui y sont consacrés, des connaissances sur les risques. **Les effets sur la santé peuvent être liés à des expositions intensives, mais aussi à des expositions plus faibles répétées à de faibles doses de polluants qui se manifestent par des maladies chroniques. Ils sont ainsi potentiellement différés et multifactoriels ;**
- La terminologie employée ou les finalités peuvent varier sensiblement selon qu'on privilégie une approche santé publique ou une approche environnementale au sens du développement durable ou de la transition écologique ;
- Le risque infectieux, la santé au travail, les facteurs sociaux devraient être inclus dans les facteurs de risques environnementaux, dans le cadre de l'exposome, mais les acteurs et les cadres d'actions sont différents, rendant complexe l'articulation des politiques associées ;

[18] Un rapport inter-inspections a procédé en 2022 à un exercice complexe de définition en listant et hiérarchisant les facteurs liés à l'environnement ayant un impact sur la santé humaine, et recommandait de **définir le périmètre des facteurs environnementaux devant être pris en compte** dans le cadre des politiques publiques de préservation et d'amélioration de la santé. L'OMS a également défini les enjeux prioritaires qui pourraient **structurer la politique de santé environnementale**.

Des faiblesses récurrentes sont décrites dans les différents rapports

[19] **Au cours des quatre dernières années, une série de rapports a considéré que la politique publique en santé – environnement n'était pas performante, au regard des enjeux.**

[20] **Les plans nationaux sur la santé-environnement (PNSE) ont amené des progrès, mais ils ont été insuffisants pour faire émerger une vision globale, stratégique et partagée.** Le rapport d'évaluation du PNSE 3 soulignait notamment que celui-ci couvrait inégalement le champ dessiné par le code de la santé publique, sans que les thématiques couvertes ou non le soient en fonction

de choix explicites. En termes d'objectifs, les priorités étaient peu lisibles et très peu d'actions visaient à diminuer l'exposition aux facteurs nocifs. Les actions étaient pour la plupart non quantifiées, que ce soit en termes d'enjeux ou en termes d'objectifs, et les moyens d'agir n'étaient pas définis. Un rapport d'évaluation des PNSE publié par le haut conseil de la santé publique (HCSP) et un rapport du conseil économique, social et environnemental (CESE) vont dans le même sens. La publication en 2022 du PNSE 4 ne corrige pas ces lacunes en l'absence de diagnostic de départ et d'objectifs définis.

[21] Au niveau national, **les dépenses annuelles en santé-environnement des différents acteurs seraient un peu supérieures à 6 Mds €³**, dont :

- environ 66 % à la charge des collectivités territoriales, notamment des blocs communaux ;
- un peu moins de 30 % à la charge de l'Etat. Ces crédits, morcelés entre 28 programmes budgétaires, représenteraient, de manière minorée (compte tenu des difficultés de recensement) de l'ordre de 0,3 % des dépenses du budget général. Les missions Agriculture, Recherche et Ecologie constituent plus de 80 % des financements rattachables à la santé-environnement et la mission Santé 6 % (hors dépenses de personnel) ;
- de l'ordre de 3 % financés par la sécurité sociale (dépenses de prévention des maladies professionnelles, financement de certaines agences de sécurité sanitaire et du fond d'intervention régional des ARS). Les budgets de santé-environnement des ARS couverts par le fonds d'intervention régional (FIR) sont évalués à 40 M€ en 2021, soit moins de 5 % de son enveloppe réservée pour les dépenses de prévention (784 M€).

[22] La faiblesse des moyens financiers consacrés à la santé-environnementale de la mission Santé interroge également la capacité de ministère de la santé à peser dans les discussions interministérielles et a notamment conduit le Sénat à recommander d'augmenter sa participation au budget de l'ANSES et à reconnaître dans la loi son rôle de chef de file de la tutelle stratégique.

[23] **Ce morcellement des financements illustre la complexité de la gouvernance. Les acteurs publics sont multiples** (ministères, opérateurs, autorités indépendantes, Commission et agences européennes, etc.) et, mis à part l'ANSES, ne couvrent qu'une partie du champ de la santé environnementale. Or **l'indispensable pilotage interministériel fait défaut**, dans un contexte où les intérêts peuvent être divergents. **L'enchevêtrement des compétences entre les acteurs publics nationaux ou territoriaux**, notamment entre les services de l'Etat ou avec les collectivités locales, pose la question de la lisibilité de l'action publique mais aussi de son efficacité. Un tel morcellement est également reflété par **les difficultés à apparier les données issues des nombreux systèmes de surveillance sectoriels**. A cet égard il convient de noter que 30 % des missions effectuées par l'Igas en santé-environnement portaient principalement sur des questions d'organisation des services ou de gouvernance.

[24] **Le système actuel d'évaluation des risques, même s'il s'est amélioré, au niveau européen et national, conduit probablement à les sous-estimer**, tant en quantité qu'en gravité. Les effets des expositions environnementales sur la santé sont complexes et mal appréhendés : temps long

³ Hors dépenses de santé liées à la prise en charge des personnes exposées à des déterminants environnementaux

entre exposition et impacts, effets cocktails⁴, effets intergénérationnels... Les systèmes de surveillance ne sont pas adaptés aux signaux faibles ou aux expositions chroniques. Les sciences humaines et sociales sont souvent oubliées de ces travaux.

[25] **La réglementation européenne souffre de sérieuses lacunes, notamment sur les procédures d'évaluation et d'autorisation des produits chimiques**, traduisant les difficultés à concilier les objectifs de santé publique et les objectifs de compétitivité de l'économie industrielle ou agricole. La réglementation nationale en découlant est profuse et dispersée, conséquence notamment de l'éclatement des compétences et de l'absence de stratégie globale.

[26] **La montée de la préoccupation citoyenne face aux enjeux environnementaux implique une responsabilité nouvelle des pouvoirs publics**. Or, les sujets de santé environnement sont difficiles à appréhender, compte tenu de leur complexité et des incertitudes liées à ces enjeux, et donnent régulièrement lieu à des controverses scientifiques qui retiennent l'attention. La médiatisation croissante des alertes sanitaires d'origine environnementale (ex. clusters d'origine inconnue, contaminations des milieux et des produits par des produits chimiques ou des perturbateurs endocriniens...) constitue également une source de préoccupations et d'incompréhensions. Dans ce contexte, renforcer la confiance en matière de santé-environnement exige transparence et pédagogie, tant sur l'expertise que sur la décision publique. Pour autant, **les dispositifs de démocratie sanitaire et d'information ne sont pas à la hauteur des attentes**.

Des recommandations qui visent à mettre la santé environnementale au cœur des politiques publiques

[27] Les recommandations formulées dans les différents rapports sont globalement cohérentes et visent à structurer la politique de santé environnementale pour l'adapter aux enjeux sanitaires et aux exigences sociétales :

- **La mise en place d'une stratégie nationale de santé-environnement ou Une seule santé** qui hiérarchise les priorités, fixe les objectifs pluriannuels, en pilote la réalisation et assure l'articulation avec les réglementations européennes et les nombreuses politiques liées (santé, agriculture, écologie, recherche, consommation et répression des fraudes, industrie, aménagement du territoire, voire aide au développement...), ainsi que des stratégies qui leur sont propres (stratégies nationales de santé, de recherche, etc...) ;
- **La structuration du PNSE ou plan Une seule santé** pour en faire l'outil de déclinaison de cette stratégie nationale, sous réserve de le rendre plus opérationnel, de le doter d'indicateurs d'impact et de mieux l'articuler avec la SNS et les plans sectoriels. Les plans régionaux santé environnement (PRSE) devraient quant à eux être mieux articulés avec les projets régionaux de santé (PRS) et les outils de planification territoriale (ex. contrats de plan Etat-Région) ;
- **Le renforcement de la gouvernance** autour d'une structure interministérielle dédiée de pilotage (qui pourrait être le secrétariat général de la planification écologique afin de faciliter la prise en compte de l'approche « Une seule santé » dans la planification

⁴ Ce terme désigne les effets qui peuvent affecter la santé humaine lors d'une exposition à plusieurs substances chimiques simultanément.

écologique⁵ et appréhender ainsi la question environnementale de manière globale), s'appuyant sur le comité interministériel à la santé ;

- **Le déploiement d'initiatives visant à mieux informer les populations sur les risques et les intégrer dans les processus de décision** (ex. actions de formation, de communication et de pédagogie, publication des données et des résultats de la recherche ...). A cet égard la création d'un Conseil national « une seule santé », transformant le Groupe santé environnement (GSE), est recommandée dans plusieurs rapports pour se doter d'une véritable instance d'orientation et de consultation représentative des parties prenantes ;
- **Une meilleure structuration des thématiques et l'établissement d'une nomenclature des dépenses** entrant dans le champ de la santé environnement pour rendre plus lisible l'action publique et mieux consolider les financements associés ;
- **L'évolution des méthodes d'évaluation des risques au niveau européen** et le renforcement des moyens des agences sanitaires et de leurs liens avec la recherche. Il s'agit notamment de mieux en prendre les effets combinés et les effets multi-expositions dans l'évaluation des risques sanitaires et de limiter les autorisations de produits aux seuls usages essentiels. Une stratégie d'influence pourrait être construite pour davantage peser sur les réglementations européennes ;
- **L'accélération de la mise en relation des données environnementales et de santé** pour faciliter les études visant à identifier les liens de causalité entre exposition et état de santé des populations mais aussi à améliorer la détection de risques émergents ;
- **La clarification des compétences** entre les services et opérateurs de l'Etat d'une part et avec les collectivités d'autre part pour les différentes thématiques composant la santé environnement, notamment pour les missions d'hygiène et de salubrité de l'habitat. Il s'agit de limiter la dispersion et l'enchevêtrement des compétences qui affaiblissent la conduite des politiques de santé-environnement ;
- **Une attention particulière à accorder aux enjeux de santé-environnement en outre-mer** compte tenu de leurs spécificités mais également dans une optique d'anticipation des risques susceptibles de toucher le territoire national dans le cadre du changement climatique (ex. épidémies de maladies vectorielles, accès à l'eau potable...).

[28] Les risques liés notamment au changement climatique et aux nouvelles technologies qui se répandent à grande vitesse sont en réalité des risques systémiques et caractérisés par un haut niveau d'incertitude scientifique. Dès lors l'approche classique polluant par polluant de la santé environnement est vraisemblablement dépassée. Il faut probablement changer d'optique et mettre la prévention globale des risques au cœur de la politique publique.

⁵ Placé auprès du Premier Ministre, le secrétariat général à la planification écologique (SGPE) est chargé de coordonner l'élaboration des stratégies nationales en matière de climat, d'énergie, de biodiversité et d'économie circulaire.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

ISSUES DES RAPPORTS

D'INSPECTIONS

n°	Recommandation	Source
Gouvernance de la politique de santé-environnement		
1	Affirmer le caractère interministériel du pilotage de la politique « une seule santé » et son rattachement au niveau du premier ministre. La préparation du comité interministériel de la santé, compétent en la matière, devrait être élargie aux départements ministériels et aux acteurs concernés.	[1]
2	Adopter une politique d'exemplarité en matière de transparence dans la prise de décision en santé-environnement, en premier lieu en publiant a posteriori les votes français dans le cadre de la comitologie européenne.	[3]
3	Créer un Conseil national « <i>Une seule santé</i> », remplaçant le Groupe santé environnement (GSE), instance d'orientation et de consultation représentative des parties prenantes, dotée d'un statut juridique et de moyens de fonctionnement Ou Conférer au GSE un positionnement institutionnel défini, autonome ou en rattachement à une entité existante ⁶ , et confier la présidence du GSE à un triumvirat composé de deux parlementaires nommés respectivement par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et la commission des affaires sociales du Sénat, et à un représentant de l'association des régions de France	[1] [4]
4	Rendre publique la composition institutionnelle et nominative du GSE, et soumettre les membres du GSE à l'obligation de remplir une déclaration publique d'intérêts Doter le GSE d'une capacité d'auto-saisine sur tout sujet de santé-environnement Rendre publics les avis et travaux du GSE (NDLR : Ces recommandations s'appliqueraient également à un conseil national « <i>Une seule santé</i> », comme précisé dans le rapport inter-inspections sur les moyens et la gouvernance de la politique de santé-environnement [1].)	[4]

⁶ Le rapport d'évaluation du PNSE 3 propose soit la création d'une entité dotée de la personnalité morale, établissement public ou groupement d'intérêt public, soit le rattachement au HCSP ou aux deux commissions chargées des affaires sociales du Parlement.

Structuration de la politique de santé-environnement		
5	Elaborer une stratégie nationale « une seule santé », qui constituerait un cadre de référence des plans et actions de l'Etat et établirait les priorités de financement	[1]
6	Intégrer dans la future stratégie nationale sur la santé-environnement un volet sur la communication et la formation permettant de sensibiliser les publics experts et profanes.	[3]
7	Anticiper la préparation d'un Plan national « une seule santé » <i>[NDLR : actuel plan national santé-environnement (PNSE)]</i> comme un des instruments de déclinaison de la future stratégie nationale « une seule santé » et de fédération des plans sectoriels	[1]
8	Conférer au plan national santé-environnement (PNSE) une fonction de plan « chapeau » matriciel articulant les plans sectoriels. Déterminer dans le PNSE les objectifs chiffrés de réduction fixés, dans la période, pour tous les facteurs nocifs considérés comme avérés, que les actions correspondantes figurent dans le PNSE lui-même ou dans des plans sectoriels	[4]
9	Définir dans le PNSE une matrice méthodologique pour les plans sectoriels regardant les enjeux de santé-environnement : pour l'atteinte des objectifs quantifiés de réduction des facteurs nocifs définis avec la gouvernance du PNSE, des moyens d'action identifiés, un calendrier d'action, des indicateurs spécifiques et mesurables, des échéances d'évaluation	[4]
10	Définir (et réviser périodiquement) dans le champ « une seule santé », le périmètre des facteurs environnementaux devant être pris en compte dans le cadre des politiques publiques de préservation et d'amélioration de la santé des populations	[1]
11	Engager des travaux d'harmonisation des nomenclatures de dépenses utilisées, permettant une identification des dépenses « une seule santé »	[1]
12	Communiquer au Parlement, lorsqu'une gouvernance interministérielle aura été mise en place un rapport d'information du gouvernement, détaillant les moyens consacrés à la politique de santé-environnement. Produire régulièrement ce rapport si les travaux d'harmonisation des nomenclatures le rendent fiable. Transformer ce rapport en document de politique transversale si le choix était fait de nommer un pilote interministériel à la santé-environnement	[1]
Déclinaison territoriale de la politique de santé environnement		
13	Organiser l'articulation des plans pilotés par l'Etat au niveau régional avec le plan régional santé environnement (PRSE), dans une structuration parallèle à celle proposée pour le PNSE en termes de définition des objectifs et de responsabilisation des pilotes d'action au regard de ces objectifs	[4]
14	Instaurer dans le processus de consultations prévu pour l'élaboration des schémas régionaux d'aménagement et de développement durable du territoire (SRADDET) une consultation de l'ARS	[4]

15	Intégrer les PRSE dans les contrats de plan Etat-région (CPER) ; rendre les agences régionales de santé (ARS) cosignataires des CPER	[4]
Amélioration des connaissances sur les risques – volet national		
16	Élaborer une stratégie nationale de recherche en santé-environnement, déclinée dans les contrats d'objectifs des institutions de recherche concernées, et renforcer le volet appliqué dans les appels à projets en santé-environnement, via (i) la mise en place d'un comité de coordination des financeurs de la recherche en santé-environnement ; (ii) la consolidation d'un programme national de référence orienté vers les besoins de l'expertise, en doublant les moyens actuels du programme National de Recherche en Environnement-Santé-Travail (PNR EST) dans le cadre d'un partenariat entre l'agence nationale de la recherche (ANR) et l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) ; (iii) la mobilisation du programme des investissements d'avenir (PIA 4) pour financer un programme prioritaire de recherche pour comprendre l'exposome humain et environnemental	[3]
17	Ajuster à la hausse les ressources de l'Anses, afin de lui permettre de réaliser le programme d'évaluation de substances perturbatrices endocriniennes qui lui est assigné dans le cadre de la stratégie nationale, d'accélérer l'évaluation des substances enregistrées dans le cadre du règlement Reach, et de combler le retard pris dans l'évaluation des substances biocides.	[2]
18	Faire progresser les données environnementales et sanitaires en : (i) poursuivant la structuration en schémas nationaux des données environnementales ; (ii) clarifiant l'origine des données de santé, ainsi que des modalités précises d'accès aux données aux fins de recherche et de surveillance	[3]
19	Accélérer la mise en relation des données environnementales et de santé et se donner les moyens d'y arriver	[3]
Amélioration des connaissances sur les risques – volet européen		
20	Obtenir l'intégration effective des dangers et risques liés aux perturbateurs endocriniens dans les règlements REACH et CLP (classification et étiquetage des produits) ; étendre le règlement « Transparence » à l'ensemble du champ d'évaluation de substances chimiques par les autorités réglementaires ; faire octroyer à l'agence européenne des produits chimiques (ECHA) la possibilité de réaliser des études de contre-expertise, comme c'est déjà le cas pour l'autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA).	[2]
21	Soutenir la proposition de la Commission européenne visant à s'assurer que les substances les plus dangereuses soient identifiées rapidement et ne soient autorisées, pour les biens de consommation, que pour les usages essentiels.	[3]
22	S'assurer du respect du principe « pas de donnée, pas de marché ». Pour cela, les États membres doivent adopter des sanctions dissuasives (par exemple retrait de l'accès au marché) pour que les industriels soient davantage incités à fournir les données requises. En cas de révision de REACH, donner à l'ECHA la possibilité de sanctionner le non-respect de ses décisions.	[3]

23	Réinterroger, au regard des exigences de la réglementation européenne, la méthode d'évaluation des substances chimiques actuellement pratiquée par les agences réglementaires européennes, en analysant notamment la pertinence des Lignes directrices de l'OCDE par rapport aux récentes avancées méthodologiques et scientifiques, et en définissant les critères d'intégration des études académiques dans les évaluations réglementaires	[2]
24	Soutenir toute initiative des États membres pour accélérer le processus de définition des valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle (VLIIEP) au niveau communautaire en intégrant en amont les travaux réalisés par les différentes agences nationales	[2]

Note : La colonne source renvoie, selon la numérotation figurant dans la bibliographie, au rapport des inspections générales proposant la recommandation.

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	3
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ISSUES DES RAPPORTS D'INSPECTIONS	11
OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE LA CAPITALISATION	17
CHAPITRE°1 : LES ENJEUX SANITAIRES ET ECONOMIQUES.....	21
CHAPITRE 2 : LA POLITIQUE DE SANTE-ENVIRONNEMENT	31
CHAPITRE 3 : LES ACTEURS ET LA GOUVERNANCE DE LA SANTE-ENVIRONNEMENT	49
CHAPITRE 4 : L'ANALYSE DES RISQUES ET LA SURVEILLANCE EN SANTE-ENVIRONNEMENT	63
CHAPITRE 5 : LA GESTION DES DONNEES EN SANTE-ENVIRONNEMENT	81
CHAPITRE 6 : L'EVALUATION ET LA GESTION DES RISQUES LIES AUX PRODUITS CHIMIQUES	97
CHAPITRE 7 : L'INFORMATION DU PUBLIC ET LA DEMOCRATIE SANITAIRE.....	123
CHAPITRE 8 : L'EXERCICE DES MISSIONS DE SANTE-ENVIRONNEMENT PAR LES ARS	131
CHAPITRE 9 : LA SANTE-ENVIRONNEMENT DANS LES OUTRE-MER.....	149
LETTRE DE MISSION	163
ANNEXE : RECOMMANDATIONS ISSUES DES RAPPORTS RECENTS PORTANT SUR L'ENSEMBLE DU CHAMP DE LA SANTE-ENVIRONNEMENT	165
BIBLIOGRAPHIE	185
SIGLES UTILISES	188

OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE LA CAPITALISATION

La mission de capitalisation vise à dresser des perspectives à partir de l'analyse des constats et recommandations figurant dans les rapports traitant de la santé-environnement.

[29] L'Igas souhaite développer et faire partager la capitalisation de ses travaux portant sur des politiques sociales qu'elle a pu aborder en multiples occasions sur les dernières années et pour lesquelles elle estime qu'un travail de synthèse et de prise de recul peut être utile à éclairer le décideur et à améliorer la compréhension générale des enjeux. Dans le présent rapport, il s'est agi de synthétiser :

- **Les principes guidant la politique de santé-environnement, le champ couvert et sa gouvernance**, en décrivant les missions des principaux organismes compétents ;
- **Les principales recommandations émises dans les précédents rapports** dans ce domaine, en vue d'étudier si des éléments de « doctrine » peuvent en être dégagés ;
- **Les évolutions possibles de cette politique dans le cadre des nouvelles approches en santé publique (ex. Une seule santé, santé mondiale...) et de la planification écologique** pour en faire un des leviers d'intégration de la santé publique dans les politiques de santé nationales et locales et dans les politiques interministérielles.

[30] L'objectif est à la fois d'aider à la compréhension de cette politique publique, aujourd'hui mal identifiée, de synthétiser les recommandations permettant de la conforter et d'identifier les enjeux d'avenir.

Un recensement exhaustif des travaux menés par l'Igas entre 2013 et 2022

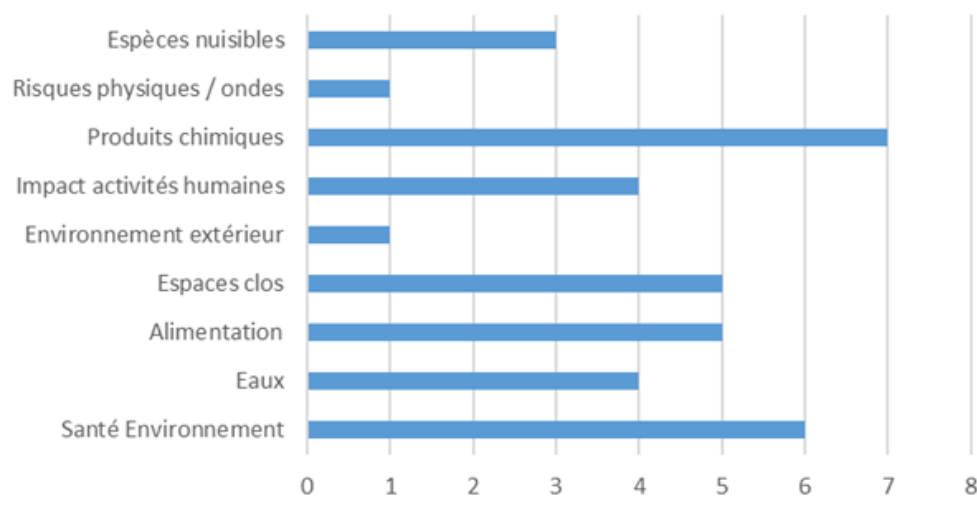
[31] Eu égard à la variété des approches susceptibles d'être retenues pour aborder les questions de santé-environnement, la mission a procédé à un recensement volontairement large, incluant dans un premier temps l'ensemble des rapports consacrés par l'Igas, de façon spécifique ou transversale, aux questions de santé-environnement. Une période de dix ans a été retenue pour disposer d'un recul suffisant pour rendre ce recensement représentatif. L'année 2013 a été retenue comme point de départ, correspondant à l'échéance programmée du second plan national santé-environnement (PNSE) et à la préparation du suivant. La mission a également ajouté dans son cadre d'analyse un rapport datant de 2011 portant sur l'exercice des missions de santé-environnement au sein des agences régionales de santé, compte tenu de son analyse structurante.

[32] **La capitalisation a porté sur les rapports produits jusqu'en 2022, certaines évolutions des politiques publiques ont donc pu avoir lieu depuis l'élaboration des constats et recommandations produits dans les rapports des inspections et synthétisés dans le présent rapport.**

[33] Ce recensement est organisé autour de deux niveaux d'analyse :

- 36 rapports dont le champ d'investigation principal porte sur la santé environnement, soit dans son ensemble, soit ciblé sur l'une de ses composantes (ex. pollution atmosphérique) ;
- 30 rapports portent sur des thématiques en lien étroit avec la santé environnement (ex. pathologies dont une cause environnementale est connue, maladies zoonotiques, antibiorésistance, santé au travail...) qui peuvent s'inscrire dans une démarche « Une seule santé ».

Graphique 1 : Nombre de rapports de l'Igas par milieu ou facteur environnemental de risque



Source : Igas

[34] Ce recensement permet de faire apparaître des constats plus ou moins attendus :

- **Le périmètre de la santé-environnement est mal connu.** Les évaluations portant sur l'intégralité du champ sont récentes et peu nombreuses (6 rapports) ;
- La plupart sont des rapports portant sur des facteurs de risque spécifiques, dont les plus représentés sont les produits chimiques (pesticides, perturbateurs endocriniens, produits cosmétiques...), l'amiante et la lutte antivectorielle ;
- 25 % des rapports portent sur des évaluations programmées de plans (PNSE ou plans thématiques de type amiante) ou de contrats d'objectifs et de performance (COP) des acteurs de la santé-environnement (notamment l'ANSES) ;
- **30 % des évaluations demandées portent sur des questions d'organisation ou de gouvernance**, dans un contexte où les politiques de santé-environnement sont par nature interministérielles ;
- **90 % des missions de l'Igas portant sur la santé-environnement sont conjointes** et selon des configurations de missions très diverses.

Un rapport de capitalisation organisé sous la forme de 9 chapitres

[35] Ce rapport de capitalisation a été élaboré en prenant en compte les différentes ressources de l'Igas en matière de santé environnement, notamment les rapports de mission, les bilans

annuels des missions d'inspection-contrôle des ARS, les rapports des jurys de concours de la filière du génie sanitaire, principalement consacrée à la mise en œuvre des missions de santé environnementale.

[36] L'Igas s'est également appuyée sur les rapports parlementaires et du Haut conseil de la santé publique, dont la liste figure dans la bibliographie. L'Igas prend également en compte la stratégie mondiale de l'OMS sur la santé, l'environnement et les changements climatiques établie en 2019.

[37] La santé au travail ou l'impact de l'environnement sur les structures de santé ne font pas l'objet d'une analyse approfondie dans **ce rapport de capitalisation qui se concentre sur la prévention et la gestion des risques sanitaires de l'environnement**.

[38] L'Igas a ainsi choisi d'organiser le rapport de capitalisation sous forme de chapitres autonomes, permettant de rendre pédagogiques les neuf enjeux majeurs de santé-environnement traités dans plusieurs rapports :

- Chapitre 1 : Les enjeux sanitaires et économiques de la santé-environnement
- Chapitre 2 : La politique de santé-environnement
- Chapitre 3 : Les acteurs et la gouvernance de la santé-environnement
- Chapitre 4 : L'analyse des risques et la surveillance en santé-environnement
- Chapitre 5 : La gestion des données en santé-environnement
- Chapitre 6 : L'évaluation et la gestion des produits chimiques
- Chapitre 7 : L'information du public et la démocratie sanitaire en santé-environnement
- Chapitre 8 : L'exercice des missions de santé-environnement par les ARS
- Chapitre 9 : Les enjeux de santé-environnement dans les Outre-mer

[39] **Ce rapport ne comporte pas de nouvelles recommandations ; il reprend les principales recommandations formulées dans les rapports étudiés** et précise, si possible, les suites qui leur ont été données.

CHAPITRE°1 : LES ENJEUX SANITAIRES ET ECONOMIQUES

[40] Les enjeux des politiques de santé environnement, majeurs, sont pourtant rarement soulignés. Il s'agit d'enjeux sanitaires, se traduisant par la mortalité et la morbidité associées aux expositions nocives, mais aussi d'enjeux économiques : en matière de santé-environnement, la non-action génère des coûts financiers particulièrement lourds. Le rapport 2018 de l'IGAS portant évaluation du troisième plan national santé environnement et préparation de l'élaboration du plan suivant⁷ a exposé ces deux dimensions [4]. Le présent chapitre reprend la teneur des développements correspondants. Ces données et analyses ont été reprises et pour certaines complétées par des rapports parlementaires notamment⁸ et par l'avis remis en mai 2022 par le Conseil économique, social et environnemental⁹ [29].

1 Des enjeux sanitaires majeurs nécessitant une action publique effective

[41] La thématique santé-environnement est l'une des cinq préoccupations premières de santé publique reconnues, en France, par la loi du 9 août 2004, qui énonce au nombre des objectifs de la politique nationale de santé l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer. Cette priorité découle de l'importance des enjeux sanitaires environnementaux.

1.1 L'identification progressive d'enjeux sanitaires majeurs et multiples

[42] Dans deux rapports publiés successivement en 2006 et 2016, **l'OMS estime que 23 % de la mortalité prématurée globale et 26 % de la mortalité infantile (enfants de moins de cinq ans), ainsi que 24 % de la morbidité (« années de vie en bonne santé perdues ») sont liés à des causes environnementales**, entendues comme l'ensemble des problèmes de santé qui ne sont pas d'origine génétique et qui ne relèvent pas, comme le tabagisme par exemple, au moins pour partie d'un choix individuel. Les chiffres sont relativement stables sur cette période de dix ans et

⁷ Évaluation du troisième plan national santé environnement et préparation de l'élaboration du plan suivant - Béatrice Buguet-Degletagne, IGAS, décembre 2018

⁸ Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale - Bernard Jomier et Florence Lassarade - mars 2021 ; Rapport au nom de la commission d'enquête sur l'évaluation des politiques publiques de santé environnementale - Elisabeth Toutut-Picard et Sandrine Josso - décembre 2020 ; Évaluation des risques sanitaires et environnementaux par les agences : trouver le chemin de la confiance - Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques - mai 2019

⁹ Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires - CESE, mai 2022

concernent 12,6 millions de décès par an dans le monde. Pour la France, **l'OMS considère, dans le cadre des « country profiles » réalisés pour le premier de ces rapports, qu'environ 14 % de la mortalité dans notre pays est due à des causes environnementales, soit pour l'année 2006, 74 300 décès.** Ces chiffres font de la santé environnementale une des premières causes de mortalité, voire la première. Encore **le caractère relativement ancien des données prises en compte est-il de nature à minorer le positionnement relatif des facteurs environnementaux**, dont la recherche permet progressivement de mieux identifier l'impact. Par exemple, si le lien de causalité entre certaines pathologies et l'exposition à l'amiante est connu de longue date, pour d'autres pathologies graves (cancers de l'ovaire et du larynx), ce lien a été établi beaucoup plus récemment¹⁰.

[43] Parmi les données fournies par les études relatives à un type de pollution ou aux pollutions affectant l'un des « milieux » au sens retenu par le code de l'environnement, le rapport cité de l'IGAS étudie les données publiées relatives aux conséquences sanitaires de trois facteurs nocifs : la pollution atmosphérique, l'usage des pesticides, l'exposition au bruit.

[44] La pollution atmosphérique est définie en droit français comme « *l'introduction par l'homme, directement ou indirectement ou la présence, dans l'atmosphère et les espaces clos, d'agents chimiques, biologiques ou physiques ayant des conséquences préjudiciables de nature à mettre en danger la santé humaine, à nuire aux ressources biologiques et aux écosystèmes, à influencer sur les changements climatiques, à détériorer les biens matériels, à provoquer des nuisances olfactives excessives* ». L'OMS a estimé qu'elle est la cause de trois millions de décès chaque année, soit 5 % de tous les décès dans le monde. Le rapport 2017 de l'agence européenne de l'environnement (AEE) chiffre à 520 400 le nombre de décès prématurés - avant l'âge de 65 ans - dus à la pollution de l'air en 2014 dans 41 pays européens. Parmi les polluants en cause, les particules fines sont responsables à elles seules, sur la période, de 428 000 décès prématurés, suivies en termes de nocivité par le dioxyde d'azote et l'ozone. Du côté des Etats, le plus touché est l'Allemagne, qui est aussi l'Etat le plus peuplé ; la France se classe au 5ème rang avec 48 690 décès prématurés pour l'année 2014. Ces données sont cohérentes en ordre de grandeur avec celles produites en 2015 par une évaluation menée sous l'égide de l'OMS et de l'OCDE portant sur 53 pays de la région Europe, aux termes de laquelle la pollution atmosphérique a causé 482 000 décès prématurés et maladies dans la zone Europe définie par l'OMS en 2012 ; cette évaluation estime que plus de 90 % des citoyens dans cette zone sont exposés à des niveaux annuels de particules fines supérieurs aux recommandations de l'OMS.

[45] Concernant spécifiquement la France, selon « *l'évaluation quantitative d'impact sanitaire* », publiée en juin 2016 par Santé publique France sur la base de données épidémiologiques françaises, la pollution de l'air est responsable de 48 000 morts chaque année¹¹, pour les seuls

¹⁰ C'est en mars 2009 que le centre international de recherches sur le cancer, agence intergouvernementale de recherche sur le cancer créée en 1965 par l'OMS, a reconnu le cancer du larynx et celui des ovaires comme pouvant être induits par une exposition aux fibres d'amiante, en sus des autres pathologies graves générées par l'exposition à ces fibres.

¹¹ L'avis 2022 du CESE cité supra cite l'actualisation 2019 de ces données par Santé publique France : « *La pollution de l'air (ou pollution atmosphérique) augmente l'incidence d'un large éventail de pathologies, comme les maladies respiratoires (asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive, emphysème) ou certains cancers. D'autres conséquences préoccupantes comme une transmission facilitée des virus, des retards de croissance (y compris intra-utérine), des maladies neurodégénératives et le diabète²⁴, ainsi que des problèmes*

impacts des particules fines de diamètre inférieur à 2,5 microns, les « PM 2,5 », donc hors impact des particules dites ultrafines. **A l'origine de 9 % des décès annuels en France, les particules fines**, qui pénètrent profondément dans le système respiratoire et provoquent de nombreuses pathologies, entraînent une perte d'espérance de vie à 30 ans pouvant dépasser deux ans dans les villes les plus polluées. Si les effets de cette pollution sont plus importants dans les grandes villes, les villes moyennes et petites ainsi que les milieux ruraux sont aussi concernés :

- dans les zones urbaines de plus de 100 000 habitants les résultats montrent, en moyenne, une perte de 15 mois d'espérance de vie à 30 ans du fait des PM2.5 ;
- dans les zones entre 2 000 et 100 000 habitants, la perte d'espérance de vie est de 10 mois en moyenne ;
- dans les zones rurales, ce sont en moyenne 9 mois d'espérance vie qui sont estimés perdus.

[46] Les travaux de Santé publique France mettent également en exergue des bénéfices sanitaires potentiels importants associés à une amélioration de la qualité de l'air. Par exemple, si l'ensemble des communes réussissait à atteindre les niveaux de PM2.5 observés dans les 5 % des communes les moins polluées de la même classe d'urbanisation, **34 000 décès pourraient être évités chaque année**, ce qui représente un gain moyen de 9 mois d'espérance de vie.

[47] Les études portant sur la pollution de l'air caractérisent des effets nocifs multiples : les polluants atmosphériques affectent l'appareil cardio-vasculaire et entraînent un vieillissement prématuré ; ils ont des effets indésirables sur la grossesse (faibles poids, prématurés) ; ils sont à l'origine de pathologies pulmonaires comme la bronchite ou l'asthme, causées par une inflammation des alvéoles pulmonaires. Ils auraient également selon différentes études des effets sur la santé mentale. Les effets connus de la pollution de l'air sur la santé ont conduit le Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS (CIRC) à classer en octobre 2013 l'ensemble des particules de l'air extérieur comme cancérogènes certains (groupe 1) chez l'homme. Les gaz d'échappement des moteurs diesel avaient déjà, en tant que tels, été classés comme cancérogènes en 2012.

[48] S'agissant de l'impact des produits phytosanitaires, le rapport inter inspections remis en décembre 2017¹² note que « *les différentes études publiées, et notamment l'expertise collective de l'Inserm de 2013 mettent en évidence des augmentations de risque significatives pour plusieurs pathologies en lien avec l'exposition des travailleurs et de leurs familles (cancer de la prostate, maladie de Parkinson, lymphome non hodgkinien, myélome multiple, atteinte du système nerveux central) ainsi que pour le développement du fœtus et la petite enfance lors d'expositions au cours*

de santé mentale, font l'objet de diverses publications. Cette pollution cause chaque année 7 millions de morts prématurées dans le monde selon l'OMS. Deux polluants, les particules fines et le dioxyde d'azote (NO2), très présents dans l'air du fait de l'activité humaine (transports, industries, chauffage, agriculture...) sont particulièrement dangereux. Santé publique France s'est livrée à une nouvelle évaluation du poids total de ces polluants sur la santé des Français et des Françaises entre 2016 et 2019 : elle estime ainsi que près de 40000 décès seraient attribuables chaque année à une exposition des personnes de 30 ans et plus aux particules fines et 7 000 décès à la pollution au NO2, ce qui représente respectivement 7 % et 1 % de la mortalité totale annuelle ».

¹² Utilisation des produits phytopharmaceutiques – rapport IGAS-CGEDD-CGAAER- Alexis DELAUNAY, Catherine MIR, Clémence MARTY-CHASTAN, Erik RANCE, Didier GUERIAUX, Robert TESSIER - décembre 2017

de la période prénatale et périnatale. Selon les modes de contamination, ce sont plus d'un million de professionnels de l'agriculture, la population des riverains et, plus largement, l'ensemble des consommateurs qui sont potentiellement exposés aux dangers que peuvent présenter les pesticides » [23]. La recherche doit être poursuivie concernant notamment les effets combinés de l'exposition à différents produits, et les effets des expositions diffuses ; mais dans sa contribution à la stratégie nationale de santé remise en septembre 2017, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) considère que « les conséquences de l'exposition aiguë sont assez bien documentées pour la plupart des pesticides. Des intoxications systémiques, pouvant conduire à la mort, mais aussi des effets allergisants, dermatologiques et respiratoires sont régulièrement rapportés chez les agriculteurs utilisant des pesticides ou travaillant sur des cultures traitées. Les principales interrogations concernent aujourd'hui les effets à long terme des expositions aux pesticides sur la santé, notamment à des faibles doses. Ces effets ont été étudiés principalement dans des populations exposées professionnellement, mais la question se pose actuellement pour les riverains des parcelles traitées, en particulier les femmes enceintes et les jeunes enfants. » [30]. La toxicité pour la santé humaine des pesticides en exposition aiguë a été démontrée de longue date, et reconnue en France par différentes juridictions, à la suite de procédures intentées par des agriculteurs pour faire reconnaître des cancers comme maladies professionnelles, à partir de 2006.

[49] L'impact du bruit sur la santé, moins souvent évoqué, est cependant marquant par la multiplicité des dommages sanitaires induits. Faisant l'objet de nombreuses études et publications, il se décline en risques auditifs et extra-auditifs (risques cardio-vasculaires, effets sur le sommeil, troubles cognitifs notamment, selon des données récurrentes). En 2011, une étude de l'OMS conclut, pour une année de référence, à **un poids sanitaire du bruit environnemental en Europe occidentale supérieur à un million d'années de vie perdues**, même en retenant les hypothèses les plus limitatives. Une cartographie récente du bruit montre que la grande majorité des Français est exposée au bruit des transports : près de 52 millions d'individus sont affectés par le bruit du trafic routier, avec des niveaux sonores situés au-dessus de 42 dB(A). Sur cette population, **plus de 7 millions d'individus sont exposés à de forts niveaux sonores dépassant 65 dB(A)**. Le phénomène est d'une ampleur comparable en période nocturne : plus de 7 millions d'individus sont exposés de nuit à des niveaux élevés dépassant 55dB(A).

1.2 De forts décalages survenus entre l'identification de la nocivité de produits ou facteurs environnementaux sur la santé humaine et l'enclenchement de l'action publique

[50] Un rapport de 1990¹³ date de l'explosion industrielle au XIXème siècle et des concentrations urbaines qu'elle a engendrées la prise de conscience par les pouvoirs publics des risques pour la santé liés à l'environnement de vie ou de travail. Au XXème siècle est intervenue la reconnaissance de la toxicité de substances présentes ou introduites dans l'environnement en ayant été considérées, dans un premier temps, comme neutres voire bénéfiques pour la santé. Ainsi l'effet cancérigène du radium après ingestion ne fut-il suspecté qu'à partir de 1930, à la suite du grand nombre de cancers contractés par des ouvrières américaines manipulant des peintures aux sels

¹³ Rapport du groupe de travail sur l'hygiène du milieu, IGAS, 1990

de radium ; dans les vingt années précédentes, ce métal avait été utilisé dans de multiples préparations à usage sanitaire ou cosmétique.

[51] La reconnaissance de la toxicité de certaines substances pour la santé humaine s'établit selon l'état de la science, lui-même lié aux recherches menées, ou non, sur telle ou telle thématique. L'action publique visant à mettre fin, fût-ce progressivement le cas échéant, aux facteurs nocifs et à prendre éventuellement en charge leurs conséquences intervient dans un certain nombre de cas avec un long décalage par rapport à l'identification initiale du risque, mais aussi à la documentation du risque avéré. C'est le constat que dresse le rapport « *Signaux précoces et leçons tardives : Le principe de précaution 1896–2000* »¹⁴ coproduit par l'agence européenne pour l'environnement et l'institut français de l'environnement et publié en deux étapes distantes, en 2001 puis 2013. Le rapport de 2001 retrace quatorze études de cas centrées par exemple sur le distilbène, l'encéphalopathie spongiforme bovine ou l'amiante. Il retrace sur ce sujet la chronologie de l'interdiction de l'usage de l'amiante, distante **d'un siècle** par rapport aux premières alertes et de plusieurs dizaines d'années par rapport à la reconnaissance confirmée d'une dangerosité majeure. Ce que l'on a ensuite appelé le scandale de l'amiante a été révélé, de façon externe aux pouvoirs publics, par des lanceurs d'alerte, notamment le physicien-chercheur Henri Pézerat. Les industriels, représentés au sein d'un « comité permanent amiante » créé à l'initiative de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), ont cependant longtemps affirmé qu'il n'existait aucun risque pour la population générale en dessous d'une certaine concentration dans l'air et que le danger dépendait de la dose inhalée, ce qui a joué un rôle important dans le maintien d'une réglementation favorable à l'amiante en France, plus prolongé encore que dans d'autres pays.

[52] Le rappel des principales étapes de ce dossier éclaire les processus susceptibles d'affecter dans d'autres cas l'enclenchement de l'action publique. S'agissant par exemple de la pollution de l'air, différentes publications soulignent que les premières études documentant les effets du diesel sur la santé datent des années 1970-80 et que les politiques publiques contrant ce risque, une fois engagées, sont efficaces. Est le plus souvent cité l'exemple de Tokyo où une première loi augmentant les taxes sur le diesel a été votée dès 1992 et où « *en moins de 10 ans, la concentration de particules fines a diminué de 50 %, la mortalité cardiovasculaire et respiratoire a diminué respectivement de 11 et 20 %* »¹⁵ alors que dans le même temps, en France, les politiques fiscales favorisaient l'utilisation du diesel.

[53] **Le risque de forts décalages dans l'intervention de l'action publique perdure malgré la constitutionnalisation en mars 2005 de la Charte de l'environnement qui définit les modalités d'usage du principe de précaution**, dont la mise en œuvre a été étendue au domaine sanitaire. Aux termes de l'article 5 de la Charte, « *lorsque la réalisation d'un dommage, bien qu'incertaine en l'état des connaissances scientifiques, pourrait affecter de manière grave et irréversible l'environnement, les autorités publiques veillent, par application du principe de précaution et dans leurs domaines d'attributions, à la mise en œuvre de procédures d'évaluation des risques et à*

¹⁴ Signaux précoces et leçons tardives : Le principe de précaution 1896–2000 - Rapport collectif de l'Agence européenne pour l'environnement (AEE) et l'institut français de l'environnement (IFEN), 2001 et 2013

¹⁵ Interview du radiologue Thomas Bourdrel, quotidien Libération, 19 janvier 2016 : « La pollution automobile liée au diesel est un énorme scandale sanitaire, du même ordre que ceux de l'amiante ou du tabac » ; « Effets cardiovasculaires de la pollution de l'air », Thomas Bourdrel, revue Archives of Cardiovascular Diseases, 2017, vol 110.

l'adoption de mesures provisoires et proportionnées afin de parer à la réalisation du dommage. »
 Une étude récente relative au principe de précaution conclut que « *l'énoncé du principe de précaution peut se résumer ainsi : l'absence de certitudes scientifiques ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées par les autorités publiques afin de prévenir les risques de dommages graves à l'environnement ou à la santé humaine.* »¹⁶

[54] Le rapport cité *supra* de l'office parlementaire d'évaluation des risques technologiques (OPECTST) remis en mars 2019 documente **la fragilisation de la confiance dans les expertises et dans l'action publique afférente, au fil de scandales sanitaires** successifs : crise de la vache folle survenue malgré des signes d'alertes antérieurs, non suivis de mesures de précaution de la part des autorités nationales britanniques puis européennes ; interdiction de l'amiante très longuement retardée, particulièrement en France ; sous-évaluation des risques environnementaux et sanitaires liés aux pesticides, illustrée notamment par le dossier de la chlordécone dont les effets neurotoxiques, reprotoxiques et cancérogènes sont connus depuis les années 1970, conduisant les États-Unis à l'interdire dès 1977 alors que l'utilisation en a été autorisée beaucoup plus durablement dans les Antilles françaises. Le rapport cité de l'OPECTST note que la chlordécone est considérée comme responsable notamment du taux de cancers de la prostate aux Antilles, presque deux fois plus élevé que la moyenne nationale.

[55] Le second volume du rapport « Signaux précoces et leçons tardives » cité *supra*, souligne les risques sanitaires liés aux pesticides, aux perturbateurs endocriniens, aux OGM ou aux nanotechnologies. Outre la préservation de la santé que l'on peut estimer être un objectif politique ayant priorité sur d'autres, la prise en compte des responsabilités engagées invite à enclencher l'action publique beaucoup plus nettement et avec moins de délais. Les responsabilités engagées sont lourdes ; elles engendrent des processus d'indemnisation en conséquence coûteux lorsqu'ils sont mis en œuvre, qui s'ajoutent aux autres coûts de la non-action en santé-environnement.

2 Les coûts de la non-action en santé-environnement : des évaluations le plus souvent partielles mais un ordre de grandeur représentant plusieurs points de PIB

2.1 La multiplicité des coûts de la non-action en santé-environnement

[56] Outre la mortalité et la morbidité associées qui imposent de qualifier de majeurs les enjeux sanitaires des politiques de santé-environnement, la non-action dans ce domaine génère des coûts financiers particulièrement lourds. Ils s'analysent en coûts sanitaires impactant la dépense courante de santé du fait des pathologies contractées, mais aussi en coûts non sanitaires. Dans son rapport publié en juillet 2015¹⁷, la commission d'enquête du Sénat sur le coût économique et

¹⁶ « Le principe de précaution », synthèse Jurisclasseur, Olivier Sutterlin, Docteur en droit, 15 octobre 2018

¹⁷ « Pollution de l'air : le coût de l'inaction », Husson et Aïcha, « Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur le coût économique et financier de la pollution de l'air », Sénat rapport n°610, 2015

financier de la pollution de l'air a rappelé les résultats de différentes études montrant que ce coût est à la fois :

- *« un coût tangible, qui s'appréhende à partir des dépenses de santé relatives aux pathologies imputables à la pollution de l'air et à la perte de productivité pour l'économie du fait de l'absentéisme et de la morbidité : le coût de la pollution de l'air pour le système de santé français est évalué entre 1 et 2 milliards d'euros par an, auquel s'ajoutent les dépenses relatives aux rentes versées au titre des maladies professionnelles, d'un montant de 1 milliard d'euros par an ;*
- *un coût intangible, socio-économique, qui s'évalue à partir des pertes de bien-être pour la société engendrées par les pathologies et les décès prématurés associés à la pollution de l'air. Ce coût fait l'objet de chiffrages disparates, en fonction des méthodologies employées pour monétariser les impacts de la morbidité et la mortalité (valeur monétaire conférée aux années de vie perdue). Il est estimé entre 20 et 30 milliards d'euros par le commissariat général au développement durable et entre 70 et 100 milliards d'euros par le programme « Clean air for Europe » de la Commission européenne ».*

[57] S'agissant des seuls coûts représentés par les dépenses de santé prises en charge par l'assurance-maladie, la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a actualisé pour la mission IGAS de 2018 le chiffrage, réalisé en 2015 pour le Sénat, des dépenses remboursées attribuables à la pollution de l'air. Ces données situent la fourchette pour 2016 entre 520 M€ et 2 Mds€ par an. Les écarts proviennent de la fraction attribuable retenue, qui dans cette étude est comprise entre 10 % et 15 % des dépenses inhérentes à la prise en charge des broncho pneumopathies chroniques obstructives, entre 10 % et 35 % des dépenses pour asthme, entre 1 % et 5 % des dépenses pour cancer, avec un total comprenant une borne haute *« si la fraction attribuable maximale de l'asthme est appliquée à l'ensemble des dépenses affectées aux maladies respiratoires chroniques »*. Les montants globaux correspondent en tout état de cause à un chiffrage partiel : la note de la CNAM précise qu'ils n'incluent *« notamment pas les dépenses remboursées attribuables à la pollution pour les maladies cardio- neurovasculaires, ni pour les pathologies respiratoires aigües »*.

[58] Dans l'étude précitée portant sur le coût économique de la pollution de l'air, les coûts de la morbidité et de la mortalité prématurées ont été classés parmi les coûts sanitaires « intangibles », hors les dépenses portées par le système de santé d'une part, les entreprises et d'autres branches de la protection sociale d'autre part (pertes de productivité, absentéisme). La morbidité et mortalité prématurées causées par l'exposition à des facteurs nocifs est cependant susceptible de générer pour les fonds publics des dépenses d'indemnisation et des coûts de contentieux tout aussi tangibles que les dépenses d'assurance-maladie.

[59] Au nombre des contentieux, figurent notamment ceux engagés par les instances de l'Union européenne pour non-transposition des directives ou non-respect des règles afférentes. Dans le domaine de l'alimentation en eau potable, la France a ainsi enregistré depuis la fin des années 1990 plusieurs procédures contentieuses pour manquements à ses obligations communautaires, caractérisés par des dépassements de la limite de qualité de l'eau distribuée pour les paramètres nitrates ou pesticides. S'agissant de la pollution de l'air, la France a fait l'objet de plusieurs procédures lancées par la Commission européenne pour dépassements des valeurs limites de dioxyde d'azote et de PM10. L'amende, pour le seul contentieux relatif aux particules, s'élèverait à

100 M€ la première année, puis 90 M€ par an les années suivantes tant que des dépassements perdureront.

[60] Outre les contentieux institutionnels, des actions peuvent aussi être engagées par les victimes. En droit européen, « *l'incidence des considérations liées à la santé humaine s'avère certaine eu égard à la jurisprudence de la Cour de justice selon laquelle les dispositions des directives doivent pouvoir être invoquées à l'encontre des Etats membres par les personnes concernées, tel étant tout particulièrement le cas des directives qui visent à protéger la santé publique, notamment celles relatives à la qualité de l'air et à celle de l'eau destinée à la consommation humaine* ». ¹⁸

[61] Les responsabilités engagées par la non-action engendrent des processus d'indemnisation lourds lorsqu'ils sont mis en œuvre. S'agissant de l'utilisation prolongée de l'amiante, la réparation des atteintes aux personnes a été instaurée en France par la création en 2001 du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). L'addition des dotations votées dans les lois de finances de l'État et de financement de la Sécurité sociale et effectivement versées au FIVA au 31 décembre 2017 depuis la création du fonds s'élève à 5,3 milliards d'euros.

[62] Pour d'autres facteurs d'exposition présentant une toxicité majeure établie par l'état de la recherche et, dans certains cas, par la reconnaissance de maladies professionnelles, la création de dispositifs d'indemnisation pourrait, de même, être envisagée au regard des dommages subis et des responsabilités engagées. Une proposition de loi portant création d'un fonds d'indemnisation des victimes de produits phytopharmaceutiques a ainsi été déposée au Sénat en juillet 2016. La mission inter-inspections relative à la préfiguration de ce dispositif d'indemnisation ¹⁹ a rappelé en janvier 2018 les régimes de responsabilité existants trouvant à s'appliquer au cas particulier des produits phytopharmaceutiques. **Si la responsabilité des fabricants peut être engagée dans certains cas, « la responsabilité de l'État peut également être recherchée compte tenu des autorisations de mise sur le marché des produits phytosanitaires qu'il accorde sur le territoire national, au même titre que celle de l'Union européenne en ce qui concerne les autorisations des matières actives qui composent ces produits. Elle peut également être recherchée sur le fondement du défaut d'information du public, pour interdiction tardive, voire lorsque l'Etat a été amené à prescrire aux agriculteurs l'emploi de certaines substances ».** Le rapport évalue les dépenses globales correspondantes, dans une répartition à définir entre les fabricants de produits, les agriculteurs via le régime accidents du travail - maladies professionnelles, et l'Etat, à une fourchette comprise entre 280 M€ et 930 M€. **Le fonds d'indemnisation a été créé par l'article 70 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020.**

[63] Ces données soulignent la nécessité **d'envisager les différents types de coûts générés par la non-action et l'action non proportionnée, ou menée tardivement**, en santé-environnement. Cela vaut pour les différents types de coûts économiques et financiers, sanitaires ou non sanitaires, même si cette approche ne va pas de soi. Les effets des pollutions et nuisances environnementales constituent en effet pour les économistes des externalités négatives, c'est-à-dire des

¹⁸ CJCE 30 mai 1991, Commission c/Allemagne, aff C361/88, CJCE 30 mai 1991, Commission c/Allemagne, aff C59/89, CJCE 25 juillet 2008 ; Doeter Janecek c/ Freistadt Bayern, C237/07, in Droit de l'environnement de l'Union européenne, Patrick Thieffry, Bruylant 2011

¹⁹ Rapport relatif à la préfiguration d'un dispositif d'indemnisation des victimes de produits phytopharmaceutiques, CGAAER IGAS IGF, janvier 2017

conséquences négatives d'une action d'un agent sur d'autres, dont la compensation monétaire est rarement prévue. L'intégration des externalités au coût des activités permet cependant de progresser vers un optimum social, puisque les externalités pèsent sur la société dans son ensemble et, pour partie directement, pour partie de façon médiane ou différée, sur les fonds publics. A tout le moins, **la mesure de ces externalités apporte un éclairage essentiel pour la décision publique.**

2.2 Un ordre de grandeur global représentant plusieurs points de PIB

[64] Les chiffrages des coûts induits par l'exposition aux déterminants sanitaires environnementaux sont le plus souvent ciblés sur un type de pollution, en raison probablement de la complexité du sujet.

[65] Par ailleurs, les chiffrages présentent des fourchettes, dès lors qu'ils incluent notamment une valorisation monétaire de la mortalité et de la morbidité. En effet, comme l'a noté le Commissariat général au développement durable à propos du coût de la pollution de l'air, *« il n'existe pas, en France, de valeur tutélaire pour l'année de vie perdue du fait de la pollution de l'air »*. S'agissant d'autres causes de mortalité, des barèmes sont établis sans référence à une norme globale. Le programme de recherche européen Needs recommande une valeur de 41 000 € par année de vie perdue pour la mortalité à long terme dans les États membres de l'Union Européenne à 15. Le rapport Boîteux²⁰ donne, pour la pollution de l'air, une valeur d'évitement d'un décès de 504 000 €. Les mêmes écarts affectent la valorisation monétaire de la morbidité. Toujours en référence à la pollution de l'air, le rapport Boîteux évalue les coûts de morbidité à 30 % du coût de mortalité attribuable à cette pollution, méthode qui corrèle le coût de morbidité au coût attribué à la mortalité. Les valeurs de la Commission européenne sont basées quant à elles sur une valorisation monétaire des différentes composantes de coûts de morbidité : coûts « financiers » liés à la maladie ; coûts liés à la perte de productivité (pertes du temps de travail ou perte de capacité productive) et coûts liés à la perte de loisir ou de travail domestique, incluant le travail non rémunéré ; coûts intangibles comme le coût de la souffrance, l'anxiété vis à vis de l'avenir, la souffrance et les autres problèmes des proches.

[66] Enfin, les coûts identifiés par les différentes études sont, selon leurs auteurs même, très probablement sous-évalués : les études se limitent généralement en effet à l'analyse de quelques polluants, ceux pour lesquels l'impact sanitaire est considéré comme indiscutable, ou pour lesquels les données sont disponibles, et de quelques pathologies en résultant. Par ailleurs, l'état de la science ne permet que rarement à ce jour de prendre en compte, entre autres, les effets conjoints ou cumulés de plusieurs polluants ou nuisances. Dans de nombreux cas, les pollutions sont diffuses et peuvent avoir des impacts à long terme, difficiles à identifier et isoler.

[67] Pour ces raisons, il est difficile d'appréhender un coût complet. Cependant, l'addition des données disponibles relatives aux coûts induits par les trois types étudiés de pollution : pollution de l'air, conséquences sanitaires du bruit et perturbateurs endocriniens, permet de situer un ordre de grandeur.

