



**Ministère de l'écologie, du  
développement durable  
et de l'énergie**

**Conseil général de l'environnement  
et du développement durable**

**Rapport n° 008720-01**

**Ministère des Affaires sociales  
et de la Santé**

**Inspection générale  
des affaires sociales**

**Rapport n° RM 2013-147P**

**Ministère de l'enseignement supérieur  
et de la recherche**

**Inspection générale de  
l'administration  
de l'éducation nationale et de la  
recherche**

**Rapport n° 2013-070**

# **Contribution à l'évaluation du 2<sup>ème</sup> Plan National Santé Environnement 2009-2013**

**Juillet 2013**



# **Contribution à l'évaluation du 2<sup>ème</sup> Plan National Santé Environnement 2009-2013**

rapport établi par

**François CHIÈZE**

Inspection générale des affaires sociales

**Dominique DAVID**

Conseil général de l'environnement et  
du développement durable

**François DURAND**

Conseil général de l'environnement et  
du développement durable

**Gilles PIPIEN**

Conseil général de l'environnement et  
du développement durable

**Armand RENUCCI**

Inspection générale de l'administration de  
l'éducation nationale et de la recherche



# Sommaire

<b>Résumé.....</b>	<b><a href="#">5</a></b>
<b>Introduction.....</b>	<b><a href="#">9</a></b>
<b>1. L'appréciation du degré de réalisation des actions du PNSE2.....</b>	<b><a href="#">13</a></b>
1.1. Méthode d'appréciation et mode de présentation du degré de réalisation des actions.....	<a href="#">13</a>
1.2. Autres critères d'appréciation relatifs aux actions et sous-actions.....	<a href="#">14</a>
1.3. Tableau présentant le degré de réalisation des actions du PNSE2.....	<a href="#">15</a>
1.4. Commentaires.....	<a href="#">20</a>
1.5. Conclusion.....	<a href="#">24</a>
<b>2. Le PNSE2, un document et une démarche au croisement des politiques publiques de santé et d'environnement.....</b>	<b><a href="#">25</a></b>
2.1. Une gouvernance active qui s'appuie sur le groupe santé environnement.....	<a href="#">25</a>
2.1.1. <i>Le pilotage asymétrique du PNSE</i> .....	<a href="#">25</a>
2.1.2. <i>L'élaboration du PNSE2</i> .....	<a href="#">27</a>
2.1.3. <i>Le suivi du PNSE2 par le Groupe Santé Environnement</i> .....	<a href="#">30</a>
2.1.4. <i>L'évaluation du PNSE2</i> .....	<a href="#">32</a>
2.2. La structuration du PNSE2