²⁰ « Transport : choix des investissements et coût des nuisances », Marcel Boîteux, Commissariat général au plan, 2001

- S'agissant de la pollution de l'air, le Haut conseil de la santé publique reprend dans sa contribution de septembre 2017 à la stratégie nationale de santé les principales données disponibles : « *La dernière étude épidémiologique de Santé publique France de 2016 attribue à l'exposition environnementale à la pollution atmosphérique 48 000 morts anticipées annuelles. Cette mortalité est la sanction finale d'une morbidité variée, à court et long termes (cancer du poumon, infarctus du myocarde, crises d'asthme ...). **Le coût de la pollution de l'air, en incluant à la fois la pollution atmosphérique et la qualité de l'air intérieur, a été évalué à 101,3 milliards d'euros annuels** selon le rapport du Sénat du 15 juillet 2015. Ils pourraient être économisés en diminuant les dépenses de santé, l'absentéisme, et les coûts associés à la perte de bien-être, de qualité et d'espérance de vie* ».
- Selon l'évaluation publiée en 2016 par le Conseil National du Bruit et l'Ademe, **le coût social du bruit en France s'élèverait à plus de 57 milliards d'euros par an.**
- S'agissant des perturbateurs endocriniens, une étude de 2015²¹ estime le coût des effets sur la santé de l'exposition de la population aux perturbateurs endocriniens à 1,23% du PIB européen. Une extrapolation grossière basée sur la division du PIB européen par le nombre de pays¹⁸⁹ situerait **le coût pour la France autour de 27 Md€.**

[68] L'addition des trois ordres de grandeur doit être considérée avec prudence pour les raisons évoquées, et parce qu'il serait nécessaire de rapprocher ces études terme à terme s'il s'agissait d'établir de façon précise un coût globalisé. Cependant ces données permettent de constater que les coûts de chaque pollution à l'échelle nationale se chiffrent en tout état de cause en milliards d'euros par an. De plus, sans prétendre à l'exhaustivité puisque les coûts liés à nombre d'autres facteurs nocifs ne sont pas pris en compte, **l'examen des données limité à ces trois aspects fournit un ordre de grandeur de 180 Mds d'euros, soit 7,8 points de produit intérieur brut (PIB)²².** Les trois types de pollution évoqués sont largement disjoints, ce qui évite pour l'essentiel le risque de doubles comptes.

²¹ "Estimating burden and disease costs of exposure to endocrine-disrupting chemicals in the european union" Trasande et al., 2015, J. Clin. Endocrinol. Metab., April 2015

²² Le PIB s'étant établi à 2 291,7 Mds d'euros en 2017 (« Les comptes de la Nation en 2017 », INSEE première n° 1697, mai 2018).

CHAPITRE 2 : LA POLITIQUE DE SANTÉ-ENVIRONNEMENT

[69] En écho aux enjeux sanitaires et économiques liés à la santé environnementale (cf. chapitre 1), le baromètre 2020 de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) sur la perception des risques et de la sécurité par les Français, confirme que les questions environnementales s'affirment comme un enjeu majeur en France. Les préoccupations liées à la dégradation de l'environnement concernent un Français sur trois et arrivent en 4^e position. En progression constante depuis 2009, ces préoccupations arrivent quasiment au même niveau que celles liées à la précarité sociale ou économique²³. Dans ce contexte la rénovation de la politique de santé environnementale, proposée par les rapports inter-inspections, apparaît comme un objectif de premier plan.

1 Historique et définition de la santé-environnement

[70] Un rapport de l'IGAS de 1990²⁴ date de la révolution industrielle au XIX^e siècle et des concentrations urbaines qu'elle a engendrées la prise de conscience par les pouvoirs publics des risques pour la santé liés à l'environnement de vie ou de travail, et note qu'il a fallu attendre la seconde moitié du XIX^e siècle pour qu'interviennent de premières lois dans ce domaine. La reconnaissance de l'impact de facteurs environnementaux sur la santé humaine concernait alors principalement l'insalubrité, les problèmes d'assainissement, les règles d'hygiène. Elle a évolué au XX^e siècle avec la reconnaissance d'autres facteurs de risques et notamment de la toxicité de substances présentes ou introduites dans l'environnement qui avaient été considérées, dans un premier temps, comme bénéfiques ou neutres pour la santé. Selon un autre rapport de l'IGAS daté de 2011 [6], c'est seulement dans le dernier quart du XX^e siècle qu'ont été mises en évidence les interactions entre divers déterminants de santé, parmi lesquels l'environnement.

[71] En 1994, l'OMS a défini la santé environnementale de la manière suivante : « *La santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures.* » Selon l'OMS, la notion d'environnement renvoie aux milieux de vie (domestique, naturel), ainsi qu'au milieu professionnel. L'OMS n'intègre pas l'exposition volontaire et les comportements individuels dans le champ de la santé environnementale.

²³ Plan national santé environnement 4

²⁴ IGAS, Rapport du groupe de travail sur l'hygiène du milieu, Pierre Pascal 1990

[72] La santé environnementale consiste donc à améliorer la qualité des milieux de vie et de l'alimentation en limitant les risques pour la santé associés aux expositions à divers agents physiques, chimiques et biologiques. Selon une instruction de la DGS de 2011²⁵, l'objectif est de réduire pour chacun de ces milieux :

- **l'exposition directe des populations à des agents pathogènes** comme les bactéries, les parasites, les virus qui sont responsables de grandes maladies infectieuses telles que la légionellose, la salmonellose, la typhoïde, les toxi-infections collectives alimentaires, le choléra ;
- **l'exposition directe des populations à des substances chimiques ou des particules diverses** (ex. pesticides, perturbateurs endocriniens, polluants atmosphériques, plomb, amiante...) qui peuvent être responsables de cancers, d'intoxications telles que le saturnisme, ou de maladies induites telles que l'asthme et les pathologies respiratoires et cardiovasculaires. Par ailleurs, l'exposition précoce (in utero) à certains produits chimiques, notamment aux perturbateurs endocriniens, peut avoir une incidence sur le déclenchement de pathologies chroniques comme le diabète et être à l'origine de malformations congénitales ;
- **L'exposition indirecte des populations à des agents pathogènes véhiculés par des espèces nuisibles**, tels que les rats (ex. peste, leptospirose...), moustiques (ex. dengue, chikungunya, paludisme, zika...), tiques (ex. maladie de Lyme, encéphalite à tiques...).

[73] Ces objectifs ont été repris dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 et du plan national santé publique (PNSP), dit plan « *Priorité Prévention* »²⁶. La SNS 2018-2022 entend « *promouvoir des conditions de vie et de travail favorables à la santé et maîtriser les risques environnementaux* ». Elle comprend des actions relatives à la réduction de l'exposition à des conditions d'habitat indignes et aux pollutions intérieures, aux pollutions extérieures et aux substances nocives pour la santé, à la santé au travail et à la prévention des maladies vectorielles. Le PNSP met, quant à lui, en avant la lutte contre les perturbateurs endocriniens dans les mesures phares, et comporte également des propositions concernant les maladies vectorielles.

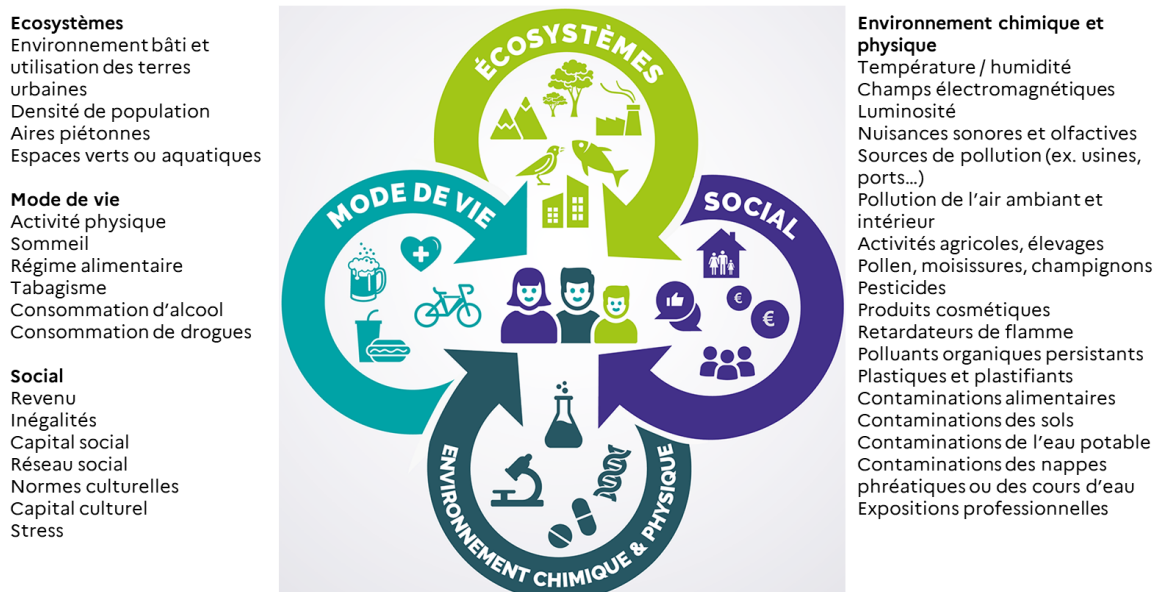
[74] Toutefois une approche globale prenant en compte l'ensemble des facteurs de risque qu'ils soient liés aux modes de vie, à l'alimentation ou aux pollutions des milieux reste aujourd'hui à construire. Pour cela il est essentiel d'améliorer les connaissances nécessaires à la description de **l'exposome entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine**²⁷ en incluant la période prénatale.

²⁵ INSTRUCTION N° DGS/EA/2011/406 du 26 octobre 2011 relative aux missions des Agences Régionales de Santé (ARS) dans le domaine de la santé environnementale

²⁶ plan_national_de_sante_publique__psnp.pdf

²⁷ Article L. 1411-1 du code de la santé publique

Schéma 1 : L'exposome, intégrateur de l'ensemble des expositions d'un individu



Source : INRAE d'après Vermeulen et al. *The exposome and health: Where chemistry meets biology*. *Science*. 2020 Jan 24;367(6476):392-396

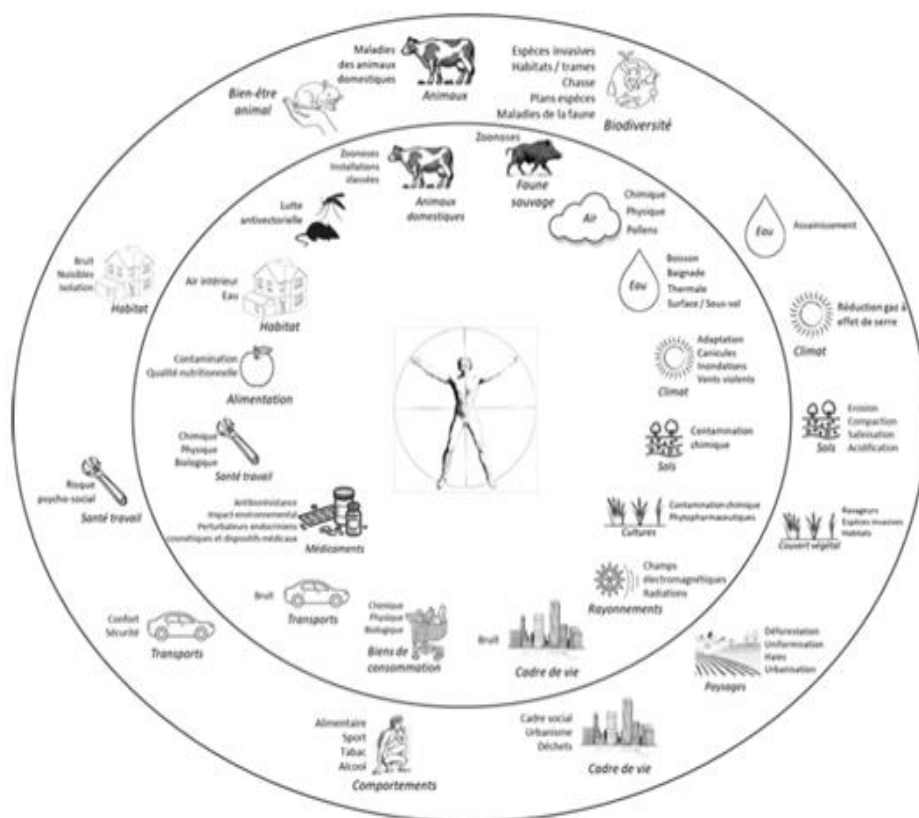
2 La santé-environnement est un objet de politique publique vaste et mal identifié

2.1 La santé-environnement irrigue un champ très large de politiques publiques, compte tenu de la diversité des facteurs de risques

[75] Le champ de la santé environnementale est très large. Un rapport inter-inspections de 2022 [1] a cherché à dresser la liste des facteurs liés à l'environnement ayant un impact sur la santé humaine que l'on peut prendre en considération et constaté que celle-ci était potentiellement longue.

[76] Pour chacun de ces facteurs, ce rapport souligne que l'impact sur la santé est plus ou moins direct : la pollution de l'air extérieur affecte directement la santé de ceux qui le respirent ; à l'inverse la salinisation des sols n'a qu'un impact sur la santé du couvert végétal et par répercussion un effet seulement indirect sur la santé humaine par la diminution d'aménité du paysage, ou la réduction du disponible alimentaire en cas de culture.

Schéma 2 : Facteurs de risques en santé-environnement



Source : Rapport inter-inspections, 2022 [1]

[77] En outre, la multiplicité des expositions potentielles et leurs conséquences sur la santé qui n'apparaissent généralement qu'à long terme rendent longues et difficiles l'identification d'un facteur de risque environnemental, de telle sorte que **cette liste s'allonge au fil du temps en fonction de l'avancée des connaissances**.

[78] Le rapport inter-inspections de 2022 précité recommandait ainsi de **définir et de réviser périodiquement le périmètre des facteurs environnementaux** devant être pris en compte dans le cadre des politiques publiques de préservation et d'amélioration de la santé des populations [1].

2.2 En conséquence, la santé-environnement n'est pas une politique publique clairement délimitée et structurée au niveau national

[79] **En droit français, de nombreux codes font référence à la santé ou à l'environnement.**

[80] Un rapport inter-inspections de 2020 [3] note que le code de la santé publique comporte nombre de développements sur la santé et l'environnement, en particulier dans le livre III intitulé « *Protection de la santé et environnement* », mais qui ne couvrent qu'une partie du champ. Il rappelle également que la loi de modernisation du système de santé a entériné, en 2016 dans le code de la santé publique, la volonté d'améliorer la connaissance des effets de l'environnement sur la santé selon le concept d'exposome.

[81] Le code de l'environnement aborde les conséquences pour la santé et l'environnement de l'exposition à différentes substances ou produits dans le livre V consacré à la prévention des pollutions, des risques et des nuisances. D'autres codes contiennent des dispositions relatives à une ou plusieurs enjeux de santé environnementale et il est singulièrement difficile de se retrouver dans le cadre juridique applicable à la santé environnementale, particulièrement dispersé.

La réglementation applicable en matière de qualité et de sécurité de l'habitat

La qualité et la sécurité de l'habitat relève de plusieurs codes :

- la lutte contre l'habitat indigne relève du code de la construction et de l'habitation,
- la lutte contre l'insalubrité, le plomb et le radon relèvent du code de la santé publique
- la qualité de l'air intérieur relève du code de l'environnement
- la compétence générale du maire en matière d'hygiène et de salubrité relève du code général des collectivités territoriales.

[82] En outre, **s'agissant du code de la santé publique, les dispositions générales faisant référence à la santé-environnement ne couvrent pas le même champ :**

- *L'article L. 1311-1 du code de la santé publique*, encadrant les règles générales d'hygiène et toutes autres mesures propres à préserver la santé de l'homme, cible en particulier la prévention des maladies transmissibles, la salubrité des habitations, des agglomérations et de tous les milieux de vie de l'homme, l'alimentation en eau destinée à la consommation humaine, l'exercice d'activités non soumises à la législation sur les installations classées pour la protection de l'environnement, l'évacuation, le traitement, l'élimination et l'utilisation des eaux usées et des déchets, la lutte contre les nuisances sonores et la pollution atmosphérique, la préparation, la distribution, le transport et la conservation des denrées alimentaires ;
- *L'article L. 1311-6 du code de la santé publique* instituant un plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement cible les effets sur la santé des agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie, y compris le milieu de travail, ainsi que ceux des événements météorologiques extrêmes.

[83] **Le rapport inter-inspections de 2020 précité souligne que cette difficulté à délimiter et structurer les facteurs de risques environnementaux dans des ensembles cohérents de politiques publiques de préservation et d'amélioration de la santé des populations se retrouve également au niveau européen [3] :**

- la classification UE (CEPA) opère une distinction entre l'air (Protection de l'air et du climat (CEPA 1), les eaux usées (CEPA 2), les déchets (CEPA 3), la protection et dépollution du sol, des eaux souterraines et de surface (CEPA 4), la lutte contre le bruit (CEPA 5), la protection contre les radiations (CEPA 7) ;
- La DG SANTE de la Commission européenne utilise une classification encore différente pour les risques environnementaux : Pollution de l'air, Agents biologiques (bactéries, parasites, prions, virus), Agents chimiques, Changements climatiques et climats extrêmes (sécheresse,

inondation, température), Contamination alimentaire et de l'eau, Qualité de l'air intérieur et extérieur, Agents physiques (champs électromagnétiques, bruit, radon, radiations, UV...)

2.3 Le plan national santé environnement (PNSE) n'a pas encore permis de constituer la santé-environnement en objet de politique publique

[84] Institué par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, le plan national santé-environnement doit prendre en compte « *les effets sur la santé des agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie, y compris le milieu de travail, ainsi que ceux des événements météorologiques extrêmes* ». **D'une durée de 5 ans, la loi prévoit que le PNSE soit décliné au niveau régional sous forme de plans régionaux santé environnement (PRSE)** qui ont pour objectif la territorialisation des politiques définies dans le cadre de la santé environnementale et au sein du projet régional de santé pour les dispositions nécessaires à la mise en œuvre du PNSE qui relèvent de la compétence des ARS²⁸.

[85] Depuis 2004, trois PNSE se sont succédé (2004-2008, 2009-2013, 2015-2019), portés par les ministères de l'écologie et de la santé, le PNSE 4 couvrant la période 2020-2024.

[86] Selon l'évaluation globale des PNSE (2004-2019) réalisée par le Haut conseil de la santé publique (HCSP), **les PNSE ont assuré la mise en visibilité de la santé environnementale et permis sur certains aspects des progrès sur la connaissance et la réduction de certaines expositions** (ex. environnement intérieur). En revanche, **l'impact des PNSE sur la connaissance des pathologies associées aux expositions environnementales (ex. maladies respiratoires, neurodégénératives, métaboliques, cancers...) est plus contrasté**, notamment car ces thématiques n'ont été abordées qu'à partir du PNSE 3 [30].

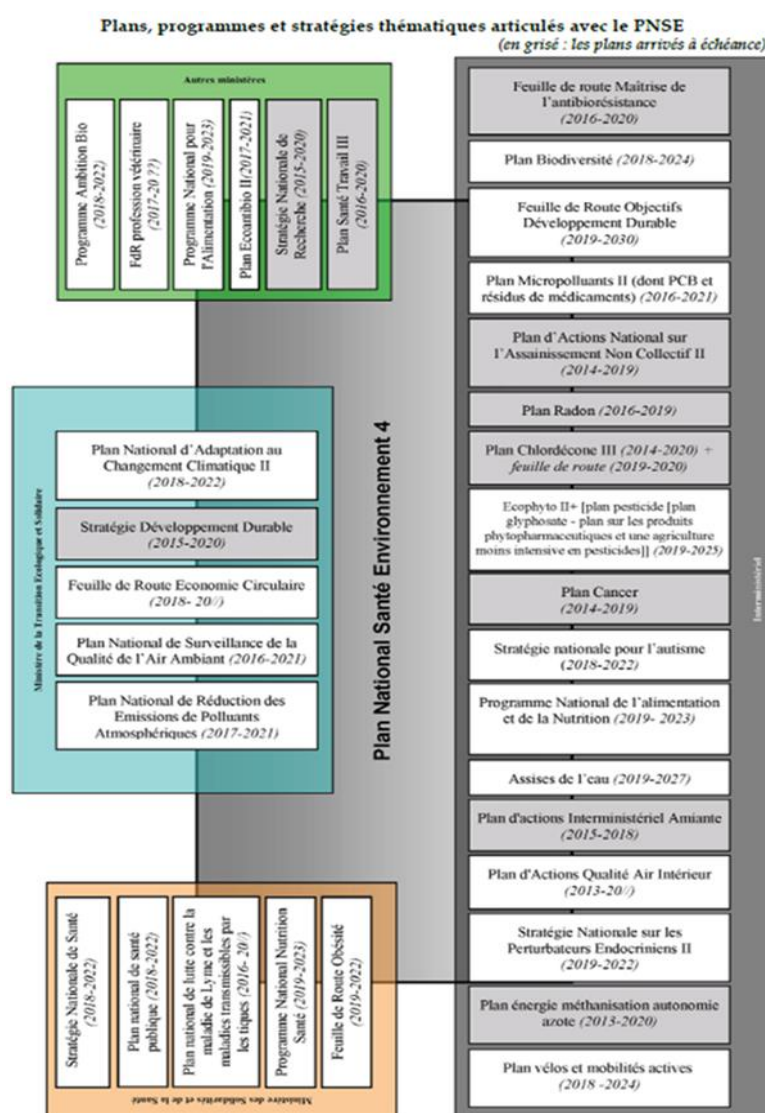
[87] Plusieurs rapports d'inspections, en particulier le rapport IGAS d'évaluation du PNSE 3 en 2018 [4], ont clairement souligné les limites des PNSE, en particulier **leur caractère peu opérationnel en termes de diminution des risques** :

- **le PNSE ne couvre pas l'intégralité du champ défini par la loi** puisque plusieurs composantes ne sont que très marginalement prises en compte (ex. santé au travail, événements météorologiques extrêmes, alimentation...) ;
- **le PNSE n'est pas positionné pour chapeauter l'ensemble des 34 plans sectoriels** qui traitent certains enjeux spécifiques, comme les perturbateurs endocriniens, les produits phytopharmaceutiques, l'air ambiant, la biodiversité... Le PNSE 4 vise en réalité plutôt à combler les espaces interstitiels ;
- **L'articulation avec le PNSE est quasiment absente dans la gouvernance et les modes d'évaluation propres de chaque plan sectoriel** ; les calendriers et objectifs ne sont pas harmonisés. Toutefois le PNSE 4 prévoit des recommandations pour les évolutions futures des plans sectoriels mais sans garantie de reprise ;

²⁸ Les articles L. 1434-1 et suivants relatifs aux projets régionaux de santé ne mentionnent pour autant pas le lien avec le PNSE.

- Les actions visent majoritairement à accroître ou diffuser les connaissances, très rarement à diminuer les risques ; les actions ne sont pas assorties d'objectifs de résultat ; les moyens d'agir ne sont pas définis ; le PNSE 3, bien qu'énonçant 105 « actions », comporte très peu d'actions visant à instaurer une norme, ne définit pas les moyens de l'incitation ou de la contractualisation, et aucun budget ne lui a été associé ;
- Le PNSE est insuffisamment priorisé et peu opérationnel, en l'absence notamment de fiches actions (déclinant des moyens, un calendrier, des cibles pour les indicateurs, etc.) et d'un financement arrêté pour l'ensemble des actions retenues dans le plan²⁹ ;
- le PNSE est insuffisamment articulé avec les PRSE.

Schéma 3 : Plans sectoriels en lien avec le PNSE



Source : Projet de PNSE 4

²⁹ Si le PNSE 4 ne mentionne aucun budget, le rapport d'avancement 2021-2022 mentionne un budget prévisionnel de 177 M€ sur 5 ans, dont 76 M€ ont été consommés sur la première année d'exécution.

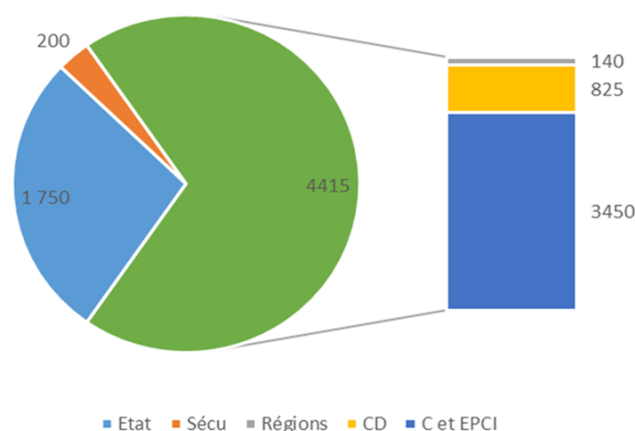
2.4 Les moyens de la politique de santé-environnement sont dispersés et peu priorisés

[88] Le rapport inter-inspections de 2022 [1] a procédé à un **recensement des financements consacrés à la santé environnementale en matière de prévention et de gestion des risques, hors coûts sociaux liés notamment à la prise en charge des maladies induites** :

- **Au niveau national**, les dépenses annuelles en santé-environnement des différents acteurs seraient un peu supérieures à 6 Mds €, dont plus des deux tiers à la charge des collectivités territoriales, un peu moins de 30 % à la charge de l'Etat et de l'ordre de 3 % financés par la sécurité sociale.
- **Au niveau de l'Etat**, les dépenses sur le budget général, hors dépenses de personnels, représenteraient de l'ordre de 5 Mds€ sur 7 ans³⁰ (2015-2021), variant de 582 à 780 M€ chaque année, répartis au sein de 28 programmes budgétaires. Entre le tiers et la moitié de ces dépenses est réalisé par des opérateurs, principalement le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), l'ANSES ou encore SPF. Au total, de manière certes minorée, les crédits affectés à la santé-environnement représenteraient de l'ordre de 0,3 % des dépenses du budget général.
- **S'agissant des seules compétences obligatoires des collectivités territoriales**, hors régions (assainissement de l'eau et traitement des déchets), les dépenses apparaissent supérieures à 4 Mds€ chaque année. Au total, la proportion des dépenses de santé-environnement par rapport au total des dépenses des collectivités territoriales (hors régions) avoisinerait 2 %. Les régions dépenseraient de l'ordre de 130 M€ chaque année (eau, déchets, air). Rapporté au total de leurs dépenses, cet effort serait du même ordre que celui de l'Etat (0,35 %).
- **La contribution annuelle de la sécurité sociale** s'élève à près de 200 M€. Elle finance depuis quelques années certains établissements (notamment SPF), mais aussi le Fonds d'intervention (FIR) des agences régionales de santé (ARS), et des dépenses de prévention des maladies professionnelles développées du fait de l'environnement de travail (facteurs physiques, chimiques, biologiques, mais aussi psycho-sociaux).

³⁰ Les dépenses de compte d'affectation spéciale (contribution au financement de l'aide à l'acquisition de véhicules propres et au retrait de véhicules polluants) ont été, en 2019 et 2020, notablement plus importantes que les dépenses du budget général. Elles représentent un peu plus de 4,2 Mds € sur sept ans et sont croissantes sur la période.

Graphique 2 : Répartition des dépenses de santé-environnement entre l'Etat, les collectivités locales et la sécurité sociale en 2021 (en M€) hors dépenses de prise en charge des personnes exposées

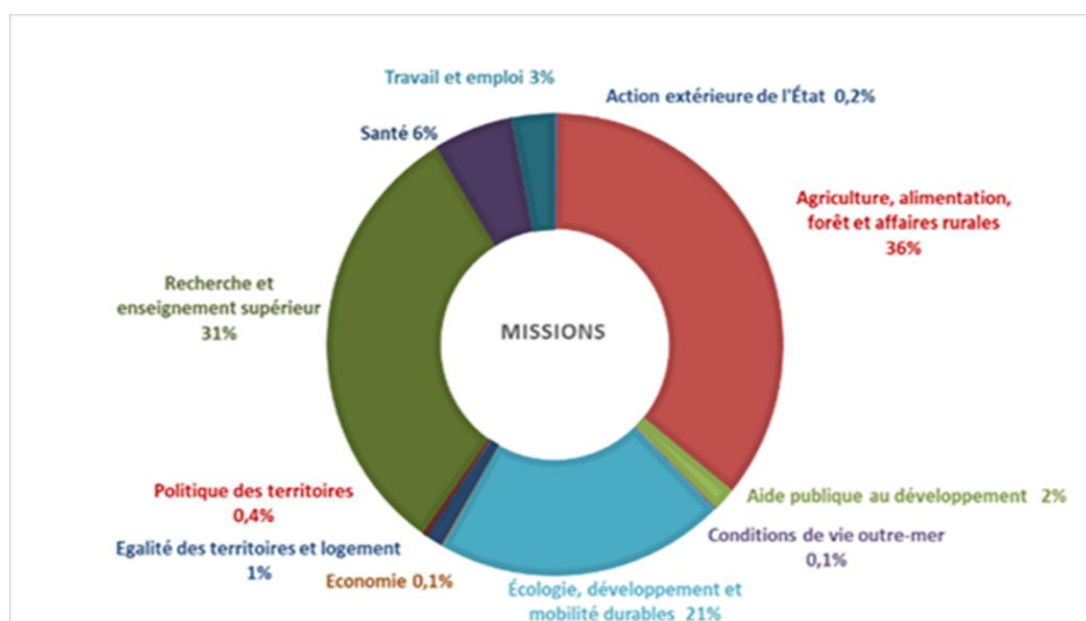


Source : Rapport inter-inspections 2022 [1]

[89] Ce rapport constate que ces dépenses reflètent la grande diversité des objectifs assignés à la politique de santé environnement.

[90] Ainsi, s'agissant de l'Etat, les missions Agriculture, Recherche et Ecologie constituent plus de 80 % des financements rattachables à la santé-environnement (hors dépenses de personnels), le solde étant morcelé entre de nombreux ministères, dont **la mission Santé à hauteur de 6%**. En outre, 80% des dépenses sont consacrées, à parts égales, à l'amélioration des connaissances et à la gestion/résorption des risques, la prévention des risques n'en représentant que 15%.

Graphique 3 : Répartition des dépenses de l'Etat par missions



Source : Rapport inter-inspections 2022 [1]

[91] Enfin, on relève la diversité des points d'application de la politique de santé-environnement, sans réelle priorité perceptible : les cinq premiers domaines en termes budgétaires étant les animaux, l'alimentation, les cultures, l'air et l'eau, mobilisant chacun autour de 10 % des dépenses.

3 La santé-environnement s'inscrit pleinement dans l'approche Une seule santé et la planification écologique

3.1 Le droit à un environnement propre, sain et durable constitue désormais un droit humain universel

[92] Le 28 juillet 2022, lors de sa 76ème session, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté **une résolution reconnaissant que le droit d'accès à un environnement propre, sain et durable est un droit humain universel** et essentiel à la pleine jouissance de tous les droits de l'homme. La résolution considère que les conséquences des changements climatiques, la gestion et l'utilisation non viables des ressources naturelles, la pollution de l'air, des sols et de l'eau, la mauvaise gestion des produits chimiques et des déchets, l'appauvrissement de la biodiversité qui en résulte et le déclin des services fournis par les écosystèmes peuvent compromettre ce droit. Elle invite entre autres, les États et les organisations internationales à **adopter des politiques et à renforcer leurs efforts pour garantir un environnement propre, sain et durable pour tous**.

3.2 L'OMS a élaboré une stratégie mondiale sur la santé, l'environnement et les changements climatiques qui s'inscrit dans une approche Une seule santé

[93] En mai 2019, lors de sa 72ème session, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté une stratégie qui vise à présenter une vision et à proposer des voies à suivre sur la manière dont le monde et la communauté sanitaire doivent intervenir face aux risques et aux défis en matière de santé environnementale jusqu'en 2030.

[94] **Dans le cadre de cette stratégie, l'OMS fixe une liste de 12 objectifs à atteindre**, assortis d'indicateurs de développement durable liés à la santé. Pour structurer cette politique, l'OMS structure la politique de santé environnementale en croisant 8 milieux ou facteurs environnementaux.

Schéma 4 : Milieux et facteurs de risques en santé environnement

Eau, assainissement, déchets et hygiène	Lutte contre les vecteurs	Sécurité chimique	Risques professionnels et environnement de travail
Changements climatiques et de l'écosystème	Pollution de l'air	Environnements bâtis	Rayonnements Nuisances sonores

Source : OMS (2019)

[95] Il convient de noter que la sécurité sanitaire des aliments n'entre pas dans cette approche, l'OMS distinguant traditionnellement ses programmes liés à l'environnement et à l'alimentation. Toutefois ces programmes se rejoignent dans le cadre de l'approche intégrée et unifiée de la santé publique, animale et environnementale autour du concept « Une seule santé » ou « One Health ».

[96] En effet, à partir de 2010, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Office international des épizooties (OIE) se sont réunies autour d'une alliance tripartite pour renforcer leurs interactions compte tenu des liens étroits qui unissent les santé humaine, animale et plus largement celle des écosystèmes.

[97] **Le principe Une seule santé fait l'objet depuis 2021 d'une définition commune** validée par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « *Le principe « Une seule santé » consiste en une approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. Il reconnaît que la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement en général (y compris des écosystèmes) est étroitement liée et interdépendante. L'approche mobilise de multiples secteurs, disciplines et communautés à différents niveaux de la société pour travailler ensemble à fomentier le bien-être et à lutter contre les menaces pour la santé et les écosystèmes. Il s'agit également de répondre au besoin collectif en eau potable, en énergie propre, en air pur, et en aliments sûrs et nutritifs, de prendre des mesures contre le changement climatique et de contribuer au développement durable.* »

Différentes approches de santé³¹

Santé environnementale (Environmental Health) : Ensemble des aspects de la santé humaine qui sont déterminés par des facteurs environnementaux de nature physique, chimique, biologique, économique, sociale ou psychosociale ; par extension, ensemble des études relatives à ces facteurs et des pratiques qui visent à leur maîtrise.

Ecologie de la santé (Ecohealth, Health Ecology) : Approche transdisciplinaire qui étudie les interactions de la santé humaine, de la santé animale et de la santé des végétaux avec les écosystèmes. Les connaissances acquises par l'écologie de la santé permettent de mettre en place des stratégies préventives et curatives, notamment en matière de santé environnementale.

Une seule santé / Santé globale (One Health) : Se dit d'une démarche qui, considérant les liens étroits existant entre la santé humaine, la santé animale et la santé des végétaux, favorise la convergence des savoirs, des méthodes et des mesures et fédère les acteurs concernés, afin notamment de prévenir et de juguler des crises sanitaires. L'approche de santé globale s'appuie sur l'écologie de la santé.

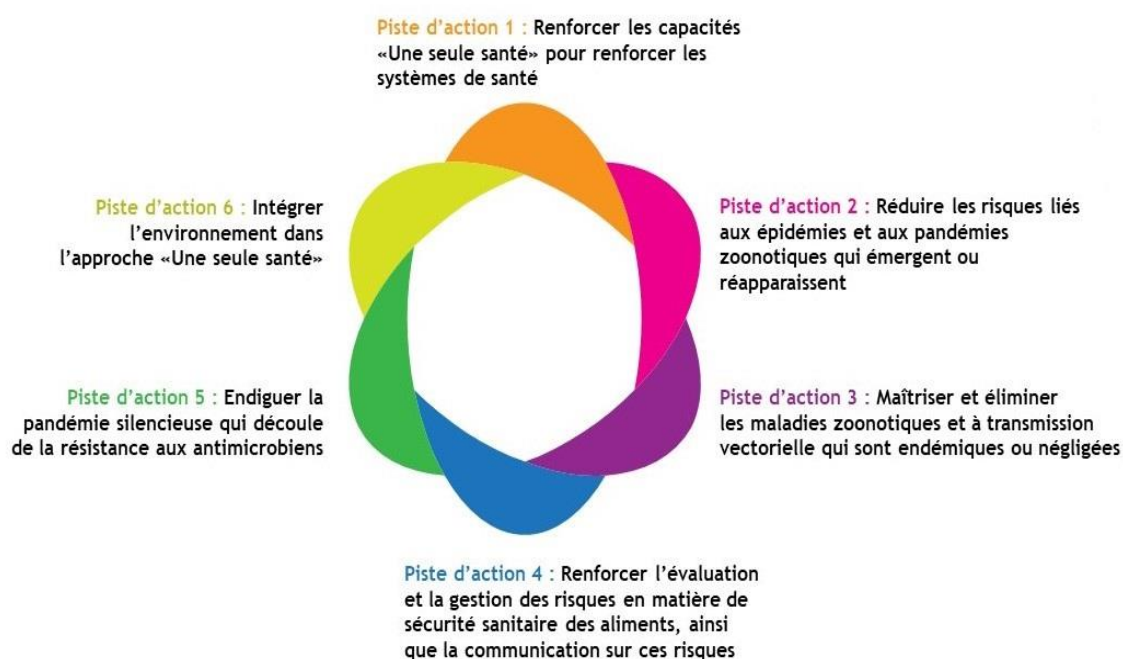
³¹ Avis de la Commission d'enrichissement de la langue française - Vocabulaire de la santé et de l'environnement (liste de termes, expressions et définitions adoptés) - Journal officiel de la République française (JORF) n° 0298 du 24/12/2022

Santé mondiale (Global Health, International Health) : État sanitaire de la population mondiale ; par extension, ensemble des études relatives à cet état et des mesures prises pour l'améliorer ou le préserver. Note : La santé mondiale vise à diminuer les injustices sanitaires ou économiques de manière à améliorer la santé individuelle ou celle des populations face aux risques globaux, comme ceux occasionnés par le dérèglement climatique.

Santé planétaire (Planetary Health)³² : La santé planétaire a été promue par le Lancet et la Fondation Rockefeller. Elle part de la notion d'Anthropocène et des limites planétaires, dont le franchissement pourrait faire basculer le fonctionnement planétaire dans sa globalité. La santé planétaire propose une approche intégrative liant santé humaine et fonctionnement global planétaire. Cette approche nouvelle se traduit par encore peu de préconisations concrètes et abouties.

[98] **Le plan d'actions permettant la mise en œuvre conjointe du concept Une seule santé a été publié en septembre 2022** par les trois membres de l'alliance tripartite et par le programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE). **Ce plan d'actions prévoit six pistes d'actions qui fixent *in fine* le périmètre du concept Une seule santé :** la santé environnementale, la sécurité alimentaire, la prévention de certains risques infectieux (maladies infectieuses émergentes, maladies zoonotiques, maladies vectorielles et tropicales négligées, antibiorésistance).

Schéma 5 : Les facteurs de risques à prendre en compte pour la mise en œuvre d'Une seule santé

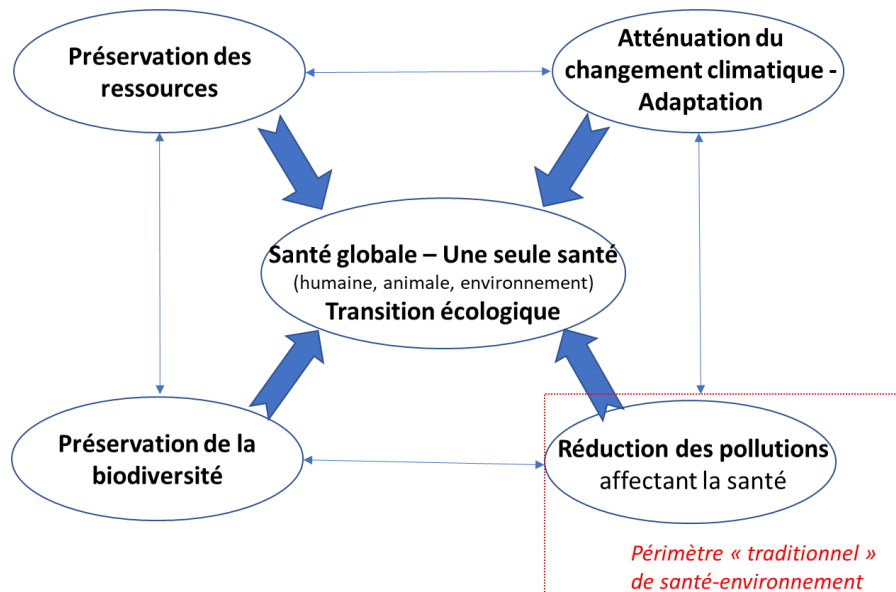


Source : OMS PNUE, FAO, OIE (2022)

³² Cette définition est issue d'un article de Serge MORAND - Environnement, écosystèmes et impacts sur la santé humaine - dans Responsabilité e& environnement - Octobre 2021 - n°104 -Annales des Mines

[99] La santé environnementale constitue ainsi une dimension essentielle de l'approche Une seule santé.

Schéma 6 : Articulation santé-environnement et approche une seule santé



Source : Igas

3.3 Le pacte vert pour l'Europe (« Green Deal ») porte des ambitions élevées en matière de transition écologique, dont la limitation des pollutions

[100] Le pacte vert pour l'Europe (« Green Deal ») a été lancé le 11 décembre 2019 par la Commission européenne. **Il vise notamment, à l'horizon 2050, la fin des émissions nettes de gaz à effet de serre et un objectif de « zéro pollution »**, où « la pollution de l'air, de l'eau et du sol serait réduite à des niveaux qui ne sont plus considérés comme nocifs pour la santé et les écosystèmes naturels et qui respectent les limites auxquelles notre planète peut faire face, créant ainsi un environnement exempt de substances toxiques. »

[101] Ce pacte se décline en une série de propositions visant à adapter les politiques de l'UE en matière de climat, d'énergie, de transport et de fiscalité en vue de réduire les émissions nettes de gaz à effet de serre et les pollutions. Il porte ainsi des objectifs élevés en matière de santé-environnement, notamment par le biais de trois actions phares :

- une stratégie européenne pour « la durabilité dans le domaine des produits chimiques », prévoyant notamment de **réviser la réglementation européenne sur les produits chimiques (règlement REACH)**, pour notamment prendre en compte l'exposition à différentes substances chimiques (dits « effets cocktails ») ;
- un plan d'action « zéro pollution » qui comprend six objectifs à l'horizon 2030 :
 - améliorer la qualité de l'air afin de réduire de 55 % le nombre de décès prématurés causés par la pollution de l'air ;

- améliorer la qualité de l'eau en réduisant les déchets, les déchets plastiques en mer (de 50 %) et les microplastiques rejetés dans l'environnement (de 30 %) ;
 - améliorer la qualité des sols en réduisant de 50 % les pertes en nutriments et l'utilisation de pesticides chimiques ;
 - réduire de 25 % les écosystèmes de l'UE où la pollution atmosphérique menace la biodiversité ;
 - réduire de 30 % la proportion de personnes chroniquement perturbées par le bruit des transports ;
 - Réduire significativement la production de déchets et réduire de 50 % la production de déchets municipaux résiduels.
- une révision des mesures de lutte contre la pollution provenant des grandes installations industrielles pour garantir leur cohérence avec les politiques en matière de climat, d'énergie et d'économie circulaire.

[102] A son lancement, il était prévu qu'un tiers des 1 800 milliards d'euros d'investissements du plan de relance NextGenerationEU et le budget septennal de l'UE financeraient le pacte vert pour l'Europe.

3.4 La planification écologique nationale vise à appréhender les enjeux environnementaux de manière globale

[103] La planification écologique, coordonnée par le Secrétariat général à la planification écologique (SGPE), placé auprès de la Première Ministre, vise à mettre en œuvre les engagements internationaux de la France, notamment en termes de climat et de biodiversité, et les objectifs du Pacte vert européen. Elle se décline en 5 objectifs stratégiques³³, qui incluent les enjeux de santé-environnement :

- 1. L'atténuation du réchauffement climatique
- 2. L'adaptation aux conséquences inévitables du réchauffement
- 3. La préservation et la restauration de la biodiversité
- 4. La préservation des ressources
- 5. La réduction des pollutions qui impactent la santé.

³³ Mieux agir – La planification écologique – Synthèse du plan – Secrétariat général à la planification écologique (SGPE) – juillet 2023

4 La politique en matière de santé-environnement, intégrée autour du concept « une seule santé », devrait bénéficier d'une stratégie portée au plus haut niveau et de financements identifiés

4.1 Une stratégie « Une seule santé » apparaît nécessaire à l'échelle nationale

[104] Plusieurs rapports parlementaires ou d'inspection, mais également du Haut Conseil de Santé Publique, ont souligné l'absence d'une ligne d'action claire de l'Etat en matière de santé-environnement.

[105] Le rapport inter-inspections de 2022 note que les logiques ministérielles à l'œuvre ne sont pas spontanément favorables à une convergence forte sur les enjeux de la santé-environnement [1].

[106] Le rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur l'évaluation des politiques publiques de santé-environnement pose ainsi une orientation générale : « Cesser de considérer la santé environnementale comme une politique publique ciblée pour l'imposer comme une dimension obligatoire de toutes les autres. » [34].

[107] Le rapport inter-inspections de 2020 estime que le PNSE, dans sa forme actuelle, ne se situe pas à un niveau stratégique suffisant. S'il est un plan d'actions pour quelques champs de ce domaine, il n'est pas une stratégie pour l'ensemble de la santé-environnement. Outre les éléments mentionnés supra, il n'a pas de lien avec les autres politiques publiques qui lui sont pourtant fortement liées (politique agricole, industrielle, aménagement et urbanisme, recherche et formation, etc.). A contrario, une stratégie nationale se situerait à un niveau d'ambition et de transversalité plus élevé, ce qui contribuerait aussi à renforcer sa visibilité [3].

[108] Selon les inspections, **une stratégie nationale posant un cadre de référence et des objectifs généraux permettrait :**

- **de repositionner la politique « une seule santé » pour permettre son articulation avec la stratégie nationale de santé mais aussi la stratégie nationale de recherche (SNR, pour que celle-ci comporte un volet sur la santé-environnement) ;**
- **de fixer des objectifs pluriannuels, transversaux** à l'ensemble des acteurs et en priorité aux agences et opérateurs nationaux ;
- **de mieux structurer dans le temps les plans nationaux (PNSE) et sectoriels ;**
- **d'établir une cohérence avec les politiques et réglementations européennes ;**
- enfin, d'induire une **coordination ministérielle des nombreuses politiques liées** (santé, agriculture, écologie, recherche, consommation et répression des fraudes, industrie, aménagement du territoire, aide au développement,...).

[109] La formalisation de cette stratégie peut se traduire par **une loi d'orientation, ou par un programme élaboré par le gouvernement** et porté à la connaissance des commissions des affaires sociales et du développement durable de l'Assemblée nationale et du Sénat. L'élaboration de cette stratégie inclurait un **temps de délibérations citoyennes** [1]. Ce niveau d'ambition rehaussé implique aussi de revoir la gouvernance de la santé-environnement (cf. chapitre n°3).

4.2 La stratégie nationale devrait être déclinée dans un PNSE rénové et mieux articulé avec les plans sectoriels

[110] Plusieurs rapports d'inspections et parlementaires recommandent de rénover le PNSE. Celui-ci, qui pourrait être réintitulé « plan national « une seule santé », pourrait également constituer la déclinaison de la stratégie nationale, sous réserve d'une rénovation de son contenu et de certains éléments de méthode tels que :

- **la priorisation des actions**, ce qui nécessitera de créer des outils ad hoc ;
- **l'intégration de la dimension européenne** et de leviers à mobiliser à ce niveau ;
- **des indicateurs portant sur l'impact sur le réel** c'est-à-dire sur la diminution concrète de l'exposition à des facteurs de risques pour la santé-environnement ;
- **une déclinaison de chaque action du PNSE en fiches actions** décrivant les objectifs, moyens et financements pluriannuels, permettant d'en assurer le suivi ;
- **la reconnaissance interministérielle de la prévalence de la stratégie nationale « une seule santé », en tant que document matriciel**, traçant des lignes directrices communes, mais aussi particulières pour les plans sectoriels ;
- **une meilleure intégration des modalités d'évaluation des différents plans sectoriels**, passant par l'élaboration de méthodologies validées par le HCSP.

4.3 Une volonté de simplification pour mieux structurer la politique de santé-environnement et consolider les financements

[111] **La santé environnementale pâtit d'une délimitation incertaine de son champ, et de sa pluralité d'objectifs. Cette absence de structure nuit à la lisibilité de la politique et complexifie la convergence des plans sectoriels sous l'égide du PNSE** mais aussi l'identification des dépenses en santé environnement par type de risque, par catégorie de danger, par milieu. Le rapport inter-inspections 2022 recommandait ainsi **d'engager des travaux d'harmonisation des nomenclatures de dépenses**, afin de permettre une identification des dépenses de santé-environnement et leur classement par catégorie de risque [1].

[112] Cette nomenclature devrait couvrir l'ensemble des thématiques d'intervention identifiés par l'OMS dans sa stratégie mondiale sur la santé, l'environnement et le changement climatique, complétés de ceux définis dans le plan d'actions mondial pour la mise en œuvre de l'approche Une seule santé. Elle pourrait s'appuyer sur la nomenclature européenne CEPA des dépenses liées à l'environnement et être complétée d'une nomenclature propre aux enjeux d'hygiène, de salubrité et de sécurité alimentaire. **La nomenclature ainsi constituée pourrait servir à**

l'identification des dépenses en santé-environnement mais également à structurer l'articulation entre les plans sectoriels, voire à les regrouper. Elle pourrait enfin alimenter la prochaine stratégie française en santé mondiale, telle que recommandée dans un rapport inter-inspections de 2022 [7].

Schéma 7 : Exemple de structuration des politiques publiques concourant à la mise en œuvre de l'approche Une seule santé

Structuration des milieux et facteurs de risque en santé-environnement / Une seule santé	
Changements climatiques et de l'écosystème	Eau, assainissement, déchets et hygiène
Sécurité chimique	Sécurité sanitaire de l'alimentation
Risques professionnels et environnement de travail	Lutte contre les vecteurs/nuisibles
Pollution de l'air	Lutte contre l'antibiorésistance
Pollution des sols	Lutte contre les épidémies et pandémies zoonotiques
Environnements bâtis	Lutte contre les maladies vectorielles et négligées
Rayonnements, nuisances sonores	

Source : Igas d'après l'OMS

4.4 Rendre plus transparente la consolidation des financements de la politique « une seule santé »

[113] S'agissant du recensement des financements de la politique « une seule santé », qui apparaîtrait souhaitable, un rapport d'information du gouvernement pourrait, dans un premier temps, être transmis au Parlement. Ce rapport pourrait ensuite être rendu périodique, voire constituer un document de politique transversale (DPT) annexé au PLF annuel, notamment si le choix était fait de nommer un pilote interministériel de la politique « Une seule santé »³⁴.

[114] Ce travail d'inventaire suppose, pour être fiable et ne pas nécessiter une charge de travail disproportionnée, une harmonisation des nomenclatures de dépenses, afin de permettre une identification plus simple de ces dernières, et leur classement par catégorie de risque. Dans son attente, le suivi des financements du PNSE et des plans sectoriels paraît une amélioration réaliste.

³⁴ Le DPT est lié à l'existence d'une politique pilotée de manière interministérielle

CHAPITRE 3 : LES ACTEURS ET LA GOUVERNANCE DE LA SANTE-ENVIRONNEMENT

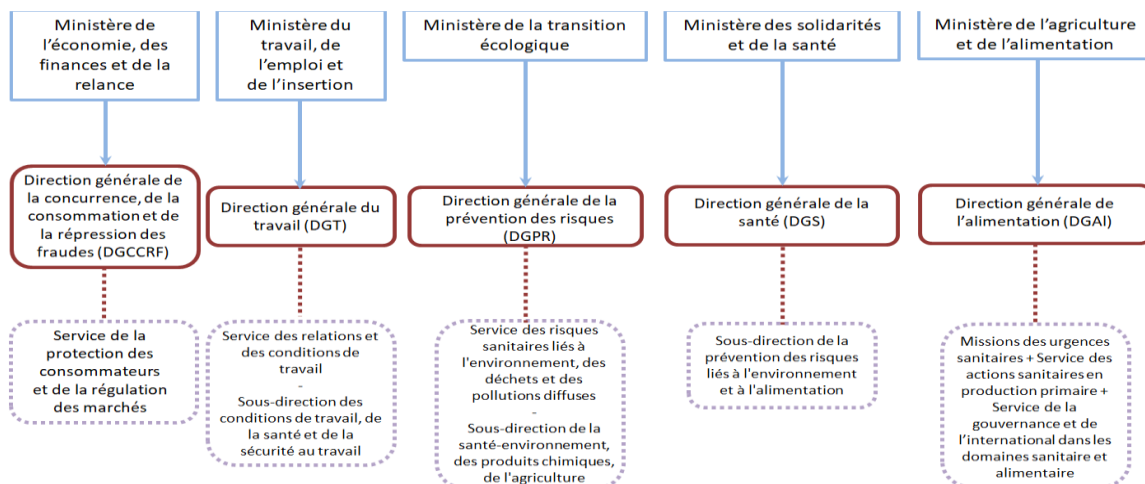
1 Les éléments de constat critique portant sur la gouvernance de la politique de santé environnement

1.1 Les interventions de l'Etat sont fortement morcelées et leur pilotage d'ensemble fait encore défaut

1.1.1 La compétence est dispersée entre de nombreux ministères et administrations, dont la gouvernance d'ensemble n'est guère assurée

[115] Six ministères différents, conduisent des politiques en relation avec la santé-environnement, avec des objectifs distincts, dont l'équilibre varie selon les sujets et les périodes : des objectifs de prévention et de protection contre les risques sur la santé et sur l'environnement et des objectifs de promotion des activités économiques.

Graphique 1 : Les principaux départements ministériels intervenant sur les problématiques de santé-environnement



Source : Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale, Par M. Bernard JOMIER et Mme Florence LASSARADE (2021) [33]

[116] La compétence de la dizaine de directions compétentes qui en dépendent et le prisme avec lequel elles apprécient la santé-environnement sont particuliers [3] :

- **Au ministère de la transition écologique (MTE)**, la Direction générale de la prévention des risques (DGPR) porte ces politiques, avec pour point d'entrée les substances, produits et réglementations encadrant leur fabrication et utilisation et certains types de pollutions. Des directions thématiques sont par ailleurs compétentes pour certains milieux (eau, air...) et enjeux (biodiversité), comme la Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature (DGALN) ;
- **Au ministère de la santé et de la prévention (MSP)**, c'est la Direction générale de la santé (DGS) qui porte ces politiques, avec pour point d'entrée les conséquences pour la santé humaine nées de l'exposition à des facteurs de risques environnementaux que constituent ces substances, produits et pollutions ;
- **Au ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire (MASA)**, la direction générale de l'alimentation (DGAI) est chargée des politiques de sécurité sanitaire de la chaîne alimentaire et des enjeux de santé animale et végétale ;
- **Au ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique**, la Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes (DGCCRF) s'inscrit en aval de la procédure réglementaire sous l'angle du contrôle, pour assurer la protection de la population, et la Direction générale des entreprises (DGE) sous l'angle de la régulation et du soutien aux entreprises ;
- **Au ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion**, la Direction générale du travail (DGT) intervient au titre de la protection de la santé au travail qui est une des composantes des politiques de santé-environnement ;
- **Au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche**, la direction générale de la recherche et de l'innovation (DGRI) assure le pilotage de la recherche et la Direction générale de l'Enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) élabore et met en œuvre la politique relative à l'ensemble des formations supérieures, initiales et tout au long de la vie.

[117] Malgré leurs points d'entrée particuliers, ces directions peuvent travailler sur les mêmes objets. Concrètement, des substances et des produits peuvent, selon leur stade de transformation et l'utilisation qui en est faite, relever de chacune de ces administrations.

La coordination interministérielle reste faible dans le secteur de la santé-environnement

[118] **Aucune structure de coordination interministérielle pérenne n'existe aujourd'hui en santé-environnement.** Tout au plus, existe-t-il un comité de pilotage du PNSE 4 et des réunions thématiques organisées entre directions de différents ministères. La DGS et la DGPR assurent l'essentiel du suivi des actions.

[119] Selon le rapport d'information du Sénat précité [33], ce suivi ne permet pas un portage suffisant³⁵. En outre, d'autres interlocuteurs ministériels compétents nécessiteraient d'être associés, ou au moins informés des orientations et mesures adoptées, leur action propre nécessitant d'être correctement coordonnée en la matière³⁶.

1.1.2 La compétence SE fait intervenir de nombreux opérateurs d'Etat, dont la tutelle ne paraît pas assurer une orientation suffisamment précise

Le morcellement des compétences noté au niveau ministériel est encore évident s'agissant des opérateurs.

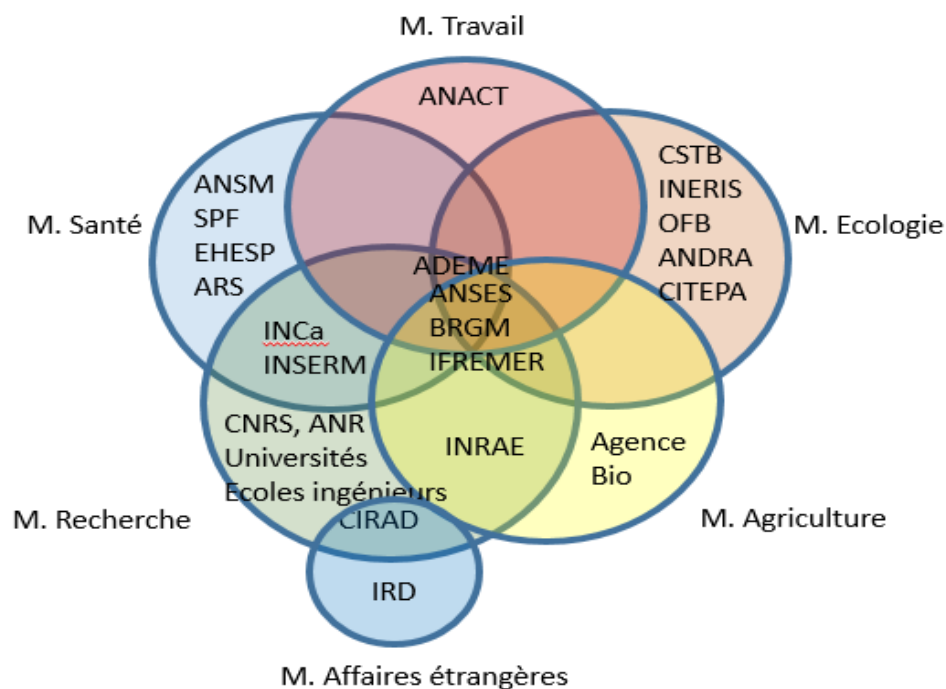
[120] Le rapport inter-inspections de 2022 a recensé près d'une vingtaine d'opérateurs³⁷ nationaux compétents à titre principal ou accessoire en santé-environnement [1].

³⁵ « Si les problématiques sanitaires figurent bien dans l'organigramme des principaux ministères parties aux plans ou programmes nationaux en lien avec la santé environnementale, aucune structure de coordination interministérielle pérenne – à l'exception de réunions interministérielles ponctuelles ou périodiques pour certaines thématiques – n'est clairement identifiée pour animer le dialogue entre les différentes directions d'administration centrales impliquées, garantir la complémentarité de leurs interventions et prévenir tout risque de concurrence – en cas d'intérêts divergents entre ministères – ou de redondance. »

³⁶ C'est par exemple le cas de la DGCCRF, qui bien que recensée parmi les directions compétentes n'est en pratique que peu associée. C'est également le cas du MEAE (et de la direction générale du Trésor) par exemple, alors que la France porte une stratégie en santé mondiale, qui mérite une forte articulation avec la politique nationale « une seule santé ». Une direction telle que la DGE pourrait utilement être associée, afin que la politique industrielle prenne en compte cet enjeu et que la stratégie de développement économique accompagne voire anticipe les futures réglementations.

³⁷ L'agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) ; l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) ; l'agence nationale pour la recherche (ANR) ; l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) sous la tutelle des ministères de la santé, de l'environnement, de l'agriculture, du travail et de la consommation (économie) ; l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ; le bureau de recherche géologiques et minières (BRGM) sous la tutelle des ministères de la recherche, de l'économie et de l'environnement ; le centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement (CIRAD) ; le centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB) ; le centre national de la recherche scientifique (CNRS) ; l'institut national du cancer (INCa) ; l'institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS) ; l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (INRAE) ; l'institut de recherche pour le développement (IRD) ; l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ; l'office français de la biodiversité (OFB) ; santé publique France (SPF). L'Agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs (ANDRA), l'agence Bio et le centre interprofessionnel d'études de la pollution atmosphérique (CITEPA). On rappelle que l'AFD n'est pas un opérateur.

Schéma 1 : Principaux opérateurs nationaux opérant dans le champ de la santé-environnement et leurs tutelles respectives



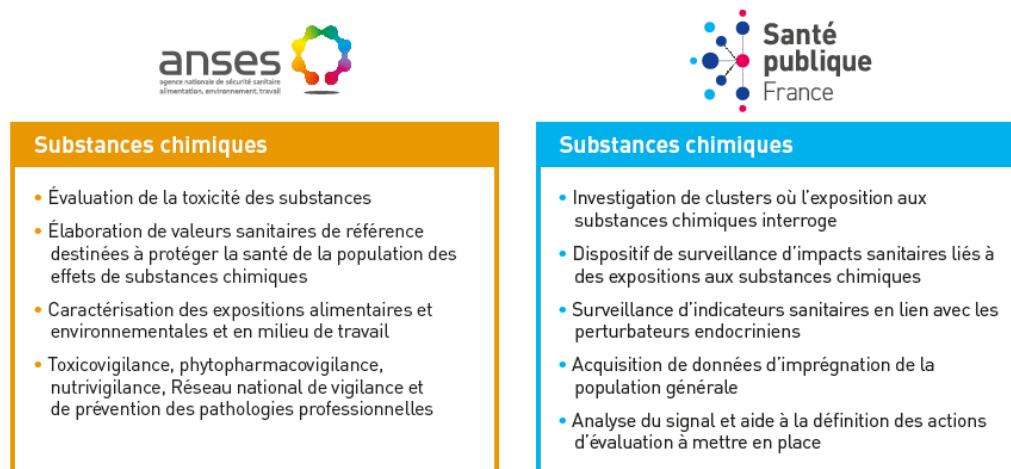
Source : rapport inter-inspections 2022 [1]

[121] Ces opérateurs relèvent de la tutelle exclusive d'un ministère (par exemple l'ANACT pour le ministère du travail), ou de plusieurs ministères de manière conjointe (l'ANSES relève de la tutelle de cinq ministères).

[122] L'exercice d'une tutelle coordonnée constitue une préoccupation relevée par plusieurs rapports. Le rapport inter-inspections d'évaluation du COP 2018-2022 de l'ANSES souligne par exemple que la Cour des Comptes a porté un jugement assez laudatif, que la mission, sur la base des entretiens qu'elle a menés, peut corroborer, sur l'implication et la bonne entente des tutelles [2]. L'ANSES est en effet placée sous la tutelle des ministres chargés de l'agriculture, de la consommation, de l'environnement, de la santé et du travail et une présidence tournante (à un rythme annuel) entre les cinq tutelles est organisée, ainsi notamment que des réunions trimestrielles des cinq directeurs généraux avec le directeur général de l'ANSES.

[123] A l'inverse le rapport inter-inspections de 2020 souligne que **plusieurs établissements publics sont dotés de diverses missions (recherche, expertise, veille/surveillance des risques affectant les milieux naturels, les sites et les populations) recouvrant le même champ**, notamment l'INERIS, l'IRSN et le BRGM, nécessitant ainsi une bonne coordination des saisines qui leur sont adressées [3]. C'est également le cas entre l'ANSES et Santé Publique France dont les missions peuvent couvrir le même champ mais selon des approches différentes.

Schéma 2 : Répartition des activités en santé-environnement entre l'ANSES et SPF : l'exemple des produits chimiques



Source : ANSES - SPF

1.1.3 Au niveau régional, les ARS portent une part significative des interventions de terrain, complétées par de nombreux services déconcentrés, sans articulation suffisante

Les moyens humains des ARS consacrés à la SE ne sont pas proportionnés aux enjeux

[124] L'enquête activité menée auprès des ARS permet d'identifier les effectifs affectés à la mission « *sécurité sanitaire-prévention des risques-protection des populations* », qui constitue de l'ordre d'un quart des effectifs des ARS et près de 2000 ETP, dont **9% consacrés à la santé environnement**.

[125] Aux termes du code de la santé publique, le FIR « *finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à (notamment) la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire.* ». C'est à ce titre que de nombreuses actions peuvent être rattachées à la santé-environnement :

- dispositif de lutte antivectorielle,
- promotion de la nutrition santé hors lutte contre l'obésité,
- prévention des risques liés à l'environnement : protection des eaux,
- prévention des risques liés à l'environnement : habitat, milieux intérieurs,
- prévention des risques liés à l'environnement : autres risques, dont environnement extérieur,
- actions de prévention de l'antibiorésistance.

[126] Un rapport de l'IGAS en 2011 constatait, dans la mise en œuvre des missions de santé-environnement par les ARS, des tensions entre missions et moyens si fortes qu'elles excluaient

dans nombre de départements l'exécution de missions imposées par le socle réglementaire et les objectifs sanitaires (voir chapitre 8). Ce rapport a été réalisé peu après la création des ARS en 2010, une nouvelle évaluation serait utile pour estimer si la situation a évolué depuis lors [6].

[127] S'agissant des plans régionaux santé-environnement (PRSE), la mission d'évaluation du PNSE 3 conduite en 2018 a constaté la faiblesse des moyens organisationnels dédiés et des moyens financiers utilisés pour soutenir des appels à projets correspondants. Les moyens financiers alloués aux appels à projet étaient, au mieux, de quelques centaines de milliers d'euros par an : l'ordre de grandeur est par exemple de 600 000 € pour les PRSE de Nouvelle-Aquitaine et PACA, de 332 000 € pour le PRSE de Bretagne, de 100 000 € pour le PRSE de Centre Val de Loire, et de montants plus faibles encore dans d'autres régions. Le rapport notait que nombre de responsables en ARS, DREAL ou préfectures de région avaient souligné l'absence de proportion entre ces budgets et les moyens alloués à d'autres interventions publiques et qu'un membre du corps préfectoral avait imaginé cet écart en observant que le budget total annuel du PRSE dans la région concernée était de l'ordre du coût de construction de dix mètres de route [4].

Plusieurs rapports d'inspection soulignent les enchevêtrements de compétences entre les ARS, les services déconcentrés et les collectivités sur des thématiques de santé-environnement (cf. chapitre 5)

[128] A titre d'exemples, un rapport inter-inspections de 2018³⁸ souligne que le traitement des situations problématiques en matière d'hygiène, de santé et de sécurité de l'habitat sont réparties entre différents acteurs (maire, et dans certains cas président d'EPCI, préfet) selon la nature et la gravité du risque lié à la dégradation et/ou l'utilisation du logement [19].

[129] Un rapport inter-inspections de 2019³⁹ juge inutilement complexe la répartition des contrôles de la sécurité sanitaire des aliments entre les services du ministère de l'agriculture (DGA) et les services du ministère de l'économie (DGCCRF) et leur coordination insuffisante [15].

[130] Enfin l'Etat confie également certaines missions de surveillance et de contrôle à des associations habilitées, notamment dans le domaine de la qualité de l'air (ex. associations agréées pour la surveillance de la qualité de l'air, réseau national de surveillance aérobiologique...) et des écosystèmes (ex. associations FREDON) ou de la surveillance de l'état de santé des populations (ex. observatoires régionaux de santé). Le contrôle de certains facteurs de risques environnementaux, notamment dans le domaine de l'habitat, s'appuie en partie sur des opérateurs privés, dans le cadre de diagnostics techniques (ex. plomb, amiante).

³⁸ La répartition des compétences des collectivités territoriales, des agences régionales de santé et des services de l'État en matière de santé, salubrité et hygiène publiques - Rapport IGAS-IGA-CGEDD - Luc BEGASSAT, Corinne DESFORGES, Bénédicte RENAUD-BOULESTEIX, Christian DUBOSQ – novembre 2018

³⁹ L'organisation des contrôles relatifs à la sécurité sanitaire des aliments - Rapport IGAS-IGF-IGA-CGAAER - Laurent VACHEY, Philippe GUDEFIN, Eric PARDIMAL, Laurent CAILLOT, Marc-Etienne PINAULDT, Philippe SEINGER, Françoise THEVENON LE MORVAN, novembre 2019

1.1.4 La planification de la politique SE reflète le morcellement des compétences, sans que le PNSE suffise à assurer la mise en cohérence des plans sectoriels

[131] Trente-deux stratégies, plans ou programmes peuvent être considérés en relation avec le PNSE 4, dont vingt-trois en cours de validité en juin 2022.

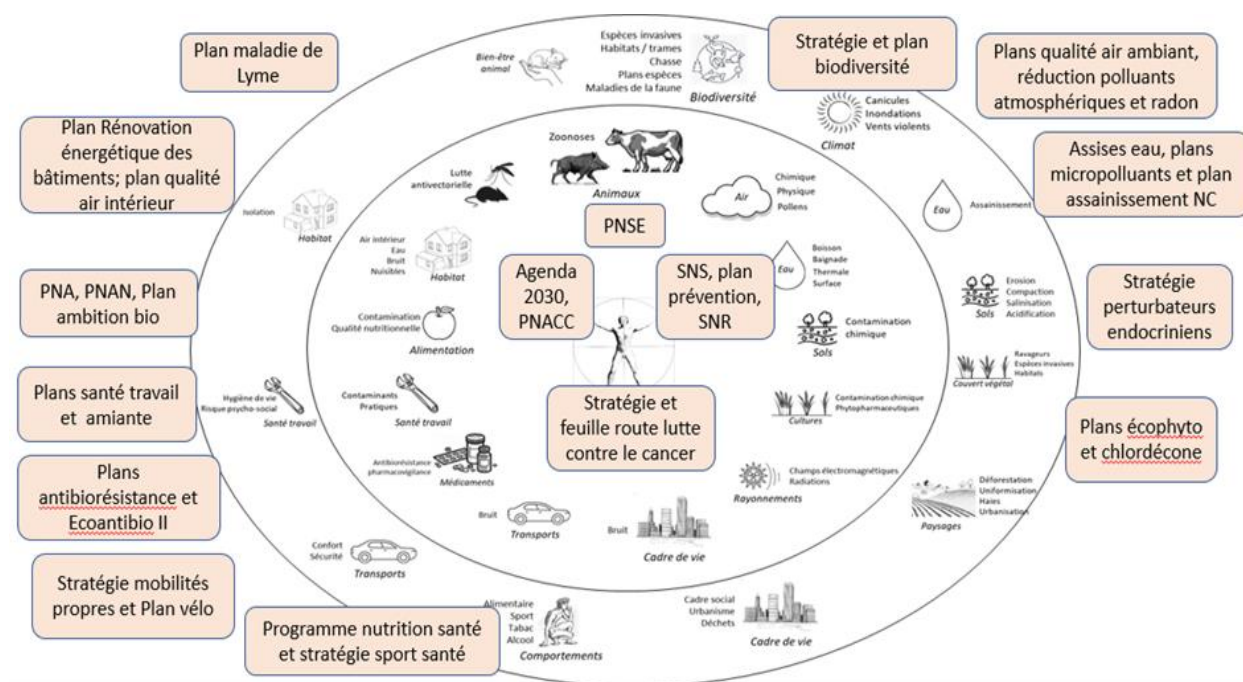
[132] Plusieurs stratégies ou plans ont une vocation transversale, qu'il s'agisse du Plan national santé-environnement lui-même, mais aussi de la stratégie nationale de santé, de la stratégie nationale de recherche, de l'Agenda 2030 et du plan national de lutte contre le changement climatique, ou couvrent plusieurs risques, par exemple la stratégie et la feuille de route de lutte contre le cancer.

[133] Par ailleurs, certains plans peuvent être consacrés à un même risque environnemental, par exemple à la pollution de l'air, ou à celle de l'eau, à la contamination chimique, à l'antibiorésistance, à la santé au travail, ou à la qualité nutritionnelle.

[134] Cependant, il existe des zones de risques non couvertes par des documents de planification de l'action publique, ce qui ne signifie évidemment pas que celle-ci n'existe pas : c'est, par exemple, le cas pour le bruit, les rayonnements, ou les zoonoses.

[135] Dans son rapport d'évaluation des PNSE, le HCSP signale plusieurs domaines où les PNSE ne sont pas, ou peu intervenus : expositions aux radiations ionisantes, problématique des mélanges de polluants environnementaux et de l'évaluation sanitaire des effets « cocktails », contaminants alimentaires, enjeux liés au changement climatique (phénomènes climatiques extrêmes, expositions aux UV, canicule, maladies vectorielles, espèces végétales invasives...) [30].

Schéma 1 : Répartition par risque des stratégies et plans en santé-environnement



Source : Rapport inter-inspections 2022 [1]

[136] Enfin, la majorité des plans sectoriels fait certes référence au PNSE 4, soit de manière explicite, soit à travers certaines des orientations que ces documents énoncent. Mais, onze stratégies ou plans ne font *a priori* aucune référence au PNSE, par exemple les Assises de l'eau, le Plan national assainissement non collectif, ou le Programme national Ambition Bio, même si le lien avec la politique de santé-environnement peut être déduit de leur thématique.

[137] **L'interministérialité constitue, certes, une dimension forte de la gouvernance de nombreux plans et stratégies. Mais celle-ci n'est pas systématique, certains plans restant pilotés à un niveau ministériel, ou ne précisant pas leurs modalités de gouvernance.** En outre, celle-ci peut être à géométrie variable, les ministères présents n'étant pas toujours les mêmes, ce qui ne garantit pas forcément une articulation avec le PNSE. **Les stratégies et plans restent assez étanches entre eux, à l'exception de ceux qui passent par le Comité interministériel pour la santé (CIS).** Au total, les modalités de pilotage actuelles des différents plans ne garantissent *a priori* aucune convergence avec le PNSE.

1.2 Les collectivités territoriales détiennent des compétences obligatoires importantes exercées de manière autonome [1]

1.2.1 Les compétences obligatoires

[138] Les collectivités territoriales ont des responsabilités en matière de santé-environnement. Au titre de l'article L. 1111-2 du code général des collectivités territoriales (CGCT), « *Les communes, les départements et les régions concourent avec l'Etat à l'administration et à l'aménagement du territoire, au développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique, à la promotion de la santé, à la lutte contre les discriminations, à la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi qu'à la protection de l'environnement, à la lutte contre l'effet de serre par la maîtrise et l'utilisation rationnelle de l'énergie, et à l'amélioration du cadre de vie.* [...] ».

[139] Depuis la loi n°2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe), seule la commune conserve la clause de compétence générale par l'article L.2121-29 du CGCT : « *Le conseil municipal règle par ses délibérations les affaires de la commune.* »

[140] Dès lors, **toutes les communes sont susceptibles de s'occuper de santé-environnement**, dans le cadre de leur compétence générale et sous couvert des compétences qu'elles doivent transférer obligatoirement aux intercommunalités, comme les déchets et l'assainissement. Au plan national, la situation est caractérisée par la coexistence de 208 communes dotées d'un service communal d'hygiène et de santé (SCHS), qui perçoivent une dotation générale de décentralisation (DGD) d'un montant total de 90 millions d'euros, avec le reste des communes qui agissent seules mais peuvent bénéficier de l'appui technique et juridique des ARS [19].

[141] **S'agissant des départements**, depuis la loi NOTRe, l'article L. 3211-1 du CGCT prévoit que « *Le conseil départemental [...] est compétent pour mettre en œuvre toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social, à l'accueil des jeunes enfants et à l'autonomie des personnes. Il est également compétent pour faciliter l'accès aux droits et aux services des publics dont il a la charge. Il a compétence pour promouvoir les solidarités, la cohésion territoriale et l'accès aux soins de proximité sur le territoire départemental, dans le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des attributions des régions et des communes. Il*

contribue à la politique de sécurité sanitaire dans les conditions prévues à l'article L. 201-10-1 du code rural et de la pêche maritime. »

[142] Le département intervient donc principalement dans le domaine de l'habitat et de l'approvisionnement en eaux. Le département peut également disposer d'un laboratoire d'analyse qui intervient dans les domaines de la santé publique vétérinaire, de la santé végétale et dans la surveillance de la qualité de l'alimentation, des eaux potables et de l'environnement en application de l'article L. 2215-8 du CGCT. La qualité de l'alimentation et des eaux potables font partie du premier cercle du schéma de l'exposome en matière de santé-environnement.

[143] Enfin la loi du 16 décembre 1964 relative à la démoustication destinée à la lutte contre les moustiques en dehors d'un risque de transmission de maladies attribue cette responsabilité au département par exemple à des fins d'aménagement du territoire, d'urbanisation ou de tourisme.

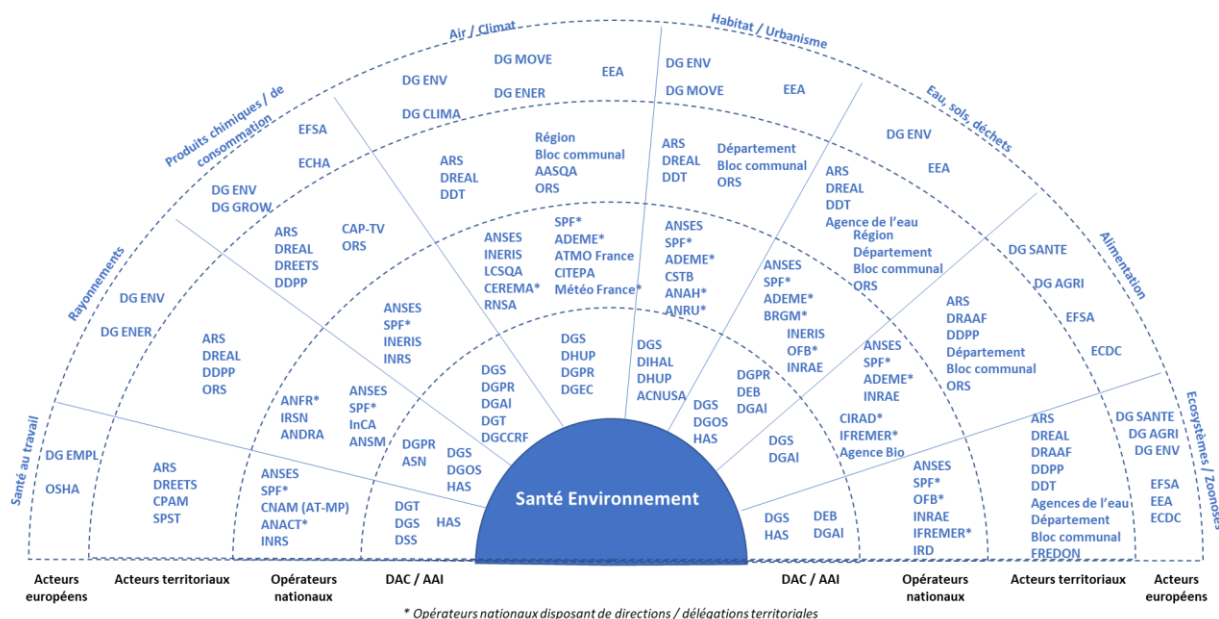
1.2.2 ... complétées par des interventions facultatives

[144] **La santé-environnement n'est pas une compétence explicite des conseils régionaux.** Toutefois, le code de la santé publique (article L. 1424-1) prévoit que *« Dans le cadre des compétences qui lui sont reconnues par l'article L. 4221-1⁴⁰ du code général des collectivités territoriales, le conseil régional peut définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes. Il informe le représentant de l'Etat dans la région et le directeur général de l'agence régionale de santé sur le contenu de ces actions et les moyens qu'il y consacre. »*

[145] En outre, les régions sont compétentes dans de nombreux domaines liés à la santé environnement, notamment l'aménagement du territoire, via notamment le schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET), l'environnement (ex. gestion des déchets, des parcs naturels régionaux...) et les transports.

⁴⁰ Le conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la région. Il a compétence pour promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région et l'aménagement de son territoire, ainsi que pour assurer la préservation de son identité et la promotion des langues régionales, dans le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des attributions des départements et des communes. Il peut engager des actions complémentaires de celles de l'Etat, des autres collectivités territoriales et des établissements publics situés dans la région, dans les domaines et les conditions fixés par les lois déterminant la répartition des compétences entre l'Etat, les communes, les départements et les régions [...] »

Schéma 2 : Cartographie des principaux acteurs chargés d'une mission de surveillance, d'expertise ou de gestion des risques dans le champ santé environnement



Source : Igas

Note : Pour des raisons de simplification, la cartographie ne représente pas les acteurs chargés d'une mission d'enseignement ou de recherche, de prise en charge des patients, les observatoires et instances de concertation, les associations de protection de l'environnement et des consommateurs.

2 Eléments de proposition portant sur la gouvernance de la politique de santé environnement

2.1 Un pilotage interministériel renforcé

[146] Selon plusieurs rapports d’inspections et parlementaires, ce pilotage passerait à la fois par la désignation d’un responsable de la coordination interministérielle de la politique « une seule santé », et par la validation de ses orientations en comité interministériel.

L'affirmation d'un niveau interministériel dans le pilotage de la politique « une seule santé », rattachée au Premier ministre, est fortement soutenue par plusieurs rapports récents, y compris par le CESE⁴¹.

[147] **La création d’une structure interministérielle dédiée est fortement recommandée** par les rapports d’inspections. Celle-ci serait chargée :

⁴¹ Avis du CESE du 10 mai 2022 : « POUR UNE POLITIQUE PUBLIQUE NATIONALE DE SANTÉ-ENVIRONNEMENT AU COEUR DES TERRITOIRES » Préconisation 9

- de préparer et de piloter opérationnellement les politiques de santé-environnement intégrées dans la notion de « une seule santé »,
- de coordonner les initiatives et les actions, plus généralement de donner de la visibilité et de la cohérence aux politiques,
- d'animer les administrations et organiser le travail et la coordination inter-opérateurs.

[148] **Le rattachement de cette structure interministérielle au Premier ministre** constituerait l'assurance d'une plus grande cohérence et d'une meilleure visibilité de cette politique. Ce rattachement pourrait prendre **plusieurs formes** :

- Le rapport inter-inspections de 2022 propose de rattacher le pilotage interministériel « Une seule santé » au **secrétariat général à la planification écologique (SGPE)**, placé auprès du Premier ministre et chargé de coordonner l'élaboration des stratégies nationales en matière de climat, de biodiversité et de préservation des ressources naturelles. Ce rattachement présenterait l'intérêt d'une prise en compte forte de l'approche « Une seule santé » dans la priorité de la planification écologique [1].
- Le rapport inter-inspections d'évaluation de la feuille de route antibiorésistance⁴² propose de créer une **délégation interministérielle rattachée au Premier Ministre** ;

[149] Si le rapport inter-inspections de 2020 recommandait de créer une structure interministérielle mais rattachée aux ministères chargés de l'écologie ou de la santé [3], le rapport inter-inspections de 2022 estimait que le rattachement à l'un des ministères principalement concernés, outre la difficulté de choix que présenterait cette solution, serait certainement beaucoup moins puissant [1].

Une prise de décision en comité interministériel

[150] De ce point de vue, deux comités existants pourraient être de prime abord le lieu de décision en matière de santé-environnement.

[151] Le conseil de défense écologique « *définit les orientations en matière de transition écologique, et notamment de lutte contre le changement climatique, de préservation de la biodiversité et de protection des milieux et ressources naturels* ». Mais, ses compétences ne paraissent pas le désigner au premier chef pour se prononcer sur les orientations de la politique « Une seule santé ».

⁴² Par exemple, Evaluation et préparation de l'actualisation de la feuille de route interministérielle 2016 pour la maîtrise de l'antibiorésistance (2022),

[152] **Le comité interministériel pour la santé⁴³ (CIS) paraît mieux à même de prendre en charge la politique « Une seule santé »**, quitte à organiser ses ordres du jour en deux parties : les travaux habituels en matière de politique de santé, et les travaux propres à la politique « Une seule santé », les ministres concernés pouvant ne pas être exactement les mêmes.

[153] Le CIS dispose d'un comité permanent restreint, présidé par le directeur général de la santé, chargé de préparer ses travaux et délibérations. Deux solutions peuvent être envisagées :

- en l'absence de délégué ou coordinateur interministériel « Une seule santé », le comité permanent, avec une composition et une présidence adaptée (présidence par exemple tripartite, DGS, DGPR, DGAL) serait amené à préparer les travaux et délibérations du CIS dans ce domaine ;
- en présence d'un tel délégué ou coordonnateur, c'est lui qui serait chargé de cette tâche.

[154] Les ministères aujourd'hui non invités à ce comité interministériel devraient être associés en tant que de besoin, et pleinement informés des orientations portées à son ordre du jour⁴⁴.

2.2 La mobilisation essentielle des compétences des collectivités locales

[155] Dans les politiques locales de nombreuses décisions prises hors du champ sanitaire ont une incidence forte sur des déterminants de santé, telles que, comme évoqué, les décisions d'urbanisme et leur impact sur, entre autres, la qualité de l'air ou le bruit. La coopération avec les collectivités territoriales et leurs établissements publics de coopération intercommunale est extrêmement utile mais s'inscrit, hors normes législatives, dans le cadre de la libre administration des collectivités territoriales.

[156] **Les régions ont désormais un rôle structurant pour les compétences d'aménagement et d'urbanisme avec l'élaboration des schémas régionaux d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET)**, au caractère obligatoire et prescriptif vis-à-vis des autres collectivités territoriales et de leurs groupements pour la conception des documents d'urbanisme, des plans de déplacements urbains et des plans climat-énergie territoriaux. Pour faciliter la coordination des politiques de santé environnementale, le rapport IGAS d'évaluation du PRSE 3 recommande ainsi d'instaurer, dans le processus de consultations prévu pour l'élaboration des SRADDET, une consultation de l'agence régionale de santé, **d'intégrer les PRSE dans les contrats de plan Etat-région (CPER) et de rendre les ARS cosignataires des CPER** [4].

⁴³ Selon le décret n°2014-629 du 18 juin 2014, le CIS est chargé de veiller à l'amélioration de l'état de santé de la population et à la réduction des inégalités de santé, de favoriser la prise en compte de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques, de suivre l'élaboration et la mise en œuvre des plans ou programmes d'actions préparés par les ministres dans le cadre de leurs attributions lorsque les mesures envisagées sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur la santé de la population ou sur les inégalités de santé.

⁴⁴ Il devrait en être ainsi par exemple du ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire, du ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique (DGCCRF mais aussi DGE et direction générale du Trésor pour l'aide publique au développement), ainsi que du ministère chargé des affaires étrangères.

[157] Ce rapport estime également que **les contrats locaux de santé constituent un levier très pertinent** dans la mesure où ils peuvent concerner nombre de déterminants environnementaux : urbanisme, habitat en mobilisant les compétences des maires, eau, qualité environnementale des structures relevant de la commune [4].

[158] Le rapport d'information du Sénat, recommande également **d'intégrer les priorités et objectifs en santé environnementale dans les SRADDET, les contrats de plan État-région (CPER) et les contrats locaux de santé (CLS)**, en y adossant des financements pérennes. Il propose en outre, à l'instar du CESE, d'affirmer la responsabilité des différents échelons de collectivités territoriales dans la promotion de la santé environnementale au niveau de leur territoire [33].

2.3 Des dispositifs de concertation et d'association des parties prenantes renforcés

[159] Selon les rapports inter-inspections de 2020 et 2022, le principe d'une instance d'orientation et de consultation propre à la politique « une seule santé » doit être affirmé [3] [1]. **Le groupe santé environnement (GSE) devrait être largement rénové** (statut, composition, fonctionnement, moyens et clarification des missions) et intégrer cinq éléments :

- un périmètre d'intervention précis, pour faire reconnaître « une seule santé » comme politique publique ;
- un rôle de consultation avec des avis publiés portant sur les projets de loi et règlements, de stratégie et de plans, y compris en matière de programmes de travail des agences ;
- une composition représentative de la diversité des parties prenantes, faisant plus de place aux collectivités territoriales et aux associations environnementales ;
- la soumission de ses membres à des règles communes de déontologie et de transparence ;
- la dotation de moyens de fonctionnement et de secrétariat.

[160] **Cette organisation se rapprocherait ainsi du modèle organisationnel du conseil national de l'alimentation (CNA)** qui a démontré son efficacité et avec lequel des modalités de collaboration seront à définir, l'alimentation entrant dans le champ d'« Une seule santé ».

[161] Enfin plusieurs rapports recommandent de **réexaminer le rôle de la Commission nationale de la déontologie et des alertes en matière de santé publique et d'environnement (cnDaspe)**, tant en ce qui concerne la déontologie que pour la gestion des alertes, voire de la transformer en un « défenseur des droits » en santé environnementale.

CHAPITRE 4 : L'ANALYSE DES RISQUES ET LA SURVEILLANCE EN SANTE- ENVIRONNEMENT

[162] La complexité des phénomènes qui caractérise les risques sanitaires d'origine environnementale rend difficile l'identification d'un lien entre un facteur de l'environnement et un effet sanitaire. Les contaminants sont multiples, les circonstances et durées difficiles à quantifier et, sauf situation accidentelle, les contaminations sont le plus souvent de faible niveau, aux limites des effets observables. Enfin, les conséquences de ces expositions n'apparaissent généralement qu'à long terme, alors même que les populations exposées sont souvent très importantes. Les décideurs sont donc amenés à prendre des mesures dans des situations le plus souvent caractérisées par de fortes incertitudes scientifiques. Dans ce contexte, la surveillance et l'évaluation des risques constituent le cœur des politiques de santé-environnement.

1 Les méthodes d'évaluation des risques et de traitement des alertes sanitaires liées à l'environnement reposent sur des méthodes éprouvées

1.1 L'évaluation des risques sanitaires est une méthode d'analyse par danger et par usage

[163] L'analyse des risques en santé-environnement se fonde sur les notions de danger, d'exposition et de risque⁴⁵ :

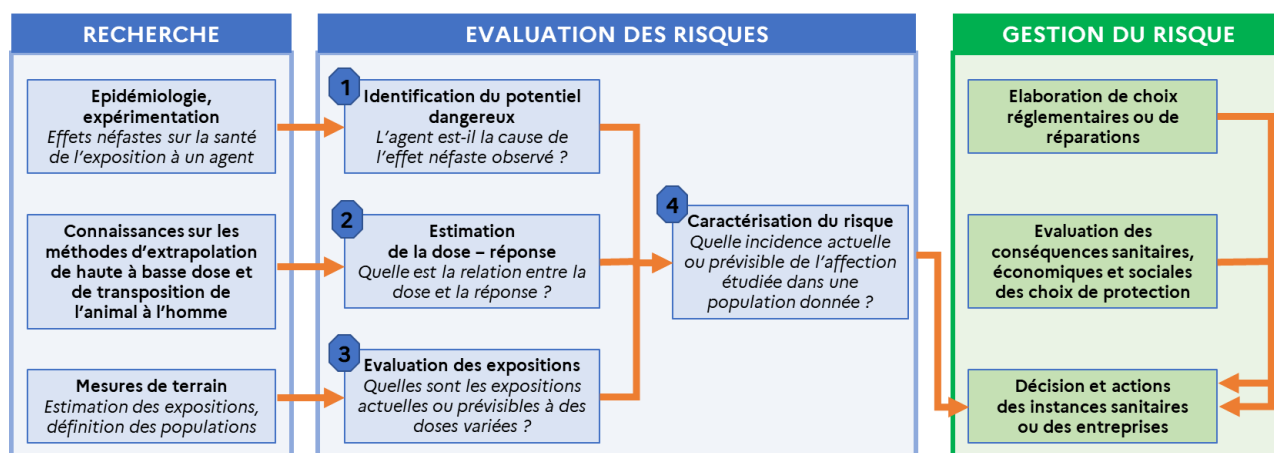
- **le danger se réfère à la propriété intrinsèque** d'un agent physique, chimique ou biologique d'exercer un effet néfaste sur la santé qu'il peut engendrer sur un individu lorsqu'il est mis en contact avec celui-ci. On distingue les effets aigus (exposition courte, type irritation, allergie, etc.) et les effets chroniques (exposition prolongée) avec parfois des délais très importants entre l'exposition et l'apparition du dommage (cancer, infertilité, etc.).
- **l'exposition constitue le contact d'un individu avec un agent chimique, physique ou biologique pendant une certaine période.** L'exposition est caractérisée par la quantité de substance entrant en contact avec les barrières d'échange de l'organisme et disponible pour une éventuelle absorption.

⁴⁵ Source : ANSES

- **le risque traduit la probabilité de survenue d'un (ou de plusieurs) effet néfaste** pour la santé d'un individu ou d'une population à la suite d'une exposition à un contaminant, indépendamment de sa gravité. Plus l'exposition est importante, plus le risque sera élevé. A l'inverse, un produit caractérisé de très dangereux peut ne présenter aucun risque si l'on garantit qu'aucun individu n'y est exposé.

[164] Le National Research Council (NRC) américain a posé les bases de l'analyse des risques, dans son rapport de 1983, *Risk Assessment in the Federal Government : Managing the Process*, appelé aussi *Red Book*. Aujourd'hui encore, ces principes s'appliquent aux problématiques sanitaires et environnementales et l'expertise repose sur des méthodes standardisées de calcul et des normes.

Schéma 1 : La démarche d'analyse des risques en santé environnement



Source : InVS d'après le National Research Council

[165] L'analyse des risques se fonde sur **l'évaluation des risques qui comprend quatre étapes**, faisant appel à différentes spécialités (toxicologie, expologie, épidémiologie...) :

- **l'identification du danger** : classification eu égard notamment à la cancérogénicité, mutagénicité, reprotoxicité, persistance, etc. ;
- **la caractérisation du danger** ou l'évaluation de la relation dose-réponse ;
- **l'estimation des expositions** possibles usage par usage ;
- **la caractérisation des risques** usage par usage.

[166] **Le danger d'un agent est identifié à partir de travaux de recherche** ayant permis d'établir une relation causale entre l'exposition à cet agent et la survenue d'un ou plusieurs effets sur un organisme vivant. Il est toutefois très difficile de relier, de façon certaine, un problème de santé à une substance en particulier, donc d'établir un lien de causalité. Un exemple d'identification des dangers est la classification des substances en fonction de leur cancérogénicité pour les humains, réalisée par le CIRC (Centre international de recherche sur le cancer), l'agence de l'OMS spécialisée sur le cancer.

[167] **La caractérisation des dangers** consiste en l'évaluation qualitative et/ou quantitative de la nature des effets indésirables associés à la présence du danger. Elle **consiste principalement à évaluer la relation dose-réponse, c'est-à-dire la relation entre une dose de la substance étudiée**

et l'incidence ou la gravité de ces effets. La relation dose-réponse permet notamment d'établir une **valeur toxicologique de référence (VTR)**, qui quantifie le risque de survenue des effets toxiques. Les VTR sont calculées pour chaque forme d'exposition (exposition aiguë, prolongée etc.), chaque type d'effet (organes touchés, maladies développées etc.), en distinguant selon les voies d'exposition (cutanée, orale etc.). Deux catégories de VTR⁴⁶ sont utilisées :

- **les VTR à seuil** : effets toxiques aigus et chroniques non cancérogènes, non génotoxiques ou non mutagènes, dont la gravité dépend de la dose. Les effets toxiques apparaissent à partir d'une certaine dose d'exposition. Les seuils de doses sont différents selon les voies d'exposition (respiratoire, alimentaire, etc.) ;
- **les VTR sans seuil** : effets cancérogènes, mutagènes ou génotoxiques, la fréquence des atteintes et non la gravité augmentant avec la dose. La VTR est alors exprimée sous forme d'excès de risque unitaire (ERU ou slope factor) exprimant la probabilité de survenue durant une vie.

[168] **L'estimation des expositions** vise à décrire et quantifier aussi précisément que possible les expositions à un agent, correspondant à un milieu donné, pour une voie d'exposition donnée et pour un groupe d'individus donnés. Elle **passé généralement par l'utilisation de la modélisation et la création de scénarios concernant les habitudes de vie des populations, l'alimentation ou l'utilisation de certains produits**. Elle implique également de disposer de mesures fines de contamination à partir des **mesures de surveillance de l'environnement**.

[169] **La caractérisation du risque** est la synthèse des étapes précédentes et présente une **estimation de la probabilité et de la gravité des effets indésirables** susceptibles de se produire dans une population humaine en raison de l'exposition à l'agent considéré. La présentation des résultats diffère suivant que l'effet considéré est à seuil ou sans seuil :

- **pour les effets à seuils, on considère qu'il existe un risque sanitaire** si le quotient de danger (QD)–rapport de la dose d'exposition par la dose sans effet estimée– dépasse la valeur de 1, c'est-à-dire que **la dose d'exposition est supérieure à la dose sans effet** ;
- **pour les effets sans seuils, on présente l'excès de risque individuel (ERI)** auquel les personnes peuvent être soumises qui est le produit de l'ERU (ou VTR effets sans seuil de dose) et de la dose reçue par un individu ou un groupe d'individus C'est d'un point de vue théorique la **probabilité supplémentaire d'observer l'effet néfaste lié à l'agent étudié chez un individu** (ex. 1 cas supplémentaire pour 100 000 habitants)

⁴⁶ D'autres valeurs de référence existent également : dans le domaine de l'alimentation, la « dose journalière admissible » (DJA) et l'« Acute reference dose » (ARfD) ou dose de référence aiguë, définissent la quantité maximum de substance qui peut être ingérée par le consommateur pendant une période, sans risque dangereux pour sa santé ; pour les biocides, l'« Acceptable Exposure Level (AEL) » ou niveau acceptable d'exposition, correspond à la quantité maximale de substance active à laquelle un humain peut être exposé quotidiennement, sans effet dangereux pour sa santé ; dans le domaine de la santé au travail, l'outil « valeur limite d'exposition professionnelle » (VLEP) est utilisé pour les expositions professionnelles à travers l'Union européenne.

[170] La démarche d'évaluation des risques peut être utilisée soit de manière globale dans le cadre des processus réglementés d'autorisation des produits chimiques ou de définition des valeurs réglementaires d'exposition (ex. limite de qualité pour l'eau potable), soit à l'échelle locale pour identifier l'impact d'un site industriel sur la santé des populations riveraines ou pour vérifier si des expositions peuvent être à l'origine de pathologies observées.

[171] En France, l'ANSES et l'INERIS sont les deux acteurs spécialisés dans le domaine de la toxicologie et Santé Publique France mène les études épidémiologiques environnementales.

1.2 Le traitement des alertes sanitaires est basé sur la collecte de signaux et l'expertise

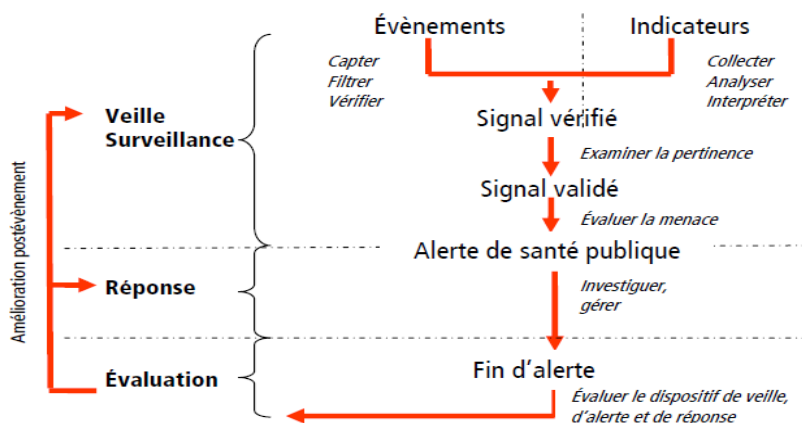
[172] En sus de la démarche d'analyse des risques, le processus d'analyse des signaux issus des systèmes de veille et de surveillance, constitue également une démarche essentielle pour la protection des populations.

[173] Les signaux peuvent être des dépassements de normes de concentration d'agents toxiques dans un milieu (ex. norme de qualité eau potable) détectés via les systèmes de surveillance environnementaux, soit la survenue inhabituelle de pathologies en lien avec l'environnement (ex. légionellose, cluster de cas de cancers...) détectés via les systèmes de surveillance sanitaire. Le signal peut également être émis par un individu ou un groupe hors des systèmes de surveillance en place (ex. « lanceurs d'alerte »).

[174] Le processus d'analyse des signaux comporte trois étapes :

- **Étape 1 : veille et surveillance**, qui permettent de collecter un signal ; ce signal est analysé (expertise pour vérifier et valider le signal) ; la validation du signal déclenche l'alerte ;
- **Étape 2 : réponse**, c'est-à-dire gestion de l'alerte (décision) et investigations complémentaires (expertise pour éclairer la gestion) ;
- **Étape 3 : évaluation**, après la fin de l'alerte, portant sur les risques et sur l'organisation (expertise pour évaluer le risque et sa gestion).

Schéma 2 : Cadre théorique de traitement des alertes sanitaires



Source : DGS et InVS, La veille et l'alerte sanitaires en France, 2011

[175] Il ressort de ce déroulé que l'alerte en santé publique n'est jamais automatique : **une alerte implique un signal puis une évaluation de ce signal par des experts, ces derniers déterminent alors s'il représente une menace et appelle par conséquent une réponse** ; dans l'affirmative, l'alerte est déclenchée.

Veille, surveillance, vigilance, alerte : quelle différence ?

La surveillance consiste dans la collecte systématique et continue de données sur un périmètre précis et leur analyse, leur interprétation et leur diffusion dans la perspective d'aide à la décision.

La vigilance désigne un système de recueil d'informations permettant la détection d'effets indésirables liés à l'utilisation de produits ou matériels spécifiques.

La veille sanitaire vise à déceler la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce.

Une alerte sanitaire est un signal suffisamment validé pour lequel, après une première évaluation du risque, il a été considéré qu'il représente avec une probabilité significative une menace pour la santé des populations et nécessite une réponse adaptée.

[176] Le traitement des alertes en santé-environnement impliquant des cas humains repose principalement sur les agences régionales de santé et Santé Publique France.

2 Les dispositifs de surveillance en santé environnement s'appuient sur une quinzaine de systèmes différents

[177] Les travaux des inspections relèvent qu'il n'existe pas de système de surveillance en santé-environnement, mais des systèmes relevant de la sphère santé d'une part, et de la sphère environnement d'autre part. Le rapport inter-inspections de 2020 note que les risques en santé-environnement sont identifiés grâce à une **quinzaine de systèmes de surveillance et de vigilance pour le secteur sanitaire et des systèmes de surveillance environnementale** variés en fonction des milieux [3].

2.1 Les dispositifs de surveillance en santé humaine en lien avec l'environnement et les produits prennent différentes formes

[178] La surveillance de l'état sanitaire de la population fait l'objet de deux grands types de système :

- **une surveillance syndromique**, qui remonte, via Santé publique France, les données de fréquentation des services d'Urgences ou de consultations en ville via SOS-médecins en tant que signal (lors des épisodes de canicule, de pics de pollution par exemple) ;
- **des systèmes spécifiques de surveillance, ciblés sur une maladie, sur une population donnée ou sur un produit ou matériel.**

[179] Les registres, cohortes, investigations spécifiques ou études transversales type biosurveillance participent de la surveillance ciblée. La biosurveillance est la mesure des niveaux de concentration dans l'organisme (ou imprégnation) de substances chimiques (et de leurs produits de dégradation) et de polluants présents dans notre environnement. Les cohortes peuvent avoir pour objectif de relier des expositions à des états de santé (ex. Constances ou Elfe⁴⁷) ou de mesurer la fréquence d'apparition de cancers sur une population (cohorte Agrican pour les agriculteurs). Enfin le registre est un recueil continu et exhaustif de données nominatives sur un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie (ex. registres des cancers, registres des malformations congénitales...).

Tableau 1 : Principaux dispositifs de surveillance humaine en lien avec l'environnement

Surveillance humaine (en lien avec l'environnement)	Principales modalités de surveillance	Pilotes
Maladies infectieuses (ex. vectorielles, alimentaires, légionellose...)	Maladies à déclaration obligatoire	ARS / SPF / DGS
Pathologie spécifique liée à une exposition chimique (ex. saturnisme, mésothéliome de la plèvre)	Maladies à déclaration obligatoire	ARS / SPF / DGS
Surveillance syndromique (ex. impact pollution atmosphérique, canicule...)	SURSAUD (surveillance des passages aux urgences, des consultations SOS-Médecins...)	SPF
Décès (ex. impact canicule)	CépiDC	INSERM/SPF
Imprégnation humaine	Biosurveillance	SPF / ANSES / INSERM / DGS / DGPR
Pathologies chroniques	Registres / cohortes	SPF / INSERM
Pathologies professionnelles	Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P)	ANSES
Événements indésirables liés à des produits de consommation	Vigilances sur les produits de consommation (toxicovigilance, cosmétovigilance, nutrivigilance, phytopharmacovigilances...)	ANSES
Événements indésirables liés à des produits de santé	Vigilances sur les produits de santé (pharmacovigilance, matériovigilance, hémovigilance...)	ANSM

Source : Igas

⁴⁷ La cohorte Constances est destinée à fournir des informations descriptives et étiologiques sur la santé de 200 000 adultes vivant en France. L'étude Elfe a pour but de mieux connaître les facteurs (environnement, entourage familial, conditions de vie...) qui peuvent avoir une influence sur la santé, le développement physique et psychologique et la socialisation de l'enfants, à partir du suivi d'une cohorte de 18 000 enfants nés en 2011.

[180] **La surveillance des effets indésirables de certains produits ou matériels repose sur les systèmes de vigilance** pilotés par l'ANSM pour les produits de santé (pharmacovigilances pour les médicaments, matériovigilance pour les dispositifs médicaux, hémovigilance s'agissant des produits sanguins labiles...) ou par l'ANSES pour les produits de consommation (toxicovigilance, nutrivigilance, phytopharmacovigilance...).

[181] Des investigations spécifiques peuvent aussi être menées sur un territoire en cas de signal issu des systèmes de surveillance, par exemple de l'investigation de cas de cancers pédiatriques non immédiatement expliqués en Loire Atlantique menée par Santé publique France entre 2015 et 2019.

2.2 La surveillance de l'environnement repose sur des dispositifs propres à chaque milieu ou facteur de risque, incluant généralement des contrôles sur place et des analyses

[182] La synthèse des travaux d'inspections permet de cartographier les principaux systèmes de surveillance de l'environnement (cf. tableau ci-dessous). Ces systèmes sont variables :

- **Des dispositifs de mesures à partir d'un réseau de capteurs** géré par des opérateurs publics ou associatifs mandatés par l'Etat (ex. air ambiant⁴⁸, pollen, radioactivité...);
- **Des dispositifs d'auto-contrôles des exploitants** (ex. eau potable, aliments, rejets industriels...) complétés par des programmes de contrôles officiels des autorités de l'Etat ;
- **Des campagnes de mesures ou des diagnostics à la charge des propriétaires ou des exploitants** et menés par des organismes certifiés ou agréés (ex. air intérieur, amiante...);
- **Des études nationales intégrant des mesures ou des collectes d'analyse** (ex. air intérieur, sols...);
- **Des dispositifs de signalement aux autorités** (ex. habitat indigne...).

⁴⁸ La surveillance de la qualité de l'air ambiant est assurée par 18 associations agréées pour la surveillance de la qualité de l'air (AAQSA) fédérées au sein d'ATMO France pour le compte du ministère de l'écologie.

Tableau 2 : Principaux dispositifs de surveillance de l'environnement

Domaine	Modalités principales de surveillance	Base de données / Système d'information
Eau potable	Auto-surveillance réalisée par les exploitants dans le cadre de leur plan de gestion de la sécurité sanitaire des eaux (PGSSE) Mise en œuvre d'un programme de surveillance analytique élaboré par l'ARS au frais de l'exploitant dans le cadre du contrôle sanitaire	AQUASISE ⁴⁹ (DGS)
Eau de baignade Eau de piscine Eaux conditionnées	Autocontrôles des exploitants Mise en œuvre d'un programme de surveillance analytique élaboré par l'ARS au frais de l'exploitant dans le cadre du contrôle sanitaire	AQUASISE (DGS)
Eaux souterraines	Mesures à partir d'un réseau de 4000 stations gérées par les Agences de l'eau (qualité) et le BRGM (quantité)	ADES (BRGM pour le compte de la DEB)
Eaux superficielles (cours et plans d'eau)	Mesures à partir d'un réseau de 5000 stations gérées par les Agences de l'eau (qualité) et l'OFB (état écologique)	NAIADES (OFB pour le compte de DEB)
Eaux littorales	Mesures à partir d'un réseau de 300 stations de mesure gérées par l'IFREMER	QUADRIGE (IFREMER)
Sécurité sanitaire des aliments	Auto-contrôles exploitants Plans de surveillance et de contrôle (PSPC) de la DGAI et la DGCCRF	Base de données ANSES
Air ambiant	Mesures horaires à partir d'un réseau de 600 stations gérées par les agences agréées de surveillance de la qualité de l'air (AASQA) fédérées au sein de ATMO France pour le compte du ministère de l'écologie	GEOD'AIR (LCSQA / DGPR)
Pollens et moisissures atmosphériques	Mesures à partir d'un réseau de stations gérées par les AASQA et le RNSA pour le compte des ministères de la santé et de l'écologie	POLLEN (RNSA)
Rayonnements ionisants dans l'air ambiant	Mesures à partir d'un réseau de 170 stations gérées par l'IRSN	TELERAY (IRSN)
Champs électromagnétiques	Mesures sur les stations radioélectriques opérées par l'Agence nationale des fréquences (ANFR)	CARTORADIO (ANFR)
Air intérieur	Auto-contrôles obligatoires dans certains établissements recevant du public effectués par des organismes certifiés et transmis à l'INERIS	INTAIRIEUR (INERIS)

⁴⁹ AQUASISE a vocation à remplacer les bases actuelles SISE-Eaux et SISE-Baignades notamment.

	Campagnes nationales d'observation (logements, ERP, bureaux...) effectuées par l'observatoire de qualité de l'air intérieur (OQAI) au sein du CSTB	Base de données du CSTB
Amiante	Diagnostic de repérage et surveillance périodique de l'amiante dans les bâtiments collectifs et ERP construits avant le 1 ^{er} juillet 1997	-
Plomb	Diagnostic (Constat de risque d'exposition au plomb) obligatoire avant la vente ou mise en location d'un logement construit avant le 1 ^{er} janvier 1949 transmis sous conditions à l'ARS	-
Installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE)	Surveillance obligatoire par les exploitants. Déclarations annuelles des déchets et des émissions polluantes dans l'air, l'eau, le sol	GEORISQUES (Registre des Emissions Polluantes)
Sites et sols pollués	Inventaire général des sites et sols pollués à partir des déclarations en préfecture	GEORISQUES
Radon	Campagnes de mesures réalisées par l'IRSN pour déterminer les zones à risques	Cartes de l'IRSN
Lutte antivectorielle	Surveillance entomologique : - dispositif de signalement-citoyen géré par l'ANSES - Réseau de sites de prélèvements géré par les ARS	SI-LAV (DGS) Signalement-moustique (ANSES)

Source : Igas

3 La démarche d'analyse des risques, trop spécifique, et les dispositifs de surveillance et de contrôle, trop morcelés et cloisonnés, conduisent à une sous-estimation des risques

3.1 La démarche d'évaluation des risques ne permet pas de prendre en compte l'ensemble des expositions

[183] Les effets des expositions environnementales sur la santé sont différés dans le temps et les actions correctives n'ont en général pas d'effet visible immédiat. Ainsi, l'exposition réelle est souvent mal connue et différente des expositions théoriques étudiées une par une, notamment par les industriels dans leurs dossiers de demande d'autorisation de produits. **À l'avenir, pour mieux saisir l'exposition réelle, il conviendrait de davantage tenir compte des « effets cocktails », des effets multigénérationnels ou des relations dose-effet, pouvant être contre-intuitives, comme pour les perturbateurs endocriniens [3].**

3.2 La démarche d'évaluation des risques ne prend pas en compte l'utilité des produits susceptibles d'engendrer un risque sanitaire

[184] **Contrairement aux méthodes de référence conduisant aux autorisations des médicaments qui incluent une évaluation de la balance entre les bénéfices pour la santé et les risques, l'utilité des produits chimiques n'est pas prise en compte dans les évaluations de risques.** Pour ces derniers, l'élément central est l'évaluation du risque, sans que les bénéfices sociétaux de la substance ou du produit évalué ne soient réellement considérés, sauf dans certains cas limités. Or, un risque est d'autant moins acceptable qu'il est pris sans qu'un bénéfice important en soit attendu.

[185] Cette différence avec les médicaments est d'autant plus surprenante que, pour ceux-ci, la prise de risque est individuelle, la décision appartenant au patient suite au colloque singulier médecin/patient. Pour d'autres usages tels que les produits phytosanitaires, la prise de risque est collective, la décision d'utilisation appartenant aux industriels, agriculteurs, opérateurs, etc. alors que l'exposition au produit touche une population plus large (ex. utilisateur, riverain, consommateur) [3].

3.3 Des systèmes de surveillance en santé-environnement peu lisibles compte tenu de l'enchevêtrement des compétences

[186] Plusieurs rapports consacrés à certaines thématiques de la santé-environnementale ont souligné l'enchevêtrement des compétences entre les différents services de l'Etat entre eux ou avec les collectivités locales.

[187] **Pour la surveillance des aliments**, la répartition des contrôles entre le ministère de l'agriculture (DGAL), en charge des produits agricoles et alimentaires en production primaire, et le ministère de l'économie (DGCCRF) en charge des produits alimentaires transformés et des contrôles de loyauté, est jugée inutilement complexe et leur coordination insuffisante, d'autant que quelques zones blanches subsistent (ex. contrôle partiel des végétaux au stade de la production primaire, absence de contrôle des végétaux à l'importation...) [15].

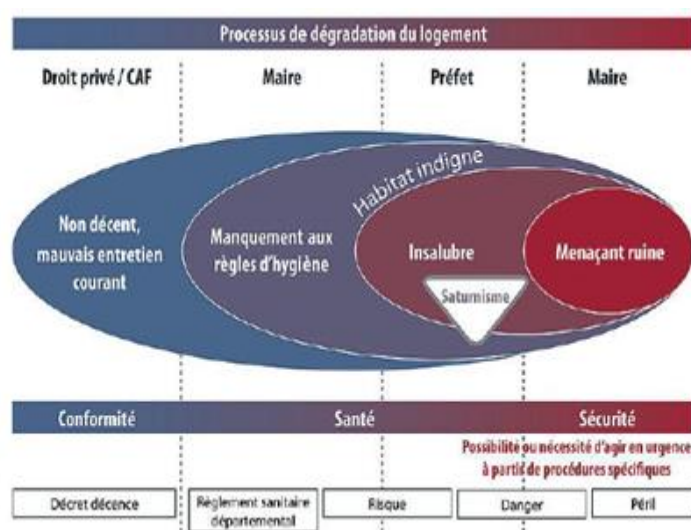
[188] **En matière de surveillance de la qualité de l'air ambiant**, la diversité des dispositifs est soulignée. La surveillance réglementaire des polluants (ozone, NO₂, PM₁₀, PM_{2.5}) est assurée par le réseau des 18 associations agréées de surveillance de la qualité de l'air (AASQA), fédérées au sein d'ATMO France pour le compte du ministère de l'écologie. Mais certains polluants spécifiques relèvent de réseaux de surveillance propres : la mesure de la radioactivité dans l'environnement fait l'objet d'une surveillance par l'IRSN, les concentrations dans l'air des pollens et des moisissures atmosphériques d'une surveillance par le RNSA. Une campagne nationale de mesure des résidus de pesticides dans l'air a été menée de juin 2018 à juin 2019 par l'ANSES, l'INERIS et le réseau des AASQA. Les données d'émissions atmosphériques des secteurs de l'industrie, du transport, tertiaire et agricole (au total 641 substances) sont gérées par le CITEPA⁵⁰.

⁵⁰ Système national d'inventaire des émissions de polluants et de gaz à effet de serre dans l'atmosphère

[189] **En matière de surveillance de la qualité de l'air intérieur**, un rapport inter-inspections de 2018⁵¹ regrettait la coexistence de deux dispositifs parallèles : un dispositif de collecte des données issues de la surveillance réglementaire de la qualité de l'air intérieur dans certains ERP confié à l'INERIS et un dispositif de campagnes nationales de mesures de la qualité de l'air intérieur réalisées par l'observatoire de la qualité de l'air intérieur dans les logements et certains lieux (ex. écoles, travail...) hébergé par le CSTB. Le fait que l'OQAI ne soit pas partie prenante de la surveillance réglementaire ou que l'Ineris ne soit pas davantage impliqué dans l'OQAI interroge sur la place de celui-ci au sein de la politique publique de l'air intérieur. Les inspecteurs estimaient également que le système de suivi de l'air intérieur n'était pas connecté avec celui de l'air ambiant [18].

[190] **En matière de salubrité de l'habitat**, un rapport de 2018 soulignait qu'il n'existe pas de système de surveillance à proprement parler des risques sanitaires liés à la salubrité de l'habitat mais un repérage des situations d'hygiène, de santé et de sécurité de l'habitat, dont le maire est souvent l'acteur premier compte tenu de sa proximité avec les habitants⁵². Le traitement des situations problématiques en matière d'hygiène, de santé et de sécurité de l'habitat sont réparties ensuite entre différents acteurs (maire, et dans certains cas président d'EPCI, préfet) selon la nature et la gravité du risque lié à la dégradation et/ou l'utilisation du logement [19].

Schéma 3 : Périmètres d'intervention des autorités de police administrative



Source : Agence nationale de l'information pour le logement

[191] Les travaux des inspections font ainsi le constat d'un système complexe où les responsabilités juridiques des intervenants (État, collectivités territoriales) relèvent de plusieurs codes (code général des collectivités territoriales, code de la construction et de l'habitat, code

⁵¹ L'Observatoire de la qualité de l'air intérieur - Bilan et perspectives - Rapport IGAS-IGA-CGEDD- Patrick LAVARDE, Laura KRIEPS, Pierre LESTEVEN, Marie-Louise SIMONI – décembre 2018

⁵² 208 communes sont ainsi dotées d'un service communal d'hygiène et de santé (SCHS), qui perçoivent une dotation générale de décentralisation (DGD) d'un montant total de 90M€ ; le reste des communes agissent seules mais peuvent bénéficier de l'appui technique et juridique des ARS. Le maire peut également déléguer cette compétence à un établissement public intercommunal.

de la santé publique, parfois code de l'environnement) ayant généré des procédures complexes, sans cohérence d'ensemble et laissées à l'appréciation des acteurs de terrain.

[192] Un rapport inter-inspections de 2016⁵³ a porté une attention particulière à l'organisation globale du **dispositif de surveillance et de lutte contre les moustiques vecteurs de maladies transmissibles** (ex. dengue, chikungunya...), qui s'est bâti progressivement à partir de la lutte contre les moustiques nuisants déployée sur les arcs méditerranéen, rhodanien et rhénan, depuis les années 1950, par les ententes interdépartementales de démoustication (EID) et encadrée par loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques. La répartition des rôles, issue de la loi du 13 août 2004 entre l'Etat et ces collectivités confère au premier la stratégie, aux seconds la mise en œuvre. Depuis 2006, une instruction du ministère de la santé précisait les mesures de surveillance, de prévention et de gestion à mettre en œuvre pour anticiper et limiter la diffusion des maladies vectorielles en France hexagonale, en classant les départements en 6 niveaux selon l'état de colonisation par le vecteur *Aedes albopictus*. Selon le niveau, le partage des rôles entre l'Etat et les départements est variable, introduisant des hésitations quant à l'exercice des responsabilités. Les travaux des inspections soulignaient que la loi du 13 août 2004 avait in fine contribué à compliquer davantage la répartition des rôles et n'avait pas permis de structurer cette mission dans les départements non pourvus d'une EID [25].

[193] **Deux institutions étaient chargées du contrôle de la qualité et de la sécurité des produits cosmétiques et de tatouage** : l'ANSM, en charge de la sécurité sanitaire des cosmétiques, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) au titre de sa mission générale de surveillance du marché et de protection des consommateurs. Des pouvoirs élargis en matière de cosmétiques ont été conférés à la Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) par la loi de modernisation du système de santé de janvier de 2016. Mais les travaux des inspections constataient, dans un rapport de 2020⁵⁴ un désengagement de l'ANSM sur la cosmétovigilance et un faible niveau de déclarations. La revitalisation de la cosmétovigilance était recommandée, le cas échéant en transférant une partie des missions de l'ANSM à l'ANSES [11].

3.4 Des systèmes trop cloisonnés et sans stratégie d'ensemble

[194] Si les travaux d'inspection ont reconnu que le système public de **surveillance de l'eau sous toutes ses formes** (eau de consommation, eau de baignade, eaux usées, nappes phréatiques, cours d'eau), était globalement bien structuré et les données accessibles grâce au portail EAUFRANCE, ils pointent généralement un manque d'articulation entre les systèmes de surveillance.

[195] **Dans le domaine de l'amiante**, si un certain nombre d'avancées sont reconnues, les travaux des inspections relèvent des problèmes persistants de pilotage et d'animation du réseau territorial avec localement, une grosse hétérogénéité des actions. Un rapport inter-inspections de

⁵³ La gouvernance de la lutte antivectorielle - Rapport IGAS-IGA - Dorothée IMBAUD, Patricia VIENNE Hayet ZEGGAR, Frédéric PERRIN – avril 2016

⁵⁴ Organisation de la Sécurité sanitaire des produits cosmétiques et de tatouage : état des lieux et évolutions souhaitables - Rapport IGAS-IGF - Pierre ABALLEA, Anne BURSTIN, François WERNER – avril 2020

2020⁵⁵ note qu'il y a peu de réunions dédiées ou incluant le sujet amiante entre les administrations sanitaires et du travail (ARS-DIRECCTE) et regrette une organisation en silos des contrôles, privilégiant le contrôle sur pièces au contrôle sur place, les laboratoires eux-mêmes et diagnostiqueurs étant peu contrôlés et l'expertise également peu présente dans les entreprises [12].

[196] **Dans le domaine de la surveillance des aliments**, s'il existe de nombreuses données, les travaux menés n'identifient pas de schéma de données, ni l'existence d'une urbanisation des systèmes d'information partagés entre les deux principales administrations de surveillance et de contrôle (DGAL et DGCCRF) [15].

[197] **La connaissance et la surveillance des sols** sont assurées selon deux axes, portés par deux acteurs distincts : d'une part, le GIS Sols qui a pour mission de constituer et de gérer le système d'information des sols de France et, d'autre part, la politique de gestion des sites et sols pollués industriels et urbains pilotée par le ministère de l'écologie et le BRGM. Si de nombreuses bases de données existent dans ce cadre qui permettent une approche assez complète, les inspecteurs estiment que la mise en synergie de ces deux systèmes pour une utilisation globale et concrète des sols reste insuffisante et peine à constituer, à l'instar de ce qui existe pour l'eau, un système des données publiques sur les sols [3].

[198] Ce manque de structuration des outils de surveillance touche également la surveillance des pathologies liées directement ou indirectement à l'environnement. A cet égard, les outils que sont **les registres et cohortes** ont fait l'objet d'un rapport inter-inspections en 2020⁵⁶. Si leur apport est jugé appréciable, il est relevé que leur positionnement est loin d'être clairement défini dans le paysage des outils statistiques et épidémiologiques portant sur les thèmes prioritaires en santé et que les relations des cohortes restent à concrétiser avec un système de données médico-administratives, lui-même en évolution forte et inachevée. Il est donc indispensable de mettre en œuvre toutes les mutualisations possibles, et notamment d'utiliser les sources de données collectées dans le cadre des soins ou de leur remboursement (SNDS) et d'études pour venir enrichir systématiquement cohortes et registres [14].

[199] Le rapport d'évaluation du troisième Plan cancer en juillet 2020⁵⁷ recommandait de mieux prendre en compte l'impact des facteurs sociaux et environnementaux sur les cancers **en créant ou confortant un registre dans une zone géographique défavorisée (Seine-Saint-Denis par exemple), un registre susceptible d'apporter des informations sur l'exposome situé dans un territoire viticole par exemple et un registre dans une zone où sont situées des installations classées Seveso.**

⁵⁵ Plan d'action interministériel amiante - Rapport IGAS-IGA-CGEDD- Agnès MOUCHARD, Annaïck LAURENT, Laurent MOREAU, Arnaud TEYSSIER – avril 2020

⁵⁶ Les cohortes pour les études et la recherche en santé - Rapport IGAS-IGESR- Mireille ELBAUM, Aquilino MORELLE, Bertrand MINAULT, Henri RIBIERAS – février 2020

⁵⁷ Evaluation du troisième Plan cancer (2014-2019) – Rapport IGAS-IGESR - Anne-Carole BENSADON, Bernard NUYTEN, Bruno VINCENT, Marie-Odile OTT, Michel QUÉRÉ, Anne-Marie ROMULUS – juillet 2020

3.5 En conséquence, un manque de connaissances sur les risques préjudiciable à l'action publique

[200] De manière générale, les rapports d'inspections ont souligné les connaissances encore insuffisantes portant sur les enjeux et les risques sanitaires liés à l'environnement, en partie du fait de ces morcellements de compétences et cloisonnement des systèmes.

[201] Le rapport inter-inspections sur l'accident de l'usine Lubrizol à Rouen⁵⁸ relève ainsi que les services ont fait preuve d'une grande réactivité pendant la phase aigüe, mais que les prélèvements et analyses se sont organisés en « couloirs » thématiques séparés et selon des délais différents. **Ce défaut de coordination a constitué un obstacle important à la consolidation des données utiles à une évaluation globale des risques pour la santé**, a complexifié le travail des instances d'expertise et d'évaluation (Anses, Ineris, Santé publique France) et accru les incertitudes scientifiques dans l'évaluation des risques [10].

[202] La connaissance de la qualité de l'air progresse, les impacts sanitaires sont de mieux en mieux évalués. Toutefois, la connaissance de la qualité de l'air reste incomplète, la sensibilisation à la complexité et aux enjeux de la qualité de l'air est insuffisante et l'importance relative des différentes sources de pollution reste mal connue du grand public [3]. Enfin la gestion des pics de pollution démontre, selon un rapport inter-inspections de 2015, le besoin de clarification du rôle des différents acteurs et d'une bonne articulation entre mesures immédiates et mesures pérennes, ainsi que la nécessaire implication de la société civile⁵⁹ [27].

[203] La surveillance des produits chimiques progresse et les risques d'exposition sont de mieux en mieux documentés par les grandes études. Les études sur l'alimentation totale des Français (y compris la consommation d'eau potable) conduites par l'Anses ont par exemple permis de bien cerner l'exposition alimentaire de la population à chacune des substances phytopharmaceutiques et d'aboutir au retrait du Diméthoate en 2016. Mais l'exposition du public par voie aérienne reste mal connue : de nombreuses substances chimiques sont retrouvées, à l'intérieur des bâtiments ou dans l'air ambiant, à travers les mesures réalisées par les associations de surveillance de la qualité de l'air. Enfin l'étude Esteban conduite par Santé publique France (SPF) a par exemple permis de documenter l'exposition à différents polluants, dont les produits phytopharmaceutiques [3].

[204] Ainsi **les données en santé et en environnement sont nombreuses et peu connectées**, ne permettant pas de comprendre les liens entre expositions environnementales et pathologies. Au sein d'un même « silo », **les données d'évaluation initiale des risques et les données d'impact après la mise sur le marché sont trop rarement appariées**.

[205] De manière générale, les travaux des inspections appellent à développer la connaissance à la fois en population générale et sur des populations cibles particulièrement exposées (agriculteurs, riverains d'activités polluantes) pour documenter les liens entre exposition et

⁵⁸ Retour d'expérience après l'incendie d'un site industriel à Rouen en septembre 2019 - Analyse et propositions sur la gestion de crise - Rapport IGAS-IGA-CGEDD-CGAAER-CGE- Florence ALLOT, Benoît ASSEMAT, Philippe SAUZEY, Thomas MONTBABUT, Pierre-Franck CHEVET, Paul MICHELET – mai 2020

⁵⁹ La gestion des pics de pollution de l'air – Rapport IGAS-IGA-CGEDD- Salvator ERBA, Sylvie ESCANDE-VILBOIS, Francis FELLINGER, Nicolas FERRAY, Henri LEGRAND et Michel PINET – juillet 2015

développement de pathologies. Ils appellent corrélativement à **une plus grande interconnexion des données environnementales et des données de santé** (cf. chapitre 5).

3.6 Des systèmes de surveillance relativement inadaptés aux signaux émergents ou aux signaux faibles en santé-environnement

[206] Les systèmes de surveillance actuels, particulièrement dans le domaine sanitaire, ont été conçus d'abord pour canaliser un flux de signaux afin de détecter des alertes urgentes, aiguës. Par conséquent, **ils ne sont pas toujours en mesure de participer à la détection de risques émergents se manifestant par des signaux faibles**, au sein d'un même système, mais surtout lorsque plusieurs facteurs de risque doivent être rapprochés, comme c'est très souvent le cas en santé-environnement.

[207] Les risques environnementaux liés à des expositions diffuses se manifestent par des signaux faibles doublement difficiles à détecter. Premièrement, ces risques sont difficiles à détecter par leur nature même, les signaux faibles, « à bas bruit » n'apparaissant que sur le long terme. Ces difficultés à détecter les signaux faibles en santé-environnement élargissent le rôle des lanceurs d'alerte. Ces derniers ont pour fonction d'alerter l'opinion et surtout les gestionnaires de risques que sont les administrations publiques sur ces risques émergents. Deuxièmement, la surabondance et la qualité inégale des signaux complexifient également la détection des risques émergents. La surabondance des signaux s'explique par la multiplication et la diversification des sources, avec des systèmes de surveillance et des lanceurs d'alerte de plus en plus nombreux [3].

4 Une méthode d'évaluation des risques à refonder et des systèmes de surveillance à mieux structurer, même si de nombreuses recommandations ont déjà été suivies d'effet

4.1 Des méthodes d'évaluation des risques à refonder

[208] Les méthodes mobilisées pour l'expertise ont un impact déterminant sur les résultats des évaluations. Elles doivent impérativement être plus investies par les acteurs publics (chercheurs, agences, décideurs) au niveau européen et à l'OCDE. Différentes recommandations ont été formulées pour mieux intégrer les résultats de la recherche en actualisant plus rapidement les méthodes (par exemple sur les perturbateurs endocriniens) et en élargissant les études prises en compte :

- Soutenir la proposition de la Commission européenne visant à s'assurer que **les substances les plus dangereuses soient identifiées rapidement et ne soient autorisées, pour les biens de consommation, que pour les usages essentiels** ;
- Renforcer la prise en compte des effets combinés et des effets multi-expositions dans l'évaluation des risques sanitaires

- Harmoniser les critères de sélection et de pondération des travaux retenus par les agences afin que les études académiques soient mieux prises en compte dans l'évaluation des risques ;
- S'assurer du respect du principe « pas de donnée, pas de marché » ;
- Obtenir l'intégration effective des dangers et risques liés aux perturbateurs endocriniens dans les règlements Reach et CLP⁶⁰.

[209] **Une approche plus préventive** pour limiter l'exposition aux substances les plus dangereuses et les multi-expositions est également nécessaire. Il s'agit de **passer d'une approche substance par substance, usage par usage, à une approche générique du risque** en identifiant les dangers à éviter, ceux jugés les plus préoccupants pour la santé humaine ou pour les écosystèmes, dans une logique de gestion par classes de dangers [3].

[210] En cas d'accident industriel enfin, il convient de mieux anticiper les risques potentiels de moyen et long terme d'un incident industriel en définissant des protocoles et des moyens de suivi des expositions dès les premières heures [10].

4.2 Des rapports qui appellent à rendre les dispositifs de surveillance plus lisibles et efficaces et qui ont été souvent suivis d'effet

[211] La répartition des compétences et la collaboration entre les acteurs constituent ainsi des éléments clé dans le champ santé-environnement, notamment pour identifier les risques et générer des alertes et **les travaux d'inspection ont émis de nombreuses recommandations visant à clarifier les responsabilités des acteurs, dont certaines ont été suivies d'effet.**

[212] A la suite de l'affaire Lactalis, en décembre 2017, un rapport inter-inspections recommandait l'unification de la police sanitaire des aliments, exercée alors par la DGAL et la DGCCRF, et une meilleure efficience des contrôles par un recours ciblé à la délégation et grâce à un financement additionnel par taxes ou redevances. La mission estimait nécessaire un maintien des effectifs nécessaires au sein des services de l'Etat pour assurer un contrôle de second niveau effectif [15].

La création de la police sanitaire unique a été officialisée le 2 juin 2022 par le décret n°2022-840 relatif aux attributions du ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire. Sa mise en œuvre effective s'effectuera par étapes pendant l'année 2023 et sera pleinement assurée par la DGAL et les agents du MASA en services déconcentrés et la police unique de la sécurité sanitaire pour l'ensemble du champ de l'alimentation humaine et animale sera pleinement effective au 1er janvier 2024.

⁶⁰ Le règlement de la Commission européenne du 19 décembre 2022, publié le 31 mars 2023 au JOUE, intègre de nouvelles classes de danger pour les perturbateurs endocriniens dans le règlement (CE) n° 1272/2008 du 16 décembre 2008 relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges, dit règlement CLP.

[213] En matière de lutte antivectorielle, les inspections faisaient le constat de l'inadaptation de la loi de 2004 aux enjeux actuels et futurs de la lutte antivectorielle (LAV) et appelait à clarifier la répartition des compétences à la fois de prescription et de mise en œuvre en les attribuant, de façon globale, à l'Etat [25]. Dans un autre rapport⁶¹, elles recommandaient également de consolider l'expertise sur les vecteurs, exercée par le centre national d'expertise sur les vecteurs (CNEV), créé en 2011 et financé par les ministères de la santé et de l'agriculture, en confiant la mission à l'ANSES [26].

Le décret n°2019-258 du 29 mars 2019 relatif à la prévention des maladies vectorielles a procédé à cette recentralisation, même si l'Igas notait en octobre 2019 que des dispositions législatives restaient nécessaires pour mieux distinguer la lutte antivectorielle et la démoustication et rendre incontestables le partage des responsabilités entre l'Etat et les collectivités locales⁶². En outre, les missions du CNEV ont été reprises par l'ANSES à compter du 1er janvier 2018 conformément aux recommandations des inspections pour consolider la coordination de la surveillance et de l'expertise en matière de LAV.

[214] En matière de lutte contre l'habitat indigne, les inspections appelaient à clarifier les périmètres d'action et les responsabilités de chaque acteur, en envisageant une plus grande décentralisation, et à engager la simplification des procédures [19].

L'ordonnance n°2020-114 du 16 septembre 2020 relative à l'harmonisation et à la simplification des polices des immeubles, locaux et installations, prise sur le fondement de l'article 198 de la loi ÉLAN crée une police unique d'intervention sur la sécurité et la salubrité des immeubles qui remplace une dizaine de procédures existantes relevant de plusieurs Codes (santé publique, construction et habitation). Elle clarifie la répartition des rôles entre le maire et le préfet pour déclencher la procédure en fonction du fait générateur : les préfets pour les dangers sur la santé des personnes ; les maires et les présidents d'EPCI sur la sécurité des personnes. Elle fixe l'obligation, pour "toute personne, de signaler à l'autorité compétente des faits dont elle aurait connaissance" et qui auraient trait à des situations d'habitat indigne. Ces mesures sont applicables depuis le 1^{er} janvier 2021. Toutefois, dans les faits, peu d'évolution des compétences n'est observée.

[215] Les travaux des inspections appelaient à revitaliser les vigilances relatives aux produits cosmétiques et de tatouage et envisageait, parmi les scénarios, de transférer une partie des missions aujourd'hui réalisées par l'ANSM à l'ANSES [11].

⁶¹ Evaluation du « Centre national d'expertise sur les vecteurs » - Rapport IGAS-CGAAER — Daniel NIZRI, Bruno ANDRAL, Pascale BRIAND – décembre 2015

⁶² L'Arrêté du 23 juillet 2019 fixant la liste des départements où est constatée l'existence de conditions entraînant le développement ou un risque de développement de maladies humaines transmises par l'intermédiaire de moustiques et constituant une menace pour la santé de la population a permis *de facto* sinon *de jure* de clarifier les responsabilités.

L'article 205 de la loi de finances 2023 confie à l'ANSES la vigilance sur les produits cosmétiques et les produits de tatouage et à la DGCCRF le contrôle de la déclaration d'ouverture et d'exploitation des établissements fabriquant des produits cosmétiques et des produits de tatouage, en transférant les compétences relevant actuellement de l'ANSM. Ces nouvelles attributions de compétences doivent entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2024.

4.3 Une structuration des données utiles à la santé-environnement à accélérer

[216] **La structuration des données de surveillance et d'épidémiologie est essentielle pour permettre l'identification de liens de causalité entre exposition et état de santé des populations et améliorer la détection de risques émergents.** Elle doit donc être renforcée. Il s'agit notamment de faire de l'amélioration de la collecte et de l'analyse des signaux faibles une priorité stratégique pour les opérateurs du champ santé-environnement, afin d'améliorer la détection des risques émergents, et organiser le travail inter-opérateurs et de développer les instruments de surveillance en situation réelle des effets des produits réglementés : vigilances, biosurveillance, études épidémiologiques.

[217] Le rapport d'information du Sénat recommande également de développer des registres de morbi-mortalité pour des pathologies, dont le lien avec des facteurs environnementaux est fortement soupçonné par la littérature scientifique [33], et le CESE de développer les sciences participatives pour contribuer au recueil des données sur un territoire et associer ainsi l'ensemble des personnes concernées [29].

[218] **En outre, la mise en relation des données environnementales et de santé doit être accélérée, à l'instar de ce qui se fait sur l'eau : ce projet entre les équipes du Health data hub et du Green data hub doit donc être perçu comme stratégique et disposer des moyens d'y arriver.**

Le Green Data for Health, plateforme référençant des données environnementales, et le Health Data Hub, plateforme hébergeant des données de santé, ont lancé en octobre 2022 un appel à projets commun afin d'améliorer la mobilisation des bases de données environnementales et de santé au service des projets de recherche et d'innovation en santé environnement. L'appel à projets permettra de stimuler et faciliter les croisements entre des données environnementales et les données de santé au service de projets innovants. L'objectif est notamment de lever une partie des freins liés au manque de repérabilité des données, à la difficulté d'accès à ces dernières ainsi qu'aux caractéristiques hétérogènes et lacunaires des bases de données utilisables afin d'encourager les cas d'usage sur le champ de la recherche en santé environnement.

CHAPITRE 5 : LA GESTION DES DONNEES EN SANTE- ENVIRONNEMENT

[219] L'information du public, les décisions des régulateurs, les travaux des chercheurs et des experts reposent sur l'évaluation d'informations issues de publications, de résultats d'expérimentations et d'études, de méta analyses et, de plus en plus, de l'exploitation de données.

[220] **Les enjeux liés aux données sont multiples et peuvent concerner [3] :**

- La production : données de réseaux de surveillance, études, cohortes, etc.
- La qualité des données : validité, confiance qu'on peut avoir en fonction de la source, de l'objectif et des modalités de leur collecte, etc.
- La bancarisation : modalités de capitalisation et d'hébergement, etc.
- L'organisation : « urbanisation » des systèmes d'information, interopérabilité, big data, etc.
- L'accès aux données et leur diffusion : confidentialité, règles de partage, etc.
- Les requêtes et recherches faites à partir des bases ou plateformes de données : procédures à respecter, validation du design, méthodologie des études, dont utilisation de l'intelligence artificielle, etc.
- Les niveaux de preuves des résultats.

[221] Dans les domaines de la santé et de l'environnement, **les chercheurs ou les responsables publics n'ont pas aujourd'hui de visibilité sur l'ensemble des bases de données disponibles** dans les deux secteurs et peuvent rarement chaîner les données entre elles. Ces interactions sont pourtant nécessaires pour relier expositions et état de santé, notamment pour alerter sur de nouveaux dangers, mieux comprendre l'étiologie de certaines pathologies, identifier des liens de causalité, mieux gérer la prise en charge de certains symptômes.

[222] A ce titre, **l'interopérabilité des systèmes, la structuration et l'appariement de données produites pour améliorer la connaissance des déterminants de santé liés à l'environnement restent encore un objectif majeur à atteindre par la France.**

[223] Le rapport inter-inspections de 2020 recommande à ce titre d'une part de « *faire progresser les données environnementales et sanitaires en : (i) poursuivant la structuration en schémas nationaux des données environnementales ; (ii) clarifiant l'origine des données de santé, ainsi que des modalités précises d'accès aux données aux fins de recherche et de surveillance et d'autre part d'accélérer la mise en relation des données environnementales et de santé et de se donner les moyens d'y arriver* » [3].

1 Un ensemble très hétérogène de systèmes d'information et de bases de données environnementales

[224] La caractérisation des expositions environnementales nécessite de disposer de données sur les sources d'émission et sur la présence des agents contaminants dans l'ensemble des milieux et voies d'exposition (alimentation, eau, air, sol).

[225] Des actions de surveillance de la qualité de l'environnement pour les sols, les eaux et l'air, sont menées par différentes agences, instituts ou observatoires qui fournissent des données quantitatives et/ou qualitatives sur :

- Les sources potentielles de contamination ou d'exposition,
- La qualité des milieux (concentration de contaminants dans l'eau, l'air et le sol),
- Des facteurs de risque physique (bruit, radiofréquence, radiation...), chimique ou biologique.

1.1 Les données relatives à certaines sources de contamination ou d'exposition documentées sont gérées par différents organismes

[226] Les principales banques de données pouvant intéresser le domaine de la santé-environnement relatives à certaines sources de contamination ou d'exposition sont brièvement présentées ci-dessous :

Tableau 3 : Principales bases de données relatives à des sources de contamination ou d'exposition

Base de données	Organismes	Description
MIMAUSA	IRSN	Inventaire de 241 anciens sites miniers français d'uranium.
OBSINV	ANDRA	Inventaire national des matières et déchets radioactifs : Décrit les colis de déchets radioactifs, les volumes conditionnés (stocks et prévisions), l'activité des déchets (stocks et prévisions) et les toxiques chimiques.
GEORISQUES/ IREP	DGPR	Registre des Emissions Polluantes des activités industrielles : déclarations annuelles des déchets et des émissions polluantes dans l'air, l'eau, le sol par les exploitants des installations classées soumises à autorisation ou enregistrement (160 polluants dans l'air et dans l'eau, 130 dans le sol et environ 850 dans les déchets)
RADON	IRSN	Cartographie du potentiel radon dans les territoires : Répertoire des zones sur lesquelles la présence de radon à des concentrations élevées dans les bâtiments est la plus probable

AMIANTE	BRGM	Cartographie de l'amiante environnementale dans les formations susceptibles de renfermer des minéraux amiantifères
---------	------	---

Source : *Igas d'après le rapport inter-inspections 2020* [3]

1.2 Les données sur l'eau sont structurées et accessibles [3]

[227] Le système d'information sur l'eau (SIE) est un dispositif créé par l'État pour le partage et la mise à disposition des données sur l'eau du secteur public.

[228] Les données du SIE concernent la ressource en eau, les milieux aquatiques, leurs usages ainsi que les services publics d'eau et d'assainissement, pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer. Le SIE a été introduit dans le code de l'environnement (article L213-2) par la loi sur l'eau et les milieux aquatiques du 30 décembre 2006. Sa coordination technique est assurée par l'Office français de la biodiversité (OFB).

[229] L'OFB met en place un Service d'administration nationale des données et référentiels sur l'eau (SANDRE) qui garantit l'interopérabilité des systèmes d'information relatifs à l'eau.

[230] Afin d'harmoniser et de fiabiliser la qualité des données de surveillance, un laboratoire national de référence pour la surveillance chimique et biologique des milieux aquatiques, AQUAREF, élabore des règles relatives aux processus de mesure, de prélèvement et d'analyse pour la surveillance des milieux. Le SIE rassemble quelques centaines de millions de données sur les milieux aquatiques, les activités humaines ayant un lien ou un impact sur l'eau ou les milieux aquatiques, les incidences directes ou indirectes de ces activités, les réponses apportées par les politiques publiques.

[231] Ces données sont issues de près de 1 200 dispositifs de collecte qui impliquent de l'ordre de 15 000 producteurs de données. Elles sont stockées dans une quinzaine de banques nationales de référence et des centaines de bases de données. Près de 160 laboratoires agréés assurent la réalisation d'analyses chimiques et biologiques.

[232] La toile « EAUFRANCE » propose un ensemble de sites spécialisés qui donnent accès aux données sur l'eau, les milieux aquatiques et leurs usages. Ces données sont en accès gratuit via le site Data EAUFRANCE, dans des formats électroniques exploitables, et sous licence ouverte.

[233] Elles sont accompagnées de métadonnées (description de la donnée) qui les rendent facilement exploitables : elles peuvent ainsi être analysées, agrégées, comparées avec d'autres données et réutilisées pour des besoins spécifiques. Une application, « Cartograph' », permet d'afficher les données librement utilisables et réutilisables sous forme cartographique, d'animation temporelle, graphique et sous forme de tableau.

[234] Le portail EAUFRANCE donne accès aux principales banques de données pouvant intéresser la santé-environnement qui sont brièvement présentées ci-dessous :

Tableau 4 : Principales bases de données relatives à la qualité de l'eau

Base de données	Organisme	Description
ADES	BRGM	Portail national d'accès aux données sur les eaux souterraines : données sur le niveau des nappes et les concentrations de substances sur plus de 4 000 stations de mesure dans les eaux souterraines
NAIADES	OFB	Portail national d'accès aux données sur les eaux de surface (cours d'eau et plans d'eau) sur environ 5 000 stations de mesure : paramètres physiques, concentrations de substances chimiques, inventaires d'espèces et hydromorphologie
QUADRIGE	IFREMER	Portail national d'accès aux données sur les eaux littorales (eaux de transition et eaux côtières) sur environ 300 stations de mesure : paramètres physiques, concentrations de substances chimiques, inventaires d'espèces et hydromorphologie ;
EAUPOTABLE	DGS	Portail national d'accès aux données de qualité de l'eau potable
BAIGNADES	DGS	Portail national d'accès aux données de qualité de l'eau des sites de baignade autorisés
ASSAINISSEMENT COLLECTIF	DEB	Portail national d'accès aux données des stations de traitement des eaux usées

Source : Igas d'après le rapport inter-inspections 2020 [3]

[235] Des bases de données plus spécialisées fournissent, par exemple, des résultats d'analyses des substances (PCB, PCB-DL, PCDD/F, PCBi, Hg) dans les sédiments et des poissons échantillonnés dans le cadre du plan national d'actions sur les PCB ou encore des données de mesure en continu de la radioactivité dans les eaux usées de sept grandes villes (base TÉLÉHYDRO gérée par l'IRSN).

1.3 Un système national de données sur l'air qui reste partiel et à organiser

[236] L'air ambiant fait l'objet d'une surveillance organisée et de données bancarisées et accessibles en conformité avec les exigences européennes. Ce n'est, en revanche, pas le cas pour l'air intérieur dont la politique nationale est longtemps restée en retrait par rapport à celle relative à l'air ambiant, alors que la charge de morbidité est liée aux effets conjoints de la pollution de l'air domestique et ambiant.

1.3.1 Les principales données relatives à l'air ambiant sont pilotées par l'INERIS

[237] L'INERIS développe et gère la base nationale de données GEOD'AIR sur la qualité de l'air ambiant qui compile les données de concentration dans l'air ambiant des polluants réglementés et des polluants d'intérêt national [3].

Tableau 5 : Principales bases de données relatives à la qualité de l'air ambiant

Base de données	Organisme	Description
PREV'AIR	INERIS	Portail national d'accès aux données de surveillance des polluants atmosphériques (ozone, NO2, PM10, PM2.5)
POLLEN	RNSA	Surveillance des concentrations dans l'air des pollens et des moisissures atmosphériques
INS	INERIS	Inventaire national spatialisé des émissions atmosphériques qui rassemble les données d'émissions atmosphériques des secteurs de l'industrie, du transport, tertiaire et agricole (au total 641 substances)
TELERAY	IRSN	Surveillance des rayonnements ionisants dans l'air ambiant (170 sondes sur l'ensemble du territoire, base de données)
PHYTATMO	ATMO France	Mesures de pesticides dans l'air ambiant
MERA	IMT de Lille-Douai	Observatoire national de mesure et d'évaluation en zone Rurale de la pollution Atmosphérique à longue distance : mesure la pollution atmosphérique à longue distance sur douze stations rurales nationales réparties sur le territoire métropolitain

Source : Igas d'après le rapport inter-inspections 2020 [3]

1.3.2 Les données relatives à l'air intérieur sont dispersées et issues de campagnes de mesures

[238] Selon un rapport inter-inspections de 2018⁶³, l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI), hébergé par le centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB), a pour objectifs de documenter les contaminants ayant des effets sur la santé, d'identifier les situations affectant la qualité de l'air à l'intérieur des logements et d'évaluer l'exposition de populations dans les logements, et d'aider à la mise au point d'outils d'aide à la gestion du risque sanitaire.

[239] Depuis sa création, l'OQAI s'est focalisé sur la connaissance des lieux de vie en conduisant des campagnes expérimentales nationales d'observation de ceux qui sont les plus fréquentés (logements), qui accueillent les populations les plus sensibles (écoles, établissements médico-sociaux) ou qui sont encore peu connus (bureaux, bâtiments performants en énergie). Pour chacun des types d'environnement intérieur, une hiérarchisation des polluants chimiques les plus préoccupants sur le plan sanitaire a été établie par l'OQAI afin de cibler les substances à mesurer lors des campagnes nationales.

[240] Accessibles sous forme agrégée à partir du site de l'OQAI, les données élémentaires, anonymisées et acquises dans le cadre des campagnes de l'Observatoire sont mises à disposition à titre gratuit auprès des chercheurs et des organismes publics qui en font la demande auprès du CSTB. Certaines données recueillies par l'OQAI ont été utilisées par les ministères et les agences

⁶³ L'Observatoire de la qualité de l'air intérieur - Bilan et perspectives - Rapport IGAS-IGA-CGEDD – décembre 2018 [18]

nationales et internationales (ANSES, SPF...) pour évaluer les expositions de la population et les risques sanitaires associés.

[241] La surveillance de la qualité de l'air intérieur, dans certains établissements recevant du public, est effective dans les écoles et les crèches depuis janvier 2018 et elle sera progressivement étendue de manière obligatoire d'ici 2023 notamment aux collèges, lycées, établissements sociaux et médico-sociaux.

[242] La surveillance, qui doit être renouvelée tous les sept ans, comprend notamment une campagne de mesures de trois substances jugées prioritaires (le formaldéhyde, le benzène et le dioxyde de carbone, ce dernier étant représentatif du niveau de confinement). Les données de mesures sont rassemblées dans la base « INTAIREUR » gérée par l'INERIS [18].

[243] Outre ces dispositions réglementaires dédiées à l'air intérieur, le code de la santé publique, le code de la construction et de l'habitation et le code du travail contiennent des dispositions intéressant partiellement la qualité de l'air intérieur, avec des approches par polluant (radon, amiante, monoxyde de carbone, plomb), par population (jeunes enfants, travailleurs...), par milieu (locaux professionnels à pollution spécifique par exemple) ou par technique constructive.

1.4 Les données d'épidémiologie relatives à la santé animale, la santé des végétaux et la surveillance de la chaîne alimentaire

[244] Le ministère de l'agriculture, en lien avec l'ensemble des opérateurs et ministères concernés, (Acta, ACTIA, Adilva, Anses, Cirad, FREDON, GDS, GDS France, INRAE, Ministère des solidarités et de la santé, OFB, Santé Publique France) pilote les collectes relatives à :

- A la santé animale : Tout danger sanitaire
- A la santé alimentaire : Tout contaminant des données alimentaires de nature physique, chimique ou biologique
- A la santé végétale : Tout danger phytosanitaire et tout effet indésirable non intentionnel des pratiques agricoles.

[245] **Dans le cadre d'une approche « Une seule santé », il convient de relever les efforts entrepris pour interconnecter et coordonner les trois plateformes d'épidémiologie-déterminants dédiées respectivement à la santé animale (ESA), la santé des végétaux (ESV) et la surveillance de la chaîne alimentaire (SCA) [3].**

1.5 L'émergence d'un 1^{er} niveau d'intégration des données environnementales : Le « Green Data for Health »

[246] Comme préconisé par le rapport inter-inspections de 2020 [3], le « **Green Data for Health** », (GD4H) action 18 du 4^{ème} Plan National Santé Environnement (PNSE 4), **ambitionne de proposer une structuration des données environnementales françaises utiles pour la santé.** Le GD4H est dans un premier temps développé à l'usage des chercheurs et donc notamment de la sphère publique.

[247] Ses objectifs, tels qu’affichés, sont de :

- **décrire les données environnementales pertinentes et disponibles pour être croisées avec des données de santé** (métadonnées, modalités d’accès, limite d’utilisation, granulométrie, contexte de collecte des données...) ;
- **améliorer l’interopérabilité** des données environnementales entre elles et avec les données de santé ;
- **faciliter l’accès aux données environnementales**, y compris au niveau des territoires, dans une logique d’open data, ou, en fonction des obligations juridiques, de partage de données dans un cadre privé ou public contraint ;
- **permettre un appariement des données environnementales avec les données de santé, notamment celles du système national des données de santé** (« Health Data Hub »), mais aussi celles des autres acteurs de la recherche ou de l’expertise (ex : Inserm, Santé Publique France, ANSES, INERIS...).

[248] Une phase de préfiguration du Green Data for Health a été confiée à l’automne 2020 au Commissariat général au développement durable (CGDD). Le ministère de la santé est associé aux travaux de préfiguration dans la gouvernance via la direction générale de la santé et en assistance à maîtrise d’ouvrage via le Health Data Hub.

[249] **Aujourd’hui, les 127 jeux de données environnementales annoncés sont, pour la plupart, disponibles en ligne.**

2 Un système national de données de santé riche et structurant

2.1 Les sources de données de santé sont nombreuses

2.1.1 Le Système National de Données de Santé (SNDS) rassemble la plupart des données de santé afin de faciliter les études et la recherche

[250] La France a construit, il y a une quinzaine d’années, à partir des données administratives issues des prestations ambulatoires d’assurance maladie, le système national inter-régimes d’assurance maladie (**SNIR-AM**), qui a été apparié avec la base des résumés de séjours hospitaliers, le programme de médicalisation des systèmes d’information (**PMSI**). La création, par la loi du 26 janvier 2016 pour la modernisation de notre système de santé, du Système National de Données de Santé (SNDS) a permis de réunir ces données avec celles du Centre d’épidémiologie sur les causes médicales de décès (**CépiDC**).

[251] Géré par la Plateforme des données de santé (PDS ou « Health data hub ») et la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), le SNDS est alimenté, depuis 2016, par :

- La base de données « SNIIRAM » (Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie) contenant les données relatives à toutes les dépenses de l'assurance maladie ;
- La base de données « PMSI » (Programme de médicalisation des systèmes d'information) contenant les données d'analyse de l'activité des établissements de santé ;
- La base de données du CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) contenant les données relatives aux causes de décès ;

[252] Progressivement et sur le fondement de la loi du 24 juillet 2019, le SNDS sera alimenté par :

- Des données médico-sociales liées au handicap, fournies par les maisons départementales des personnes handicapées ;
- L'ensemble des données de santé dont le recueil est directement ou indirectement financé par des fonds publics, en particulier les données cliniques recueillies dans le cadre du parcours de soins ce qui inclut les activités de prévention, de diagnostic, des soins et de suivi social et médico-social.

[253] De nouvelles sources de données sont ainsi ajoutées aux trois bases historiques (SNIIRAM, PMSI, CépiDc), l'appariement de ces données entre elles devant faciliter leur structuration et démultiplier leurs usages.

[254] Ces nouvelles données permettront essentiellement d'apporter de l'information sur l'état de santé précis du patient (résultats d'examen, diagnostic des médecins) et ses déterminants de santé (indice de masse corporelle, consommation de tabac...) dont l'absence limitait les usages du SNDS.

2.1.2 Des cohortes et des registres très hétérogènes dont la maturité et les usages sont très variables

2.1.2.1 Les cohortes, bien que lourdes et coûteuses, permettent de relier des expositions à des états de santé

[255] Selon la définition de Santé Publique France (SPF), **les études de cohorte consistent à observer la survenue d'évènements de santé dans le temps au sein d'une population définie** (on suit une population). Elles permettent notamment de maîtriser des biais pour approcher une éventuelle relation causale entre expositions et évènements de santé mesurés.

[256] Selon un rapport de l'Igas de 2019⁶⁴, elles sont lourdes et coûteuses à mettre en place et sont complémentaires d'autres systèmes de surveillance prospectifs ou rétrospectifs, dont les bases de données médico-administratives et les registres [14].

[257] **Certaines cohortes ont pour objectif de relier des expositions à des états de santé**, dont les plus importantes sont présentées dans le tableau dessous.

Tableau 6 : Principales cohortes nationales en lien avec la santé-environnementale

Nom de la cohorte	Finalité
CONSTANCES	Cohorte épidémiologique généraliste d'un échantillon représentatif de 200 000 adultes consultants des Centres d'examens de santé (CES) de l'assurance maladie, C'est une plateforme ouverte à la communauté scientifique, qui permet d'observer les effets conjoints des modes de vie, déterminants professionnels, environnementaux et sociaux, prédispositions génétiques et vieillissement. Par son effectif, la qualité et la diversité des données, les modalités de suivi, elle est aujourd'hui un outil pour la recherche épidémiologique et la santé publique, notamment sur les liens santé et environnement ;
ELFE (Etude Longitudinale Française de l'Enfance) / Biosurveillance	Cohorte consacrée au suivi des enfants, de la naissance à l'âge adulte - Aborde les multiples aspects de la vie de l'enfant sous l'angle des sciences sociales, de la santé et de la santé environnement, dont le biomonitoring
EPIPAGE 1 et 2 (EPIdémologie des Petits Ages Gestationnels)	Devenir des enfants prématurés. Elfe et Epipage, lancées en France en 2011, visent à suivre plus de 20 000 enfants
ESTEBAN/Biosurveillance	Estimation par biomonitoring des expositions aux contaminants chimiques environnementaux, et étude des déterminants de l'exposition, chez l'enfant partir de 6 ans et les adultes entre 18 et 74 ans ;
AGRICAN et COSET-MSA	la mutualité sociale agricole (MSA) collecte les données de santé à travers deux cohortes, l'une sur la fréquence d'apparition de cancers, l'autre sur l'état de santé global des agriculteurs ;
PELAGIE	cohorte mère-enfants suivie par l'Institut de recherche en santé environnement et travail (IRSET) sur les conséquences des expositions professionnelles ou environnementales à des polluants chimiques sur la santé de l'enfant, notamment afin d'observer les effets de perturbation endocrinienne

⁶⁴ Rapport IGAS N°2019-045R « Les cohortes pour les études et la recherche en santé » [14]

EPINANO	gérée par SPF, destinée à surveiller et détecter précocement l'apparition d'éventuels effets délétères sur la santé des travailleurs exposés aux nanomatériaux
I- SHARE Santé des jeunes adultes	30 000 étudiants suivis sur au moins 10 ans, pour l'étude de la relation entre certains comportements ou expositions et pathologies
E4 N	enfants et petits-enfants des femmes de E3 N, cohorte de 100 000 femmes suivies depuis 1990 pour l'impact sur la santé de l'alimentation, du mode de vie, des traitements et de l'environnement : étude prospective chez le jeune adulte analysant l'environnement familial et génétique de la descendance des femmes de E3 N et évaluant l'impact sur la santé à l'âge adulte de l'exposition à certains facteurs environnementaux au début de la vie
HOPE-EPI	Cohorte nationale INSERM sur les cancers de l'enfant, risques environnementaux et génétiques, disparité des traitements, effets secondaires à court et long termes
EDEN	Cohorte généraliste INSERM, déterminants pré et post natals précoces du développement psychomoteur et de la santé de l'enfant, en particulier en regard des facteurs d'environnement au cours de l'enfance, puis de la vie adulte
SEPAGES	Cohorte couple-enfant INSERM, exposition des femmes enceintes et enfants aux contaminants de l'environnement, effet éventuel de ces contaminants sur la santé de la femme enceinte, du fœtus, et de l'enfant
FERMA	Enfants ayant vécu toute leur vie dans une ferme et d'adultes travailleurs agricoles, facteurs de risque de l'environnement rural et maladies allergiques et respiratoires
TI MOUN	Cohorte de femmes enceintes, résidentes en Guadeloupe, pour le suivi des conséquences sur la grossesse, le développement intra-utérin et postnatal des expositions aux pesticides organochlorés

Source : Rapport Igas 2020 sur les cohortes [14]

2.1.2.2 Les registres constituent des recueils de données individuelles pour caractériser un événement de santé

[258] Un registre est un recueil continu et exhaustif de données nominatives sur un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie (on suit les événements), par une équipe ayant les compétences appropriées⁶⁵.

⁶⁵ Source Santé publique France « Comité d'évaluation des registres »

[259] Pour répondre à cette définition, le recours et le croisement de multiples sources sont indispensables dont des sources de données nominatives correspondant à un recueil d'informations systématisé et standardisé, pérenne, informatisé ou non telles que le PMSI, les ALD...

[260] **Il existe environ 179⁶⁶ registres** sur le « Portail Épidémiologie-France » géré par l'ITMO Santé Publique d'AVIESAN. Le portail n'est pas une plateforme de mise à disposition de données en santé, mais un catalogue en ligne des principales bases de données en santé de source française qui peuvent être utiles au développement de la recherche et de l'expertise en santé publique.

2.2 Les données de santé au travail sont difficilement utilisables au niveau national selon un rapport parlementaire de 2018 auquel l'Igas a contribué⁶⁷

2.2.1 Les données relatives à la sinistralité sont robustes mais leur appariement reste difficile

[261] La France dispose d'un appareil statistique gestionnaire de sinistralité qui repose sur le système de gestion des données de la CNAM.

[262] Les statistiques des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles relevant du régime général sont élaborées à partir des déclarations d'accidents du travail et des reconnaissances des maladies professionnelles. Les données sont regroupées dans chaque région par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), puis au niveau national par la CNAM.

[263] Ces statistiques permettent de connaître le nombre de travailleurs, de sinistres (AT, trajet, MP), le nombre de sinistres avec incapacité permanente, le nombre de journées perdues par incapacité temporaire et le nombre de décès.

[264] Des indicateurs sont par ailleurs calculés pour suivre l'évolution du niveau du risque par activité ou secteur, permettant à l'entreprise de se situer.

[265] Concernant les circonstances des accidents du travail, la base de données nationale EPICEA de l'INRS recense plus de 19 000 cas d'accidents du travail mortels, graves ou significatifs pour la prévention survenus, depuis 1990, à des salariés du régime général de la sécurité sociale.

[266] Aussi, sur le périmètre du régime général, le système statistique AT-MP bénéficie d'un triple levier :

- Celui d'un régime obligatoire qui, en couvrant tous les salariés, lui confère une quasi exhaustivité ;

⁶⁶ Au 26/06/2023

⁶⁷ Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée - Charlotte LECOCQ, Bruno DUPUIS, Henri FOREST avec l'appui d'Hervé LANOUZIERE, IGAS - Rapport fait à la demande du Premier Ministre - août 2018

- Celui d'un accrochage à son système de gestion qui, dans le strict respect des règles d'anonymisation de la CNIL, lui permet de travailler sur les données au plus près des sinistres ;
- Celui de l'ancrage dans la durée, qui a pour conséquence que 20 années de données sont instantanément mobilisables en matière d'accidents du travail, de trajets ou de maladies professionnelles.

[267] Etant lui-même une composante de l'Assurance maladie, ce système devrait théoriquement permettre d'éclairer utilement la question plus globale de l'état de santé des personnes en relation avec leur travail. Néanmoins, certaines limites obèrent la capacité théorique du système mis en place :

- L'application destinée à la reconnaissance du caractère professionnel des AT-MP relève de la maîtrise d'œuvre informatique de la branche maladie (mission "réparation" : instruction et prise en charge des accidents de travail et maladies professionnelles, assurée par les CPAM) ;
- L'application destinée au système de tarification nationale relève de la maîtrise d'œuvre informatique de la branche retraite (missions « tarification et prévention des risques » professionnels, assurées par les Carsat) ;

[268] Ces applications relevant de deux environnements différents et étant en outre sous-tendues par des réseaux informatiques sécurisées, sont peu compatibles.

[269] Malheureusement, faute d'une architecture informatique commune au sein de la Cnam, **il n'existe actuellement pas de base partagée entre les données réparation et les données prévention et a fortiori avec les données de la consommation médicale (SNIIRAM).**

[270] **La France dispose donc d'un appareil statistique gestionnaire de sinistralité fiable et robuste mais l'appariement de ses données n'est pas optimal.**

2.2.2 Une cartographie des bases de données en santé au travail qui n'a pas encore débouché sur un cadre d'urbanisation]

[271] Selon le rapport inter-inspections d'évaluation du COP de l'ANSES [2], indépendamment des données de sinistralité gérées par la CNAM, de nombreuses données existent dans le champ de la santé et de la sécurité au travail mais ne sont pas suffisamment exploitées en raison de leurs difficultés d'accès. Une cartographie, publiée sur data.gouv.fr, a été réalisée avec l'aide d'Etalab et en collaboration avec différents partenaires : Santé Publique France (SpF), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT).

[272] Cette cartographie fournit pour chaque base de données identifiée des informations utiles telles que la manière dont les données ont été collectées, les modalités d'accès, le format des données, ainsi que les conditions juridiques de la réutilisation des données.

[273] Néanmoins, aucun cadre d'urbanisation n'est encore prévu pour les multiples opérateurs, agences, instituts de l'écosystème qui mènent, sans coordination, leurs propres réflexions notamment sur le format des données, leur hébergement, et les outils de traitement afférents.

[274] **De fait, les travaux des chercheurs dans ce domaine, en particulier, ceux relatifs à l'évaluation des risques chimiques sont donc fortement obérés par la faible capacité d'appariement des données et les conduit à dépendre quasi exclusivement des données fournies par les industriels.**

2.2.3 Les données médicales de santé au travail ne sont pas encore exploitables dans un cadre national

[275] Selon ce même rapport d'évaluation [2], plusieurs types de données, ayant des finalités différentes, sont à distinguer. Les données individuelles de santé au travail, issues en grande partie du dossier médical en santé au travail (DMST) mais aussi par exemple des centres de consultations de pathologies professionnelles (CCPP) ou celles des Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP).

[276] Si l'ensemble de ces données de santé sont protégées et soumises à des restrictions d'accès au titre du RGPD, compte tenu de leur intérêt public, leur exploitation pourrait permettre, d'une part pour chaque travailleur, d'améliorer la qualité de son suivi et de sa prise en charge et de faciliter la traçabilité de ses risques et expositions professionnels, d'autre part être utilisées dans les différents domaines de la recherche en santé au travail, en particulier par SPF et l'Anses.

[277] Or, **le développement de systèmes d'information sécurisés et interopérables entre les différents acteurs de la santé au travail habilités**, essentiel pour améliorer la recherche, le suivi des salariés et assurer la continuité des parcours, **s'est par ailleurs longtemps heurté à des blocages institutionnels et législatifs** (interdiction pour les médecins du travail d'accéder aux données du dossier médical partagé - DMP, interdiction d'utiliser l'identifiant national de santé - INS, etc.).

[278] **Ces freins sont désormais levés⁶⁸**, ouvrant la voie à une mise en œuvre opérationnelle. Outre la levée de l'interdiction d'utiliser l'identifiant national de santé, à titre d'exemple, afin d'assurer un meilleur suivi des travailleurs, l'accès au dossier médical partagé (DMP) sera ouvert au médecin du travail qui pourra par ailleurs, sous réserve de l'accord du travailleur, l'alimenter dans le cadre d'un volet spécifique relatif à la santé au travail issu du dossier médical en santé au travail (DMST).

[279] En effet, un tel traitement des données de santé au travail, tel que réalisé par la Cnam pour les données de sinistralité pour chaque comité technique national par exemple, permettrait de **dégager des tendances sectorielles ou géographiques sur les risques et expositions professionnels en vue de mieux orienter la recherche, les politiques publiques nationales et régionales et guider les actions de prévention locales** à mettre en œuvre, jusqu'au niveau de la branche, voire jusqu'au niveau de l'entreprise sous réserve du respect du secret statistique.

[280] A cet égard, si la collecte, l'analyse et la diffusion des données issues des dossiers médicaux de santé au travail représentent, en théorie, un potentiel important pour contribuer aux travaux

⁶⁸ LOI n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail

sur les effets de l'exposition à certaines nuisances, et de fait la modernisation des politiques de prévention en santé au travail, néanmoins, compte tenu des prérequis, notamment en terme d'implémentation de l'INS au sein des différents acteurs concernés, d'harmonisation des thésaurus médicaux, et de la diversité des logiciels des services de prévention de santé au travail (SPST), **la possibilité effective de recourir à ces données requerra encore de nombreuses années.**

2.3 L'enjeu de l'interopérabilité entre les différentes sources de données est essentiel

[281] Réussir l'interopérabilité effective des données est l'enjeu principal des espaces des données sectoriels qui ont été mis en place ou qui commencent à l'être.

[282] Cela nécessite qu'au-delà de la constitution technique de l'espace de données, il existe une **gouvernance permettant a minima l'identification de données pivot et des thésaurus à même d'interconnecter les bases de données, la montée en qualité et la standardisation des données** afin de permettre leur réutilisation effective par l'ensemble des communautés concernées (citoyens, régulateurs, chercheurs..).

[283] Cet enjeu d'interopérabilité est particulièrement aigu pour les données de la santé-environnement en raison de l'hétérogénéité des données, de leurs sources et de leurs finalités initiales.

[284] A ce stade, **si les deux dynamiques sont engagées, la temporalité de l'objectif de rapprochement des données de santé et d'environnement n'a pas encore été définie.**

3 Les difficultés propres à l'utilisation des données en santé environnement

3.1 Les difficultés scientifiques propres au domaine de la Santé Environnement

[285] Au-delà des difficultés propres à la collecte et à l'appariement des données précitées, il convient de reconnaître que les processus actuels basés sur des dispositifs de vigilance (toxicovigilance, pharmacovigilance, phytopharmacovigilance) et de collectes de données ad hoc, permettent essentiellement de remonter des données liées à des anomalies majeures et des effets aigus [3].

[286] Or, l'impact sur la santé et l'environnement de l'utilisation de certaines substances peut se manifester avec d'importants délais et les degrés d'exposition peuvent aussi varier tout au long de la vie, si bien que l'identification de relations de causes à effet est incertaine et compliquée à quantifier.

[287] En santé-environnement, l'épidémiologie, maillon central de la gestion du risque qui a pour objet de rechercher les déterminants des états de santé est confrontée à de nombreuses difficultés méthodologiques : la plupart du temps, la probabilité de présenter un trouble de santé quand on est exposé à un facteur de risque est faible, les expositions sont multiples, les maladies

étudiées sont multifactorielles et il existe souvent un délai important entre l'exposition et l'apparition des symptômes.

[288] Ainsi, dans sa fiche-repère « pesticides et risques de cancer », l'Institut national du cancer indique bien que si « *les études épidémiologiques attestent d'un lien entre l'exposition aux pesticides, notamment en milieu professionnel, et l'apparition de cancers, elles doivent être regardées avec précaution. En effet, leurs principales limites concernent la difficulté d'établir un lien avec des molécules précises, la caractérisation de l'exposition aux pesticides chez un individu tout au long de sa vie, en incluant les périodes critiques (grossesse, enfance), et les multi-expositions. De plus, les personnes sont exposées potentiellement à d'autres facteurs de risque (exposition à d'autres substances chimiques telles que solvants, rayonnements ultraviolets, zoonoses, polluants atmosphériques, médicaments, tabagisme, alcool [...]. La complexité des expositions multiples et séquentielles au cours de la vie à ces produits appelle une réflexion spécifique en matière de recherche* ».

[289] Le rapport inter-inspections d'évaluation de la stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens relève ainsi que **les études épidémiologiques rencontrent donc d'évidentes limites liées en particulier à la nature multifactorielle des déterminants des effets sur la santé** [22].

[290] Par ailleurs, l'expologie qui est la science de l'évaluation des expositions, rencontre également des difficultés pour associer un niveau de pollution, en un lieu donné, avec une population considérée comme exposée au niveau mesuré, puisque les individus composant la population ont tous un comportement différent, ce qui peut influencer le niveau d'exposition.

3.2 Ces limites pourront cependant être repoussées par une collecte massive de données de santé

[291] Les polémiques récentes sur le lien entre pesticides et santé ont révélé l'étendue de notre méconnaissance sur les populations potentiellement exposées et les limites des expertises actuelles.

[292] Or, les technologies numériques permettant une analyse approfondie des expositions à de multiples facteurs sont de plus en plus facilement disponibles.

[293] En particulier, la biosurveillance (biomonitoring) qui passe par la mesure de l'état de biomarqueurs (dans le sang, les urines, le lait maternel etc...) pour remonter des informations sur la présence de diverses molécules dans les organismes permet d'apporter une connaissance fine des expositions et de leurs effets, lorsqu'elle est conduite sur les mêmes individus sur longue période.

[294] A ce titre, il convient de noter qu'aux États-Unis, le National Biomonitoring Program (NBP) piloté par le Center for disease control (CDC) permet d'évaluer l'exposition à des substances toxiques, en particulier l'exposition environnementale, ainsi que de mesurer l'impact des choix alimentaires des américains et que le programme européen HEALS (Health and Environment-wide Associations based on Large population Surveys) vise ainsi à mesurer l'exposome pour chaque individu et à relier les expositions observées à l'apparition ou non de pathologies.

[295] De même, au-delà de la toxicologie traditionnelle, l'intégration de données issues de la toxicogénomique fournit, d'ores et déjà, des informations précieuses sur la manière dont un organisme va pouvoir réagir à l'exposition à une substance.

[296] Ces technologies mettent à disposition de grandes quantités de données analytiques et l'intégration de celles-ci dans l'analyse des risques sanitaires ou environnementaux peut procurer un enrichissement considérable.

[297] Visant à étudier l'impact des substances chimiques sur les gènes humains, la toxicogénomique a enregistré de réels succès en ayant une capacité prédictive proche des essais in vivo. La richesse des données fournie par ces nouvelles approches permet en effet de mieux comprendre et de mettre en évidence clairement les mécanismes d'action des produits chimiques. Ces données se révèlent par ailleurs très utiles aussi pour juger de la fiabilité des extrapolations aux hommes des effets indésirables constatés lors d'essais sur animaux.

CHAPITRE 6 : L'ÉVALUATION ET LA GESTION DES RISQUES LIÉS AUX PRODUITS CHIMIQUES

[298] **Un produit chimique est un produit commercialisé ou non, d'origine naturelle ou fabriqué, utilisé ou émis sous différentes formes** (solide, poudre, liquide, gaz, poussière, fumée, brouillard, particules, fibres...) ⁶⁹. Le registre CAS, qui constitue la référence mondiale sur le sujet, comporte **plus de 196 millions de substances chimiques** organiques et inorganiques uniques, telles que des alliages, des composés de coordination, des minéraux, des mélanges, des polymères ⁷⁰...

[299] Au niveau européen, Santé Publique France note que les travaux de l'Agence européenne des produits chimiques (ECHA) permettent d'établir qu'environ **120 000 substances chimiques sont mises sur le marché européen** et se retrouvent dans tous les secteurs d'activités. Les risques liés aux produits chimiques sont donc aujourd'hui largement méconnus, en raison de l'immensité des connaissances à mobiliser pour pouvoir les évaluer.

[300] **Les risques chimiques sont le résultat de l'exposition à un ou plusieurs produits chimiques dangereux ou à leur utilisation.** Ces produits peuvent avoir des **effets immédiats** sur la santé telles que les intoxications ou brûlures, **ou différés**, tels que les cancers ou les perturbations endocriniennes. L'évaluation et la gestion du risque chimique en France, comme dans l'Union européenne, représentent donc un enjeu sanitaire et environnemental majeur.

[301] **La réglementation en vigueur au sein de l'Union européenne présente pourtant de sérieuses lacunes**, traduisant notamment ses difficultés à concilier un objectif de santé publique -la protection de la santé des consommateurs et des travailleurs – et un objectif économique, la promotion de la compétitivité et de la capacité d'innovation des entreprises européennes.

[302] **La réglementation nationale de la production et de l'utilisation de produits chimiques apparaît quant à elle largement contrainte par le cadre réglementaire européen**, mais souffre en outre de dysfonctionnements spécifiques auxquels il apparaît urgent d'apporter des réponses : multiplicité des acteurs publics et des textes d'encadrement, absence d'un chef de file traduisant un déficit de gouvernance et de stratégie de maîtrise du risque chimique.

⁶⁹ Source : INRS

⁷⁰ <https://www.cas.org/fr/cas-data/cas-registry>

1 L'appréhension du risque chimique par l'Union européenne oscille entre objectif de compétitivité de l'industrie et objectif de protection de la santé des consommateurs⁷¹

[303] Pour la Commission européenne, la protection de l'environnement et de la santé humaine doit se concilier avec la garantie de libre circulation des produits chimiques dans l'Union européenne, la compétitivité de l'agriculture, la compétitivité et l'innovation de l'industrie européenne.

[304] De fait, l'article premier du Règlement REACH relatif à l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques est intitulé comme suit : « *Le présent règlement vise à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine et de l'environnement, [...], ainsi que la libre circulation des substances dans le marché intérieur tout en améliorant la compétitivité et l'innovation.* »

[305] Le site internet de l'ECHA précise, dans la rubrique « comprendre REACH » : « *REACH est un règlement de l'Union européenne adopté pour mieux protéger la santé humaine et l'environnement contre les risques liés aux substances chimiques, tout en favorisant la compétitivité de l'industrie chimique de l'UE.* »

[306] En effet, selon les chiffres qu'elle publie, l'Union européenne est le deuxième producteur mondial de produits chimiques. L'industrie chimique a généré en 2020 un chiffre d'affaires de l'ordre de 190 Mds€ pour l'UE. Quatrième industrie de l'Union, l'industrie des produits chimiques emploie directement 1,2 million de personnes. La production mondiale de produits chimiques devrait doubler d'ici à 2030 et l'utilisation déjà répandue de produits chimiques va probablement augmenter également, y compris dans les produits de consommation.

[307] Au regard de ces enjeux économiques, **le coût global des effets du risque chimique sur la santé humaine, seconde cause de maladies professionnelles, n'est pas évalué.**

1.1 L'organisation institutionnelle de l'évaluation et de la gestion du risque chimique au niveau européen

[308] L'évaluation et la gestion du risque chimique sont assurés pour partie à l'échelon européen, et pour partie à l'échelon de chaque Etat, par les agences sanitaires nationales.

[309] **Au niveau européen, deux règlements transversaux encadrent la mise sur le marché des substances et produits chimiques : le règlement REACH et le règlement CLP.**

[310] Ces règlements transversaux se doublent de règlements sectoriels encadrant chacun une catégorie de produits. Il existe ainsi un règlement sur les produits phytosanitaires, et un autre sur les produits biocides.

⁷¹ Sauf indication contraire, les éléments de cette partie sont issus du rapport inter-inspections d'évaluation du COP 2018-2022 de l'ANSES [2]

[311] Pour l'ensemble des produits relevant de réglementations sectorielles, l'évaluation du risque s'effectue en deux temps :

- **l'évaluation des substances actives est assurée sous le pilotage des agences européennes, l'EFSA, l'ECHA et l'EMA ;**
- **l'évaluation des produits contenant les substances est réalisée au niveau de chaque pays par les agences nationales**, sous la forme du dépôt d'un dossier d'autorisation de mise sur le marché.

1.1.1 L'ECHA et l'EFSA

[312] **L'Autorité européenne de sécurité des aliments (European Food Safety Authority, EFSA)** a été créée en 2002 à la suite d'une série de crises alimentaires survenues à la fin des années 1990, pour constituer une source de conseils scientifiques et de communication sur les risques liés à la chaîne alimentaire. Basée à Parme, l'agence disposait en 2022 d'un budget de 135M€ et de 538 salariés.

[313] L'EFSA couvre un large champ de compétences : sécurité sanitaire des aliments pour humains et animaux, mais aussi nutrition humaine, santé et bien-être animal, santé des végétaux, OGM.

[314] Elle exerce des missions d'évaluation des risques, à l'exclusion de toute fonction de gestion, avec deux activités principales : la production d'avis d'expertise et l'assistance scientifique et technique au gestionnaire. Ainsi, le rôle de l'EFSA est d'informer la Commission européenne, le Parlement européen et les États membres de l'UE sur les risques en matière d'alimentation, afin que ceux-ci soient à même de prendre des décisions de gestion des risques, visant à garantir la protection de la santé des consommateurs européens et la sécurité de la chaîne alimentaire humaine et animale. Les avis de l'EFSA n'ont pas de valeur législative et, dans le cas où ils concernent l'évaluation de dossiers de demandes d'autorisation, ils n'ont pas valeur d'autorisation.

[315] L'expertise est réalisée par l'EFSA, mais aussi en grande partie par les agences nationales.

[316] **L'Agence européenne des produits chimiques (European Chemicals Agency, ECHA)** a été créée par le règlement européen Reach de 2006, encadrant l'utilisation et la fabrication de substances chimiques dans l'Union européenne. Basée à Helsinki, l'agence disposait en 2021 d'un budget de 113M€ et de 578 salariés.

[317] **L'ECHA est responsable de la mise en œuvre des règlements REACH, et CLP**, qui mobilisent l'essentiel de ses moyens, mais aussi du règlement sur les produits biocides.

1.1.2 Les Règlements chapeaux : le Règlement REACH et le Règlement CLP

1.1.2.1 Le règlement REACH

[318] Le règlement n°1907/2006 (dit **règlement REACH**) concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques ainsi que les restrictions applicables à ces substances est entré en vigueur le 1er juin 2007. Il constitue la base juridique commune à l'ensemble des États

membres de l'Union européenne en matière de produits chimiques et s'applique sans transposition dans tous les États membres de l'UE.

[319] Le règlement REACH s'applique en principe à toutes les substances chimiques. Ces substances sont utilisées dans les processus industriels, mais aussi dans la vie quotidienne, par exemple dans les produits de nettoyage, les peintures ainsi que dans des articles tels que les vêtements, les meubles et les appareils électriques.

[320] Ce règlement prévoit plusieurs procédures pour les substances chimiques : l'enregistrement, l'évaluation, l'autorisation ou la restriction.

Pour toutes les substances, la procédure d'enregistrement

[321] **Les industriels doivent recueillir des informations sur les propriétés et les utilisations des substances chimiques qu'ils fabriquent ou importent dans des quantités supérieures à 1 tonne par an.**

[322] Ils sont tenus d'en évaluer les dangers et les risques potentiels. L'ensemble de ces informations est communiqué à l'ECHA au moyen d'un dossier d'enregistrement contenant les informations relatives aux dangers, une évaluation des risques liés à l'utilisation de chaque substance et la façon de les maîtriser.

[323] Ainsi, toute substance fabriquée ou mise sur le marché de l'Union européenne doit être enregistrée auprès de l'ECHA.

Pour un petit nombre de substances, une procédure d'évaluation plus approfondie est mise en œuvre

[324] Les substances faisant l'objet de préoccupations particulières sont soumises à une procédure d'évaluation. L'ECHA et les États membres ont élaboré une combinaison de critères permettant de sélectionner ces substances et de les inclure dans le « Plan d'action communautaire » (CoRAP). Ces critères combinent caractéristiques de dangers, exposition (potentiel d'exposition selon les utilisations), et volumes totaux enregistrés.

[325] Les substances inscrites au CoRAP sont réparties entre les États membres volontaires, qui disposent d'un an pour déterminer si leur utilisation présente un risque pour la santé humaine ou l'environnement. La démarche est d'étudier les informations issues des dossiers d'enregistrement et de demander d'éventuelles informations supplémentaires aux déclarants de la substance afin de vérifier les éléments supposés préoccupants.

[326] **L'évaluation ne concerne qu'un très petit nombre de substances. Ainsi, entre 2012 et 2018, sur environ 21 000 substances enregistrées, seules 243 substances ont été ciblées pour évaluation [3].**

Les procédures d'autorisation et de restriction pour les substances les plus préoccupantes

[327] **La procédure d'autorisation** impose une utilisation encadrée des substances chimiques les plus préoccupantes (SVHC : « *Substances of very high concern* »), susceptibles de provoquer des

effets irréversibles graves sur la santé ou l'environnement⁷². L'objectif est de parvenir à la substitution des substances les plus dangereuses par des substances ou des technologies de remplacement plus sûres pour la santé humaine et l'environnement.

[328] Le dispositif d'autorisation vise à ce que chaque utilisation de certaines substances parmi les plus préoccupantes pour la santé ou l'environnement soit soumise à une autorisation afin de permettre son contrôle strict.

[329] L'identification des substances extrêmement préoccupantes est réalisée sur la base de propositions formulées par les États membres ou par l'ECHA sur demande de la Commission européenne via l'élaboration d'un dossier.

[330] En France, il revient au ministère chargé de la transition écologique d'identifier des substances extrêmement préoccupantes. L'Anses réalise la partie technique du dossier comprenant une présentation de la substance à identifier, de ses usages ainsi qu'une revue de la littérature la concernant.

[331] **Les substances sont tout d'abord inscrites sur la liste des substances candidates, c'est-à-dire la liste des substances susceptibles d'être incluses à terme dans la liste des substances soumises à autorisation (annexe XIV du règlement REACH). La liste des substances candidates contient actuellement 233 substances. La liste des substances incluses dans l'annexe XIV du règlement REACH ne contient que 59 substances. Ces substances seront alors interdites en Europe après la date d'expiration fixée, à moins qu'une autorisation ne soit octroyée pour une utilisation donnée.**

[332] Une autorisation peut être octroyée « s'il est démontré que les avantages socio-économiques l'emportent sur les risques qu'entraîne l'utilisation de la substance pour la santé humaine ou l'environnement et qu'il n'existe pas de substances ou de technologies de remplacement « appropriées ». Le règlement REACH encadre l'appréciation des risques et des avantages/coûts socio-économiques. Les demandeurs doivent démontrer que le risque présenté par l'utilisation de la SVHC est valablement maîtrisé.

[333] **La procédure de restriction** limite ou prohibe la fabrication, la mise sur le marché ou l'utilisation de certaines substances qui constituent un risque inacceptable pour la santé humaine et l'environnement.

[334] Dès lors qu'un État membre, ou l'ECHA sur demande de la Commission, estime que la mise sur le marché ou l'utilisation d'une substance entraîne un risque qui n'est pas valablement maîtrisé et qui mérite une action au niveau communautaire, il prépare un dossier en vue d'inscrire cette substance à l'annexe XVII du règlement. Cette liste comprend actuellement 54 entrées.

⁷² Les substances extrêmement préoccupantes regroupent les substances cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques (CMR) de catégorie 1A ou 1B, les substances persistantes, bioaccumulables et toxiques (PBT), les substances très persistantes et très bioaccumulables (vPvB), et les substances suscitant un niveau de préoccupation équivalent à celui suscité par l'utilisation de substances CMR, PBT ou vPvB (par exemple : perturbateurs endocriniens).

Tableau 1 : Nombre de substances chimiques prises en compte par le règlement REACH

Nombre de substances 31/01/2023		Commentaires
enregistrées	22 309	déclaration pour toute fabrication ou importation > 1 tonne
candidates à autorisation	233	substances susceptibles d'être incluses à terme dans la liste des substances soumises à autorisation
soumises à autorisation	59	inscrites dans l'annexe XIV du règlement REACH
soumises à restriction	54	inscrites dans l'annexe XVII du règlement REACH

Source : Igas

1.1.2.2 Le règlement CLP

[335] Outre le règlement Reach, l'Union européenne a adopté en 2008 un règlement n° 1272/2008 sur la classification, l'étiquetage et l'emballage de substances et mélanges dangereux, dit règlement CLP.

[336] **Le règlement CLP traite de l'identification, de l'évaluation et de la classification des dangers liés aux produits chimiques, et de la communication de ces dangers aux consommateurs et aux travailleurs.** Il est juridiquement contraignant dans tous les États membres et directement applicable à tous les secteurs industriels.

[337] Il requiert que les fabricants et les importateurs procèdent à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage de leurs produits chimiques dangereux avant leur mise sur le marché. Il s'applique aux substances chimiques, mais aussi aux mélanges, quels qu'en soit les usages : industriel, agricole ou autre.

[338] La classification comme substance ou mélange dangereux repose sur la définition de différentes classes de dangers physiques, pour la santé ou encore pour l'environnement. L'étiquetage des dangers permet de communiquer la classification des dangers à l'utilisateur d'une substance ou d'un mélange, grâce aux étiquettes et aux fiches de données de sécurité : pictogrammes, mentions d'avertissement et mentions types pour le danger, la prévention, la réponse, le stockage et l'élimination, pour chaque classe et catégorie de danger. Il établit également des normes générales en matière d'emballage afin d'assurer une fourniture sûre des substances et des mélanges dangereux.

[339] La perturbation endocrinienne ne constituait pas jusqu'à présent une classe de danger dans ce règlement. Le 31 mars 2023, la Commission européenne a publié au Journal Officiel de l'Union européenne (JOUE) le règlement délégué (UE) 2023/707 du 19 décembre 2022 modifiant le règlement CLP. **L'acte délégué modifiant le règlement CLP a créé deux nouvelles classes de danger « perturbateur endocrinien pour la santé humaine » et « perturbateur endocrinien pour l'environnement »**, ainsi que de nouveaux critères de classification pour les substances PE (perturbateur endocrinien), PBT (persistant, bioaccumulable, toxique), vPvB (très persistant, très bioaccumulable), PMT (persistant, mobile, toxique) et vPvM (très persistant, très mobile).

[340] Les substances pourront être classées « PE pour la santé humaine » en catégorie 1 « PE connus/avérés ou présumés » ou en catégorie 2 « PE suspectés » selon qu'ils répondent aux critères définis dans le règlement.

[341] **Les critères de classification et d'étiquetage seront applicables à compter du 1er mai 2025** pour les substances ; à compter du 1er mai 2026 pour les mélanges.

1.1.3 Les réglementations sectorielles

1.1.3.1 Le règlement « phytosanitaires »

[342] Les produits phytopharmaceutiques désignent les produits destinés à protéger les végétaux et les produits de cultures contre les organismes nuisibles : herbicides, pesticides...

[343] La commercialisation et l'utilisation des produits phytopharmaceutiques sont encadrées principalement par le règlement (CE) n° 1107/2009. Cette réglementation prévoit différentes étapes d'évaluation, confiées à l'EFSA et aux agences nationales, et de gestion, confiées à la Commission et aux États membres, variant selon qu'il s'agit d'une substance active ou d'un produit.

[344] Chaque produit se compose d'une ou plusieurs **substances actives** responsables des propriétés du produit phytopharmaceutique, et de substances appelées **co-formulants**, qui permettent de donner à la préparation une forme appropriée à son application.

[345] **Pour les produits phytopharmaceutiques, seules les substances actives font l'objet d'une évaluation** au niveau européen, aboutissant, si la substance active remplit les conditions d'approbation du règlement européen, à une décision d'approbation. La Commission européenne établit une liste positive des substances actives approuvées au niveau communautaire. **L'Anses participe, comme État membre rapporteur dans le cadre des travaux de l'EFSA, à l'évaluation de ces substances.** Le calendrier des examens, ainsi que la répartition entre les différents États membres des substances à évaluer, sont fixés au niveau communautaire.

[346] Une fois les substances actives approuvées, les produits qui les contiennent font l'objet d'une évaluation distincte. L'industriel qui souhaite commercialiser un produit dans un pays dépose un dossier de demande d'autorisation auprès de l'autorité nationale compétente. En France, c'est l'Anses qui joue ce rôle.

[347] Ainsi, à l'inverse des produits relevant du règlement REACH, toutes les substances et produits phytosanitaires sont soumis à une évaluation préalable à la décision de gestion des risques (autorisation de mise sur le marché, précisant les usages ; réautorisation).

En 25 ans, l'analyse des risques conduite par les États membres et l'EFSA sur toutes les substances actives phytosanitaires en Europe, a conduit à diviser par deux le nombre de substances actives approuvées (d'environ 1 000 à 500).

1.1.3.2 Le règlement « Biocides »

[348] On distingue vingt-deux types de produits biocides, utilisés par les professionnels ou le grand public, répartis en quatre groupes : les désinfectants (hygiène humaine ou animale,

désinfection des surfaces, désinfection de l'eau potable...) ; les produits de protection (conservateurs, produits de protection du bois, des matériaux de construction...) ; les produits de lutte contre les nuisibles (insecticides, répulsifs...) ; les autres produits biocides (fluides utilisés pour l'embaumement, produits antialissures...).

[349] Comme pour les substances et produits phytosanitaires, la mise en œuvre réglementaire⁷³ s'articule en deux étapes :

- **une évaluation des substances actives biocides** : si les critères réglementaires sont vérifiés au plan de l'efficacité et des risques, la substance peut être « approuvée » par la Commission européenne ; L'approbation d'une substance active est accordée pour un nombre déterminé d'années ne dépassant pas 10 ans, et est renouvelable ;
- **une évaluation des produits** (contenant des substances actives approuvées) qui peut déboucher sur une autorisation nationale (uniquement valable dans le pays qui a délivré cette autorisation) ou de l'Union (valable dans tous les pays de l'Union européenne) de mise à disposition sur le marché, dite "AMM".

[350] Le règlement sur les produits biocides introduit des critères d'exclusion et de substitution formels qui s'appliquent à l'évaluation des substances actives. Les critères d'exclusion concernent :

- les substances cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction 1A ou 1B conformément au règlement CLP ;
- les perturbateurs endocriniens ;
- les substances persistantes, bioaccumulables et toxiques (PBT) ;
- les substances très persistantes et très bioaccumulables (vPvB).

Les substances actives répondant aux critères d'exclusion ne sont pas approuvées, sauf lorsque la substance active s'avère nécessaire pour des raisons de santé publique ou d'intérêt public et s'il n'existe pas d'autre solution possible. Dans ce cas, l'approbation d'une substance active est accordée pour un maximum de cinq ans.

[351] Une disposition de la réglementation vise également à identifier les substances particulièrement préoccupantes en matière de santé publique ou d'environnement et à garantir qu'elles seront supprimées et remplacées au fil du temps par des solutions plus adéquates. On envisage la substitution d'une substance active si elle répond à l'un des critères suivants :

- elle satisfait à au moins un des critères d'exclusion ;
- elle fait partie des allergènes respiratoires ;
- ses valeurs de référence toxicologiques sont nettement inférieures à celles de la plupart des substances actives approuvées pour le même type de produit et le même usage ;

⁷³ Le règlement européen 528/2012 relatif à la mise à disposition sur le marché et à l'utilisation des produits biocides est entré en application le 1er septembre 2013.

- elle satisfait à deux des critères qui permettent de la considérer comme une substance PBT ;
- elle est une source de préoccupation pour la santé humaine ou animale et pour l'environnement, même avec des mesures de gestion des risques très restrictives ;
- elle contient une proportion significative d'isomères non actifs ou d'impuretés.

Lorsqu'une substance active est identifiée comme substance dont la substitution est envisagée, les produits contenant cette substance active devront faire l'objet d'une évaluation comparative au moment de l'autorisation et ne seront autorisés que s'il n'existe pas de meilleures solutions.

[352] Actuellement, les règlements sur les produits phytopharmaceutiques et biocides sont les seuls à prévoir explicitement d'exclure des substances présentant des effets perturbateurs endocriniens.

1.2 Les limites de la réglementation européenne d'évaluation du risque chimique

1.2.1 Une évaluation du risque chimique fondée essentiellement sur les documents et les méthodes fournis par les industriels

[353] Qu'il s'agisse de règlements transversaux (REACH, CLP) ou sectoriels (produits phytopharmaceutiques, biocides), les textes européens font reposer la charge de l'analyse initiale des dangers et des risques sur les industriels. Les tests préalables aux procédures réglementaires sont placés sous leur responsabilité.

[354] Les données avec lesquelles les experts des agences travaillent sont donc essentiellement produites et fournies par les industriels.

[355] Si elle peut sembler logique - les entreprises ont les moyens de produire des études sur les molécules qu'elles développent et commercialisent-, cette situation témoigne néanmoins du fait que **les agences et les États rapporteurs auxquels l'évaluation est confiée sont largement dépendants d'études financées par l'industrie**, pour lesquelles on ne peut exclure l'existence de biais de sous-estimation des risques dans la conception, la conduite ou l'interprétation des résultats des tests de sécurité. Les entreprises ont en effet un intérêt objectif à ce que les produits soient considérés comme suffisamment sûrs pour accéder au marché, et à démontrer l'innocuité, ou en tous les cas, le caractère acceptable des risques pour la santé ou l'environnement. En outre les industriels peuvent ne retenir que les études qui leur sont favorables. Il n'existe en effet aucune obligation de signalement ou de publication des études interrompues ou donnant des résultats défavorables.

[356] Le fait que les tests de sécurité soient placés sous la seule responsabilité des entreprises suscite donc des interrogations de la part de nombreuses parties prenantes.

L'exemple emblématique du glyphosate

Le 30 mai 2022, l'Agence européenne des produits chimiques (ECHA) a rendu publique la conclusion de son évaluation du glyphosate, le pesticide de synthèse le plus utilisé dans le monde. Comme en 2017, l'ECHA estime que le glyphosate n'est ni cancérigène, ni mutagène, ni toxique pour la reproduction, que ce soit de manière avérée (niveau de preuve le plus élevé) ou supposée (niveau de preuve intermédiaire).

L'avis rendu par l'ECHA est en contradiction avec celui du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), la principale autorité de classification des agents cancérigènes dans le monde, qui a estimé, en mars 2015, que le glyphosate devait être classé « cancérigène probable pour l'homme », et qu'il existait des « preuves fortes » de sa génotoxicité.

Cette analyse éclaire les divergences de vue sur les propriétés de toxicité pour l'ADN (étape-clé de la cancérogenèse) de l'herbicide.

Ces divergences se sont encore accentuées avec la publication, le 30 juin 2021, de l'expertise collective, « Pesticides et santé » de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Les scientifiques mandatés par l'Inserm concluent que « de nombreuses études mettent en évidence des dommages génotoxiques (cassures de l'ADN ou modifications de sa structure) » induits par le glyphosate, et jugent qu'il existe une « présomption moyenne » d'un lien entre le glyphosate et certains cancers lymphatiques.

Ces divergences s'expliquent en partie par la nature des travaux considérés de part et d'autre. D'un côté, le CIRC a fondé son analyse sur les études publiées par des chercheurs du monde académique dans les revues savantes. L'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a procédé de même.

Les agences sanitaires, en particulier l'Institut fédéral d'évaluation des risques allemand (BfR) et l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA), auraient quant à elles essentiellement fondé leur expertise sur les études confidentielles fournies par les firmes. Ces tests réglementaires sont soumis à un cahier des charges strict (dit « bonnes pratiques de laboratoire », ou BPL), défini par une série de « lignes directrices » établies notamment par l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE).

Ainsi, les agences réglementaires donneraient un poids déterminant aux résultats des tests standardisés fournis par les industriels, tandis que les chercheurs du monde académique se fonderaient plutôt sur les travaux publiés dans la littérature scientifique.

1.2.2 Un faible pouvoir de contre-expertise des autorités d'évaluation du risque européennes

[357] **Lorsqu'elle est réalisée, l'évaluation des risques par des experts publics est conduite essentiellement à partir de dossiers transmis par les industriels.** Ceci pose la question de la capacité de l'expertise publique à pouvoir disposer de données complémentaires, s'assurer de leur qualité, de leur pertinence et de leur complétude, à questionner et remettre en cause les données transmises, et à pouvoir prendre en compte d'autres éléments de preuve, notamment ceux issus de la recherche publique.

[358] **Or les moyens de contrôle externe des études fournies par les firmes sont limités** : les agences d'évaluation peuvent demander des précisions, compléments, voire réclamer des investigations supplémentaires si nécessaire, mais n'ont guère les moyens jusqu'à présent de faire réaliser des études visant à contre expertiser les résultats fournis par les industriels. Depuis 2021, l'EFSA dispose désormais d'une capacité, limitée, de réaliser des études scientifiques à la demande de la Commission européenne, sur des sujets à forts enjeux. Un budget spécifique est désormais réservé à cette fin. Cette possibilité n'existe pas pour l'ECHA.

[359] La réalisation d'études d'initiative publique devrait cependant être encouragée, pour assurer un haut niveau d'expertise et une capacité d'anticipation, en complément des connaissances disponibles ou des informations fournies par les industriels. Cela nécessite d'accorder la faculté aux agences de prendre du recul sur les sujets et de leur donner les moyens, humains et financiers nécessaires.

1.2.2.1 Un contrôle insuffisant de la conformité des dossiers transmis par les industriels

[360] Les contrôles effectués par l'ECHA et/ou les Etats membres ont trait à la conformité des dossiers d'enregistrement.

[361] Malgré un taux de non-conformité élevé, l'ECHA ne contrôle la conformité aux exigences spécifiées dans les annexes du règlement REACH que de 5 % des dossiers d'enregistrement des déclarants, pour chaque fourchette de quantité.

[362] Au faible taux de contrôle, s'ajoute le faible niveau de sanctions en cas de manquements.

[363] Un contrôle efficace en qualité comme en quantité, effectué par les autorités publiques, constituerait pourtant la contrepartie indispensable au fait que la responsabilité de la preuve en matière d'évaluation des risques a été confiée aux industriels.

1.2.3 Une transparence insuffisante

1.2.3.1 Les documents sur lesquels s'appuient les évaluations de substances ne sont pas transmissibles à des tiers

[364] La fourniture de données par les firmes n'apporterait de garanties suffisantes que si les agences d'évaluation procédaient à un contrôle approfondi des méthodes employées par ces mêmes firmes, et que des tiers, tels que les associations de défense de l'environnement, pouvaient accéder aux études pour pouvoir vérifier leurs conclusions. **Les secrets industriel et commercial s'opposent à cette transparence et ne permettent donc pas d'effacer le doute sur l'intégrité du processus de collecte de données par les industriels.**

1.2.3.2 L'exemple à suivre du Règlement Transparence dans le champ des produits alimentaires

[365] Le règlement (UE) 2019/1381, relatif à la transparence et à la pérennité de l'évaluation des risques de l'Union dans la chaîne alimentaire, dit « Règlement Transparence », entré en vigueur le 27 mars 2021, a fait évoluer ce sujet :

- d'une part **en instaurant l'obligation pour les industriels de notifier à l'EFSA toutes les études effectuées par le demandeur en vue d'étayer une demande d'autorisation ou d'approbation de substance**. Cette obligation de notification s'étend également aux laboratoires et aux installations d'essais qui les réalisent. Cette disposition vise à s'assurer que l'EFSA soit informée de toutes les études que les industriels commandent aux laboratoires, afin de garantir que les entreprises demandant des autorisations soumettent bien toutes les informations pertinentes.
- d'autre part **en rendant publique toutes les données et informations scientifiques étayant des demandes d'autorisation ou d'approbation de substances, à l'exception de celles susceptibles de porter significativement atteinte aux intérêts commerciaux des demandeurs** (processus de fabrication et de production, spécifications techniques et industrielles, comme celles concernant les impuretés). Les informations confidentielles sont alors protégées dans des cas dument justifiés et les demandes de traitement confidentiel sont évaluées par l'EFSA. Le nouveau règlement permet donc aux citoyens d'accéder aux études scientifiques et aux informations soumises à l'EFSA par les industriels, dans un format électronique facilement accessible, avec possibilité de rechercher, de télécharger et d'imprimer les études. Pour cela, l'EFSA doit établir et gérer une base de données contenant l'ensemble des études commandées ou réalisées par les opérateurs économiques.

[366] Le Règlement Transparence intègre également des consultations publiques dans le processus d'évaluation des demandes d'autorisation des produits réglementés. La consultation des parties prenantes et du grand public sur les études soumises vise à garantir à l'EFSA un accès complet aux éléments de preuve existants lors de son évaluation des risques.

[367] **Cependant, ces dispositions ne s'appliquent pour le moment qu'aux produits entrant dans la chaîne alimentaire et aux produits phytosanitaires. Elles ne concernent pas les substances soumises au règlement REACH, ni celles entrant dans le cadre du règlement biocides.**

1.2.4 La stratégie durable sur les produits chimiques de la Commission européenne et ses revirements

[368] **Sous-ensemble du Green Deal européen, la stratégie européenne durable pour le risque chimique, annoncée fin 2020 par la Commission européenne, affiche des ambitions élevées**, cadre d'une évolution majeure du processus d'évaluation du risque chimique au sein de l'Union européenne. A ce titre, les réglementations REACH et CLP doivent faire l'objet d'évolutions très substantielles, porteuses de réelles améliorations.

[369] La stratégie vise notamment à **encourager la réduction des substances chimiques ayant un effet chronique sur la santé humaine et l'environnement – les substances préoccupantes – et leur substitution dans la mesure du possible**, en supprimant progressivement l'utilisation des plus nocives dans le cadre d'usages sociétaux non essentiels, en particulier dans les produits de consommation.

[370] La Commission a formulé ainsi une série d'engagements, assortis d'un calendrier ambitieux (2021-2024) :

- **Interdiction progressive de l'utilisation des substances chimiques les plus nocives (SVHC)** dans les produits de consommation tels que les jouets, les articles de puériculture, les cosmétiques, les détergents, les matériaux en contact avec des denrées alimentaires et les textiles, **sauf s'ils se révèlent essentiels pour la société.**
- En matière de perturbateurs endocriniens, application à l'ensemble de la législation des critères déjà définis pour les pesticides et les biocides, et **interdiction des perturbateurs endocriniens dans les produits de consommation** dès qu'ils sont reconnus comme tels, **sauf s'ils se révèlent essentiels pour la société ;**
- **Intégration dans le règlement REACH des facteurs d'évaluation des mélanges dans l'évaluation de la sécurité chimique des substances**, et renforcement de la prise en compte des effets de combinaison dans d'autres textes législatifs concernant notamment l'eau, les additifs alimentaires, les jouets, les matériaux destinés à entrer en contact avec les denrées alimentaires, les détergents et les cosmétiques ;
- **Propositions de nouvelles classes et de nouveaux critères de danger dans le règlement CLP**, afin de tenir pleinement compte de la toxicité pour l'environnement, avec une attention particulière portée aux perturbateurs endocriniens et aux substances per- et polyfluoroalkylées (PFAS) ;
- **Clarification de la répartition des responsabilités et meilleure coopération entre les différents acteurs**, renforcement de l'accessibilité et de l'interopérabilité des données, du contrôle des non-conformités de dossiers d'enregistrement et durcissement des sanctions correspondantes.

[371] **Malgré son caractère essentiel, la mise en œuvre de cette réforme n'est cependant pas garantie.** En particulier, la proposition de révision en profondeur du Règlement REACH intégrant l'évaluation des risques par familles de substances et non plus au cas par cas, a été reportée au quatrième trimestre 2023. Les prochaines élections européennes étant programmées en 2024, la réforme n'a désormais que peu de chances d'aboutir sous la législature de l'actuelle présidente de la Commission. Sa mise en œuvre dépendra de la nouvelle composition du Parlement européen.

[372] Si la survenue de la crise sanitaire en 2020 est sans doute en partie responsable de ce retard, transformer les engagements en législation et en actions concrètes constitue un défi et une responsabilité majeure pour la Commission et les Etats membres au cours des prochaines années. Si les engagements pris devaient rester lettre morte, ils aggraveraient la méfiance des citoyens à l'égard de l'Union européenne.

1.2.5 En matière de santé au travail : une politique européenne peu volontariste concernant les valeurs limites d'exposition professionnelle

1.2.5.1 En matière de risque chimique, un pouvoir d'initiative réservé à la Commission Européenne pour les valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle (VLIEP)

[373] La prévention du risque chimique sur les lieux de travail se fonde prioritairement sur le principe de la substitution (remplacement d'un produit dangereux par un produit non ou moins nocif) ou à défaut, par la réduction des concentrations des polluants aux niveaux les plus faibles possibles.

[374] Pour un grand nombre d'agents chimiques dangereux, il est donc nécessaire de protéger la santé des travailleurs en établissant des niveaux de concentration de polluants dans l'atmosphère des lieux de travail à ne pas dépasser sur une période de référence.

[375] Dans ce contexte, conformément à la directive 98/24/CE, la Commission européenne doit, en effet, proposer à l'Union européenne (UE) des objectifs de protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents chimiques dangereux, sous la forme de « valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle » (VLIEP) à fixer au niveau de l'Union européenne et donne à la Commission le pouvoir de les établir ou de les réviser, en tenant compte des techniques de mesure disponibles⁷⁴.

[376] La Commission est assistée dans cette tâche par le comité scientifique en matière de limites d'exposition professionnelle à des agents chimiques (CSLEP)⁷⁵.

[377] En vertu de la directive 98/24/CE, on entend par « Valeur limite indicative d'exposition professionnelle », sauf indication contraire, la limite de la moyenne pondérée en fonction du temps de la concentration d'un agent chimique dans l'air de la zone de respiration d'un travailleur au cours d'une période de référence déterminée.

[378] Les VLIEP⁷⁶ sont des valeurs limites d'exposition professionnelle liées à la santé qui sont théoriquement déterminées sur la base des données scientifiques les plus récentes et que la Commission adopte en tenant compte des techniques de mesure disponibles.

[379] Elles donnent les seuils d'exposition au-dessous desquels, en général, les agents chimiques concernés ne devraient avoir, en l'état actuel de la science, aucun effet nuisible sur la santé.

[380] Ces valeurs constituent des objectifs de l'Union européenne destinés à aider les employeurs à définir et à évaluer les risques et à appliquer des mesures de prévention et de protection

⁷⁴ Procédure visée à l'article 17 de la directive 89/391/CEE du Conseil

⁷⁵ Décision 2014/113/UE de la Commission

⁷⁶ Conformément aux recommandations du comité scientifique en matière de limites d'exposition professionnelle (CSLEP), les VLIEP sont mesurées sur une période de référence de huit heures en moyenne pondérée dans le temps (valeurs limites d'exposition à long terme) et, pour certains agents chimiques, sur des périodes de référence plus courtes, de quinze minutes en général, en moyenne pondérée dans le temps (valeurs limites d'exposition à court terme), permettant de prendre en compte les effets d'une exposition ponctuelle.

conformément à la directive 98/24/CE du Conseil et à la directive 2004/37/CE du Parlement européen.

[381] Pour tout agent chimique assorti d'une VLIEP au niveau de l'Union européenne, les États membres sont tenus d'établir une valeur limite nationale d'exposition professionnelle.

[382] Ce faisant, ils sont tenus de « prendre en compte » la valeur limite de l'Union européenne tout en déterminant la nature de la valeur limite nationale conformément à la législation nationale et à la pratique nationale.

[383] Les VLIEP constituent donc un élément important du dispositif général de protection des travailleurs contre les risques pour la santé liés à l'exposition à des agents chimiques dangereux, même si les législations nationales peuvent prévoir des valeurs limites nationales d'exposition professionnelle plus protectrices et donc inférieures, ce qui peut avoir un impact négatif en terme concurrentiel pour les entreprises qui y sont soumises.

[384] Sur ce point, la Commission européenne a transféré à partir de 2020 ses prérogatives d'expertise à l'ECHA qui s'appuie à cette fin sur son comité d'évaluation des risques (CER). Dans ce cadre, la production annuelle maximale de 5 VLIEP est attendue alors qu'elle était antérieurement sur une moyenne de 13 par an.

[385] Si ce transfert paraît pertinent au regard des dossiers d'enregistrement fournis par les industriels dont dispose l'ECHA dans le cadre du règlement « Reach »⁷⁷, la diminution de la volumétrie attendue des VLIEP telle que retenue par la commission semble à rebours des ambitions affichées notamment au regard du « Plan européen pour vaincre le cancer » ou de « la stratégie de l'UE pour la durabilité dans le domaine des produits chimiques vers un environnement exempt de substances toxiques ».

[386] Par ailleurs, les Etats membres n'étant pas aujourd'hui impliqués dans les travaux de l'ECHA relatifs aux VLIEP, l'expertise de leurs opérateurs scientifiques, dont celle de l'Anses, est mobilisée pour éclairer les autorités nationales sur la pertinence des valeurs proposées par l'ECHA au lieu d'être utilisée en amont de l'élaboration de ces propositions.

[387] De fait, en l'absence d'une coordination européenne et d'une meilleure association des Etats membres en amont des choix de VLIEP, ces dernières continueront d'être élaborées au niveau national, ce qui d'une part laissera coexister des valeurs différentes au sein de l'UE, mais d'autre part mobilisera inutilement au sein de chaque pays des ressources rares d'expertise qui auraient pu être mutualisées.

1.2.5.2 Le caractère incomplet du corpus des normes communautaires actuelles en limite la portée

[388] Compte tenu de la complexité du processus décrit ci-dessus, le nombre de VLIEP, de l'ordre de 150, fixé au niveau communautaire reste faible au regard du nombre de substances chimiques potentiellement à risque et également au regard des différentes législations nationales.

⁷⁷ Voir annexe santé environnement

[389] Par ailleurs, **si les travaux communautaires ont débouché sur la définition de VLIEP, il n'existe pas de méthode de référence validée pour leur contrôle en milieu professionnel**, ce qui de fait limite la portée de leur impact en terme de protection des travailleurs, chaque Etat membre étant libre de définir celle qui lui convient.

[390] De même, afin d'assurer le suivi des travailleurs exposés aux substances concernées, il serait logique d'unifier les valeurs limites biologiques et leurs méthodes de mesure. Or, à ce jour, les travaux de l'ECHA n'ont pas encore été engagés dans ce domaine.

[391] Dans le contexte communautaire, le rôle de l'Anses consiste donc, à titre principal, à venir en appui des autorités françaises, à la fois en amont sur la pertinence du choix des substances proposées par la commission européenne pour créer ou faire évoluer des VLIEP, et en aval des travaux de l'ECHA sur la pertinence des valeurs proposées.

2 La situation et les marges de manœuvre en France

[392] Si le cadre réglementaire de la gestion des risques liés à la production et à l'utilisation des produits chimiques est essentiellement européen, la France, malgré une multiplicité d'acteurs publics impliqués dans la politique d'évaluation et de gestion de ces risques, s'appuie sur un opérateur central très proactif qui est l'Anses, mais dont l'action présente un certain nombre de limites. Partant, la politique de gestion des risques reste insuffisante. Par ailleurs, dans le domaine des produits phytopharmaceutiques comme en matière de protection des travailleurs contre des agents chimiques dangereux, la réglementation appelle quelques progrès.

[393] Sauf indication contraire, les éléments de cette partie sont issus du rapport inter-inspections d'évaluation du COP 2018-2022 de l'ANSES [2].

2.1 Une réglementation nationale s'appuyant sur un cadre européen, profuse et dispersée

[394] Les règles relatives à la gestion des risques liés à la production et à l'utilisation des produits chimiques en France s'inscrivent de manière essentielle mais différenciée dans le cadre réglementaire européen. Comme le montre le tableau ci-dessous, la réglementation européenne s'est construite au fil du temps, sur des objets variés (santé au travail, substances chimiques, pesticides, produits phytopharmaceutiques, biocides) et en prenant des formes juridiques différentes (directive ou règlement). De ce fait, la réglementation française en est largement tributaire, mais à des degrés divers car les règlements sont d'application directe tandis que les directives fixent des objectifs et laissent en principe aux Etats-membres le choix des moyens pour les atteindre à travers la transposition en droit national. En l'occurrence, y compris en ce qui concerne les règlements, le rôle des Etats-membres n'est pas neutre par rapport à la réglementation européenne, dans la mesure où ils participent à l'évaluation, et pas uniquement à la gestion, des risques.

Tableau 2 : La réglementation européenne relative à la gestion des risques liés à la production et à l'utilisation des produits chimiques s'appliquant ou se déclinant en France

Objet	Type de texte	Date	Application en France
Mise en place de mesures visant à favoriser l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (principes généraux de prévention des risques professionnels)	Directive cadre 89/391	12/06/1989	Articles L4121-1 à L4122-2 du code du travail
Protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des substances cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques au travail	Directive	29/04/2004	Articles R4412-59 à R44-1293 du code du travail
Enregistrement, évaluation et autorisation des substances chimiques, restrictions applicables	Règlement REACH	18/12/2006	Articles L4411-1 à L4412-2 du code du travail
Classification, étiquetage et emballage des substances et des mélanges	Règlement CLP n° 1272/2008	31/12/2008	Articles L521-1 à L521-24 du code de l'environnement Articles L1340-1 à L1343-4 du code de la santé publique (toxicovigilance)
Cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable	Directive n°128	21/10/2009	L253-1 à L253-18 du code rural et de la pêche maritime
Mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques	Règlement n°1107/2009	21/10/2009	
Mise à disposition sur le marché et utilisation des produits biocides	Règlement n°528/2012	22/05/12	Articles L522-1 à L522-19 du code de l'environnement
Prévention des risques pour la santé et l'environnement résultant de l'exposition aux substances à l'état nanoparticulaire			Articles L523-1 à L521-8 du code de l'environnement

[395] Il est singulièrement compliqué de se retrouver dans cette profusion de réglementation, portant sur des sujets spécifiques de haute technicité. Il n'existe pas de compilation claire et accessible de la réglementation nationale, comme on le voit de manière générale dans le tableau ci-dessus.

[396] **Les règles applicables sont dispersées dans quatre codes différents : le code du travail, le code de l'environnement, le code de la santé publique et le code rural et de la pêche maritime. A titre d'illustrations :**

- Le contrôle des produits chimiques, biocides et des substances à l'état nanoparticulaire est prévu aux articles L521-1 à L523-8, au sein du livre consacré à la prévention des pollutions, des risques et des nuisances du code de l'environnement ;
- Tandis que la mise sur le marché et l'utilisation des produits phytopharmaceutiques est prévu aux articles L253-1 à L253-18, au sein du titre "Protection des végétaux" du livre II consacré également à l'alimentation et à la santé publique vétérinaire du code rural et de la pêche maritime.

2.2 Le morcellement des acteurs publics engendre un défaut de gouvernance qui pénalise l'élaboration et la mise en place d'une stratégie de prévention et de gestion des risques

2.2.1 Les acteurs publics impliqués dans la gestion des risques chimiques sont multiples

La gestion des risques liés aux produits chimiques relève d'autorités différentes. Ainsi, **au moins six directions d'administration centrales ont à traiter des questions de santé-environnement dans le champ des produits chimiques**⁷⁸ :

- au ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires (MTE-CT), principalement la direction générale de la prévention des risques ;
- au ministère chargé de la santé, la direction générale de la santé (DGS), avec pour point d'entrée les conséquences pour la santé humaine nées de l'exposition à des facteurs de risques environnementaux ;
- au ministère chargé de l'agriculture et de l'alimentation, la direction générale de l'alimentation (DGA) est chargée des politiques de sécurité sanitaire de la chaîne alimentaire et des enjeux de santé animale et végétale ;
- au ministère chargé de l'économie et des finances, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), sous l'angle du contrôle pour assurer la protection de la population, et la direction générale des entreprises (DGE), sous l'angle de la régulation et du soutien aux entreprises ;
- au ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, la direction générale de la recherche et de l'innovation (DGR) et la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) ;
- au ministère chargé du travail, la direction générale du travail (DGT) au titre de la protection de la santé au travail.

[397] Par ailleurs, de nombreuses entités interviennent sur les questions de santé-environnement :

- L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) ;

⁷⁸ Ce passage s'appuie notamment sur le rapport inter-inspections « La santé-environnement : recherche, expertise et décision publiques » n°2020-51 [3].

- D'autres établissements publics, notamment : l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS), l'Institut national de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), le Bureau de recherches géologiques et minières (BRGM), Santé publique France (SPF), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (INRAE), les établissements d'enseignement supérieur et de recherche ;
- La Haute autorité de santé (HAS) ;
- Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) ;
- La Commission nationale de la déontologie et des alertes en matière de santé publique et d'environnement (CNDASPE) ;
- Le Groupe santé environnement (GSE), chargé d'assurer le suivi du plan national santé-environnement.

2.2.2 Le ministère chargé de la santé joue un rôle second dans les instances de pilotage de la politique de prévention et de gestion des risques chimiques

[398] Le ministère chargé de la santé est associé aux instances de pilotage à la fois dans le processus de décision de REACH et dans les processus relatifs à la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques, mais dans le premier cas, c'est le ministère chargé de l'environnement qui exerce un rôle de chef de file et dans le second c'est le ministère chargé de l'agriculture et de l'alimentation.

[399] Le ministère de la santé joue ainsi un rôle de second plan qui minore la prise en compte des enjeux pour la santé humaine.

2.2.3 Il manque un pilotage interministériel de l'ensemble de la politique de prévention des risques chimiques

[400] Cette situation n'est pas compensée par un pilotage interministériel fort de la politique de prévention et de gestion des risques chimiques.

2.3 Un opérateur central très proactif, l'Anses, mais dont l'action présente un certain nombre de limites

[401] Paradoxalement, il existe en France un opérateur qui joue un rôle majeur en matière d'évaluation et de gestion des risques liés à la production et à l'utilisation des produits chimiques : il s'agit de l'Anses. Cet organisme joue un rôle actif pour faire progresser la réglementation relative à l'évaluation des risques au niveau européen. Cependant, le caractère limité de ses moyens face à l'ampleur des missions qui lui sont confiées et sa double casquette en matière d'évaluation et de gestion des risques posent problème.

2.3.1 L'ANSES joue un rôle central en matière d'évaluation et de gestion des risques, notamment chimiques, en France

[402] Placée sous la tutelle de cinq ministres respectivement chargés de l'agriculture, de l'écologie, de la santé, du travail et de la consommation, l'ANSES joue un rôle central dans le dispositif français puisqu'elle a pour mission, dans le champ de la sécurité sanitaire humaine dans les domaines de l'environnement, du travail et de l'alimentation, de réaliser l'évaluation des risques, de fournir aux autorités compétentes toutes les informations sur ces risques ainsi que l'expertise et l'appui scientifique et technique nécessaires à l'élaboration des dispositions législatives et réglementaires et à la mise en œuvre des mesures de gestion des risques.

2.3.2 L'Anses joue un rôle actif pour faire évoluer la réglementation européenne en matière d'évaluation des risques chimiques

[403] Face aux lacunes de la réglementation européenne en matière de risques chimiques, l'Anses, a joué et continue à jouer, dans le cadre européen :

- **Un rôle moteur concernant l'évolution de la réglementation européenne :**
 - Introduction des perturbateurs endocriniens (PE) dans les réglementations sectorielles phytosanitaires et biocides ;
 - Reconnaissance du Bisphénol A comme substance extrêmement préoccupante (SVHC⁷⁹) et interdiction dans la fabrication des biberons dans toute l'Union européenne ;
 - Evolution de la réglementation sur les nanomatériaux ;
- **Un rôle actif concernant :**
 - La reconnaissance du caractère nocif des perturbateurs endocriniens ;
 - L'identification et l'évaluation des substances préoccupantes.

[404] En outre, **l'ANSES est coordonnateur du projet européen PARC⁸⁰, programme public européen d'études toxicologiques** visant à :

- Transformer les résultats de la recherche en données et en connaissances applicables dans la cadre réglementaire de l'évaluation du risque,
- Fournir de nouvelles preuves et méthodologies adaptées aux évolutions scientifiques,
- Stimuler leur adoption dans les processus réglementaires : meilleure évaluation des expositions ; évaluation des produits chimiques émergents ; évaluation des mélanges chimiques...

⁷⁹ Substances of Very High Concern

⁸⁰ Partnership for Assessment of Risks from Chemicals (partenariat pour l'évaluation des risques liés aux substances chimiques)

[405] Dans le cadre de son rôle d'influence internationale, l'Anses doit continuer à s'attacher, en lien avec ses tutelles, à faire progresser l'évaluation du risque chimique au niveau européen :

- Transparence des études transmises par les industriels à l'appui des évaluations réglementaires : application élargie du Règlement Transparence ;
- Pertinence des lignes directrices de l'OCDE : analyse critique, propositions d'évolution ;
- Faire octroyer aux agences de régulations européennes (ECHA, EFSA) la possibilité de réaliser des études de contre-expertise.

2.3.3 Les limites de l'action de l'Anses

[406] Toutefois, **l'action de l'Anses ne suffit pas à satisfaire les besoins en matière d'évaluation des risques sanitaires, notamment chimiques, liés à l'environnement, dont le champ est très étendu et évolutif.**

[407] En outre, **l'activité de l'Anses pâtit de l'absence de stratégie de maîtrise du risque chimique, d'un manque de moyens pour évaluer les substances préoccupantes et les perturbateurs endocriniens (9 substances PE/an actuellement inscrites dans le programme de travail) et d'une coordination insuffisante sur le champ santé-environnement**, en matière d'évaluation du risque (doubles saisines, programmes de travail des agences / organismes non coordonnés). Le nombre annuel d'évaluations de substances chimiques devrait être accru et les travaux de recherche devraient être significativement développés.

[408] C'est pourquoi le rapport inter-inspections évaluant le COP de l'ANSES estimait nécessaire que **les moyens alloués à l'Agence soient renforcés** et que soit constitué auprès du directeur général de l'Anses une direction de la stratégie et des données, chargée notamment d'établir la cartographie des risques sanitaires dans le champ de compétence de l'agence, de hiérarchiser les priorités qui en découlent [2].

2.4 L'urgence de renforcer de manière effective les mesures de protection sanitaire

2.4.1 En matière d'utilisation des produits phytopharmaceutiques à proximité de riverains ou de lieux accueillant des groupes vulnérables

[409] En bref, le dispositif réglementaire relatif à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques comporte⁸¹ [17] :

- un niveau communautaire qui évoque les groupes vulnérables dans le règlement (CE) n°1107/2009 d'application directe pour les États-membres, et les sites hébergeant des personnes vulnérables dans la directive 2009/128/CE ;

⁸¹ Ce passage s'appuie notamment sur le rapport inter-inspections : « Evaluation des arrêtés préfectoraux réglementant l'utilisation des produits phytopharmaceutiques à proximité des lieux et établissements accueillant des personnes vulnérables » n°2018-96 auquel ont participé deux membres de l'IGAS, Valérie Gervais et France Mochel.

- un niveau national qui prévoit dans le code rural et de la pêche maritime (CRPM) :
 - à l'article L.253-7-1 des obligations envers les sites hébergeant des groupes vulnérables depuis la loi du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt ;
 - et à l'article L253-8, depuis la loi EGALIM du 30 octobre 2018, des obligations en vue de la protection des personnes vivant à proximité des zones traitées.

[410] Dans ce cadre, la France s'est dotée au 1er janvier 2020 de nouvelles mesures pour la protection des populations riveraines des zones de traitement par les produits phytopharmaceutiques. Sur la base des recommandations de l'Anses, des distances de sécurité ont été instaurées entre les zones traitées et les bâtiments habités par l'arrêté du 27 décembre 2019 relatif aux mesures de protection des personnes lors de l'utilisation de produits phytopharmaceutiques :

- En dehors des produits exemptés, l'utilisation de produits phytopharmaceutiques doit s'effectuer en respectant les distances de sécurité suivantes :
 - Lorsque le produit contient une substance préoccupante : **20 mètres incompressibles**⁸² ;
 - Pour les autres produits :
 - **10 mètres** pour l'arboriculture, la viticulture, les arbres et arbustes, la forêt, les petits fruits et cultures ornementales de plus de 50 centimètres de hauteur, les bananiers et le houblon ;
 - **5 mètres** pour les autres cultures.

[411] Ces distances de 5 et 10 mètres peuvent être adaptées selon les modalités prévues par l'annexe 4 de l'arrêté du 4 mai 2017 modifié, lorsque le traitement est réalisé sur la base d'une charte d'engagements approuvée. Les matériels permettant d'atteindre les niveaux de réduction de la dérive sont référencés dans une publication au Bulletin officiel du Ministère chargé de l'agriculture.

[412] **Les mesures mises en place ont été jugées insuffisamment protectrices par plusieurs décisions.**

[413] Le Conseil constitutionnel a rendu, le 19 mars 2021, une décision sur les règles d'épandage des pesticides, à la suite d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) posée par le Conseil d'État. Par cette décision, le Conseil constitutionnel avait déclaré contraire à la Constitution, et plus particulièrement à l'article 7 de la Charte de l'environnement, la méthode d'élaboration des chartes prévue au paragraphe III de l'article L253-8 du code rural et de la pêche maritime, permettant de déroger aux règles de distance.

[414] Le Conseil d'Etat a pris une décision le 26 juillet 2021 qui a annulé :

- L'article 1er du décret du 27 décembre 2019 relatif aux mesures de protection des personnes lors de l'utilisation de produits phytopharmaceutiques à proximité des zones

⁸² Cf. liste des substances préoccupantes : <https://agriculture.gouv.fr/distances-de-securite-pour-les-traitements-phytopharmaceutiques-proximite-des-habitations>

d'habitation en tant qu'il n'impose pas que les chartes d'engagements des utilisateurs prévoient des modalités d'information des résidents et des personnes présentes préalablement à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ;

- L'article 8 de l'arrêté du 27 décembre 2019 en tant qu'il prévoit des distances de sécurité insuffisantes pour les produits classés comme suspectés d'être cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR 2) ;
- L'arrêté du 27 décembre 2019 en tant qu'il ne prévoit pas de dispositions destinées à protéger les personnes travaillant à proximité des zones d'utilisation des produits phytopharmaceutiques.

[415] Dans une décision du 22 décembre 2022, **le Conseil d'Etat a ensuite enjoint au gouvernement d'exécuter, dans un délai de deux mois sous peine d'astreinte, sa décision du 26 juillet 2021**, en modifiant la réglementation pour déterminer de nouvelles distances de sécurité concernant les produits classés CMR2 (suspectés d'être cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction) dont l'autorisation de mise sur le marché ne prévoit pas de distance spécifique d'utilisation.

[416] À la suite de ces jugements, la réglementation concernant l'usage de pesticides près des zones habitées a été précisée par plusieurs textes :

- le décret du 25 janvier 2022 sur l'utilisation de produits phytopharmaceutiques à proximité des zones d'habitation a **modifié les modalités d'élaboration et d'adoption des chartes départementales d'engagements** ;
- l'arrêté du 25 janvier 2022 sur les mesures de protection des personnes lors de l'utilisation des produits phytopharmaceutiques a **ajouté, aux riverains, les lieux accueillant des travailleurs** présents de façon régulière autour des zones d'épandage ;
- l'arrêté du 14 février 2023 relatif aux mesures de protection des personnes lors de l'utilisation de certains produits phytopharmaceutiques et modifiant l'arrêté du 4 mai 2017 a **fixé une distance minimale de 10 mètres** pour l'épandage de tous les produits suspectés d'être cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction.

2.4.2 En matière de santé au travail⁸³

[417] En France, le décret n° 2001-97 du 1er février 2001 a établi des règles particulières de prévention des risques pour les agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR, actuellement articles R. 4412-59 à 93).

[418] Initialement, la directive 2004/37/CE ou CMRD ne concernait que les agents cancérogènes ou mutagènes mais le champ d'application de la directive a été étendu aux agents toxiques pour la reproduction ou reprotoxiques par directive (UE) 2022/431 du 9 mars 2022. La date limite pour

⁸³ Sauf indication contraire, cette partie s'appuie sur le rapport « Réforme du document unique d'évaluation des risques professionnels : état des lieux et proposition – Rapport IGAS – Laurent CAILLOT, Laurent CAUSSAT, Valérie GERVAIS – mai 2023 » [28]

transposer cette directive modificatrice est le 5 avril 2024. Les dispositions relatives à la traçabilité individuelle sont dans l'article 12 « information des travailleurs » de la directive CMRD :

«[...] c) L'employeur tient une liste actualisée des travailleurs employés aux activités pour lesquelles les résultats de l'appréciation visée à l'article 3, paragraphe 2, révèlent un risque concernant la sécurité ou la santé des travailleurs avec indication, si cette information est disponible, de l'exposition à laquelle ils ont été soumis ;

[...] e) chaque travailleur a accès aux informations contenues dans la liste et le concernant personnellement. [...]. »

[419] Or, la fiche d'exposition qui avait été rendue obligatoire au 1^{er} février 2001 a ensuite été intégrée à la fiche « pénibilité » mise en place au 1^{er} février 2012 ; puis cette fiche a été remplacée successivement par une intégration dans un compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P), puis dans un compte professionnel de prévention (C2P), duquel les ACD ont finalement été exclus en 2017.

[420] Depuis lors, deux avancées ont néanmoins eu lieu :

- L'accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 contient les dispositions suivantes : *« En matière de risque chimique, la réglementation prévoit l'existence de nombreux documents (déclaration de l'employeur pour les SIR (suivis individuels renforcés), notice de postes, fiche d'entreprise du SPSTI (service de prévention et de santé au travail inter-entreprises, DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels), fiches de données de sécurité, etc.). Une information synthétique pourrait être extraite de ces documents pour alimenter la traçabilité des expositions des salariés suivis en surveillance renforcée au titre du risque chimique de manière à satisfaire aux exigences de la directive 2004/37/CE. ».*
- Par ailleurs, la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail accentue le système de surveillance de l'état de santé des travailleurs :
 - L'article 3 élève le DUERP au niveau législatif : *« Le DUERP répertorie l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les travailleurs et assure la traçabilité collective de ces expositions. L'employeur transcrit et met à jour dans le document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède ».* Désormais l'employeur doit conserver le DUERP dans ses versions successives pendant au moins 40 ans ; il tient à la disposition des anciens travailleurs qui le demandent le DUERP qui était en vigueur lors de leur activité dans l'établissement ; il transmet le DUERP à chaque mise à jour à son service de prévention et de santé au travail.
 - En application de cette loi, le décret du 15 novembre 2022 précise le contenu du dossier médical de santé au travail (DMST), qui comprend notamment (art. R. 4624-45-4 CT) :

- « les informations permettant de connaître les risques actuels ou passés auxquels le travailleur est ou a été exposé, notamment les informations relatives aux caractéristiques du ou des postes de travail et au secteur d'activité dans lequel il exerce, les données d'exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 du code du travail⁸⁴ ou toute autre donnée d'exposition à un risque professionnel de nature à affecter l'état de santé du travailleur, ainsi que les mesures de prévention mises en place » ;
- « les informations relatives à l'état de santé du travailleur recueillies lors des visites et examens nécessaires au suivi individuel de son état de santé » ;
- « les correspondances échangées entre professionnels de santé aux fins de la coordination et de la continuité de la prise en charge du travailleur » ;
- « les informations formalisées concernant les attestations, avis et propositions des professionnels de santé au travail (...), les informations délivrées au travailleur sur les expositions professionnelles, les risques identifiés, les moyens de protection, l'existence ou l'absence d'une pathologie en lien possible avec une exposition professionnelle, ainsi que les avis médicaux » (5°).

Constitué sous format numérisé, le DMST est conservé pendant une durée de 40 ans à compter de la date de la dernière visite ou examen du titulaire au sein du service de prévention et de santé au travail concerné et une transférabilité entre SPST est prévue.

[421] Le DMST paraît ainsi en mesure de documenter l'analyse contemporaine et rétrospective des expositions professionnelles d'un travailleur affilié aussi efficacement que le permettront la qualité des informations retracées dans ces dossiers, qu'elles soient recueillies auprès des entreprises d'emploi (déclaration de risques, fiches de poste, fiches de données de sécurité, fiches d'exposition...) ou produites par le SPST (visites médicales, examens complémentaires, actions en milieu de travail...) [28].

[422] Afin de mieux protéger la santé des travailleurs, ces dispositions récentes devront être rendues effectives au plus tôt et il pourrait être utile d'en spécifier les contours s'agissant des travailleurs exposés aux risques chimiques.

2.4.3 En matière de perturbateurs endocriniens

[423] Selon la définition de l'OMS, proposée en 2002 et mise à jour en 2012, reprise ensuite par l'Union européenne, « un perturbateur endocrinien est une substance ou un mélange de substances qui altère les fonctions du système endocrinien et, de ce fait, induit des effets nocifs sur la santé d'un organisme intact, de ses descendants ou de (sous-) populations ». Ces produits peuvent se retrouver dans l'eau et l'alimentation (ex. PCB, composés perfluorés, pesticides organochlorés ou organophosphorés...), les emballages, les produits ménagers, les produits de bricolage ou d'ameublement, les insecticides, les cosmétiques, ou encore les parfums d'ambiances. Ces produits sont suspectés d'être à l'origine de la baisse de la qualité du sperme, d'une augmentation de la fréquence d'anomalies du développement des organes ou de la fonction de reproduction, d'un abaissement de l'âge de la puberté, de certains cancers hormonodépendants, ainsi que des

⁸⁴ Dont les agents chimiques dangereux

cas de diabète de type 2, d'obésité ou d'autisme. Le développement foeto-embryonnaire, la petite enfance et la puberté sont des périodes de sensibilité accrue à ces substances.

[424] Un rapport inter-inspections de 2017 évaluant la mise en œuvre de la première stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE) 2014-2017 appelait à amplifier les efforts pour réduire l'exposition des populations et de l'environnement à ces substances et ainsi à relancer une nouvelle stratégie insérée dans la planification en matière de santé-environnement [22].

[425] Un rapport du Pr. Samir HAMAMAH et Mme Salomé BERLIOUX sur les causes d'infertilité, auquel l'IGAS a contribué⁸⁵, notait en 2022 que la réglementation européenne et nationale était en cours de renforcement. En 2018, la Commission européenne a adopté les critères pour identifier une substance PE au titre des réglementations sur les produits phytopharmaceutiques et sur les produits biocides. La Stratégie européenne sur les produits chimiques a souligné la nécessité de définir de manière harmonisée les PE au niveau du règlement CLP pour rendre en 2022 cette définition harmonisée applicable à tous les secteurs et fixé un principe d'interdiction de ces substances dans les produits de consommation courante, sauf si elles se révèlent essentielles pour la société.

[426] La mise en place de la stratégie européenne sur les produits chimiques a été repoussée à la fin de l'année 2023 mais, en décembre 2022, la Commission a adopté un acte délégué visant à introduire dans le règlement CLP de nouvelles classes de danger pour les perturbateurs endocriniens qui devrait entrer en vigueur courant 2023, après examen par le Parlement européen et le Conseil.

[427] En France, à la suite de la loi AGECE (Anti-gaspillage et économie circulaire) adoptée en février 2020, l'article L. 5232-5 du code de la santé publique prévoit l'obligation d'information du public sur la présence de substances présentant des propriétés de perturbation endocrinienne (liste définie par l'ANSES), en vue de guider les choix des consommateurs. Le site d'information Agir Pour Bébé a été mis en ligne à la fin de l'année 2019 par Santé publique France et met à disposition des futurs et jeunes parents une information claire et vérifiée sur l'influence des environnements affectifs, sociaux, physiques et chimiques sur leur santé et celle de leur enfant. Il recommandait en outre de rendre obligatoires en France sur l'étiquetage des produits de consommation courante les teneurs en phyto-estrogènes présentes dans les produits, ainsi qu'une mention sur les restrictions à la consommation pour les enfants et les femmes enceintes [31].

[428] Le rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale consacré à la santé environnementale⁸⁶ recommandait également dans cette optique de mettre en place un toxiscore permettant d'évaluer les produits de consommation en fonction de leur contenance en produits reprotoxiques, cancérogènes ou perturbateurs endocriniens [34].

⁸⁵ Rapport sur les causes d'infertilité - Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité - Samir HAMAMAH, Salomé BERLIOUX avec l'appui de Maryse FOURCADE (IGAS) – février 2022

⁸⁶ Rapport de la commission d'enquête sur l'évaluation des politiques publiques de santé environnementale - Assemblée nationale - décembre 2020

CHAPITRE 7 : L'INFORMATION DU PUBLIC ET LA DEMOCRATIE SANITAIRE

1 Aider à la perception des risques et l'accompagner dans un cadre de co-construction

1.1 Les enjeux liés à la perception des risques par la population

[429] A titre liminaire, il y a lieu d'indiquer que la santé environnement se caractérise par une prépondérance des données ouvertes sur les données fermées. Cette situation est le résultat de **la convention d'Aarhus et de la directive INSPIRE qui obligent à mettre en open data les données géographiques environnementales.**

[430] La convention d'Aarhus sur l'accès à l'information, la participation du public au processus décisionnel et l'accès à la justice en matière d'environnement, signée le 25 juin 1998 par trente-neuf États (dont ceux de l'Union européenne), est un accord international visant la « *démocratie environnementale* ». Ses trois grands objectifs sont : i) améliorer l'information environnementale fournie par les autorités publiques, concernant les principales données environnementales ; ii) favoriser la participation du public à la prise de décisions ayant des incidences sur l'environnement ; iii) étendre les conditions d'accès à la justice en matière de législation environnementale et d'accès à l'information. **Ces principes ont été repris dans la charte de l'environnement adossée à la constitution (article 7).**

De la perception des risques par la population à l'adoption d'un comportement à visée préventive

[431] **La mise en place d'une politique prévention des risques en santé environnement repose notamment sur la perception des risques par la population.** Cette perception des risques est susceptible de faire évoluer leur comportement d'une manière favorable à leur santé voire à celle des autres. Elle n'est toutefois pas le seul facteur à intervenir dans un éventuel changement de comportement face aux risques environnementaux. Différents rapports d'inspections retracent, au travers d'exemples concrets, les actions mises en place dans ce domaine. Les quelques rapports présentés ci-dessous à titre d'illustration, le sont partiellement car uniquement sous cet angle.

[432] Le rapport IGAS-IGA sur la lutte antivectorielle en Guyane et Martinique⁸⁷ montre l'importance des méthodes de communication sociale⁸⁸ et de mobilisation sociale⁸⁹ dans la mise en œuvre d'actions préventives de lutte contre les vecteurs. Les modifications de comportement sont liés notamment à ce changement de perception du risque du fait d'une information délivrée dans le cadre de réunions publiques, de l'animation de relais associatifs ou encore de l'information de porte à porte [16].

[433] L'antibiorésistance constitue selon l'OMS l'un des dix plus sérieux risques de santé publique pour l'humanité, comme le souligne le rapport inter-inspections en 2022 sur la feuille de route de maîtrise de l'antibiorésistance⁹⁰. Les auteurs insistent notamment sur l'importance de l'acquisition de connaissances par le grand public. Ils rappellent la réduction de 24% en 3 ans de la consommation d'antibiotiques (ABT) en santé humaine du fait de la campagne de communication de 2002-2005 et mettent en avant la nécessité d'une communication décroisée, dans le cadre d'une approche « Une seule santé », à l'instar des recommandations du Comité interministériel sur la santé (CIS). Qu'il s'agisse d'actions de communication à visée individuelle ou collective, leur mise en œuvre apparaît essentielle pour permettre de mieux connaître les effets des ABT et leurs enjeux, dans les différents domaines, prévenir les mésusages et favoriser les actions préventives d'hygiène. Le rapport recommande notamment une campagne de communication intersectorielle pour l'ensemble des publics, y compris jeunes, montrant l'ensemble des facettes intriquées de l'antibiorésistance et relayée par des messages plus sectoriels [8].

[434] Cette question du changement de comportement est présente dans la plupart des rapports. Le rapport inter-inspections « Moyens et gouvernance de la politique de santé environnement », le périmètre excluait les facteurs de maîtrise des risques ayant un impact sur les comportements individuels « *à l'exception des actions de communication collective, qui visent à induire des modifications dans les comportements personnels, ainsi que les politiques qui visent à modifier les comportements individuels mais qui ont un impact collectif (actes individuels de pollution de l'environnement)* » [1].

[435] Dans tout ce qui précède, les actions visant à aider à la perception du risque ne peuvent à elles-seules expliquer les changements de comportement qui résultent de multiples déterminants.

La nécessité d'un accompagnement social de la perception des risques

[436] Le rapport inter-inspections de 2020 souligne **le caractère central de la communication sur la santé-environnement mais également le fait qu'elle est délicate en raison de la complexité et des incertitudes** [3].

⁸⁷ Rapport IGAS-IGA, Etude d'impact sur l'évaluation du nouveau dispositif réglementaire de prévention des maladies vectorielles sur les services de démoustication de Guyane et Martinique, R2019-046, octobre 2019

⁸⁸ « La communication sociale désigne l'ensemble des actes de communication qui visent à modifier des comportements, des représentations ou à renforcer des solidarités ».

⁸⁹ « La mobilisation sociale est quant à elle « un processus utilisant la communication pour rallier à une cause et inciter à l'action le plus grand nombre de personnes afin d'atteindre un objectif social commun, grâce aux efforts ».

⁹⁰ Rapport CGAAER CGEDD IGAE IGAS IGÉSR IGF, Evaluation et préparation de l'actualisation de la feuille de route interministérielle 2016 pour la maîtrise de l'antibiorésistance, 2021-055R, avril 2022

[437] Le rapport parlementaire sur l'évaluation des politiques publiques de santé environnementale⁹¹ insiste sur la nécessité d'un accompagnement social du fait de la « *perception dans la population de l'environnement comme vecteur de menaces vis-à-vis de la santé* »⁹² avec, à défaut, une entrée habituelle des questions de santé-environnement par la dénonciation, l'inquiétude et l'alarmisme... **Ces inquiétudes sont liées à l'importance du risque perçu et aux incertitudes** malgré les données scientifiques produites qui peuvent être elles aussi sources de défiance avec en outre **une complexité liée notamment à la notion d'exposome** (cf. chapitre 2) [34].

1.2 Des outils permettant l'information, la sensibilisation et la formation du public

[438] A titre d'illustration, le 4^{ème} PNSE adopté en 2021 a permis **la mise en place d'un nouveau service d'information et de sensibilisation du public intitulé RECO santé**. Cette application conçue par le ministère chargé de la Santé et le ministère chargé de la Transition écologique en concertation avec des professionnels de santé, des associations de patients et les utilisateurs permet d'aider le public à connaître leur environnement et les aider à se protéger au quotidien. Les utilisateurs reçoivent des alertes ou des informations plus générales sur différents indicateurs environnementaux selon la commune de l'utilisateur : indice ATMO de qualité de l'air, risque d'allergie aux pollens, potentiel radon, UV, vigilances météorologiques. Chaque indicateur est accompagné d'une recommandation.

[439] On peut citer également le développement d'outils de science participative par exemple le dispositif « signalement – moustique » géré par l'ANSES dont le principe est déployé pour d'autres espèces vectrices de maladies (ex. « signalement tique » géré par l'INRAE, les tiques étant vectrices de la maladie de Lyme).

1.3 Enjeux de démocratie sanitaire en santé-environnement

[440] Le rapport inter-inspections de 2020 précité souligne la nécessité d'explicitier les enjeux liés à la santé-environnement et d'échanger de façon régulière avec les parties prenantes et la société civile. Il insiste sur l'importance d'une communication permettant une meilleure compréhension des préoccupations des parties prenantes et de la société civile par les décideurs. Cela comprend notamment **l'échange sur le caractère acceptable ou non du risque mais plus généralement la mise en place de dispositifs de participation de la société civile, de diagnostics partagés et de modes de co-construction des politiques**. Les auteurs indiquent que les moyens des différents acteurs sont très différenciés et citent les représentants des entreprises et industries versus les associations indépendantes qui ne disposent ni des mêmes moyens ni des mêmes motivations [3].

⁹¹ TOUTUT-PICARD E, JOSS S, Evaluation des politiques publiques de santé environnementale, commission d'enquête de l'Assemblée nationale, déc 2020.

⁹² Citation W Dab lors de son audition

[441] Les modalités de gouvernance des différentes structures sont également essentielles. Le rapport d'évaluation du COP de l'ANSES montre toute l'organisation mise en place pour prendre en compte les parties prenantes [2].

[442] Plusieurs rapports inter-inspections ([1], [3], [4]) ou parlementaires [33] ont également souligné **les limites du Groupe santé environnement (GSE)**, instance nationale, usuellement présidée par un parlementaire, comprenant 135 membres (parlementaires, représentants des territoires, associations, fondations, ONG, partenaires sociaux et acteurs de la protection sociale, acteurs économiques, professionnels de santé, experts et chercheurs, établissements publics, Etat) et chargée de contribuer à la conception et au suivi des PNSE. Ces rapports recommandent de faire évoluer le Groupe santé environnement (GSE) en une instance d'orientation et de consultation représentative de la diversité des parties prenantes et dotée d'un statut juridique et de moyens de fonctionnement (cf. chapitre 3).

2 Principaux enjeux et constats posés dans les rapports⁹³

[443] Les rapports récents des inspections posent quasi unanimement un constat négatif sur l'information du public en santé environnement. Ce constat est également sévère sur l'association des usagers à la réflexion et à la préparation des mesures liées à la santé environnement, selon les thèmes suivants.

2.1 L'information du public et l'éducation à la santé-environnement sont insuffisantes

[444] Le rapport sur l'information nutritionnelle de 2017⁹⁴ constate des carences importantes dans l'information délivrée au grand public et notamment l'information délivrée aux usagers de la restauration collective (milieu scolaire, entreprise) et plus globalement dans la stratégie d'éducation à l'alimentation [21].

[445] Le rapport d'évaluation du COP de l'ANSES 2012-2017⁹⁵ expose que malgré les moyens qui sont consacrés à l'information du public en santé environnement (un site internet, 3 ETP, des conférences de presse), cette communication a dû mal toucher sa cible.

[446] Le rapport d'information du Sénat de 2021 insiste notamment sur le manque de formation des professionnels de santé⁹⁶ ; il indique également l'importance de l'information du grand public sur les pratiques et les risques liés à la santé environnement [33].

⁹³ La perception des risques et la démocratie sanitaire en santé environnement, traités au 1, ne sont pas repris ici.

⁹⁴ Amélioration de l'information nutritionnelle dans la restauration collective - Rapport IGAS-CGAAER-IGAENR - Martine CAFFIN -RAVIER, Sylvie ROCQ, Daniel NIZRI – décembre 2017

⁹⁵ Evaluation du COP 2012-2017 de l'ANSES dans la perspective de son renouvellement – Rapport IGAS-CGEDD-CGAAER-CGEFi-Gérard BELET, Dominique BRINBAUM, Jean-Marie PALACH, Emile PEREZ, Gilles PIPIEN – juillet 2017

⁹⁶ Il ressort des auditions conduites par les rapporteurs que les professionnels de santé sont insuffisamment formés aux enjeux de la santé environnementale, tant sur le volet préventif, afin de diffuser des informations

2.2 La complexité du sujet et le manque de transparence dans la prise de décision entraînent de la défiance

[447] Le rapport inter-inspections de 2020 insiste également sur la **relative efficacité de la communication grand public actuelle dans sa capacité à toucher le grand public** et notamment les personnes les plus vulnérables. Il montre que la santé environnement est un sujet majeur de préoccupation des Français, qui, globalement, n'accordent que peu de confiance à la façon dont les sujets sont traités et vis-à-vis des mesures d'information et de protection qui sont prises⁹⁷. Il pointe que ce manque de confiance découle assez directement d'un **manque de transparence sur les modalités de prise de décision tant au niveau national qu'eupéen** [3].

[448] Le rapport d'évaluation du COP 2018-2022 de l'ANSES pointe qu'il est difficile de concilier expertise technique, confiance et communication dans un moment où la société civile a un besoin très vif d'être informé et où les réseaux sociaux libèrent une parole, parfois non sérieuse voire complotiste. La confiance du public est loin d'être acquise et régulièrement heurtée par des scandales sanitaires (Buitoni, Kinder, etc) [2].

[449] Enfin, le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et techniques de 2019 traite largement le thème de la défiance du grand public envers l'expertise et les choix scientifiques en indiquant un manque de communication et de transparence sur les règles dictant les mesures prises en santé environnement [35].

[450] Le rapport de la commission d'enquête parlementaire de l'Assemblée nationale de décembre 2020 pose qu'il y a une demande d'information très forte de la population, et en même temps, une forme de défiance⁹⁸ [34].

2.3 L'échelon territorial constitue probablement une maille pertinente pour la diffusion de l'information

[451] Le rapport du Conseil économique et social de 2022 qui insiste beaucoup sur l'échelon territorial comme échelon pertinent d'une politique de santé environnement efficace et qui touche les publics pointe que l'expertise scientifique n'est aujourd'hui pas comprise par le grand public [29].

de prévention aux patients, que sur le volet curatif, afin de prendre les compte les éventuelles causes environnementales d'une pathologie dans le cadre d'un parcours de soin. Page 83.

⁹⁷ Pages 9 et 10

⁹⁸ Voir France Stratégie, « Expertise et démocratie : faire avec la défiance », rapport, décembre 2018

3 Principales recommandations / évolutions proposées dans les rapports

3.1 Développer la communication et l'éducation à la SE du grand public

[452] Le rapport d'évaluation du COP 2012-2017 de l'ANSES recommande de formaliser une stratégie de communication plus cohérente et importante. Il souligne que cette communication est toujours sur une ligne de crête : elle ne doit être ni porte-parole des industriels ni faire-valoir des associations. La question de l'association des parties prenantes et de la mesure de l'état de l'opinion est posée [2].

[453] Le rapport du CESE de 2022 suggère que « *L'éducation à l'environnement et au développement durable prévue à l'art. L3121-9 du code de l'éducation devra être complétée par un volet dédié à la santé environnement : les notions essentielles de la santé-environnement, d'approche systémique, les liens entre l'état des écosystèmes, la santé animale et la santé humaine doivent être expliquées en leur consacrant un nombre plus significatif d'heures d'enseignement et en développant la pluridisciplinarité, en particulier au collège et au lycée, mais aussi par une sensibilisation dès la maternelle, notamment à travers des sorties terrain* ». Il recommande également de modifier et renforcer le GSE. C'est une proposition congruente de plusieurs rapports [29].

3.2 Développer la transparence dans la prise de décision

[454] Le rapport inter-inspections de décembre 2020 propose⁹⁹ d'adopter « *une politique d'exemplarité en matière de transparence dans la prise de décision en santé-environnement, en premier lieu en publiant a posteriori les votes français dans le cadre de la comitologie européenne* ». Il recommande par ailleurs d'intégrer dans la future stratégie nationale sur la santé-environnement un volet sur la communication et la formation permettant de sensibiliser les publics experts et profanes¹⁰⁰. Il suggère également de mettre l'accent sur la formation des professionnels et de sensibiliser le public scolaire. Enfin, dans le sens *bottom-up*, il souhaite que soit mieux associées les parties prenantes à la définition des priorités en SE [3].

3.3 Mieux structurer le débat public et partager l'information scientifique

[455] Le rapport d'évaluation du COP de l'ANSES 2018-2022 indique qu'une « *association étroite des parties prenantes et une large participation de la société civile et du grand public ne devraient pas être ressenties comme une atteinte à la place des experts et des scientifiques, mais au contraire comme une garantie que leur parole puisse être entendue* ». Il propose de nombreuses pistes pour développer des occasions d'échange entre expertise et société civile et notamment [2] :

⁹⁹ Proposition 28

¹⁰⁰ Proposition 30

- **Tenter de vulgariser la recherche** et de rendre plus compréhensibles les projets de recherche souffrant souvent d'un manque de diffusion des résultats auprès du grand public ;
- **Trouver des formes de partage.** On peut noter l'expérience intéressante du conseil national de l'alimentation (CNA), composé de toutes les parties prenantes des corps intermédiaires, bien au-delà des membres du Conseil d'administration ;
- **Envisager la mise en œuvre d'un portail commun** entre l'Anses et les autres instituts (IRSN, INRAE, INERIS ...) offrant une littérature exhaustive (documentation, avis, expertises...) et permettant d'y déposer des commentaires ;
- **Élaborer une communication pro-active** en utilisant les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, YouTube...), de façon moins institutionnelle et en animant davantage son site web.

[456] Le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et techniques de 2019 recommande notamment « *qu'une réflexion soit engagée pour mieux structurer le débat public sur les risques, en amont des prises de décision* » (proposition #12) et que « *en toute circonstance soient expliqués et clarifiés les résultats des évaluations de risques effectuées par les agences en particulier lorsque, comme dans le cas du glyphosate, il existe d'apparentes contradictions* » (proposition #13) [35].

3.4 Former les professionnels de santé

[457] Le rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale de 2020 met l'accent de son côté sur la formation des professionnels de santé et sur le rôle majeur de l'entreprise en la matière [34].

[458] Le rapport d'information du Sénat de 2021 propose de « *renforcer la formation en santé publique des professionnels de santé en y intégrant les questions de santé-environnement et créer un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de médecine en toxicologie environnementale* » et de « *charger Santé publique France de développer un site Internet pour le grand public consacré à la promotion de la santé environnementale dans la vie quotidienne, sur le modèle du site « Agir pour bébé »* ».

CHAPITRE 8 : L'EXERCICE DES MISSIONS DE SANTE- ENVIRONNEMENT PAR LES ARS

[459] Le pilotage territorial des politiques publiques en matière de santé-environnement a été confié aux ARS dès leur création. Inscrite au programme annuel 2011 de l'IGAS, une mission d'évaluation de la mise en œuvre de ces politiques par les ARS¹⁰¹ a été lancée un peu plus d'un an après la création de ces établissements publics et deux ans après l'entrée en vigueur du second plan national santé environnement interministériel (PNSE 2). Ce rapport a été réalisé peu après la création des ARS en 2010, une nouvelle évaluation serait utile pour estimer si la situation a évolué. Depuis lors quelques rapports parlementaires et d'inspections permettent d'actualiser certains des constats. Sauf précision contraire, les développements ci-dessous sont donc extraits du rapport de novembre 2011 et valaient à cette date.

1 Un large spectre de missions, essentiellement régaliennes et exercées pour le compte du préfet par des services spécialisés

1.1 Un large spectre de missions s'appuyant sur socle normatif dense

[460] **Les missions santé-environnement sont assises sur un socle normatif dense**, composé, si l'on se base sur les références citées dans l'instruction de 2011 relative aux missions santé-environnement des ARS¹⁰², de 105 articles législatifs et réglementaires concernant strictement les ARS et de 86 articles législatifs et réglementaires concernant les compétences des préfets, qui s'appuient le plus souvent sur le travail de l'ARS.

[461] **Le champ d'intervention des ARS concerne tous les risques**, tant biologiques que physiques, d'origine anthropique ou naturelle, au cours des activités domestiques, de travail ou de loisir. Il couvre notamment la qualité et la sécurité des eaux destinées à la consommation humaine ou de loisirs (ex. baignades, piscines...), la salubrité des logements et de certains établissements recevant du public, l'impact des activités humaines et des produits chimiques sur la santé (ex. nuisances sonores, pollution atmosphérique, activités industrielles...) et la lutte contre les espèces nuisibles (ex. moustiques, tiques, ambroisie...).

¹⁰¹ La mise en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) des politiques de santé-environnement - Rapport IGAS - Béatrice BUGUET, Anne BURSTIN, Bertrand DEUMIE – décembre 2011

¹⁰² INSTRUCTION N° DGS/EA/2011/406 du 26 octobre 2011 relative aux missions des Agences Régionales de Santé (ARS) dans le domaine de la santé environnementale

[462] Les missions des ARS en santé environnementale visent principalement à informer les populations sur les différents risques et à surveiller et réduire leur exposition.

Tableau 3 : Synthèse des missions des ARS en santé-environnement

Mission	Principales actions des ARS
Lutte contre l'habitat insalubre	Sensibiliser et former les personnels des mairies aux règles d'hygiène Contribuer à l'organisation de dispositifs de repérage de l'habitat indigne. Vérifier la salubrité des habitations et préparer les mesures de police associées
Qualité de l'air intérieur	Encourager la création de postes de conseillers médicaux en environnement intérieur. Participer à la gestion des situations de risque sanitaire révélées par les campagnes nationales de mesures réalisées dans les ERP (ex. crèches, écoles...)
Prévention du saturnisme ou des intoxications oxycarbonées	Assurer la sensibilisation des professionnels et des particuliers Réaliser les enquêtes environnementales à la suite de signalements (cas de saturnisme déclarés, signalement d'intoxication au CO, signalements correspondant à des risques d'exposition au plomb dans l'habitat en présence d'enfants) Prendre les mesures d'urgence
Prévention du risque amiante ou du risque radon	Sensibiliser le public, les élus, les professionnels Contrôler les établissements recevant du public (ERP), notamment sanitaires et médico-sociaux (dans les zones géographiques prioritaires s'agissant du radon)
Prévention des risques auditifs	Mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation et de prévention des risques liés aux expositions à haut niveau sonore (musique amplifiée) Contrôler et inspecter les établissements diffusant de la musique amplifiée
Protection des captages	Instruire la procédure de déclaration d'utilité publique (DUP) Inspecter les captages afin de s'assurer du respect des prescriptions fixées Emettre un avis pour prendre en compte les enjeux sanitaires dans les documents de planification (ex. schémas directeurs d'aménagement et de gestion des eaux, plan local d'urbanisme, schémas d'assainissement) et les projets (ex. demandes d'autorisation des rejets d'assainissement collectif, plans d'épandage de boues de stations d'épuration...)
Eau potable	Instruire les demandes d'autorisation pour la production et la distribution d'eau potable et les plans de gestion de la sécurité sanitaire des eaux (PGSSE) établis par les gestionnaires Organiser le contrôle sanitaire de l'eau potable (programme d'analyses), gérer les situations de non-conformités Proposer des stratégies d'actions pour réduire les situations de non-conformité (ex. instruire les demandes de dérogation des dépassements de limite de qualité) Informers les utilisateurs d'eau non potable sur les risques sanitaires que présente l'utilisation d'une eau non-potable. Instruire les demandes de dérogation au titre de l'article R.1321-57 du code de la santé publique.
Prévention de la légionellose	Sensibiliser les particuliers, les gestionnaires des ERP et les professionnels de santé Inspecter les établissements de santé et médico-sociaux

	Réaliser les enquêtes environnementales en cas de signalement de légionellose
Eaux conditionnées / thermales / Baignades / Piscines	Instruire les demandes d'autorisation d'exploiter et, le cas échéant, les demandes de déclaration d'intérêt public. Organiser et piloter le contrôle sanitaire correspondant (programme d'analyses) Inspecter les établissements et sites de baignades
Sécurité sanitaire des aliments	Assurer la surveillance sanitaire des gisements de coquillages pour la pêche à pied de loisir et contribuer aux contrôles en matière d'hygiène alimentaire. Assurer la gestion des alertes sanitaires en lien avec l'alimentation (ex. TIAC).
Impact des activités humaines	Donner un avis pour prendre en compte les enjeux sanitaires dans le cadre des dossiers d'autorisation de certaines activités (ex. ICPE, activités bruyantes, réhabilitation de sols pollués...)
Qualité de l'air extérieur	Sensibiliser le grand public aux recommandations sanitaires relatives à la qualité de l'air, aux pollens et aux moisissures Emettre un avis pour prendre en compte les enjeux sanitaires dans les documents de planification, d'urbanisme et d'aménagement du territoire (ex. plans de protection de l'atmosphère, plans de déplacement urbain...)
Rayonnements non ionisants	Participer à l'information du public et des élus locaux
Déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)	Participer à l'élaboration du volet « DASRI » du plan régional de prévention et de gestion des déchets (PRPGD) et organiser la filière d'élimination des DASRI diffus (libéraux, patients en auto-traitement). Conduire un programme d'inspection, notamment dans les établissements sanitaires et médico-sociaux
Rayonnements ionisants	Donner un avis sanitaire sur les dossiers relatifs aux installations nucléaires de base (INB) et informer les populations sur les éventuels risques sanitaires Diligenter et suivre les études épidémiologiques permettant d'évaluer les conséquences des expositions sur la santé des populations riveraines
Lutte antivectorielle	Sensibiliser le grand public, les collectivités et les professionnels Organiser la surveillance entomologique, en particulier autour des aéroports, et un contrôle de désinsectisation des aéronefs en provenance de zones à risques. Assurer l'intervention autour des cas signalés de maladie vectorielle

Source : *Igas d'après instruction 2011*

1.2 Des missions exercées principalement pour le compte du préfet

[463] Les activités des ARS en santé environnementale relèvent de :

- **la sécurité sanitaire** : surveillance des milieux, instruction de procédures administratives et délivrance d'avis sanitaires, inspection/contrôle, alerte, préparation et gestion de crise ;
- **la prévention et de la promotion de la santé** : expertise, planification et animation territoriale, communication, information et éducation à la santé.

[464] **Les attributions des ARS s'exercent principalement pour le compte du préfet** dans le cadre des dispositions des articles L.1435-1 et L.1435-2 du code de la santé publique qui prévoient que le préfet de département dispose, à tout moment, des moyens de l'ARS pour l'exercice de ses

compétences en matière de sécurité sanitaire. Les protocoles départementaux entre le préfet et le Directeur général de l'ARS (DG ARS), prévus à l'article R. 1435-2, précisent les modalités d'intervention des services de l'ARS pour le compte du préfet. Ainsi **les ARS sont chargées par la réglementation de préparer ou de mettre en œuvre les décisions préfectorales.**

[465] Le rapport de l'IGAS de 2011 prenait l'exemple du contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine pour illustrer cette organisation. Celui-ci est, aux termes de l'article L.1321-5 CSP, une compétence de l'Etat, dont l'organisation est confiée au directeur général de l'ARS. L'ARS est responsable de l'inspection des installations, du contrôle des mesures de sécurité sanitaire mises en œuvre comme de la réalisation d'un programme d'analyses de la qualité de l'eau. C'est cependant à l'autorisation du préfet qu'est soumise l'utilisation de l'eau en vue de la consommation humaine pour la production, la distribution et le conditionnement (article L.1321-7 CSP notamment). La décision préfectorale repose intégralement sur le travail de l'ARS, celle-ci ayant l'obligation de transmettre au préfet de département les données portant sur la qualité de l'eau (art. L.1321-9 CSP), de désigner pour l'étude du dossier l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique (art. R.1321-6 CSP), d'établir à l'attention du préfet un rapport de synthèse (art. R.1321-7 CSP), et de faire effectuer des analyses de vérification de la qualité de l'eau produite avant la mise en service de l'installation (art. R.1321-10 CSP).

[466] **Les compétences propres de l'ARS en matière de santé environnement sont essentiellement les missions de prévention et de promotion de la santé** (ex. actions de sensibilisation aux risques sanitaires, actions de plaidoyers sanitaires dans les projets d'aménagement, animation territoriale, contrats locaux de santé...), ainsi que des compétences de moyens et de mise en œuvre (ex. marchés publics, agrément des opérateurs, synthèses et rapports...) permettant au préfet dans les domaines considérés d'exercer ses pouvoirs de décision.

1.3 Le champ santé-environnement représente entre 70 et 80 % des missions d'inspection-contrôle des ARS

[467] Dans ses rapports annuels portant sur les missions d'inspection-contrôle des ARS, l'IGAS notait en 2016 que **le secteur santé-environnement représentait entre 70 % et 80 % des inspections-contrôles menées par les ARS entre 2014 et 2016**. En 2018, l'IGAS constatait également que l'activité d'inspection et de contrôle diminuait dans les secteurs autres que la santé-environnement, ce qui tendrait à renforcer encore le poids relatif de ce champ dans la politique d'inspection-contrôle des ARS¹⁰³.

¹⁰³ L'IGAS estimait que le changement de modalités de collecte des données d'inspection des ARS (passage à SIICEA) et l'hétérogénéité des pratiques de remplissage, notamment dans le champ santé-environnement, rendait les comparaisons difficilement interprétables avec les années antérieures.

Tableau 4 : Evolution de la part des inspections/contrôle des ARS par champ d'inspection

Secteur d'intervention	2014	2015	2016
Eaux destinées à la consommation humaine	17,77 %	13,75 %	7,67 %
Eaux de loisirs	10,60 %	6,62 %	3,97 %
Thermes	0,10 %	0,07 %	0,07 %
Habitat/santé	26,84 %	26,45 %	44,93 %
ERP/santé	4,76 %	3,00 %	3,30 %
Environnement extérieur	2,00 %	2,01 %	2,45 %
Désinsectisation des aéronefs	10,10 %	20,67 %	17,15 %
Total santé-environnement	72,17 %	72,57 %	79,54 %
Prévention promotion de la santé	0,16 %	0,15 %	0,19 %
Soins ambulatoires	11,84 %	10,50 %	7,71 %
Soins hospitaliers	7,54 %	7,31 %	4,88 %
Professions de santé	0,01 %	0,13 %	0,03 %
Médico-social	8,28 %	9,34 %	7,65 %
Total	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Nombre total d'inspections-contrôles	23 103	25 088	30 037

Source : MPIC

[468] Des systèmes d'information spécialisés ont ainsi été progressivement structurés afin d'assurer une gestion des nombreuses données collectées ou recueillies par les ARS, notamment dans le cadre de leurs missions de contrôles.

Tableau 5 : Principaux systèmes d'informations alimentés par les ARS en santé-environnement

Nom du système	Missions
SISE-Eaux ¹⁰⁴	Gestion des données du contrôle sanitaire des eaux du robinet, embouteillées, thermales et de piscine
SISE-Eaux de baignades	Gestion des données du contrôle sanitaire des sites de baignade autorisées
SI Santé-Habitat	Gestion et suivi des signalements et des procédures administratives liés à la lutte contre l'habitat indigne, notamment le traitement de l'insalubrité
SI ICEA	Outil mutualisé de suivi des inspections-contrôle des ARS utilisé notamment en santé-environnement pour le suivi des risques amiante, bruit, DASRI, radon et légionelles dans les établissements recevant du public
SI-LAV	Gestion des données de la lutte antivectorielle (surveillance entomologique, traitements larvicides et adulticides...). Le SI-LAV est interconnecté avec l'outil Voozarbo de SPF assurant le suivi des cas d'arboviroses à déclaration obligatoire (dengue, chikungunya...)

Source : Mission

¹⁰⁴ SISE-Eaux et SISE-Eaux de baignade devraient être refondus dans le projet Aquasise

1.4 Des missions essentiellement exercées par les corps techniques de la filière du génie sanitaire

[469] Les missions de santé-environnement sont principalement exercées en ARS par des services spécialisés composés de quatre corps :

- **les ingénieurs du génie sanitaire (IGS)**, corps de catégorie A, exercent généralement les fonctions de chef du service santé-environnement dans les délégations départementales et d'animation des politiques régionales au siège ;
- **les ingénieurs d'études sanitaires (IES)**, corps de catégorie A, ont vocation à occuper les postes d'encadrement technique de thématiques relevant de la santé-environnement. En général, on constate au niveau départemental la présence d'un IGS et de plusieurs IES. Certains IES sont également présents au niveau régional dans des fonctions de coordination et d'animation ;
- **les techniciens sanitaires (TS)**, corps de catégorie B, sont les personnels les plus nombreux au sein des services santé-environnement. Ils participent à l'exécution des missions relevant de la santé-environnement et sont habilités, à l'instar des corps d'IGS et d'IES, à mener des travaux d'inspection ;
- **les adjoints sanitaires (AS)**, corps de catégorie C, sont plus spécifiquement voués au recueil des données relatives aux milieux de vie. En particulier, les adjoints sanitaires sont historiquement chargés des tâches de prélèvement d'eau potable et de lutte antivectorielle dans les territoires ultramarins.

2 En 2011, un rapport de l'IGAS dressait un état des lieux complet de la mise en œuvre par les ARS des politiques de santé-environnement

[470] Compte tenu des enjeux sanitaires majeurs qui se rapportent à la santé-environnement et des débats qui avaient entouré le rattachement des compétences correspondantes aux ARS, l'IGAS avait inscrit à son programme annuel 2011 une mission relative à la mise en œuvre par les ARS des politiques de santé-environnement dont la synthèse est reproduite dans l'encadré ci-après. Outre l'analyse globale de l'intégration de la santé environnement dans les stratégies régionales de santé, de l'organisation et de l'exercice effectif des missions, elle avait choisi d'approfondir deux politiques particulières : la politique relative à l'eau d'alimentation et la politique de délivrance d'avis sanitaires (évaluation de risques sanitaires des études d'impact, urbanisme et gestion des situations de sites et sols pollués).

[471] Cet état des lieux complet n'a pas été renouvelé depuis.

Synthèse du rapport relatif à la mise en œuvre par les ARS des politiques de santé-environnement (2011)

L'intégration de la santé environnement (SE) dans les ARS offre des potentialités inégalement concrétisées, et comporte des fragilités réelles. Les ARS ont fait des choix contrastés d'organisation et d'investissement dans les différents domaines de la santé-environnement et rencontrent, dans la ligne des DDASS/DRASS, des difficultés croissantes d'ajustement entre missions et moyens. Différentes solutions organisationnelles ou des transferts de compétence ponctuels peuvent atténuer ces tensions, mais ne peuvent dispenser d'arbitrages nationaux clairs sur les missions comme sur les moyens des services santé-environnement au sein des ARS.

LA SANTE-ENVIRONNEMENT DANS LES ARS : DES POTENTIALITES A CONCRETISER, DES FRAGILITES REELLES

L'impact majeur des déterminants environnementaux sur la santé trouve une reconnaissance croissante, après des cheminements parfois longs marqués par des crises à la suite d'alertes non prises en compte. La santé-environnement est l'une des cinq préoccupations majeures énoncées par la loi du 9 août 2004, laquelle a conduit la même année à l'élaboration d'un premier plan national santé-environnement interministériel (PNSE 1), en lien avec le caractère profondément interministériel et intersectoriel de ces politiques. [...]

Les enjeux sanitaires comme la place accordée par la loi HPST aux ARS dans les dispositifs de veille et d'alerte ont conduit à rattacher les missions de santé-environnement aux agences. Ces missions reposent sur un socle normatif dense pour partie induit par le droit européen ; elles englobent des domaines d'intervention très divers regroupés depuis 2004 en trois blocs ; alimentation et eau (de boisson et de loisirs), espaces clos (habitat, air intérieur) et environnement extérieur (air, impact des pollutions industrielles ou agricoles). Elles reposent sur des leviers eux aussi diversifiés : programmation, procédures d'autorisation, contrôle sanitaire, inspections, production d'avis sanitaires, actions variées de sensibilisation et de prévention, collecte et valorisation de données.

Les missions des ARS conditionnent dans ce domaine l'exercice des compétences régaliennes du préfet de département. Le maintien des services correspondants sous l'autorité des préfets ayant été écarté au profit des ARS, il est impératif que celles-ci soient en mesure de garantir aux préfets une capacité d'expertise sanitaire forte, déployable en particulier en cas de crise.

Le modèle ARS présente des potentialités intéressantes pour l'exercice des missions de santé environnement, notamment :

- l'opportunité d'une intégration des politiques santé-environnement dans une stratégie régionale de santé et dans une institution ayant vocation à une gestion décloisonnée des politiques sanitaires ;
- la possibilité d'une plus grande autonomie dans l'appréciation et l'expression des impacts sanitaires.

Ces potentialités sont aujourd'hui inégalement concrétisées :

- les stratégies régionales de santé et les outils transversaux des agences accordent une place disparate aux enjeux de santé-environnement ;

- les bénéfices du découplage de la santé-environnement et de la régionalisation (pilotage, harmonisation) peuvent être contrebalancés par des choix d'organisation et d'allocation d'effectifs très déstabilisants ; la transversalité affirmée est nettement asymétrique dans certaines régions, où la santé environnement est privée d'effectifs nécessaires à l'exercice des missions socles ;
- la capacité des ARS à faire valoir le point de vue sanitaire en matière d'enjeux environnementaux s'affirme progressivement dans une partie des régions, notamment dans les instances inter-administratives. Il importe cependant qu'au-delà des circonstances d'urgence sanitaire dans lesquelles les préfets conservent la maîtrise de la communication publique, les ARS renforcent leur investissement encore très inégal dans le porter à connaissance des données de santé environnement et contribuent à nourrir la prise de conscience des enjeux et des risques et la démocratie sanitaire ;
- le rôle d'impulsion des ARS sur les autres acteurs du champ de santé-environnement est nécessaire en l'absence de pouvoirs propres dans beaucoup de domaines et au regard de l'impact sanitaire de certaines politiques (agriculture, aménagement, urbanisme, pratiques industrielles ...). Ce rôle, aujourd'hui développé via des outils comme les PRSE et les commissions de coordination des politiques publiques, doit être conforté. Par ailleurs, l'absence d'outils juridiques dans ces champs ne doit pas conduire les ARS à se replier sur leurs compétences "naturelles", en particulier le domaine sanitaire, sous peine d'isolement.

En contrepoint de ces leviers potentiels à amplifier, la mise en place des agences comporte des fragilités réelles.

Le positionnement des services santé-environnement dans les agences régionales de santé a mécaniquement placé ces services hors de la chaîne hiérarchique qui lie, dans les départements et les régions, les services déconcentrés de l'Etat et l'autorité préfectorale. L'organisation institutionnelle créée donc une situation dans laquelle le préfet détient l'essentiel des pouvoirs finaux de décision et les responsabilités afférentes, mais n'a pas d'autorité sur les services de préparation et de mise en œuvre.

La loi donne certes au préfet la disposition des services, puisqu'il a selon les cas « à tout moment la disposition des moyens de l'agence », les services de l'agence placés en cas de crise « pour emploi » sous son autorité, ou pour les missions d'inspection la disposition des services « en tant que de besoin ». Mais le cadre réglementaire ne précise pas la portée de ces dispositions. Les protocoles départementaux préfets-ARS auxquels il renvoie constituent un cadre conventionnel peu propice à la recherche de solutions institutionnelles et qui, insuffisamment guidés par la réglementation, n'y suffisent effectivement pas : Même en cas de crise, le « placement pour emploi », des services de l'agence « sous l'autorité du préfet » n'est traduit que dans une minorité de protocoles par une maîtrise donnée au préfet des moyens qu'il juge nécessaire d'engager.

La rupture créée dans la chaîne de décision se double d'un problème de responsabilité. Le mécanisme prévu de délégations de signature du préfet de département au directeur général de l'ARS est en effet juridiquement fragile : il conduit l'autorité préfectorale à déléguer sa signature hors d'un circuit hiérarchique, sans s'exonérer des responsabilités afférentes.

Les analyses et constats relatifs aux protocoles préfets-ARS conduisent la mission à recommander l'apport de précisions réglementaires sur des points majeurs, particulièrement les conditions dans lesquelles, en situation de crise telle que définie par la loi, les services de l'ARS sont placés pour emploi sous l'autorité du préfet. Au-delà, à cadre institutionnel constant, il est nécessaire de conforter la cohérence de la chaîne de décision issue de la loi HPST pour la mise en œuvre des pouvoirs régaliens.

Enfin, l'absence de tout cadre imposant de positionner au moins pour partie les services santé-environnement en délégation territoriale constitue un risque réel de fragilisation de cet échelon, même si ce risque ne se réalise que dans une minorité de cas aujourd'hui. En conséquence, la mission propose de compléter l'architecture institutionnelle par un encadrement du positionnement territorial des services santé-environnement.

DES CHOIX CONTRASTES D'ORGANISATION ET D'INVESTISSEMENT DES DIFFERENTS DOMAINES DE SANTE-ENVIRONNEMENT, ET DES DIFFICULTES CROISSANTES D'AJUSTEMENT MISSIONS/MOYENS

Les choix opérés par les directions générales des agences en matière d'organisation des services et d'allocation des moyens conditionnent fortement tant l'intégration de la santé-environnement dans la stratégie régionale de santé que la réalisation ou non des risques générés par l'architecture institutionnelle. Ils influent de façon déterminante sur la capacité des équipes à investir le large champ des missions dans un contexte de tensions missions/moyens accrues.

Dans la plupart des ARS, l'organisation a, tout à la fois, recherché le décroisement des services santé-environnement en les intégrant dans des services plus larges, en général de veille et sécurité sanitaire, et la préservation de la cohésion des équipes pour des raisons d'efficacité comme de clarté des relations avec le préfet. Dans d'autres cas plus rares, les équipes ont été dispersées dans plusieurs services et les articulations régional/ départemental repensées, ce qui a déstabilisé, puis a demandé des ajustements significatifs et une réévaluation de l'organisation initiale qui durent encore. Les options de plus ou moins grande régionalisation des équipes et des fonctionnements ont conduit à ce que le siège représente parfois une proportion significative des équipes, au risque de les éloigner du terrain et de compromettre les relations partenariales locales.

Dans les régions visitées par la mission, s'opposent des situations de relative stabilité des organisations comme l'Aquitaine, l'Ile-de-France et le Centre et des régions marquées par des réorganisations fortes, Pays de la Loire et Midi-Pyrénées. La mission note par ailleurs dans quelques régions, la diffusion d'un schéma qui lui semble préjudiciable : un chef de service SE pour deux délégations territoriales. Les organisations peuvent légitimement différer. La mission souligne toutefois que les choix de dissémination ont eu des effets déstabilisants ; qu'il est possible de les maîtriser grâce à une organisation rigoureuse mais aussi en étant particulièrement attentifs aux moyens des services, notamment départementaux. Dans la version intégrée de la santé-environnement, il est en effet impératif de veiller à une balance intégration/préservation des politiques socles équilibrée, en n'affaiblissant pas les équipes chargées des missions de base. La conjonction de nouvelles organisations et de baisses d'effectifs est en revanche très pénalisante. C'est ce qui explique que les choix d'organisation de Midi-Pyrénées aient eu un fort impact anxiogène sur l'ensemble des équipes de santé-environnement françaises.

Les évolutions d'effectifs témoignent également d'options contrastées dans la préservation des équipes de santé-environnement. Dans le contexte de tensions missions-moyens que la circulaire santé-environnement de 2004 tentait déjà pour partie d'amoindrir, l'évolution tendancielle est une baisse depuis 2009. Y échappent quelques régions, au moins en évolution faciale des postes budgétaires (Ile-de-France, Rhône-Alpes), alors que certaines régions et en premier lieu Midi-Pyrénées affichent au contraire des baisses nettement plus accentuées que la moyenne avec quelques situations départementales de grave sous-effectif.

L'analyse des effectifs, comme l'examen des réflexions récurrentes des services afin de préserver autant que possible l'adéquation missions/moyens, soulignent la difficulté croissante des équipes à investir l'ensemble du champ des missions et à les mener à bien. Outre les situations les plus critiques qui conduisent à des arbitrages radicaux en termes de non-exécution de tâches, la mission a constaté la difficulté à atteindre partout les exigences réglementaires et a fortiori un optimum sanitaire. Elle relève un retard y compris dans les champs prioritaires pointés par les CPOM des agences que sont la qualité de l'eau d'alimentation et la lutte contre l'habitat insalubre. La mission note de surcroît un risque de désinvestissement plus marqué des missions de prévention parfois moins contraintes par le cadre normatif et demandant, par souci d'effectivité, un investissement en temps parfois significatif en amont des mesures administratives (avis sanitaires notamment en matière d'urbanisme et d'aménagement, mais parfois aussi en matière d'installations classées, actions de prévention par exemple contre les intoxications au monoxyde de carbone ou contre le bruit). Elle relève enfin que les contraintes budgétaires pèsent sur la prise en charge des populations dans certaines situations de crise sanitaire (sites pollués).

Ce contexte de profonde réorganisation du travail et d'arbitrages constants sur les modalités de priorisation des investissements est marqué au surplus par un regrettable recul de la fonction d'animation et de mutualisation nationale et interrégionale. L'architecture nationale de liens très étroits et souvent pertinents entre les professionnels de santé environnement a subi un coup d'arrêt qui pèse tant sur des options stratégiques - position des ARS en matière de pilotage des PRSE- que sur des choix techniques de priorisation -absence de cadrage national en matière d'urbanisme - ou sur la préservation des référents nationaux en charge de systèmes d'information ou de sujets de pointe. Il est impératif que la dynamique de réseau soit restaurée et que les professionnels échappent à une forme d'isolement qui les conduit souvent à improviser localement et en parallèle des démarches similaires qui s'ignorent.

LES POSSIBILITES REELLES MAIS LIMITEES DES GAINS ORGANISATIONNELS OU STRUCTURELS : ENONCER DES CHOIX ET LES ASSUMER

Face à la difficulté des services santé-environnement à assumer l'ensemble de leurs missions dans un contexte contraint par les objectifs de restriction d'ores et déjà fixés aux agences dans le cadre de leur CPOM, il est impératif que tous les axes possibles de progrès soient recherchés. Une part d'entre eux réside dans des solutions organisationnelles déjà esquissées par les DDASS- DRASS et plus récemment par les ARS, mais qui peuvent encore être développées (mutualisation, externalisation, priorisation et mobilisation plus fréquente de leviers régaliens coercitifs). Les apports de ces choix d'organisation ne doivent cependant pas être surévalués dans la mesure où ils ne peuvent être mis en œuvre que pour une part des missions et créent d'autres tâches (supervision des prestataires, pilotage renforcé); les possibilités d'externalisation sont contraintes par la nécessité d'éviter les pertes de compétences. et par le dimensionnement limité et en contraction des budgets de santé-environnement.

Il paraît dès lors nécessaire de poser la question du champ des missions et du cadre normatif qui régit l'action des SSE. Il faut en effet éviter de faire durer une situation dans laquelle le fossé se creuse entre les exigences des textes et les capacités des équipes à y répondre. La mission a exploré les possibilités, limitées, de restriction du champ des missions. Elle a testé des hypothèses de transferts circonscrits de compétences vers d'autres acteurs. La montée en puissance des collectivités locales sur différents champs serait souhaitable et peut être encouragée à travers des dispositifs de contractualisation ou par des actions de transferts de connaissances (formations, appui initial), elle a cependant des limites, à cadre institutionnel constant. En ce qui concerne les services de l'Etat, un partage des rôles différent peut-être envisagé avec les DREAL, dans un contexte où le ministère de l'environnement, du développement durable, des transports et du logement (MEDDTL) est porté par la dynamique du Grenelle de l'environnement et s'intéresse à la dimension santé-environnement. Là encore, les marges sont cependant réduites si l'on ne veut pas fragiliser le modèle même de l'ARS.

Pour ces raisons et après avoir exploré l'intérêt mais aussi les limites des possibilités d'optimisation de méthode et de champ, il est nécessaire, pour assurer une mise en œuvre effective et durable des missions de santé-environnement et le respect des protocoles signés avec les préfets-de département, de garantir dans les services qui en ont la charge au sein des ARS une base de moyens. Au sein des ARS, ont été légalement prévus des dispositifs prévenant les risques d'absorption, par le secteur du soin, des moyens du médico-social et de la prévention. La santé-environnement, bien plus encore que le secteur médico-social, court dans les nouvelles structures le risque d'être ponctionnée quelle que soit la conscience qu'ont la grande majorité des directeurs généraux d'ARS des enjeux qu'elle comporte ; le poids du secteur des soins peut inciter des ARS à des décisions de réaffectation, d'autant qu'en santé-environnement, les conséquences de sous-investissements ou de désengagements peuvent se manifester de façon violente mais différée. Même les préfets n'ont au travers des protocoles tels qu'ils ont été signés qu'une visibilité très imparfaite sur les actions menées et les moyens engagés, bien que ces moyens conditionnent la prévention et le règlement de crises sanitaires.

Or, les tensions missions-moyens existantes excluent déjà dans nombre de départements l'exécution de missions imposées par le socle réglementaire et les objectifs sanitaires. De plus, le produit combiné de l'histoire et de décisions récentes laisse, dans une fraction des départements, les services en sous-effectif particulièrement accusé. Enfin, les services santé-environnement qui sont globalement de petite taille (moins de 50 ETP techniques pour toute la région dans près de la moitié des régions, 13 % en moyenne de l'effectif de chaque ARS) sont particulièrement sensibles aux évolutions d'effectifs, et le relatif équilibre encore préservé dans un certain nombre de régions ne résisterait pas, si elles l'impactaient, à des baisses supplémentaires potentiellement induites par les perspectives CPOM.

Sans mésestimer l'importance d'un pilotage régional, il convient donc, prioritairement au niveau des délégations territoriales, de définir un effectif socle permettant d'effectuer raisonnablement les missions imparties, sans exclure des tensions missions-moyens aussi ponctuelles que possible mais sans contraindre à des abandons au moins partiels du champ.

Enfin, les politiques de santé-environnement ont besoin tout à la fois d'un travail en réseau basé sur la mutualisation nationale d'expertises de terrain, et d'un pilotage national actif qui souligne auprès des directeurs d'agence leurs responsabilités en matière de santé-environnement.

3 Depuis, les rapports évoquent un bilan mitigé de l'intégration de la santé-environnement dans les ARS et confirment certains constats émis en 2011

3.1 Une intégration légitime mais encore insuffisante de la santé-environnement dans les ARS

[472] Le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS)¹⁰⁵ en 2021 rappelait, comme le rapport IGAS de 2011, que l'inclusion des problématiques de santé environnement au sein des ARS n'était pas apparue comme une évidence à leur création, et que la santé environnementale aurait également pu être maintenue sous l'autorité préfectorale, du fait de ses liens étroits avec les enjeux d'ordre public, de son caractère profondément interministériel et de la nécessité de contacts rapprochés avec les collectivités territoriales.

[473] **Ce rapport considère que l'approche de santé globale affirmée dans le cadre de la loi dite de modernisation de notre système de santé de 2016 et la mise en œuvre de la démarche Une seule santé confirment aujourd'hui la pertinence de ce choix initial [32].**

[474] L'intégration de la santé environnementale dans les ARS permet en effet de travailler sur l'ensemble des facteurs de santé, d'opérer un véritable décloisonnement de ces problématiques et de faire prévaloir le point de vue sanitaire en matière d'enjeux environnementaux.

[475] Ainsi, **l'action des services santé-environnement a été utilement potentialisée et élargie par l'appui sur les outils globaux de l'ARS** (ex. projet régional de santé, contrats avec les établissements sanitaires et médico-sociaux, contrats locaux de santé...). Les enjeux de santé-environnement sont notamment bien représentés dans les contrats locaux de santé.

[476] Pour autant, plusieurs rapports de l'IGAS et rapports parlementaires concluent à un bilan mitigé quant à l'intégration de la santé-environnementale dans les politiques de santé et évoquent plusieurs constats forts :

- **La prédominance des missions régaliennes réalisées pour le compte du préfet** au détriment des missions de prévention ;
- **La conciliation parfois difficile des projets régionaux de santé et des plans régionaux santé-environnement**, compte tenu des différences de calendrier, de pilotage et de parties prenantes ;
- **Le déséquilibre missions/moyens dans les services santé-environnement** qui ne permet pas toujours de s'investir dans des projets de prévention ;

¹⁰⁵ Rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) sur les agences régionales de santé - Assemblée nationale - juin 2021

- **L'autonomie des services santé-environnement** qui ont longtemps été considérés comme composés de personnels techniques très investis dans leur mission mais aussi relativement cloisonnés et peu ouverts sur les autres dimensions des politiques de santé.

[477] Lors de son audition par la MECSS, le syndicat national des professionnels de santé environnementale avait ainsi dressé un constat sans appel sur la place dévolue à la santé environnementale en ARS. Il estimait que cette place apparaissait minime en dehors des missions effectuées pour le compte du préfet, qui ne laissaient que très peu de place à des politiques de santé environnementale pensées au niveau régional, dans un contexte de moyens restreints.

3.2 Une affirmation des enjeux sanitaires dans les autres politiques publiques qui n'est pas encore acquise

[478] Les compétences des ARS en matière de santé environnementale sont probablement celles qui les conduisent à **agir de la manière la plus transversale**, car elles portent sur des politiques publiques très diverses (aménagement du territoire ; urbanisme ; pollutions industrielles ou agricoles). Toutefois, selon la MECSS, **les ARS ne parviennent toujours pas à faire de la santé environnementale le pilier de leur politique de prévention et de promotion de la santé** qu'elle devrait constituer. Selon le rapport d'information du Sénat de 2021¹⁰⁶, « *cet enjeu pose évidemment la question des moyens dont disposent les ARS pour conjuguer leurs missions régaliennes en santé-environnement, liées aux contrôles et à la réglementation, qui restent essentielles, et les besoins d'information du public, d'expertise et d'animation territoriale* » [33].

[479] Le rapport de l'IGAS en 2011 soulignait également que l'autonomie de l'ARS peut lui conférer une réelle aptitude à produire des avis sanitaires indépendants du poids des intérêts locaux ou économiques sur de nombreux projets (industriels, agricoles, d'aménagement ou d'urbanisme ou encore de dépollution de sites et sols pollués). Or, **l'impact des avis sanitaires des ARS reste limité dans la mesure où ces avis ne sont adressés qu'au préfet et aux services instructeurs** et interviennent en outre trop tardivement dans le processus de décision. La publicité des avis émis par les ARS, demandée de longue date par de multiples intervenants, n'est pas mise en œuvre aujourd'hui.

3.3 Des tensions persistantes entre missions et moyens

3.3.1 Une baisse des effectifs depuis 2010, moins marquée que la baisse moyenne des effectifs des ARS, mais une augmentation dans les délégations départementales

[480] Le rapport IGAS de 2011 estimait que les effectifs, trop contraints et en baisse, des services santé-environnement des ARS ne leur permettaient pas d'exercer leurs missions, moins encore de peser sur les milieux de vie conformément aux orientations en vigueur, et à la finalité des politiques de santé-environnement.

¹⁰⁶ Rapport d'information sur les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale - Sénat - mars 2021

[481] **Ce constat reste a priori d'actualité.** La baisse globale des effectifs des ingénieurs du génie sanitaire (IGS), ingénieurs d'études sanitaires (IES) et techniciens sanitaires (TS) s'est poursuivie entre 2014 et 2019, respectivement de 4 %, 9 % et 2 % pour ces trois corps, selon les données produites par le rapport de la MECSS précité [32], sans s'accompagner d'une diminution des missions associées.

[482] **Cette évolution à la baisse est toutefois moins défavorable que celle des effectifs totaux des ARS** qui, entre 2012 et 2018, ont diminué de 9 % selon le même rapport. Ainsi, selon l'enquête activité de la DFAS, **la part des ETP du domaine santé-environnement dans les effectifs des ARS a légèrement augmenté, passant de 8,8 % en 2014 à 9,2 % en 2018.**

Tableau 6 : Evolution des effectifs des IGS, IES et TS entre 2014 et 2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Evolution 2019/2014
IGS	206	195	191	187	190	197	-4 %
IES	315	318	298	300	285	287	-9 %
TS	656	651	659	666	673	643	-2 %

Source : rapport MECSS [32]

[483] Selon les données de la même source, une évolution positive caractérise toutefois l'affectation de ces personnels, positionnés plus souvent désormais en délégation territoriale : les effectifs affectés dans les délégations départementales ont augmenté de 19 % et de 7 % pour les IGS et les TS et baissé de 3 % et 22 % pour les IES et les AS entre 2014 et 2018.

[484] La baisse des effectifs est particulièrement marquée pour les adjoints sanitaires probablement en raison de la généralisation de l'externalisation des prélèvements d'eau pour le contrôle sanitaire. Une partie des postes d'adjoints sanitaires a pu être transformée en postes de techniciens sanitaires expliquant ainsi la trajectoire inverse des effectifs de ce corps et témoignant également une évolution qualitative des effectifs des ARS.

Tableau 7 : Evolution des effectifs des IGS, IES, TS et AS dans les délégations territoriales entre 2014 et 2018

	2012	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution 2018/2014
IGS	93	90,2	NC	103,6	98,3	107,1	19 %
IES	222,11	226,5	NC	230,1	225,2	220,6	-3 %
TS	538,4	523,2	NC	554,2	542	562,2	7 %
AS	272,5	242,5	NC	214	201	188,6	-22 %

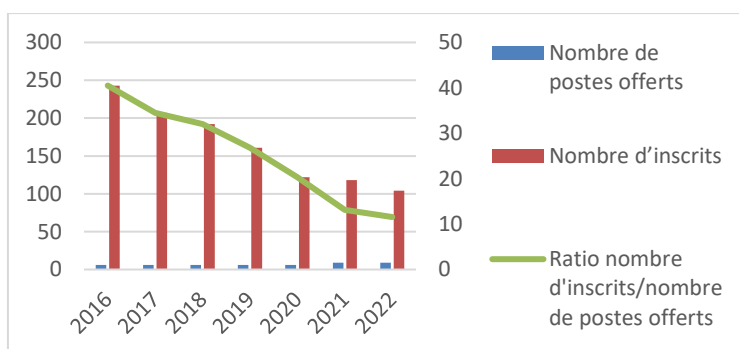
Source : rapport MECSS [32]

[485] En outre, il convient de noter que **l'attractivité de la filière baisse**, alors même que les enjeux de santé-environnementale constituent des enjeux sociétaux croissants. A titre d'exemple, le nombre d'inscrits au concours externe IES a diminué de 57 % entre 2016 et 2022. La même tendance est observée pour le concours IGS avec une baisse de 40 % entre 2015 et 2020. Cela induit mécaniquement une baisse de la sélectivité des concours IGS/IES. Pour le concours IES, il y avait ainsi 41 candidats par poste ouvert au concours en 2016 contre 12 candidats en 2022.

[486] Ce constat est également partagé s'agissant des concours d'autres corps des ministères sociaux (ex. inspecteur des affaires sociales, médecin inspecteur de santé publique).

[487] Ces difficultés renvoient à la **difficulté globale des ARS à recruter certaines compétences techniques pointues**, parfois dans des domaines émergents, comme le numérique ou l'analyse de données, mais également dans des métiers historiques du ministère pour lesquelles les corps ministériels, notamment celui des médecins inspecteurs de santé publique, sont parfois en très grande difficulté et ne reçoivent qu'un nombre insuffisant de candidatures aux concours.

Graphique 2 : Evolution du nombre d'inscrits et de la sélectivité au concours externe IES



Source : Rapports jurys de concours IES – Traitement Igas

3.3.2 Des moyens budgétaires modestes au regard d'autres interventions publiques

[488] Selon un rapport inter-inspections de 2022, **les budgets de santé-environnement, couverts par le fonds d'intervention régional (FIR) des ARS, sont en constante augmentation** ces dernières années passant de 31,1 M€ en 2018 à 40 M€ en 2021. Ils financent de nombreuses actions rattachées au dispositif de lutte antivectorielle¹⁰⁷, à la promotion de la nutrition santé hors lutte contre l'obésité, à la prévention des risques liés à l'environnement (protection des eaux, habitat, milieux intérieurs...), à la prévention de l'antibiorésistance (identification spécifique à partir de 2021) [1].

[489] Toutefois, **ces crédits restent très modestes au regard de l'enveloppe FIR**, et plus encore dans l'absolu. Ils représentent moins de 1 % de l'enveloppe totale du FIR en 2021 (4,4 Md€).

[490] Au sein du FIR, ils représentent 5 % de l'enveloppe réservées aux actions de prévention (784M€), alors que, selon l'OMS, 23 % des décès et 25 % des pathologies chroniques dans le monde peuvent être attribués à des facteurs environnementaux et comportementaux (qualité de l'air, de l'eau, de l'alimentation, modes de vie, etc.).

¹⁰⁷ La mission de lutte antivectorielle a été recentralisée en 2019 et confiée aux ARS.

4 Des recommandations visant à renforcer l'intervention des ARS en santé-environnement

[491] Les rapports parlementaires et d'inspections récents formulent parallèlement des recommandations sur la mise en œuvre des politiques de santé-environnement qui s'inscrivent dans des orientations similaires.

4.1 Être en capacité d'éclairer davantage le débat public en développant et mettant à disposition du public les connaissances sanitaires

[492] Il est attendu que les ARS renforcent leurs actions en matière de production et de diffusion des connaissances et des données relatives à la santé-environnementale. Cette orientation pourrait se traduire par :

- **Le lancement d'études locales** permettant de caractériser des risques environnementaux pour la santé ;
- **Le renforcement de moyens consacrés au financement d'actions de prévention** et de sensibilisation aux risques mises en œuvre par le secteur associatif ;
- **La généralisation des observatoires régionaux en santé-environnement**, en s'appuyant sur les ORS, pour améliorer les états des lieux en santé-environnement et contribuer à définir des politiques de prévention adaptées ;
- **La mise en place dans chaque région d'un portail d'information et centre de ressources régionales** en santé environnementale, assurant notamment la collecte et le suivi de données territoriales et garantissant l'accessibilité du public à ces données ;
- **Le développement des sciences participatives** pour associer l'ensemble des personnes concernées au recueil des données sur un territoire ;
- **Le développement et la publicité des évaluations d'impact sur la santé (EIS)** sur les grands projets d'aménagement envisagés par les collectivités territoriales.

4.2 Conforter les effectifs des ARS, en renforçant les effectifs des délégations départementales

[493] Comme le rapport IGAS de 2011, certains rapports parlementaires récents ont appelé à conforter les effectifs de santé-environnement dans les ARS, notamment dans les délégations départementales, pour renforcer leurs compétences en matière d'inspection-contrôle et d'appui au profit des collectivités territoriales [29] [33]. Il s'agit d'améliorer la prise en compte de la santé-environnement dans leurs politiques. **Un cadre de référence proposant un modèle-cible de répartition des missions et des compétences entre les délégations départementales et le siège des ARS a été proposé par la MECSS [32].**

[494] En outre, l'enjeu d'attractivité des métiers de la santé-environnement est souligné dans plusieurs rapports parlementaires. Il est notamment proposé **de favoriser une politique ambitieuse de recrutement et d'attractivité des métiers** au sein des délégations départementales

et d'organiser des concertations en vue de revitaliser les métiers traditionnellement liés à l'environnement et au territoire en mettant en valeur leur pertinence pour les problématiques de santé environnementale.

4.3 Envisager des transferts de compétences pour mieux articuler leurs interventions avec les services de l'Etat et les collectivités territoriales

[495] Dans un contexte d'enchevêtrement des compétences (cf. chapitre 4) et de tensions missions/moyens, l'évolution de la répartition des missions entre les acteurs de santé-environnement est régulièrement posée. Les indications des instructions en santé environnementale (2004, 2011) identifient les missions pour lesquelles un transfert vers d'autres services de l'Etat ou des collectivités, une sous-traitance ou une suppression était souhaitable et possible. L'IGAS recommandait également en 2011 de réfléchir à la meilleure localisation institutionnelle de chacun des types d'intervention dans un même champ, sur la base d'une cartographie des compétences croisées des ARS, des services déconcentrés de l'Etat, notamment les DREAL, et des collectivités.

[496] Pour atténuer la pression de la charge générée par les missions, les services ont majoritairement recouru à l'externalisation par le biais de travaux de normalisation. En revanche, si plusieurs rapports des inspections générales ont proposé des transferts de compétences vers les services de l'Etat ou les collectivités, celles-ci sont restées limitées. A titre d'exemple, le rapport inter-inspections sur les compétences en matière d'hygiène et de salubrité a confirmé en 2018 l'intérêt d'une décentralisation de la compétence habitat indigne [19].

[497] De même, des exercices de revue des missions des ARS ont eu lieu à deux reprises depuis leur création, dont les résultats sont restés modestes, compte tenu de la difficulté de l'exercice.

CHAPITRE 9 : LA SANTE- ENVIRONNEMENT DANS LES OUTRE- MER

[498] Ce chapitre s'appuie principalement sur trois rapports récents auxquels a participé l'Igas conjointement avec d'autres corps d'inspection en santé environnement dans les territoires d'outre-mer¹⁰⁸ :

- Etude d'impact du nouveau dispositif réglementaire de prévention des maladies vectorielles sur les services de démoustication de Guyane et Martinique, octobre 2019, IGAS-IGA ;
- Evaluation du troisième plan chlordécone et propositions, février 2020, IGAS-CGEDD-IGESR-CGAAER ;
- Rapport d'étape de la mission d'évaluation du plan d'actions pour les services d'eau potable et d'assainissement, juin 2021, CGEDD-IGAS-IGA.

[499] **Dans les territoires ultramarins, la politique de santé-environnement suppose fréquemment, comme dans d'autres champs de l'action publique, des adaptations du cadre national.** Dans une recherche de convergence de la situation des territoires ultramarins, confrontés à des spécificités liées notamment à l'éloignement et à l'insularité, **la stratégie nationale de santé 2017-2022 « fixe des objectifs propres aux outre-mer (...) »** conformément aux dispositions de l'article L1411-10 du code de la santé publique. Certains objectifs sont spécifiques à une partie des territoires ultramarins, tels que la réduction de l'exposition de la population au chlordécone en Guadeloupe et à la Martinique ou le renforcement de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement pour tous en Guyane, à Mayotte et à Wallis et Futuna. Cette nécessaire adaptation des objectifs peut passer par des adaptations de la norme nationale. En effet, **si « les lois et règlements sont applicables de plein droit »** aux départements et régions d'outre-mer, en vertu des dispositions de l'article 73 de la Constitution, ce même article précise qu'ils **« peuvent faire l'objet d'adaptations tenant aux caractéristiques et contraintes particulières de ces collectivités. Ces adaptations peuvent être décidées par ces collectivités dans les matières où s'exercent leurs compétences et si elles y ont été habilitées selon le cas, par la loi ou par le règlement. »** En outre, les autorités nationales peuvent prévoir des adaptations des textes, soit lors de leur adoption initiale, soit lorsque ces adaptations se révèlent nécessaires au vu des difficultés de leur mise en œuvre.

[500] **Les collectivités locales et l'Etat peinent à assurer leurs compétences.** Les collectivités locales ultramarines sont souvent en difficulté pour exercer pleinement leurs compétences, en raison de la complexité des problématiques rencontrées et de la faiblesse des « viviers » sur des

¹⁰⁸ Ce chapitre fait également référence au rapport sur la lutte antivectorielle N°2015-162R (Avril 2016) qui comporte des références explicites aux territoires ultramarins

territoires insulaires, une part importante de la population active qualifiée exerçant sur le territoire hexagonal. Les services de l'Etat ne parviennent pas toujours à attirer durablement les collaborateurs nécessaires pour assurer les missions qui sont les leurs. En outre, l'Etat se trouve parfois amené à se positionner sur des champs où il ne dispose d'aucune compétence (et donc d'aucun levier) car il reste le garant en dernier ressort de l'égalité d'accès des populations de ces territoires aux services publics essentiels. L'intervention de l'Etat dans le secteur de l'accès à l'eau potable, exclusivement de la compétence des communes et des établissements de coopération intercommunale (EPCI), illustre cette situation.

[501] Enfin, les territoires ultramarins se caractérisent à la fois par certains points communs et par une grande hétérogénéité entre eux. Cela peut être observé pour chacune des politiques examinées dans les trois rapports précités. Le premier ne concerne que deux territoires (Guyane et Martinique) et met en évidence la grande fragilité juridique et financière des institutions en charge de la lutte antivectorielle, pourtant cruciale dans ces deux territoires. Le second, qui concerne la Guadeloupe et la Martinique, illustre la difficulté à coordonner les efforts de tous les acteurs autour d'un objectif de réduction de l'exposition des populations à la chlordécone. Le troisième, portant sur l'action des services d'eau potable et d'assainissement, met en lumière la situation très différentes de La Réunion d'une part, où la situation est globalement sous contrôle, avec une bonne collaboration entre les services, et les autres collectivités ultramarines d'autre part, où les besoins sont immenses, et les compétences insuffisantes et peu articulées. Cette différence est telle que le rapport s'interroge sur la pertinence d'un plan national unique, en lieu et place de documents spécifiques à chaque territoire, qui pourrait davantage prendre en compte les spécificités de chacun.

1 La lutte antivectorielle en Martinique et en Guyane se caractérise par un cadre institutionnel particulièrement complexe et juridiquement fragile

1.1 La nécessité d'un ajustement du cadre réglementaire pour la Martinique et la Guyane a été identifiée dès 2019 par les pouvoirs publics

[502] La lettre de mission datée du 29 mars 2019, comporte en annexe le projet de décret relatif à la prévention des maladies vectorielles examiné par le Conseil d'Etat le 19 février 2019. La date de signature de la lettre de mission par les ministres chargés de la santé et de l'Outre-mer correspond à celle de la signature du décret¹⁰⁹, qui sera publiée au Journal Officiel deux jours plus tard, le 31 mars 2019¹¹⁰.

¹⁰⁹ Décret n° 2019-258 du 29 mars 2019 relatif à la prévention des maladies vectorielles

¹¹⁰ Selon la Notice « le décret précise les modalités de mise en œuvre des missions de surveillance entomologique et d'intervention autour des nouvelles implantations de moustiques et des cas suspects confiées aux agences régionales de santé pour prévenir les épidémies de maladies vectorielles, ainsi que d'autres mesures de prévention et d'information. La gestion des épidémies, qui repose sur le dispositif ORSEC, et la lutte contre les nuisances générées par les moustiques est réalisée par les conseils départementaux selon les modalités prévues par la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques, qui prévoient qu'un

[503] L'objet de la saisine est de :

- « identifier, en Guyane et en Martinique, la clé de répartition entre les charges liées à la lutte contre les maladies vectorielles transmises par les insectes et les charges liées à la lutte contre la nuisance apportée par les insectes. (...) ;
- proposer des évolutions en lien avec le nouveau dispositif réglementaire de prévention des maladies vectorielles. ».

1.2 Si le cadre réglementaire d'intervention de l'Etat a été clarifié par l'arrêté du 27 juillet 2019, les difficultés liées à l'organisation institutionnelle dans ces deux territoires ne semblent pas avoir trouvé de solution

[504] **Sur le plan réglementaire**, le rapport des inspections ne précise pas les contours de la révision qui serait nécessaire pour ces deux territoires, mais suggère une évolution complète du cadre législatif et réglementaire applicable sur l'ensemble du territoire national.

[505] **Le rapport souligne notamment la nécessité de clarifier la base juridique établissant la distinction entre démoustication et lutte antivectorielle (LAV)**, qui découle à la fois de la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques et du code de la santé publique (article L.3114-5). Cet aspect est développé dans l'annexe I du rapport (Note sur le cadre juridique actuel) qui détaille les atteintes successives à la ligne de partage initiale entre une compétence de l'Etat dans les départements « où est constatée l'existence de conditions entraînant un risque de développement de maladies humaines transmises par l'intermédiaire d'insectes et constituant une menace pour la santé de la population dans ces départements » et une compétence du conseil départemental dans les autres départements. Le rapport s'inscrit sur ce point dans la ligne de l'analyse du Conseil d'Etat dans sa note du 19 mars 2019, figurant en PJ n°1 du rapport.

[506] Cette difficulté est supprimée par la parution d'un arrêté du 23 juillet 2019¹¹¹ non cité par le rapport pourtant publié en octobre 2019. Cet arrêté, qui inscrit les 101 départements français sur la liste prévues par l'article L.3114-5 précité, instaure une compétence de l'Etat sur l'ensemble du territoire en matière de lutte antivectorielle.

[507] Subsiste cependant la difficulté de dissocier en pratique les activités de LAV et les activités de démoustication, toujours confiées aux conseils départementaux.

[508] **Concernant la détermination de la clé de répartition des charges entre ARS et collectivités**, le rapport confirme, **pour la Guyane**, les constats de la mission inter inspections de 2006 (recommandation n°3, §174, p. 33), à savoir l'insuffisance de la participation de l'Etat au financement de la LAV (environ 10 % des dépenses alléguées par la CTG).

arrêté préfectoral définit des zones de lutte contre les moustiques dans lesquelles sont mises en œuvre les mesures également définies par arrêté. »

¹¹¹ [Arrêté du 23 juillet 2019 fixant la liste des départements où est constatée l'existence de conditions entraînant le développement ou un risque de développement de maladies humaines transmises par l'intermédiaire de moustiques et constituant une menace pour la santé de la population - APHP DAJDP](#)

[509] **La mission souligne l'absence de moyen de pilotage de la politique de LAV par l'Etat.** L'asymétrie existant entre les ressources consacrées coté ARS Guyane (1 personne) et côté CTG (140) rend impraticable le dispositif de pilotage prévu dans la convention signée entre les deux parties. Ainsi, *« compte tenu du rapport de force entre l'ARS et la CTG, défavorable à la première, l'hypothèse de sanctions prononcées pour manquement de cette dernière à ses obligations est purement théorique ».*

[510] **Pour la Martinique,** le rapport constate l'absence de base juridique du service commun CEDRE-LAV depuis 1995 et une situation problématique des techniciens de l'ARS placés de facto sous l'autorité fonctionnelle de chefs d'unités relevant de la CTM tout en conservant une ligne hiérarchique ARS pour leur évaluation, leur rémunération, etc. Cette situation semble avoir fait l'objet de nombreuses tentatives de clarification (notamment piste d'un GIP), d'une intervention de consultants (en 2013). Sur ce point, le rapport constate que la situation s'est plutôt dégradée depuis le rapport précité de 2016, comme suite notamment au départ du directeur du CEDRE LAV en 2016 et l'échec d'une tentative initiée conjointement par l'ARS et la CTM en 2018.

1.3 Prochaines étapes

[511] La lettre de mission se conclut ainsi : *« En l'attente des conclusions de votre mission sur les modalités d'application de la réforme en Martinique et en Guyane l'entrée en vigueur dans ces territoires de l'article R.3114-5 du nouveau décret a été fixé en 2023. Cette entrée en vigueur pourra être ajustée en fonction de vos conclusions ».*

[512] En l'absence de recommandation sur ce point et sans modification réglementaire intervenue depuis 2019, les dispositions du décret de 2019 sont donc désormais applicables dans ces deux territoires.

2 Les plans pour lutter contre les effets de la chlordécone en Martinique et en Guadeloupe se sont succédé de façon peu lisible et peu coordonnées entre les volets ministériels

[513] **La chlordécone est un insecticide** organochloré qui a été **utilisé en Guadeloupe et en Martinique** pour lutter contre le charançon du bananier **de 1972 à 1993**. A la date de publication du rapport (février 2020), les parcelles qui ont fait l'objet d'une analyse de sol ne couvraient qu'une faible partie des surfaces répertoriées comme présentant un risque de pollution (environ 20 % en Martinique et 25 % en Guadeloupe). Elles représentaient une part plus faible encore de la surface agricole utilisée : 8 % en Guadeloupe et 17 % en Martinique. Si les parcelles situées dans les zones historiques de culture de la banane sont plus souvent contaminées (4 parcelles sur 5 selon le site Geomartinique par exemple) et à un niveau élevé, le risque de contamination existe aussi en dehors de ces zones (une parcelle sur quatre selon le même site).

[514] **Plusieurs plans ont été décidés pour coordonner l'action des pouvoirs publics** dans la gestion des conséquences de cette pollution sur l'environnement et ses conséquences sanitaires, environnementales et économiques. Les plans I et II ont fait l'objet d'une évaluation en 2011.

[515] La lettre de mission, signée de trois ministres (transition écologique, santé, outre-mer), demande aux quatre inspections (IGAS, CGEDD, IGESR, CGAEER) de réaliser l'évaluation du plan III 2014-2020, avec une remise du rapport en septembre 2019 (il sera finalement terminé en février 2020).

[516] Il faut souligner le **foisonnement d'instruments programmatiques** sur cette question sensible, illustré par une « feuille de route 2019-2020 » adoptée en 2018 alors que le plan III n'était pas encore achevé, ou encore le lancement des travaux d'élaboration du plan IV à l'automne 2019 alors que la mission était en cours, ou enfin le fonds d'indemnisation pour les victimes de pesticides (FIVP) hors plan III et hors feuille de route, ou l'abondement du PITE (2M€) pour les travaux de recherche en dehors des initiatives précédentes.

[517] Le périmètre du rapport n'inclut pas le sujet des indemnisations des victimes, et n'aborde pas les plaintes pénales alors en cours d'instruction. Elle ne fait qu'une brève référence aux travaux de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale remis le 26 novembre 2019¹¹².

2.1 Le bilan du plan III est contrasté

[518] Concernant la gouvernance, le rapport souligne une insuffisante implication des collectivités locales dès l'élaboration du plan, qui n'a pas permis de mobiliser les crédits européens à la hauteur prévue (1/3 des dépenses, le solde étant assuré par l'Etat). La collectivité territoriale de Martinique (CTM) et le Conseil régional de Guyane (CRG) sont en effet autorités de gestion du fonds européen agricole pour le développement rural (FEADER) depuis 2014.

[519] Concernant le volet recherche la répartition initialement prévue entre le groupe Interalliances (GIA) et le groupe d'orientation stratégique et du suivi (GOSS) n'a pas été respectée et le GOSS a assuré de facto l'ensemble. Le GOSS est peu associé au pilotage et ses productions ne sont pas toujours prises en compte. A titre d'exemple il n'a pas donné d'avis sur la feuille de route 2019-2020.

[520] La communication s'est développée mais reste peu lisible, en l'absence de coordination, malgré le renvoi assez systématique vers le site dédié de l'ANSES chlordecone-info.fr

[521] Le rapport souligne la modicité du montant annuel du programme d'intervention territoriale de l'Etat (PITE), compris entre 2 et 4M€, comparé par exemple au programme d'options spécifiques pour l'éloignement et l'insularité (POSEI) dont le montant annuel alloué aux seuls acteurs de la filière banane antillaise s'élève à 135M.

[522] **Le bilan de l'axe 1, relatif à la mise en place d'une stratégie de développement durable**, se caractérise par l'échec des plans patrimoniaux (actions 1 et 2), l'atteinte partielle des objectifs de cartographie (actions 3 et 4), les difficultés posées par les changements fréquents des modalités de prise en charge des analyses (par les fonds européens, les CCA, les agriculteurs) avant qu'une

¹¹² Commission d'enquête sur l'impact économique, sanitaire et environnemental de l'utilisation du chlordécone et du paraquat comme insecticides agricoles dans les territoires de Guadeloupe et de Martinique, sur les responsabilités publiques et privées dans la prolongation de leur autorisation et évaluant la nécessité et les modalités d'une indemnisation des préjudices des victimes et de ces territoires.

prise en charge par le PITE soit prévue à partir de 2017. Une autre difficulté provient du fait que les données faisant l'objet d'une communication ne portent que sur les données publiques (à l'exclusion des résultats des analyses réalisées à la demande d'acteurs privés) et que les informations ne sont pas toujours harmonisées. Certaines données ne sont que difficilement accessibles (par exemple celles relatives aux zones péri-urbaines, présentes uniquement sur le site BRGM).

[523] Le rapport est particulièrement sévère sur le programme Jafa (centré sur les jardins familiaux ou « jardins créoles », dans lesquels une partie de la population antillaise réalise une activité de maraîchage principalement à visée d'autoconsommation). Le rapport souligne qu'il correspond à des objectifs différents en Martinique et en Guadeloupe et qu'il mobilise près du quart (15,7M€) des dépenses totales du PITE (41M) sur la période 2014-2019 sans que des résultats puissent être établis alors que le dispositif est ancien (environ dix ans). Le rapport reconnaît cependant que ce programme est bien accueilli par la population.

[524] **Le bilan de l'axe 2, relatif à la prévention du risque sanitaire par la réduction de l'exposition,** met en évidence les difficultés générées par les évolutions des modalités de mesure de la présence de chlordécone dans la viande animale. Alors que les moyens consacrés au contrôle des limites maximales de résidus (LMR) dans la production carnée au sein du PITE sur la période 2014-2015 sont significatifs (3,2M€), les résultats sont assez difficiles à interpréter et ne permettent pas de répondre à l'annonce du Président de la République lors de sa visite aux Antilles du 26 au 30 septembre 2018 de « tendre vers le zéro chlordécone dans l'alimentation » à horizon 2025 puisqu'une part importante de l'alimentation est réalisée via des circuits informels (23 % en Martinique et 50 % en Guadeloupe).

[525] Au titre des avancées figurent les études Kannari I et II conduites par ANSES et Santé Publique France (SPF) qui ont permis de déterminer les populations les plus exposées chez les adultes et les enfants (3-15 ans) et de mesurer le niveau d'imprégnation avec un taux de contamination moyen dans le sang, comparable en Martinique et en Guadeloupe (0,14 et 0,13 µg/l). La mise en place des registres de cancer (action 10) est également jugée satisfaisante. Les expositions historiques aux pesticides des professionnels de la banane ont été reconstituées (action 12). Un colloque scientifique ouvert au public a présenté l'ensemble des résultats acquis (action 14). L'action 13 sur une cohorte de travailleurs agricoles potentiellement exposés à la chlordécone était en cours à la date de réalisation du rapport. En revanche, le rapport juge tardifs les travaux sur la surveillance médicale des professionnels et anciens professionnels de la banane (action 11).

[526] **Le bilan de l'axe 3 consacré à la recherche** est particulièrement sévère sur le financement (essentiellement par la DGS, de façon annuelle ce qui ne donne aucune visibilité aux équipes) et sur la temporalité des plans (qui ne correspond pas à celle, plus longue, de la recherche). Surtout, le rapport conteste l'identification d'un axe recherche déconnecté des autres axes du plan III.

[527] Les actions conduites dans le cadre de **l'axe 4 relatif aux enjeux socio-économiques** sont jugés disparates pour les deux îles et surtout peu transformantes pour le secteur. Concernant la filière élevage, le rapport pointe un risque que les actions lancées favorisent le développement de circuits informels d'abattage, à rebours des objectifs poursuivis.

2.2 Le rapport préconise de rompre sur plusieurs points avec le plan III

[528] Globalement, le rapport préconise de ne pas inscrire le plan IV dans la continuité du plan III.

[529] Il estime tout d'abord indispensable de **prévoir une participation des collectivités territoriales d'emblée**, et à la hauteur de leurs compétences, tout en reconnaissant la difficulté de l'exercice.

[530] **L'association de l'ensemble des parties prenantes** est jugée essentielle, notamment parce que l'adhésion de chacun est indispensable à l'atteinte des objectifs. Le rapport suggère de recourir à des méthodes adaptées pour assurer une véritable participation du public, en s'appuyant sur l'expérience acquise (par exemple par la CNDP).

[531] **Le rapport préconise une approche distinguant :**

- **les niveaux d'intervention** : territorial, interterritorial (Martinique et Guadeloupe), national ;
- **les fonctions** : pilotage stratégique, pilotage opérationnel et évaluation.

[532] En termes de priorités, tout en constatant que le nécessaire achèvement des travaux de cartographie des sols, priorisée de fait par les plans précédents, représentera une dépense de 20M€ selon le BRGM, le rapport préconise de développer désormais la **cartographie des autres milieux** (mer et eau douce, air)

[533] Le rapport identifie le « **reste à faire** » : connaître et modéliser les transferts de chlordécone entre les différents milieux et dans la chaîne trophique, poursuivre les travaux prometteurs sur la dégradation de la molécule de chlordécone (et de l'éventuelle toxicité des molécules de dégradation). La prise en compte de l'interaction entre la chlordécone et les autres pesticides est une autre piste jugée intéressante par le rapport. En termes de prévention pour la santé humaine, le rapport préconise de documenter de nouvelles voies de contamination (par exemple l'exposition des travailleurs agricoles lors du travail d'un sol pollué) et de progresser dans la connaissance des effets de la chlordécone sur la santé. Enfin, le rapport recommande de mettre rapidement en œuvre la surveillance médicale des travailleurs de la banane et conduire à son terme et par priorité les procédures en vue de l'inscription du cancer de la prostate au tableau des maladies professionnelles.

[534] Plus fondamentalement, le rapport préconise **d'aligner l'ensemble des travaux en fonction de l'objectif fixé par le Président de la République de tendre vers zéro chlordécone dans l'alimentation dans les circuits formels**, que ce soit « *pour la culture des végétaux, les modalités d'élevage et de pêche, pour prévenir en amont des productions les contaminations* ».

[535] Cela suppose en particulier de passer à un système obligatoire d'analyse des terres agricoles, via une évolution législative et réglementaire et, sans doute, une prise en charge publique du coût des analyses correspondantes.

[536] En cohérence avec le bilan critique des Jafa, le rapport recommande (recommandation 9), dans l'attente de l'évaluation de SPF, de recentrer ce programme sur son cœur de métier.

3 Le Plan Eau DOM illustre la situation de l'Etat qui reste responsable devant les autorités européennes en cas de carence des collectivités locales alors qu'il ne dispose d'aucun levier dans ce domaine

[537] Le plan d'actions pour les services d'eau potable et d'assainissement 2016-2026, dit plan Eau DOM, signé par les ministres en charge de l'environnement, de la santé et des Outre-mer, était justifié par une situation préoccupante dans les cinq départements d'Outre-mer¹¹³ :

- Le service public de l'eau potable n'y était plus assuré correctement et les populations souffraient de pénuries et de tours d'eau¹¹⁴ ;
- Les règles d'assainissement telles que définies par le droit européen (directive cadre sur l'eau du 23 octobre 2000 et directive relative au traitement des eaux usées résiduelles urbaines du 21 mai 1991) n'y étaient pas respectées, au risque de contentieux européens.

[538] Le plan est axé sur la mobilisation générale des acteurs locaux et préconise notamment :

- La signature de contrats de progrès entre les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) en charge de la politique de l'eau et de l'assainissement et les financeurs de cette politique (Etat, région, département, office de l'eau, AFD, OFB). Le subventionnement des investissements devait être conditionné à la signature de ces contrats et au respect des objectifs qu'ils définissent ;
- La création de la conférence régionale des acteurs de l'eau (CRAE) réunissant l'ensemble des responsables de ce secteur dans le territoire pour coordonner les interventions ;
- La mise en place d'une conférence des bailleurs ou financeurs dans les territoires dont le rôle est d'harmoniser l'utilisation des financements fonction des priorités définies localement ;
- La création sous l'égide de la conférence des bailleurs d'une équipe projet pour l'élaboration et le suivi des contrats de progrès et d'un guichet unique pour la présentation des projets.

[539] La lettre de mission du 13 novembre 2020 demande aux trois inspections (CGEDD, IGA, IGAS) une mission d'« audit » du plan, afin de dresser un bilan de la mise en œuvre du plan à mi-parcours, au niveau national et dans chacun des territoires.

[540] Comme le soulignent les auteurs du rapport dans un avertissement :

- Il s'agit d'un rapport d'étape ;
- L'ensemble des entretiens a été réalisé en visioconférence du fait de la pandémie de Covid-19.

¹¹³ Il fait suite à un rapport interministériel de 2016 piloté par le CGEDD

¹¹⁴ Dispositif prévoyant des coupures d'eau temporaires et localisées permettant d'économiser la ressource en eau

- Les collectivités et les offices de l'eau n'ont pas été rencontrés « *ce qui est un manque important et quasiment rédhibitoire pour le partage des propositions de recommandations de ce rapport* ».

[541] Dès lors « *compte tenu des contraintes qui ont pesé sur le déroulement de la mission, le contenu du rapport ne peut être considéré comme complet et achevé* ».

3.1 En dépit d'un bilan très prudent sur l'impact réel du plan Eau DOM, le rapport préconise son achèvement accéléré

[542] Le rapport se présente en 2 parties :

- La première fait état des observations et recommandations générales touchant à la gouvernance nationale et aux observations communes aux cinq territoires ;
- La seconde partie concerne les caractéristiques propres au plan Eau DOM dans chacun des territoires étudiés.

[543] **Le plan Eau DOM n'a pas eu les mêmes résultats dans les cinq départements et n'a pas permis de régler les difficultés qui ont justifié son lancement.** Le plan a des résultats fortement contrastés selon les territoires. Il a permis seulement à La Réunion et, dans une moindre mesure, en Martinique et à Mayotte, une prise de conscience des élus, mais n'a pas permis de régler les difficultés pour lesquelles il avait été élaboré notamment sur le plan de l'approvisionnement des populations en eau potable ou en matière d'assainissement.

[544] La difficulté à réaliser un bilan du plan tient notamment à l'enchevêtrement des dispositifs destinés à garantir l'approvisionnement des populations en eau potable par exemple les plans d'urgence à Mayotte 2017 et en Guadeloupe 2019. Plus largement, la logique de l'urgence l'emporte sur celle du plan Eau DOM au détriment des enjeux de long terme.

[545] **L'Etat, en lançant le plan Eau DOM, assume une responsabilité pour une compétence qui incombe aux seules communes** selon l'article L2224-7-1 du code général des collectivités territoriales. De ce fait, l'Etat ne dispose pas des outils juridiques pour intervenir. Il est certain toutefois que l'Etat serait responsable vis-à-vis de l'Union européenne des manquements et dysfonctionnements de l'exercice des compétences par les collectivités. Pour autant, il paraît « *essentiel d'éviter le risque de démotiver et de déresponsabiliser les collectivités territoriales en se substituant systématiquement à elles* ». Selon le rapport, la ligne de crête consiste à **reconnaître à l'Etat une mission de coordination et d'impulsion sans qu'il se substitue en aucun cas aux collectivités territoriales dans la prise de décision** (recommandation 1).

[546] Le rapport propose de rétablir au profit des préfets outre-mer une **possibilité de substitution** (jamais utilisée et abrogée en 2013) **en cas de carence des autorités locales**. Il préconise d'instaurer un pouvoir de substitution étendu et conforme aux enjeux de l'approvisionnement en eau de la population (recommandation 2).

[547] Constatant la fragilité de la gouvernance actuelle du plan au niveau national que ce soit le comité interministériel de pilotage qui n'aborde pas les questions de priorité, de calendrier et de financement, ou en termes de coordination des financeurs, la mission préconise (recommandation 3) de **désigner un coordonnateur national à vocation interministérielle** à temps

plein pour une durée de 5 ans, disposant d'un secrétariat permanent chargé de réunir 2 fois par an un comité national des financeurs du plan (recommandation 4).

[548] La mission juge suffisant le niveau des financements mais s'inquiète d'un taux d'utilisation des crédits autour de 20 % environ du fait de l'insuffisance de l'expertise et de l'ingénierie locale, en dépit de taux de subvention inhabituellement élevés de l'ordre de 90 %. Le foisonnement des plans est le signe d'une impuissance face aux difficultés concrètes. Constatant l'absence d'une connaissance globale et partagée des besoins, le rapport préconise (recommandation 5) d'élaborer dans chaque département une **priorisation concertée** de l'eau potable et de l'assainissement

[549] Constatant que ces instances se réunissent de manière irrégulière sauf à La Réunion le rapport recommande (recommandation 6) de **réactiver la conférence régionale des acteurs de l'eau** qui devra se réunir au moins 4 fois par an et de la doter d'un bureau permanent et d'un secrétariat confié à la DEAL ou à l'office de l'eau. La recommandation 7 consiste à fournir au DEAL les moyens en effectifs et en compétences nécessaires pour mener à bien cette mission et les moyens informatiques pour suivre la progression des chantiers du plan.

[550] Contrairement à ce qui était prévu, le plan n'a pas conduit à la mise en place d'un guichet commun pour les demandes de subventions ou de prêts formulées par les maîtres d'ouvrage : les recommandations 8 et 9 visent à corriger ce point et proposent de confier **l'examen des demandes de subvention** à une sous-commission de la conférence régionale des acteurs de l'eau.

[551] Pour renforcer la responsabilisation des collectivités en charge le rapport propose (recommandation 10) la publication d'un **tableau de bord des principaux indicateurs**.

[552] Sans en faire une recommandation, le rapport souligne l'intérêt du partage de pratiques entre territoires et propose de faciliter la transposition des bonnes pratiques en plaçant ces efforts sous le pilotage du coordonnateur national.

[553] Une situation préoccupante est observée sur le recouvrement des créances notamment dans les Antilles (taux d'impayé de 33 % en Guadeloupe). La recommandation 11 réaffirme le principe de **recouvrement systématique des factures**.

[554] Face au fort déficit de capacité d'ingénierie administrative et financière et technique dans beaucoup de collectivités territoriales outre-mer, la recommandation 12 vise à créer dans chaque département sous l'égide de l'office de l'eau un **pool d'experts** susceptibles d'être mobilisés et mutualisés pour intervenir au bénéfice de l'ensemble des acteurs de l'eau du territoire.

[555] **La seconde partie du rapport** synthétise les annexes par territoire et confirme la diversité des situations territoriales face au plan :

- **à La Réunion**, la situation est globalement satisfaisante : l'implication de l'ARS est forte : elle a initié et gère un plan eau potable 2016-2022 ; elle est identifiée comme un partenaire par l'équipe projet du plan Eau DOM et a été associée à ce titre aux travaux de préparation des documents stratégiques et des contrats de progrès ; les opérations de potabilisation ont été identifiées comme prioritaires dans ces contrats ; l'ARS exerce une forte pression sur les collectivités locales sous forme de mises en demeure pour les contraindre à respecter la réglementation sur la qualité de l'eau distribuée sur le territoire : les retours d'expérience

ont démontré l'efficacité de ce moyen coercitif ; le prix de l'eau pratiquée est le moins élevé des Outre-mer mais la consommation y est importante ;

- **à Mayotte**, le problème est essentiellement celui de l'insuffisance des ressources en eau au regard de la croissance de la population ; malgré la récente amélioration des relations entre l'Etat et les collectivités locales, le retard reste considérable en matière d'assainissement avec les risques de contentieux européens associés à la situation ;
- **en Guadeloupe**, la situation est désastreuse du fait d'une absence d'implication des collectivités : un seul EPCI a signé le contrat de progrès ; le taux de fuite du réseau d'eau potable atteint 60 % ; les tours d'eau sont de plus en plus fréquents et le taux de recouvrement des factures atteint 30 % ;
- **en Martinique**, la situation est proche de celle de la Guadeloupe mais moins grave car les relations entre l'Etat et les EPCI sont moins dégradées : 3 EPCI ont préparé et signé les contrats de progrès ;
- **en Guyane**, entre 15 et 20 % de la population n'a pas accès à l'eau potable ; la gouvernance est extrêmement dispersée et les infrastructures de base n'existent pas sur tout le territoire.

[556] **Le rapport conclut sur la grande diversité des situations et pointe la limite d'un plan unique.** Plutôt qu'une remise en cause du plan Eau DOM, le rapport conseille d'en achever la mise en œuvre accélérée, d'en renforcer les procédures et les actions afin que les résultats tangibles apparaissent dans les plus brefs délais pour répondre aux attentes légitimes de populations mécontentes et parfois excédées.

3.2 Un bilan sur le champ sanitaire partiel et déconnecté de l'ensemble du rapport

[557] Les aspects sanitaires, relevant plus directement du champ de compétence de l'Igas, sont peu développés dans le rapport : parties 2.7. (« Les dimensions sanitaires ») ; partie 3.1. concernant La Réunion ; annexe 9 (« Les enjeux sanitaires du plan Eau DOM »). Ces développements apparaissent peu coordonnés avec les autres dimensions du plan.

[558] **Sur les aspects sanitaires, la mission signale n'avoir pas eu accès à toutes les informations qu'elle a sollicitées :**

- Santé publique France n'a pas répondu malgré trois sollicitations de la mission ;
- L'ARS Martinique n'a pas répondu aux sollicitations de la mission sur ses activités en lien avec le plan Eau DOM ;
- La mission restait, à la date de remise du rapport, dans l'attente du retour du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

[559] Le rapport rappelle que la mission n'a réalisé que des visioconférences avec les ARS, et n'a pas été « *en mesure d'établir précisément pour chaque ARS l'effectivité des missions attendues dans le cadre du plan Eau DOM* ».

[560] **Les aspects sanitaires constituent pourtant l'une des priorités du plan.** La partie 2. 7 rappelle que l'une des trois priorités inscrites au plan Eau DOM consiste à permettre aux populations de disposer d'un accès permanent à une eau de qualité répondant aux normes sanitaires à un coût

raisonnable. Dans ce cadre, le ministère chargé de la santé s'est engagé à apporter, en lien avec les agences régionales de santé, les données et l'expertise nécessaires en particulier sur la qualité de l'eau distribuée par les réseaux publics de distribution d'eau potable, sur les capacités d'analyse des laboratoires de contrôle sanitaire des eaux et sur le développement de démarches de gestion de la sécurité sanitaire des eaux. Le but est de participer à la priorisation des investissements au regard des enjeux sanitaires.

[561] **Le rapport recommande une vérification des moyens des ARS pour assurer les contrôles sanitaires du cycle de l'eau et d'accompagnement du plan Eau DOM.** Les ARS assurent des missions en matière de protection de la ressource en eau destinée à la consommation humaine (EDCH). Au regard des responsabilités qui leur incombent dans l'exercice de l'ensemble de ces missions, chaque ARS doit disposer de compétences spécialisées et d'effectifs suffisants dans chaque territoire. L'unique recommandation du rapport sur les aspects sanitaires (recommandation 13) porte donc sur la vérification, par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, du niveau et de l'organisation des moyens dédiés aux missions de contrôles sanitaires du cycle de l'eau et d'accompagnement du plan Eau DOM.

[562] **L'annexe 9 souligne la responsabilité de l'Etat en matière d'accès aux eaux destinées à la consommation humaine (EDCH).** Cette directive européenne s'appuie sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé en matière de normes de sécurité pour l'eau potable. Des dispositions visent à contrôler l'eau du robinet mais aussi les sources d'eau potable et les systèmes de distribution. Elle prend en compte de nouveaux polluants. Enfin elle prévoit des exigences détaillées en matière d'hygiène pour les matériaux en contact avec l'eau potable. Son article 16 introduit l'obligation pour les États membres d'améliorer et de maintenir l'accès à une eau potable sûre pour tous en mettant l'accent sur les groupes vulnérables et marginalisés. La directive précise que « *les États membres veillent à ce que l'appui nécessaire, tel qu'ils le définissent, soit fourni aux autorités compétentes pour mettre en œuvre les mesures visées au présent article* ».

[563] **Le rapport appelle à une coopération accrue entre ARS et préfets.** Le rapport souligne que les dispositions de l'article 16 visent à réduire les inégalités sociales et territoriales accentuées en situation de crise notamment sanitaire. A ce titre, la directive renforce a posteriori « *l'opportunité et la légitimité du plan Eau DOM* ». Sans développer et sans en faire une recommandation, la mission appelle à une coopération et une coordination accrues entre le préfet et l'agence régionale de santé tant pour les aspects sanitaires du plan que pour les situations de crise liées à la distribution de l'eau potable.

3.3 Prochaines étapes

[564] Les dispositions de la directive de 2020 devaient être transposées avant 2023 sur tous les territoires d'outre-mer, notamment celles concernant l'article 16.

[565] Les ARS devaient jouer un rôle d'accompagnement et de partenaire dans la promotion des PGSSE (sensibilisation, information, mise à disposition d'outils).

[566] Au vu du rapport, les cabinets devaient « *décider si les propositions de ce rapport sont affirmées directement ou si elles doivent être présentées localement* ». Il semble cependant qu'aucune suite n'ait été donnée à ce rapport.

4 Conclusion

[567] Dans le domaine de la santé environnement comme dans d'autres domaines, les territoires ultramarins se caractérisent par une difficulté à articuler l'action des différents acteurs impliqués :

- au niveau national : l'existence d'un ministère chargé des outre-mer, et d'une direction d'administration dédiée à la coordination interministérielle, n'a pas permis de progresser significativement dans l'anticipation et la réponse aux besoins d'ajustement des dispositions législatives et réglementaires dans ces territoires et de coordination du déploiement des politiques ;
- au niveau local : la coordination des services de l'Etat, entre eux et avec les collectivités locales, reste un enjeu dont les prérequis (association en amont, partage du diagnostic, partage des données) ne sont pas toujours réunis.

[568] Dans la perspective de nouvelles missions, il paraît indispensable de s'assurer d'un accord préalable des collectivités territoriales de partager les informations nécessaires (cf. mission LAV Martinique/Guyane). Cette précaution pourrait être étendue aux administrations et opérateurs de l'Etat puisque le SGMAS, SPF et l'ARS Martinique ne semblent pas avoir répondu aux sollicitations de la mission d'évaluation du plan III Chlordécone.

[569] Pour autant, il semble possible de faire de ces difficultés une opportunité pour faire progresser la politique de santé environnement au niveau territorial et national :

- l'extension de la lutte antivectorielle à l'ensemble du territoire national depuis 2019 a bénéficié à plein de l'expérience acquise dans ce domaine par les équipes ultramarines ;
- demain, la prise en compte des problématiques ultramarines pourrait permettre d'anticiper les effets du réchauffement climatique pour le reste du territoire national.

[570] L'un des enjeux consiste à redéfinir les modalités de l'adaptation des dispositions législatives et réglementaires. Jusqu'ici conçues principalement depuis les administrations centrales et postérieurement à l'édiction de la norme « générale », elles pourraient à l'avenir émaner davantage d'initiatives des collectivités locales, accompagnées par le niveau national. Cela suppose un climat de confiance dont les différents rapports montrent qu'il n'existe pas encore et qu'il ne pourra être instauré que par une mise à plat des principaux sujets en cours.

[571] A court terme, et compte tenu de l'enchevêtrement des compétences et de la diversité des situations, il serait de « bonne pratique » de prévoir systématiquement :

- un tableau récapitulatif par financeurs de la politique publique évaluée ;
- une cotation des risques par territoire dans un souci d'objectiver et de pouvoir comparer les situations : à cet égard, l'annexe 3 du rapport de bilan du plan III Chlordécone fournit une intéressante proposition de cotation de la situation dans les cinq territoires étudiés.

LETTRE DE MISSION



Paris, le 07 SEP. 2022

Le chef de l'Inspection générale des affaires sociales

à

M. Thierry PAUX, membre de l'IGAS

Objet : Mission de capitalisation relative à la santé-environnement

La santé environnement constitue une composante essentielle de la politique de santé publique et prend une importance toute particulière dans les suites de la pandémie de Covid-19 et la perspective du changement climatique. La résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 28 juillet dernier déclarant que l'accès à un environnement propre, sain et durable constitue un droit humain universel appelle également les États à intensifier leurs efforts dans ce domaine.

Dans ce contexte, je vous charge d'une mission de capitalisation permettant de tirer les enseignements des travaux conséquents menés par l'inspection générale des affaires sociales dans le champ de la santé-environnement. Elle portera notamment sur :

- Les principes guidant cette politique, le champ couvert et sa gouvernance, en décrivant les missions des principaux services, agences et organismes publics compétents ;
- Les principales recommandations émises dans les précédents rapports de l'IGAS dans ce domaine, en vue d'étudier si des éléments de « doctrine » peuvent en être dégagés ;
- Les évolutions possibles de cette politique dans le cadre des nouvelles approches en santé publique (ex. Une seule santé, santé mondiale...) ou de l'adaptation au changement climatique et pour en faire un des leviers d'intégration de la santé publique dans les politiques de santé nationales et locales et dans les politiques interministérielles ;
- Les bonnes pratiques, limites et difficultés rencontrées par les missions ayant eu à intervenir sur ce champ, notamment en terme de positionnement par rapport aux autres inspections générales participant à ces missions, de conduite ou d'accès aux informations et expertises utiles.

A l'issue de vos travaux, vous me transmettez :

- Un rapport de capitalisation qui synthétisera les constats et recommandations formulés par les différents rapports de l'IGAS, les éventuelles suites données, ainsi que les enjeux pour l'avenir ;
- Un document à vocation grand public qui pourra constituer une présentation synthétique de la politique de la santé-environnement, en décrivant plus spécifiquement l'écosystème, l'articulation avec les politiques sanitaire, sociale ou environnementale, les enjeux actuels et futurs, ainsi que les éventuelles faiblesses identifiées ;
- Un guide méthodologique d'aide pour la préparation et la conduite des futures missions dans le champ de la santé environnement. Ce guide interne, à vocation opérationnelle, devra contribuer à résoudre les difficultés rencontrées par les inspecteurs lors des précédentes missions, tant en terme d'introduction à cette politique qu'en terme de conduite.

Pour mener cette mission, vous pourrez notamment constituer un groupe de travail avec les inspecteurs intéressés, y compris ceux actuellement en fonction hors du service, et organiser les échanges utiles avec les administrations concernées.

Je souhaite que ces travaux puissent débiter dès à présent, sous l'égide du Copairs santé, afin d'aboutir à la fin de l'année 2022.

Le Chef de l'inspection générale
des affaires sociales

Thomas AUDIGE

ANNEXE : Recommandations issues des rapports récents portant sur l'ensemble du champ de la santé-environnement

Cette annexe recense et classe les recommandations émises par les rapports d'inspections et les rapports parlementaires les plus récents portant sur l'ensemble du champ de la santé-environnement¹¹⁵ :

- [1] Inventaire des moyens consacrés par l'UE, l'Etat français et les collectivités territoriales à la santé-environnement - Rapport IGAS-IGA-IGF-CGEDD-CGAAER-IGESR- Pascal HENDRIKX, Agnès MOUCHARD, Nicolas CLOÛET, Dominique GIORGI, François MAURY, Sabine CAROTTI, Vincent LIDSKY – août 2022
- [2] Evaluation du COP 2018-2022 de l'ANSES et axes stratégiques pour l'élaboration du COP 2023-2027 - Rapport IGAS-CGEDD-CGAAER-CGE - Maryse FOURCADE, Yannick Le GUEN, Christophe GIBON, Maryline SIMONÉ, Rémi STEINER – juillet 2022
- [3] La santé-environnement : recherche, expertise et décision publiques - Rapport IGAS-IGF-CGEDD-CGAAER-IGESR - Patrick LAVARDE, Muriel DAHAN, Benjamin FERRAS, Mariane SAÏE, Cecilia BERTHAUD, Taline APRIKIAN, Sabine CAROTTI, Benoît ASSEMAT – décembre 2020
- [4] Evaluation du troisième plan national santé environnement et préparation de l'élaboration du plan suivant- Rapport IGAS - Béatrice BUGUET-DEGLETAGNE – décembre 2018
- [29] Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires - Conseil économique, social et environnemental (CESE) - mai 2022
- (32) Rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) sur les agences régionales de santé - Assemblée nationale - juin 2021
- [33] Rapport d'information sur les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale - Sénat - mars 2021
- [34] Rapport de la commission d'enquête sur l'évaluation des politiques publiques de santé environnementale - Assemblée nationale - décembre 2020
- [35] Evaluation des risques sanitaires et environnementaux : trouver le chemin de la confiance - Office parlementaire de l'évaluation des choix scientifiques et techniques (OPECST) - mai 2019

¹¹⁵ Les recommandations relatives à l'organisation et au fonctionnement interne de l'ANSES émises par le rapport d'évaluation du COP n'ont pas été reprises dans cette annexe.

5 Politique globale

Définition de la santé environnementale :

- Définir (et réviser périodiquement) dans le champ « une seule santé », le périmètre des facteurs environnementaux devant être pris en compte dans le cadre des politiques publiques de préservation et d'amélioration de la santé des populations [1]
- Intégrer la santé-environnement dans l'approche « une seule santé » pour définir le périmètre des actions, et prendre en compte une approche multisectorielle et multidisciplinaire de la santé. [1]
- Adopter une loi d'orientation sur la santé -environnement qui définirait cette notion et son périmètre, déterminerait les objectifs de cette politique, organiserait sa gouvernance, tant aux niveaux national que local, et fixerait les grands principes de son financement [29]
- Cesser de considérer la santé environnementale comme une politique publique ciblée pour l'imposer comme une dimension obligatoire de toutes les autres [34]

Stratégie nationale :

- Elaborer une stratégie nationale « une seule santé », qui constituerait un cadre de référence des plans et actions de l'Etat et établirait les priorités de financement [1]
- Adopter un cycle quadriennal de la politique « une seule santé » [1]
- Elaborer pour 2022 une stratégie nationale de santé-environnement dont les mesures seront ensuite déclinées dans un plan d'action dédié ou dans des plans sectoriels, et assortir les mesures prioritaires de moyens adaptés [3]

Etudes d'impact :

- Généraliser la mesure de l'impact des politiques publiques sur la santé animale, végétale et humaine à tous les échelons territoriaux et évaluer leurs conséquences au regard d'indicateurs dont l'espérance de vie en bonne santé, les effets sur les 20 % les plus pauvres et les inégalités de genre. [29]
- Intégrer l'impact en matière de santé-environnement dans toute étude d'impact en santé et lors de l'évaluation environnementale, pour tout projet de planification ou d'aménagement, notamment en matière de logement, de transport, de développement économique [29]
- Inclure systématiquement dans les études d'impact des projets de loi une évaluation des conséquences de ses dispositions sur la santé humaine, animale et végétale [33]

Financement de la santé environnementale :

- Reposer, à partir d’une évaluation de l’efficacité de la fiscalité environnementale existante, le débat sur un financement innovant de la santé-environnement autour de ces principes : une ressource propre à travers une taxation des activités ayant un impact négatif sur la santé et les écosystèmes ; dont le produit serait affecté à la réduction de la pollution, au financement des pratiques vertueuses et à la compensation de ses effets inégaux en ciblant les personnes les plus vulnérables, notamment les personnes en situation de précarité [29]

Structuration des dépenses en santé-environnementale :

- Engager des travaux d’harmonisation des nomenclatures de dépenses utilisées, permettant une identification des dépenses « une seule santé » [1]
- Dans les documents budgétaires, attribuer la qualification « une seule santé » aux dépenses qui relèvent de la définition proposée par le présent rapport ou de celle qui sera retenue [1]
- Communiquer au Parlement, lorsqu’une gouvernance interministérielle aura été mise en place un rapport d’information du gouvernement, détaillant les moyens consacrés à la politique de santé-environnement. Produire régulièrement ce rapport si les travaux d’harmonisation des nomenclatures le rendent fiable. Transformer ce rapport en document de politique transversale si le choix était fait de nommer un pilote interministériel à la santé-environnement [1]
- Intégrer dans le jaune budgétaire sur la prévention et la promotion de la santé une revue de l’ensemble des moyens alloués aux politiques contribuant à la santé globale, détaillant notamment les moyens dédiés au PNSE ainsi qu’aux plans sectoriels ou ministériels participant à la réalisation de ses objectifs [33]
- Dédier un document de politique transversale au PNSE ou à défaut, à la santé-environnement en y identifiant les moyens alloués au PNSE ; confier la coordination de cette annexe budgétaire conjointement ou alternativement aux ministres en charge de la santé et de l’environnement [4]
- Élaborer un document budgétaire de politique transversale (DPT) consacré à la santé environnementale [34]
- Dans le cadre d’un rapport de présentation des dépenses en santé-environnement, privilégier le suivi en engagements des dépenses [1]
- Demander aux établissements et opérateurs intervenant en santé-environnement d’identifier cette notion dans les nomenclatures de leur comptabilité analytique en veillant à l’identification, autant que possible, d’un socle commun à l’ensemble des financeurs [1]
- Structurer les « enquêtes activités » existantes de manière à identifier l’activité des personnels exerçant en tout ou partie dans le domaine « une seule santé ». Étudier la faisabilité de ce type d’enquête dans les ministères qui n’en disposent pas [1]

- Demander annuellement à la branche « accidents du travail maladies professionnelles » du régime général et à la mutualité sociale agricole l'identification des dépenses de prévention des maladies professionnelles en lien avec la santé-environnement [1]
- Renforcer la valorisation des comptes du SDES et veiller au maintien et à l'amélioration des sources d'information qui permettent leur établissement [1]
- Organiser chaque année, en amont de l'examen du PLFSS et du PLF, une audition, conjointement par les commissions parlementaires permanentes compétentes, du délégué interministériel à la santé globale et des directeurs généraux de Santé publique France et de l'ANSES, afin de rendre compte au Parlement de la mise en œuvre des politiques concourant à la santé publique et à la sécurité sanitaire [33]

Stratégies thématiques :

- Transformer la feuille de route Obésité en une stratégie nationale de prévention de l'obésité, incluant le traitement de ses facteurs environnementaux [34]
- Placer les cancers pédiatriques au cœur de la prochaine stratégie décennale de lutte contre le cancer [34]

6 PNSE et plans thématiques

Positionnement du PNSE :

- Anticiper la préparation d'un Plan national « une seule santé » comme un des instruments de déclinaison de la future stratégie nationale « une seule santé » et de fédération des plans sectoriels [1]
- Dans les PNSE à venir, identifier les niveaux de responsabilité :
 - distinguer les actions relevant exclusivement de l'action de l'Etat central, et parmi les autres actions, celles qui relèvent de l'Etat déconcentré d'une part, des collectivités territoriales d'autre part, en précisant le cas échéant les modes de coopération envisagés
 - préciser l'articulation entre le niveau national et le niveau européen lors de l'élaboration du PNSE 4, en identifiant les sujets dont le levier d'action se situe pour partie au niveau communautaire et vice-versa, les sujets nationaux pouvant être impulsés par la France au niveau de l'Union européenne [4]
- Conférer au PNSE une fonction de plan « chapeau » matriciel articulant les plans sectoriels. Déterminer dans le PNSE les objectifs chiffrés de réduction fixés, dans la période, pour tous les facteurs nocifs considérés comme avérés, que les actions correspondantes figurent dans le PNSE lui-même ou dans des plans sectoriels [4]

- Consacrer dans la loi le statut du PNSE comme plan national « chapeau » des politiques publiques en lien avec la santé environnementale [33]

Opérationnalité du PNSE :

- Décliner chaque action du Plan national « une seule santé » en fiches décrivant les objectifs, moyens et financements pluriannuels, permettant d'en assurer le suivi et l'évaluation. A court terme, organiser un suivi budgétaire d'exécution du PNSE et de chaque plan sectoriel. [1]
- Décliner pour chaque action du PNSE 4 des fiches actions décrivant les objectifs, pilotes, moyens et financements pluriannuels, calendriers, indicateurs de résultat assortis de cibles pour permettre de garantir son caractère opérationnel ; rendre publics une synthèse de ces fiches et les financements, permettant d'en assurer le suivi [3]
- Proroger, définir et doter des moyens adaptés le pilotage conjoint du plan par la DGS et la DGPR [4]
- Identifier pour chaque action un pilote ou, si la pluralité est indispensable, un petit nombre de pilotes, chargés de mobiliser les leviers et moyens identifiés dans le plan et à qui il reviendra d'impulser les partenariats nécessaires. Le ou les pilotes seront en conséquence responsables de l'atteinte des objectifs. [4]
- Identifier dans le plan les moyens humains et financiers requis par chaque action et le calendrier de leur déploiement, ainsi que les modalités prévues de l'action publique, qu'elles soient incitatives, contractuelles ou normatives [4]
- Assortir le PNSE d'indicateurs de résultat accompagnés, autant que possible, de cibles chiffrées définies sur proposition des groupes d'expertise du HCSP [33]
- Traduire opérationnellement les actions du Plan national « une seule santé » dans les contrats d'objectifs des opérateurs concernés [1]

Articulation du PNSE avec les plans sectoriels :

- Définir dans le PNSE une matrice méthodologique pour les plans sectoriels regardant les enjeux de santé-environnement : pour l'atteinte des objectifs quantifiés de réduction des facteurs nocifs définis avec la gouvernance du PNSE, des moyens d'action identifiés, un calendrier d'action, des indicateurs spécifiques et mesurables, des échéances d'évaluation [4]
- Respecter pour le PNSE ces mêmes conditions d'opérationnalité [4]
- Pourvoir le PNSE d'une partie énonçant l'objet des plans thématiques en vigueur regardant la santé-environnement et faire converger le calendrier de leur révision. Sauf exception identifiée, le PNSE n'aura pas vocation à énoncer des actions relevant de ces plans sectoriels [4]
- Elaborer dans le PNSE une stratégie pour les risques et facteurs nocifs ne faisant pas l'objet d'un plan sectoriel, notamment les risques émergents ; organiser dans le PNSE, en termes

de programmation de la recherche, l'appréhension des interactions et des effets cumulés entre les facteurs nocifs [4]

- Réactualiser les plans sectoriels et ministériels n'ayant pas la même temporalité que celle du PNSE, le cas échéant par des feuilles de route intermédiaires, afin de tenir compte des priorités stratégiques du PNSE [33]
- Tenir compte dans l'évaluation du PNSE des résultats des plans sectoriels et ministériels qu'il chapeaute [33]

7 Gouvernance nationale

Pilotage interministériel :

- Affirmer le caractère interministériel du pilotage de la politique « une seule santé » et son rattachement au niveau du premier ministre. La préparation du comité interministériel de la santé, compétent en la matière, devrait être élargie aux départements ministériels acteurs concernés. [1]
- Créer une structure interministérielle, délégation ou mission, dédiée, rattachée au MTE ou au MSS, chargée de piloter et coordonner la politique en santé-environnement au niveau national et de préparer et suivre les décisions du comité interministériel [3]
- Confier la définition et la mise en œuvre de la stratégie interministérielle en matière de santé-environnement à un délégué (ou une déléguée) interministériel placé auprès du Premier ministre, qui aurait autorité sur toutes les administrations des ministères concernés pour organiser le travail transversal autour de la santé-environnement [29]
- Instituer, auprès du Premier ministre, un délégué interministériel à la santé globale chargé de porter la thématique « Une seule santé » et qui s'appuierait sur le comité interministériel pour la santé et son comité restreint permanent pour garantir la cohérence de l'ensemble des politiques publiques susceptibles d'avoir un impact sur la santé humaine, animale et végétale [33]
- Consacrer le comité interministériel pour la santé, présidé par le Premier ministre, comme instance de validation politique du PNSE et son comité permanent restreint, présidé par le délégué interministériel à la santé globale, comme comité exécutif de pilotage de sa mise en œuvre [33]
- Intégrer dans le travail interministériel un ou plusieurs des leviers proposés, permettant une prise en compte plus effective des enjeux sanitaires et de leurs déterminants dans l'action ministérielle [4]

Instances d'orientation et d'échanges en santé-environnementale :

- Créer un Conseil national « une seule santé », remplaçant le Groupe santé environnement, instance d'orientation et de consultation représentative des parties prenantes, dotée d'un statut juridique et de moyens de fonctionnement [1]

- Faire évoluer le GSE en une instance d'orientation et de consultation représentative de la diversité des parties prenantes et dotée d'un statut juridique et de moyens de fonctionnement. [3]
- Formaliser l'existence du GSE dans la loi en le transformant en conseil national santé-environnement et renforcer son rôle pivot dans l'élaboration et le suivi de la politique nationale de santé environnementale par l'attribution de prérogatives d'autosaisine et d'interpellation du Gouvernement et du Parlement en matière de suivi de la mise en œuvre du PNSE, par l'affirmation de son indépendance et de son autonomie de fonctionnement, en le dotant de moyens propres et de personnels permanents et en rénovant sa composition, par la garantie de la publicité de ses travaux et par la transmission au conseil national santé-environnement, au Gouvernement et au Parlement d'une évaluation à quatre ans du PNSE conduite conjointement par le conseil général de l'environnement et du développement durable et l'inspection générale des affaires sociales sur la base d'un cadre méthodologique établi en concertation avec le HCSP [33]
- Confier la présidence du GSE à un triumvirat composé de deux parlementaires nommés respectivement par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et la commission des affaires sociales du Sénat, et à un représentant de l'association des régions de France [4]
- Composer le GSE en une représentation des opérateurs, de représentants des ONG, choisis sur appel public à candidatures, de représentants des collectivités territoriales, de représentants des associations d'usagers, de représentants, à parité, des syndicats de salariés et des syndicats d'employeurs, de représentants des professionnels de la santé-environnement, désignés par leurs syndicats représentatifs, de représentants des sociétés savantes et du Haut conseil de la santé publique [4]
- Rendre publique la composition institutionnelle et nominative du GSE, et soumettre les membres du GSE à l'obligation de remplir une déclaration publique d'intérêts [4]
- Doter le GSE de deux fonctions essentielles : assurer le suivi de la conception et de la réalisation du PNSE et des plans afférents, piloter la constitution et la gouvernance du méta-portail participatif de données proposé supra [4]
- Faire précéder chaque plan sectoriel de l'avis du GSE et en organiser les travaux d'évaluation : associer le GSE à la rédaction des cahiers des charges, lui conférer le droit de proposer les évaluations qui ne seraient pas demandées par les pilotes, communiquer les travaux d'évaluation au GSE en même temps qu'aux pilotes [4]
- Doter le GSE d'une capacité d'auto-saisine sur tout sujet de santé-environnement [4]
- Rendre publics les avis et travaux du GSE [4]
- Doter le GSE d'un budget de fonctionnement, d'un site Internet et d'une administration de mission restreinte mais d'un niveau de compétences adapté. Conférer au GSE un positionnement institutionnel défini, autonome ou en rattachement à une entité existante ; définir de façon normative son statut, ses missions et sa composition [4]
- Organiser une conférence annuelle ou bisannuelle nationale sur la santé environnementale associant les représentants des acteurs ministériels et institutionnels, des collectivités

territoriales, des scientifiques, des associations et de la société civile autour d'ateliers thématiques [33]

- Tenir annuellement une conférence nationale de santé environnementale (CNSE) mettant en scène les acteurs du domaine [34]

Tutelle de l'ANSES et des agences de sécurité sanitaire :

- Reconnaître dans la loi au ministère de la santé le rôle de chef de file de la tutelle stratégique de l'ANSES et augmenter sa participation au budget de l'agence [33]
- Ajuster à la hausse les ressources de l'ANSES, afin de lui permettre de réaliser le programme d'évaluation des substances perturbatrices endocriniennes qui lui est assigné dans le cadre de la stratégie nationale, d'accélérer l'évaluation des substances enregistrées dans le cadre du règlement REACH et de combler le retard pris dans l'évaluation des substances biocides [2]
- Conditionner tout nouveau transfert ou élargissement des missions de l'ANSES à la préservation de la cohérence avec les missions existantes et à une garantie sur les moyens et le calendrier nécessaires à leur accomplissement ; de façon générale, s'assurer que l'agence dispose des moyens pour répondre aux attentes croissantes [3]
- S'assurer que les agences disposent des marges de manœuvre pour conduire des expertises à leur initiative ou à celle de leur tutelle ; (i) consolider les capacités de l'ANSES, développer celles de l'EFSA et les créer pour l'ECHA ; (ii) développer la capacité des agences françaises à mener des analyses socio-économiques pour, à terme, développer une fonction de contre-expertise en la matière. [3]

CNDASPE et Défenseur des droits :

- Réaliser un bilan du fonctionnement de la CNDASPE et réexaminer son rôle tant en ce qui concerne la déontologie que pour la gestion des alertes. [3]
- Créer, sur l'exemple du Défenseur des droits, une autorité administrative indépendante chargée des atteintes au droit à un environnement équilibré et respectueux de la santé [29]
- Transformer la commission nationale de la déontologie et des alertes en matière de santé publique et d'environnement en un « défenseur des droits » en santé environnementale, doté de pouvoirs à l'égard de l'administration et en faire, à terme, une commission spécialisée du futur défenseur de l'environnement dans le cas où celui-ci serait créé [33]

8 Déclinaison territoriale

Opérationnalité des PRSE :

- Organiser l'articulation des plans pilotés par l'Etat au niveau régional avec le PRSE, dans une structuration parallèle à celle proposée pour le PNSE en termes de définition des objectifs et de responsabilisation des pilotes d'action au regard de ces objectifs [4]
- Affirmer le rôle opérationnel et le caractère obligatoire des PRSE (Plans Régionaux Santé-Environnement) et les consolider par des objectifs concrets, hiérarchisés et des indicateurs pour mesurer les progrès dans leur réalisation, la désignation des responsables de leur mise en œuvre, avec les moyens humains nécessaires, des financements, notamment dans le cadre des outils de contractualisation de l'Etat avec les collectivités (ces financements seraient déclinés dans un programme de mesures adossé au PRSE) et une mise en cohérence avec les plans, schémas, programmes et documents de planification devant intégrer la santé-environnement. [29]
- Développer un outil permettant le suivi des actions programmées dans les PRSE et permettant le partage de fiches actions pour faciliter la diffusion des pratiques réussies ; organiser la généralisation des expérimentations localement concluantes menées dans le cadre des PRSE [4]
- Accompagner la prochaine génération de PRSE d'indicateurs sur les moyens financiers et humains consacrés à leur pilotage, leur animation et leur mise en œuvre [33]

Articulation des PRSE avec les outils de planification et de contractualisation locaux :

- Instaurer dans le processus de consultations prévu pour l'élaboration des SRADDET une consultation de l'agence régionale de santé [4]
- Affirmer la responsabilité des différents échelons de collectivités territoriales dans la promotion de la santé environnementale au niveau de leur territoire ; reconnaître, dans ce cadre, le rôle stratégique des régions, en intégrant des objectifs et priorités du PRSE dans le schéma régional d'aménagement de développement durable et d'égalité des territoires [33]
- Intégrer les PRSE dans les contrats de plan Etat-région ; rendre les ARS cosignataires des CPER [4]
- Intégrer les priorités et objectifs en santé environnementale dans les contrats de plan État-région (CPER) et les contrats locaux de santé (CLS), en y adossant des financements pérennes [33]
- Rendre obligatoire la signature de contrats locaux de santé par les établissements publics de coopération intercommunale [34]

Collectivités locales :

- Intégrer le bilan des actions « une seule santé » dans le rapport « développement durable » des collectivités territoriales [1]
- Compléter les instructions comptables applicables aux collectivités territoriales pour faire apparaître les lignes à agréger permettant d'identifier les dépenses de santé environnement [1]
- Intégrer, dans l'article L.1111-2 du Code général des collectivités territoriales, le concours de ces collectivités territoriales à la santé-environnement, leur donner les moyens d'identifier des objectifs et de les réaliser. [29]
- Systématiser les évaluations d'impact sur la santé sur les grands projets d'aménagement envisagés par les collectivités territoriales [33]

ARS :

- Engager une nouvelle revue des missions des ARS [32]
- Consolider par un renforcement de leurs moyens humains et financiers, les capacités des Missions interservices de l'eau et de la nature et des Agences régionales de santé, à intervenir en soutien des collectivités territoriales pour une plus grande prise en compte de la santé-environnement dans leurs politiques [29]
- Préserver les moyens humains des ARS [32]
- Renforcer les compétences d'inspection et clarifier la place de ces fonctions au sein des ARS [32]
- Élaborer un cadre de référence proposant un modèle-cible de répartition des missions et des compétences entre les délégations départementales et le siège des ARS [32]
- Mieux prendre en compte les enjeux de santé environnementale au sein des délégations territoriales des ARS, afin de renforcer leur rôle d'appui de proximité aux élus locaux [33]
- Favoriser une politique ambitieuse de recrutement et d'attractivité des métiers au sein des délégations départementales [32]
- Organiser des concertations en vue de revitaliser les métiers traditionnellement liés à l'environnement et au territoire en mettant en valeur leur pertinence pour les problématiques de santé environnementale [34]
- Imposer à chaque ARS la publication d'un rapport annuel sur l'utilisation des crédits FIR et MIGAC [32]

9 Gouvernance locale

Coordination :

- Ouvrir la possibilité d'une expérimentation avec des partenaires volontaires de nouveaux modes de gouvernance des plans régionaux « une seule santé ». Après bilan, permettre aux partenaires de choisir régionalement le mode de gouvernance et de mise en œuvre qui leur convient le mieux. [1]
- Institutionnaliser les réunions entre préfets, directeurs départementaux et élus dans chaque département [32]

Démocratie sanitaire locale :

- Renforcer la légitimité des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), en leur donnant un budget propre, en rendant obligatoires leurs avis sur certains sujets, en travaillant à leur réorganisation et en clarifiant leur articulation avec les conseils territoriaux de santé [32]
- Faire du conseil économique, social et environnemental régional (Ceser) le relais de référence des préoccupations en santé environnementale de la société civile [34]
- Associer le Conseil Territorial de Santé, composé notamment de professionnels et professionnelles de la prévention et de la promotion de la santé et d'usagers et usagères, à la définition des priorités en matière de santé-environnement pour favoriser la démocratie en santé et la participation, des acteurs et actrices locaux et des citoyens et citoyennes aux décisions dans ce domaine [29]

Observatoires régionaux de santé-environnement :

- Généraliser les observatoires régionaux en santé environnementale pour affiner le diagnostic territorial, l'identification et le suivi des inégalités territoriales de santé [33]
- Favoriser le rapprochement des observatoires régionaux de la santé et des observatoires de la biodiversité au sein d'observatoires régionaux de la santé environnementale dont la création serait obligatoire, et qui pourraient être mis à la disposition des Ceser [34]
- Fédérer le réseau territorial d'experts et de partenaires au sein de conseils en santé-environnement régionaux dotés d'une autonomie de fonctionnement et d'une capacité d'autosaisine ou d'alerte [33]

10 Information du public

Stratégie de communication :

- Intégrer dans la future stratégie nationale sur la santé-environnement un volet sur la communication et la formation permettant de sensibiliser les publics experts et profanes. [3]
- Développer une culture de la prévention santé-environnement, en mettant l'accent sur la vulgarisation, en réalisant des campagnes de sensibilisation, en renforçant l'éducation dans les cursus scolaires et d'enseignement supérieur en partenariat avec le tissu associatif [29]
- Adopter une politique d'exemplarité en matière de transparence dans la prise de décision en santé-environnement, en premier lieu en publiant a posteriori les votes français dans le cadre de la comitologie européenne. [3]
- Mieux structurer le débat public sur les risques, en amont des prises de décision [35]
- Expliquer et clarifier les résultats des évaluations de risques effectuées par les agences [35]

Outils / vecteurs de communication :

- Charger Santé publique France de développer un site Internet pour le grand public consacré à la promotion de la santé environnementale dans la vie quotidienne, sur le modèle du site « Agir pour bébé » [33]
- Mettre en place dans chaque région un portail d'information et centre de ressources régionales en santé environnementale, assurant notamment la collecte et le suivi de données territoriales et garantissant l'accessibilité du public à ces données [33]
- Développer des outils, notamment numériques, afin de renforcer l'information des élus et leur capacité de communiquer en matière de risques environnementaux et sanitaires [34]
- Mettre en place un toxiscore permettant d'évaluer les produits de consommation en fonction de leur teneur en produits reprotoxiques, cancérigènes ou perturbateurs endocriniens [34]

11 Formation

Formation des élus :

- Renforcer, dans une approche pluridisciplinaire, la formation des élus/élues et celle, tant initiale que continue, des professionnels et professionnelles des trois fonctions publiques et des corps de métiers concernés par les interactions santé et environnement [29]

- Développer les formations en santé environnementale en direction des élus locaux et agents des collectivités territoriales [33]

Formation des professionnels de santé :

- Renforcer la formation en santé publique des professionnels de santé en y intégrant les questions de santé-environnement et créer un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de médecine en toxicologie environnementale [33]
- Renforcer la place de la démarche « une seule santé » dans les formations de santé environnementale pour les professionnels de santé [34]
- Accorder une plus grande place dans le cursus médical à l'étude des facteurs environnementaux émergents en rendant obligatoire, en formation continue, l'étude de ces facteurs [34]
- Renforcer la formation des médecins et des autres professionnels de santé sur la compréhension et la prise en charge des maladies chroniques et notamment de l'obésité [34]
- Créer un diplôme de médecin obésitologue, qui permette une prise en charge au long cours, par un médecin spécialiste, des personnes souffrant d'obésité [34]

12 Surveillance

Systèmes de surveillance :

- Faire de l'amélioration de la collecte et de l'analyse des signaux faibles une priorité stratégique pour les opérateurs du champ santé-environnement, afin d'améliorer la détection des risques émergents, et organiser le travail inter-opérateurs. [3]
- Donner aux agences des compétences étendues pour l'identification des risques émergents [35]
- Développer des registres de morbi-mortalité pour des pathologies dont le lien avec des facteurs environnementaux est fortement soupçonné par la littérature scientifique [33]
- Étudier l'opportunité de créer des centres nationaux de référence pour certaines pathologies liées à des expositions environnementales [33]
- Développer les instruments de surveillance en situation réelle des effets des produits réglementés : vigilances, biosurveillance, études épidémiologiques [35]
- Associer l'ensemble des personnes concernées à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques : les sciences participatives doivent contribuer au recueil des données sur un territoire [29]

- Mener, sous l'égide des Observatoires régionaux de santé, de façon expérimentale, en vue de leur généralisation, des recherches et analyses sur quelques territoires ciblés (à l'échelle de bassins de vie) pour déterminer l'état des écosystèmes, les conditions de vie, les expositions environnementales et l'état de santé de leurs habitants et habitantes (suivre des cohortes de patients et patientes sur un même territoire). Organiser la capitalisation de ces données pour contribuer à définir des politiques de prévention en santé-environnement [29]

13 Données

Structuration des bases de données :

- Urbaniser les bases de données disponibles afin de mieux exploiter les données collectives en santé au travail issues de différentes sources (Santé Publique France, DARES, DREES, CNAM...) dans le but de permettre la définition d'actions de prévention et de recherche [2]
- Faire progresser les données environnementales et sanitaires en : (i) poursuivant la structuration en schémas nationaux des données environnementales ; (ii) clarifiant l'origine des données de santé, ainsi que des modalités précises d'accès aux données aux fins de recherche et de surveillance. [3]
- Accélérer la mise en relation des données environnementales et de santé et se donner les moyens d'y arriver. Mettre en place au plus vite un groupe projet entre les équipes du Health data hub et du Green data hub chargé de mettre en œuvre une feuille de route, avec des moyens adaptés, et lancer des études exploratoires visant à rapprocher les données environnementales et de santé. [3]
- Créer une plateforme des données environnementales à des fins de santé (Green Data Hub), comme le prévoit le projet de PNSE 4, qui centralise de façon exhaustive l'ensemble des données relatives à la présence de substances polluantes dans les milieux et qui soit interopérable avec la plateforme des données de santé [33]
- Conférer au PNSE, dans une gouvernance redéfinie, la supervision des démarches d'interopérabilité des données ; mettre en place un observatoire de la santé-environnement, réunissant et complétant en tant que de besoin les démarches existantes, sur lequel le GSE pourra s'appuyer ; inscrire dans le PNSE 4 un objectif, doté des moyens nécessaires pour être réalisé à mi-parcours du plan, de mise à disposition publique d'un méta-portail orientant, dans une présentation claire, vers les principales informations, études et données disponibles en santé-environnement [4]
- Accélérer le croisement, la compatibilité et le partage des données environnementales et de santé, y compris locales, en y intégrant les observations apportées par le public [29]
- Mettre en place des réseaux régionaux et interrégionaux, coordonnés au niveau national et avec les observatoires régionaux, pour recueillir, diffuser et faire connaître des données de santé environnementale [34]

Données de l'ANSES :

- Inscrire un axe stratégique sur le pilotage de la donnée dans le prochain COP de l'ANSES [2]
- Créer une base de données nationale permettant de recenser les cas présentés devant les CRRMP, à des fins d'études et d'harmonisation des décisions des CRRMP ainsi que de production d'indications susceptibles de faire avancer les tableaux de maladies professionnelles [2]
- Mettre en commun dans des systèmes d'information partagés les études et données disponibles sur l'ensemble des produits réglementés [35]
- Mettre à disposition du public l'intégralité des données figurant dans les dossiers soumis aux agences d'évaluation, afin de permettre une contre-expertise citoyenne [35]
- Être particulièrement attentif aux modalités de mise en œuvre de la réglementation « transparence » et soutenir la proposition de la Commission européenne d'étendre le principe d'open data et les principes de transparence du secteur de la sécurité alimentaire à d'autres législations sur les produits chimiques, voire au-delà. [3]

14 Expertise

Déontologie :

- Demander au niveau européen l'édiction de règles déontologiques et de transparence, en déterminant un corpus s'imposant aux administrations et agences et harmonisant leurs pratiques par le haut. [3]
- Définir, à froid, de manière cohérente et globale les règles déontologiques et de transparence applicables à l'ensemble des acteurs pour leurs activités en santé-environnement, via (i) l'élargissement de dispositions déontologiques inspirées du champ santé ; (ii) la mise en œuvre de déclarations publiques d'intérêts (DPI) sur un modèle adapté à la santé-environnement sur un site Internet ; (iii) la mise en place de contrôles adaptés des DPI ; (iv) la mise en place des dispositions « anti-cadeaux » telles que celles existant dans le champ santé. [3]
- Faire la transparence sur les liens d'intérêt et contrôler les liens d'intérêt déclarés dans le cadre d'obligations déontologiques fortes pesant sur les personnels et experts des agences [35]

Vivier d'expertise :

- Établir et entretenir un répertoire des scientifiques disposant des compétences dans les disciplines prioritaires pour l'expertise en santé-environnement, et faire émerger des filières en économie et sciences sociales devant investir ce champ. [3]

- Développer des chaires d'enseignement et de recherche avec les agences sanitaires et inclure un module de présentation de l'expertise publique dans les cursus des masters et écoles doctorales les plus directement concernés. [3]
- Afin de mieux mobiliser et renouveler le vivier d'experts publics : (i) fixer des objectifs en matière de contribution à l'expertise publique dans les contrats d'objectifs et de performance (COP) des organismes de recherche et définir dans chaque établissement d'enseignement supérieur et de recherche concerné une politique d'incitation de ses agents à l'expertise publique ; (ii) afficher explicitement l'activité d'expertise publique dans les référentiels d'évaluation des personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche ; (iii) augmenter le montant unitaire des vacations d'expertise et en réviser les modalités d'attribution. [3]
- Développer le vivier d'expertes et d'experts indépendants. Reconnaître et valoriser leurs travaux de collaboration à des rapports et synthèses scientifiques collectives et la fonction d'expertise dans la carrière du chercheur ou de la chercheuse [29]
- Renforcer l'attractivité pour les scientifiques de la participation aux travaux d'expertise menés par les agences [35]

Coordination de l'expertise :

- Structurer le dialogue entre organes d'évaluation, pour éviter les divergences d'appréciation sur les risques qui perturbent la prise de décision [35]

15 Evaluation des risques

Réglementation européenne :

- Obtenir l'intégration effective des dangers et risques liés aux perturbateurs endocriniens dans les règlements REACH et CLP ; étendre le règlement « Transparence » à l'ensemble du champ d'évaluation de substances chimiques par les autorités réglementaires ; faire octroyer à l'ECHA la possibilité de réaliser des études de contre-expertise, comme c'est déjà le cas pour l'EFSA [2]
- À l'occasion de la révision du règlement REACH, intégrer les effets perturbateurs endocriniens parmi les toxicités prises en compte dans l'examen des produits [34]
- Réinterroger, au regard des exigences de la réglementation européenne, la méthode d'évaluation des substances chimiques actuellement pratiquée par les agences réglementaires européennes, en analysant notamment la pertinence des lignes directrices de l'OCDE par rapport aux récentes avancées méthodologiques et scientifiques, et en définissant les critères d'intégration des études académiques dans les évaluations réglementaires [2]

- Soutenir toute initiative des Etats membres pour accélérer le processus de définition des VLIEP au niveau communautaire en intégrant en amont les travaux réalisés par les différentes agences nationales [2]
- Porter une ambition importante pour la mise en œuvre du nouvel objectif « une substance, une évaluation » au niveau européen, qui doit permettre plus d'efficacité et de cohérence, en participant activement à la planification des évaluations en amont et en demandant à la Commission d'établir une stratégie d'harmonisation des réglementations sur les produits chimiques [3]
- Établir, sous l'égide du SGAE, une feuille de route de mobilisation des leviers européens (et OCDE) qui soit partagée entre les différentes administrations, les organismes concernés (notamment l'ANSES), la Représentation permanente auprès de l'Union européenne, et les cabinets des ministres concernés. [3]
- Soutenir la proposition de la Commission européenne visant à s'assurer que les substances les plus dangereuses soient identifiées rapidement et ne soient autorisées, pour les biens de consommation, que pour les usages essentiels. [3]
- Demander à la Commission européenne d'introduire rapidement un facteur de sécurité additionnel dans l'évaluation des risques pour tenir compte des multi-expositions, sur un champ large. [3]
- Proposer une évolution de la réglementation européenne en matière d'analyse socio-économique pour (i) intégrer une évaluation des impacts des décisions sur l'ensemble des acteurs, et prendre en compte les différences sociales ou territoriales ; (ii) renforcer les obligations de communication des données commerciales aux agences publiques. [3]
- S'assurer du respect du principe « pas de donnée, pas de marché ». Pour cela, les États membres doivent adopter des sanctions dissuasives (par exemple retrait de l'accès au marché) pour que les industriels soient davantage incités à fournir les données requises. En cas de révision de REACH, donner à l'ECHA la possibilité de sanctionner le non-respect de ses décisions. [3]
- Encourager la mise à jour régulière des lignes directrices pour ne pas retarder l'adoption de nouvelles méthodes et de tests sensibles et fiables [35]
- Lancer lors de la Présidence française de l'Union européenne, la création d'une agence pour la santé, l'environnement et l'alimentation regroupant d'abord l'EFSA, l'ECHA et les deux comités scientifiques de la DG SANTE, puis l'EEA, l'ECDC et l'EMA, et en bonne articulation avec les agences nationales. [3]

Règles nationales :

- Accélérer le processus de choix des VLEP « nationales » et des saisines d'expertise en appui à la reconnaissance des maladies professionnelles en modifiant les protocoles actuels de saisine de l'ANSES [2]
- Harmoniser les critères de sélection et de pondération des travaux retenus par les agences afin que les études académiques soient mieux prises en compte dans l'évaluation des

risques et expliciter ces critères pour rendre le processus d'expertise le plus transparent et objectivable possible. [3]

- Encourager la mise à jour des méthodes et données en (i) définissant, avec l'ensemble des établissements publics impliqués dans la santé-environnement, une feuille de route sur la mise à jour des méthodes (en particulier à l'OCDE) ; (ii) mettant à jour de manière systématique et concertée les données demandées aux industriels, dès adoption de nouvelles méthodes ; (iii) promouvant des innovations sur les outils, méthodes et modèles et capacité d'analyse de données, au sein des agences et grâce à des financements européens. [3]
- En application du principe de précaution, et conformément à la stratégie européenne d'octobre 2020, le législateur doit passer d'une approche substance par substance, usage par usage, à une approche générique du risque en identifiant les dangers à éviter, ceux jugés les plus préoccupants pour la santé humaine ou pour les écosystèmes, dans une logique de gestion par classes de dangers et de transectorialité [29]
- Harmoniser, selon le principe de non-régression et en s'appuyant sur les énoncés les plus protecteurs des différentes réglementations, la définition des clauses de sauvegarde entre toutes les réglementations relatives aux produits chimiques [29]
- Renforcer la prise en compte des effets combinés et des effets multi-expositions dans l'évaluation des risques sanitaires [34]
- Renforcer les obligations des professionnels en matière de transfert d'informations aux agences évaluatrices [34]
- Développer les méthodes alternatives à l'expérimentation animale pour l'identification des risques sanitaires et environnementaux [35]

16 Recherche

Stratégie de recherche :

- Présenter les thèmes de recherche sur « une seule santé » dans le rapport sur les politiques nationales de recherche et de formations supérieures, dit « jaune enseignement supérieur et recherche » [1]
- Élaborer une stratégie nationale de recherche en santé-environnement, déclinée dans les contrats d'objectifs des institutions de recherche concernées, et renforcer le volet appliqué dans les appels à projets en santé-environnement, via (i) la mise en place d'un comité de coordination des financeurs de la recherche en santé-environnement ; (ii) la consolidation d'un programme national de référence orienté vers les besoins de l'expertise, en doublant les moyens actuels du PNR-EST dans le cadre d'un partenariat entre l'ANR et l'ANSES ; (iii) la mobilisation du programme des investissements d'avenir (PIA 4) pour financer un programme prioritaire de recherche pour comprendre l'exposome humain et environnemental. [3]

- Inscrire la santé environnementale dans la SNR comme un axe majeur transversal, devant donner lieu dans chacun des défis retenus à un volet spécifique, et faire évoluer l'actuel défi « santé » de la SNR pour y programmer des orientations, les unes centrées d'une part sur les risques émergents, d'autre part sur les interactions et effets sanitaires de cumul entre différents polluants. Ce défi sera copiloté par la gouvernance du PNSE. Les moyens budgétaires affectés à la santé environnementale dans la SNR devront représenter une fraction identifiée et conséquente des programmes budgétaires pertinents pilotés par le ministère en charge de la recherche et les opérateurs associés [4]
- Consolider, dans le cadre d'Horizon Europe, la contribution des institutions françaises à la dynamique européenne de recherche en santé-environnement en apportant un soutien fort notamment au partenariat sur l'évaluation des produits chimiques (PARC) et à une infrastructure européenne de recherche en soutien aux travaux sur l'exposome. [3]
- Adopter une programmation stratégique multidisciplinaire par le biais d'un programme prioritaire de recherche en santé-environnement qui assure un financement à la hauteur des besoins de la recherche publique. Les budgets doivent tenir compte d'indicateurs qui mesure les dégradations de l'environnement et leurs impacts sur la santé. [29]
- Coordonner les travaux de recherche programmés dans le cadre du PEPR EXPOSOME et dans le programme PNR EST, de manière à s'assurer de l'absence de redondances et d'une articulation optimisée dans les thèmes de recherche financés de part et d'autre [2]

Thèmes de recherche :

- Développer la recherche et l'expérimentation d'alternatives à l'utilisation de produits chimiques en (i) développant des travaux sur les différentes alternatives, notamment économiques ou assurantielles grâce aux développements des études de nature socio-économiques ; (ii) en révisant les modalités de l'évaluation comparative et en adoptant des lignes directrices. [3]
- Développer des programmes de recherche, intégrant des approches méthodologiques relevant des sciences humaines et sociales, centrés sur les effets combinés (effets cocktail), les effets dus aux expositions multiples à faible dose, et l'étude de l'exposome [34]
- Mieux identifier les effets de perturbation endocrinienne, les effets cancérogènes, mutagènes ou génotoxiques en les quantifiant précisément et en développant des outils de compréhension des risques cumulés [35]

Moyens de recherche :

- Abonder les financements du PNR EST, au regard des priorités définies dans le cadre d'une stratégie nationale de recherche en santé au travail et en santé environnement en définissant un programme de travail et un budget inter-agences et inter-alliances (AVIESAN, ALLENI, ATHENA) [2]

- Donner aux agences la possibilité de déclencher des études destinées à améliorer la connaissance des dangers et des expositions, à travers un fonds de recherche inter-agences [35]

Acteurs de recherche :

- Créer un consortium consacré à la recherche en santé environnementale, fédérant les principaux laboratoires et instituts de recherche dans ce domaine, afin de coordonner la programmation de la recherche et d'accompagner les initiatives dans l'obtention de financements nationaux et internationaux [33]
- Créer un institut hospitalo-universitaire (IHU) en santé environnementale [33]

BIBLIOGRAPHIE

Rapports d'inspections consacrés à la santé-environnement

[1] Inventaire des moyens consacrés par l'UE, l'Etat français et les collectivités territoriales à la santé-environnement - Rapport IGAS-IGA-IGF-CGEDD-CGAAER-IGESR- Pascal HENDRIKX, Agnès MOUCHARD, Nicolas CLOÛET, Dominique GIORGI, François MAURY, Sabine CAROTTI, Vincent LIDSKY – août 2022

[2] Evaluation du COP 2018-2022 de l'ANSES et axes stratégiques pour l'élaboration du COP 2023-2027 - Rapport IGAS-CGEDD-CGAAER-CGE - Maryse FOURCADE, Yannick Le GUEN, Christophe GIBON, Maryline SIMONÉ, Rémi STEINER – juillet 2022

[3] La santé-environnement : recherche, expertise et décision publiques - Rapport IGAS-IGF-CGEDD-CGAAER-IGESR - Patrick LAVARDE, Muriel DAHAN, Benjamin FERRAS, Mariane SAÏE, Cecilia BERTHAUD, Taline APRIKIAN, Sabine CAROTTI, Benoît ASSEMAT – décembre 2020

[4] Evaluation du troisième plan national santé environnement et préparation de l'élaboration du plan suivant- Rapport IGAS - Béatrice BUGUET-DEGLETAGNE – décembre 2018

[5] Evaluation du COP 2012-2017 de l'ANSES dans la perspective de son renouvellement - Rapport IGAS-CGEDD-CGAAER-CGEFi - Gérard BELET, Dominique BRINBAUM, Jean-Marie PALACH, Emile PEREZ, Gilles PIPEN – juillet 2017

[6] La mise en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) des politiques de santé-environnement -Rapport IGAS - Béatrice BUGUET, Anne BURSTIN, Bertrand DEUMIE – décembre 2011

Rapports d'inspections thématiques

[7] Structuration d'un champ académique en santé mondiale - Rapport IGAS-IGESR- François CHIEZE, Martial METTENDORFF, Aquilino MORELLE, Marie-Odile OTT – juin 2022

[8] Evaluation et préparation de l'actualisation de la feuille de route interministérielle 2016 pour la maîtrise de l'antibiorésistance - Rapport IGAS-IGF-IGAE-CGEDD-CGAAER-IGESR- Karine GUILLAUME, Yvan AUJOLLET, Aude DE AMORIM, Anne BURSTIN, Bertrand PAJOT, Pierre DEPROST, Julien EMMANUELLI – avril 2022

[9] Rapport d'étape de la mission d'évaluation du plan d'actions pour les services d'eau potable et d'assainissement en outre-mer - Rapport IGAS-IGA-CGEDD - Hélène FOUCHER, Christian LE COZ, Geneviève AUZEL, Claude DAGORN, Maxime TANDONNET – juin 2021

[10] Retour d'expérience après l'incendie d'un site industriel à Rouen en septembre 2019 - Analyse et propositions sur la gestion de crise - Rapport IGAS-IGA-CGEDD-CGAAER-CGE- Florence ALLOT, Benoît ASSEMAT, Philippe SAUZEY, Thomas MONTBABUT, Pierre-Franck CHEVET, Paul MICHELET – mai 2020

[11] Organisation de la Sécurité sanitaire des produits cosmétiques et de tatouage : état des lieux et évolutions souhaitables - Rapport IGAS-IGF - Pierre ABALLEA, Anne BURSTIN, François WERNER – avril 2020

- [12] Plan d'action interministériel amiante - Rapport IGAS-IGA-CGEDD- Agnès MOUCHARD, Annaïck LAURENT, Laurent MOREAU, Arnaud TEYSSIER – avril 2020
- [13] Evaluation du troisième plan chlordécone et propositions - Rapport IGAS-CGEDD-CGAAER-IGESR - Christine BRANCHU, Marthe-Elisabeth OPPELT, Catherine MIR, Armand RENUCCI, Henri-Luc THIBAUT – février 2020
- [14] Les cohortes pour les études et la recherche en santé - Rapport IGAS-IGESR- Mireille ELBAUM, Aquilino MORELLE, Bertrand MINAULT, Henri RIBIERAS – février 2020
- [15] L'organisation des contrôles relatifs à la sécurité sanitaire des aliments - Rapport IGAS-IGF-IGA-CGAAER — Laurent VACHEY, Philippe GUDEFIN, Eric PARDIMAL, Laurent CAILLOT, Marc-Etienne PINAULDT, Philippe SEINGER, Françoise THEVENON LE MORVAN, novembre 2019
- [16] Etude d'impact du nouveau dispositif réglementaire de prévention des maladies vectorielles sur les services de démoustication de Guyane et Martinique - Rapport IGAS-IGA - Geneviève AUZEL, Angel PIQUEMAL, Maxime TANDONNET – octobre 2019
- [17] Évaluation du dispositif réglementant l'utilisation de produits phytopharmaceutiques à proximité des lieux accueillant des personnes vulnérables - Rapport IGAS-CGEDD-CGAAER - Valérie GERVAIS, France MOCHEL, Yvan AUJOLLET, Michel LARGUIER, Françoise LIEBERT – avril 2019
- [18] L'Observatoire de la qualité de l'air intérieur - Bilan et perspectives - Rapport IGAS-IGA-CGEDD- Patrick LAVARDE, Laura KRIEPS, Pierre LESTEVEN, Marie-Louise SIMONI – décembre 2018
- [19] La répartition des compétences des collectivités territoriales, des agences régionales de santé et des services de l'État en matière de santé, salubrité et hygiène publiques - Rapport IGAS-IGA-CGEDD - Luc BEGASSAT, Corinne DESFORGES, Bénédicte RENAUD-BOULESTEIX, Christian DUBOSQ – novembre 2018
- [20] Avenir de l'Observatoire de l'alimentation - Rapport IGAS-CGAAER-CGEFI - Catherine GRAS, Jean-Marie PALACH, Georges-Pierre MALPEL, Anne PERRET, François VEDEAU – janvier 2018
- [21] Amélioration de l'information nutritionnelle dans la restauration collective - Rapport IGAS-CGAAER-IGAENR - Martine CAFFIN -RAVIER, Sylvie ROCQ, Daniel NIZRI – décembre 2017
- [22] La stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE) - Evaluation de la mise en œuvre et propositions d'évolution - Rapport IGAS-CGEDD-CGAAER - Patrick LAVARDE, Fabienne BARTOLI, Pierre LESTEVEN, Viviane MOQUAY, François VEDEAU – décembre 2017
- [23] Utilisation des produits phytopharmaceutiques - Rapport IGAS-CGEDD-CGAAER - Alexis DELAUNAY, Catherine MIR, Clémence MARTY-CHASTAN, Erik RANCE, Didier GUÉRIAUX, Robert TESSIER – décembre 2017
- [24] Contamination par les métaux lourds d'habitants proches d'anciens sites miniers du Gard - Études environnementales sur l'état des sols et nécessité d'assurer un suivi médical - Rapport IGAS-CGEDD - Pascaline Tardivon, Alexis Delaunay, Aurélien Besson – décembre 2016
- [25] La gouvernance de la lutte antivectorielle - Rapport IGAS-IGA - Dorothée IMBAUD, Patricia VIENNE Hayet ZEGGAR, Frédéric PERRIN – avril 2016
- [26] Evaluation du « Centre national d'expertise sur les vecteurs » - Rapport IGAS-CGAAER — Daniel NIZRI, Bruno ANDRAL, Pascale BRIAND – décembre 2015

[27] La gestion des pics de pollution de l'air - Rapport IGAS-IGA-CGEDD - Salvator ERBA, Sylvie ESCANDE-VILBOIS, Francis FELLINGER, Nicolas FORRAY, Henri LEGRAND et Michel PINET – juillet 2015

[28] Réforme du document unique d'évaluation des risques professionnels : état des lieux et proposition – Rapport IGAS – Laurent CAILLOT, Laurent CAUSSAT, Valérie GERVAIS – mai 2023

Autres rapports consacrés à la santé environnementale

[29] Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires - Conseil économique, social et environnemental (CESE) - mai 2022

[30] Évaluation globale des Plans nationaux santé-environnement (2004-2019) – Haut conseil de la santé publique - mars 2022

[31] Rapport sur les causes d'infertilité - Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité - Samir HAMAMAH, Salomé BERLIOUX avec l'appui de Maryse FOURCADE (IGAS) – février 2022

[32] Rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) sur les agences régionales de santé - Assemblée nationale - juin 2021

[33] Rapport d'information sur les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale - Sénat - mars 2021

[34] Rapport de la commission d'enquête sur l'évaluation des politiques publiques de santé environnementale - Assemblée nationale - décembre 2020

[35] Evaluation des risques sanitaires et environnementaux : trouver le chemin de la confiance - Office parlementaire de l'évaluation des choix scientifiques et techniques (OPECST) - mai 2019

SIGLES UTILISÉS

AASQA	Association agréée de surveillance de la qualité de l'air
ACNUSA	Autorité de contrôle des nuisances aéroportuaires
ADEME	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
AEE	Agence européenne pour l'environnement
AFD	Agence française pour le développement
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AN	Assemblée nationale
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANAH	Agence nationale de l'habitat
ANDRA	Agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs
ANFR	Agence nationale des fréquences
ANR	Agence nationale pour la recherche
ANRU	Agence nationale pour la rénovation urbaine
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
AS	Adjoint sanitaire
ASN	Autorité de sûreté nucléaire
AT-MP	Accident du travail - maladie professionnelle
AVIESAN	Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé
BRGM	Bureau de recherches géologiques et minières
CAP-TV	Centre anti-poison et de toxicovigilance
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail.
CCPP	Centre de consultations de pathologie professionnelle
CDC	Center for disease control
CE	Commission européenne
CEPA	Classification of Environmental Protection Activities
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CEREMA	Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement
CES	Centre d'examen de santé
CESE	Conseil, économique, social et environnemental
CGAAER	Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux
CGCT	Code général des collectivités territoriales
CGDD	Commissariat général du développement durable
CGEDD	Conseil général de l'environnement et du développement durable
CIRAD	Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CIS	Comité interministériel pour la santé
CITEPA	Centre interprofessionnel d'études de la pollution atmosphérique

CLP	Classification, Labelling, Packaging
CLS	Contrat local de santé
CMR	Cancérogène, mutagène et reprotoxique
CNA	Conseil national de l'alimentation
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNDASPE	Commission nationale de la déontologie et des alertes en matière de santé publique et d'environnement
CNDP	Commission nationale du débat public
CNEV	Centre national d'expertise sur les vecteurs
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CO	Monoxyde de carbone
COP	Contrat d'objectifs et de performance
CORAP	Plan d'action continu communautaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPER	Contrat de plan Etat-région
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRPM	Code rural et de la pêche maritime
CRRMP	Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
CSLEP	Comité scientifique en matière de limites d'exposition professionnelle
CSP	Code de la santé publique
CSTB	Centre scientifique et technique du bâtiment
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DASRI	Déchet d'activité de soin à risque infectieux
dB	Décibel
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DEB	Direction de l'eau et de la biodiversité
DDPP	Direction départementale de la protection des populations
DDT	Direction départementale des territoires
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DGAI	Direction générale de l'alimentation
DGALN	Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGD	Dotation générale de décentralisation
DGDDI	Direction générale des douanes et des droits indirects
DGE	Direction générale des entreprises
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGPR	Direction générale de la prévention des risques
DGRI	Direction générale de la recherche et de l'innovation
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
DG AGRI	Direction générale en charge de l'agriculture et du développement rural (Commission européenne)
DG CLIMA	Direction générale en charge de l'action climatique (Commission européenne)

DG EMPL	Direction générale en charge de l'emploi, des affaires sociales et de l'insertion (Commission européenne)
DG ENER	Direction générale en charge de l'énergie (Commission européenne)
DG ENV	Direction générale en charge de l'environnement (Commission européenne)
DG GROW	Direction générale en charge du marché intérieur, de l'industrie et des entreprises (Commission européenne)
DG MOVE	Direction générale en charge des transports et de la mobilité (Commission européenne)
DG SANTE	Direction générale en charge de la santé et de la sécurité alimentaire (Commission européenne)
DHUP	Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages
DIHAL	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DMP	Dossier médical partagé
DMST	Dossier médical en santé au travail
DOM	Département d'outre-mer
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRAAF	Direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
DREAL	Direction régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DREETS	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DSS	Direction de la sécurité sociale
DUP	Déclaration d'utilité publique
ECHA	Agence européenne des produits chimiques
ECDC	Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies
EDCH	Eau destinée à la consommation humaine
EFSA	Autorité européenne de sécurité des aliments
EID	Entente interdépartementale de démoustication
ELFE	Etude longitudinale française de l'enfance
EMA	Agence européenne des médicaments
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
ERI	Excès de risque individuel
ERP	Etablissement recevant du public
ERU	Excès de risque unitaire
ESA	Plateforme d'épidémiosurveillance en santé animale
ESV	Plateforme d'épidémiosurveillance en santé végétale
ETP	Equivalent temps plein
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FIR	Fonds d'intervention régional
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
GD4H	Green data for health
GIP	Groupement d'intérêt public
GSE	Groupe santé environnement
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
ICPE	Installation classée pour la protection de l'environnement
IES	Ingénieur d'études sanitaires
IFREMER	Institut français de recherche pour l'exploitation de la mer
IGA	Inspection générale de l'administration

IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGEDD	Inspection générale de l'environnement et du développement durable
IGESR	Inspection générale de l'Éducation, du sport et de la recherche
IGF	Inspection générale des finances
IGS	Ingénieur du génie sanitaire
INCa	Institut national du cancer
INERIS	Institut national de l'environnement industriel et des risques
INRAE	Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
INS	Identifiant national de santé
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRD	Institut de recherche pour le développement
IRSET	Institut de recherche en santé-environnement et travail
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
ITMO	Institut Thématique Multi-Organismes
LCSQA	Laboratoire central de surveillance de la qualité de l'air
LMR	Limite maximale de résidus
MASA	Ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale
MESR	Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche
MINEFISIN	Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique
MPIC	Mission permanente d'inspection et de contrôle de l'Igas
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Ministère de la santé et de la prévention
MTE	Ministère de la transition écologique
MTPEI	Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion
NBP	National biomonitoring program
NRC	National research council
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFB	Office français de la biodiversité
OIE	Office international des épizooties / organisation mondiale de la santé animale
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPECST	Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques
OQAI	Observatoire de la qualité de l'air intérieur
ORS	Observatoire régional de la santé
OSHA	Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail
PARC	Partenariat européen pour l'évaluation des risques liés aux substances chimiques
PBT	Substance persistante, bioaccumulable et toxique
PCB	Polychlorobiphényle
PCDD	Polychlorodibenzo-p-dioxine
PE	Perturbateur endocrinien
PFAS	Substances perfluoroalkylées

PGSSE	Plan de gestion de la sécurité sanitaire des eaux
PITE	Programme des interventions territoriales de l'État
PLF	Projet de loi de finances
PM	Particulate Matter (particules fines)
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'informations
PNSE	Plan national santé environnement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
PRPGD	Plan régional de prévention et de gestion des déchets
PRSE	Plan régional santé environnement
PSPC	Plan de surveillance et de contrôle
QD	Quotient de danger
RNSA	Réseau national de surveillance aérobiologique
RNV3P	Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles
RSD	Règlement sanitaire départemental
SANDRE	Service d'administration nationale des données et référentiels sur l'eau
SCA	Plateforme d'épidémiosurveillance de la chaîne alimentaire
SCHS	Service communal d'hygiène et de santé
SE	Santé environnement
SGMAS	Secrétariat général des ministères des affaires sociales
SGPE	Secrétariat général à la planification écologique
SIE	Système d'information sur l'eau
SISE	Système d'information en santé environnement
SNDS	Système national des données de santé
SNS	Stratégie nationale de santé
SNIIR-AM	Système national inter-régimes d'assurance maladie
SNR	Stratégie nationale de recherche
SNS	Stratégie nationale de santé
SPF	Santé publique France
SPST	Service de prévention et de santé au travail
SRADDET	Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires
SVHC	Substance extrêmement préoccupante
TIAC	Toxi-infection alimentaire collective
TS	Technicien sanitaire
UE	Union européenne
VLIEP	Valeur limite indicative d'exposition professionnelle
vPvB	Substance très persistante et très bioaccumulable
VTR	Valeur toxicologique de référence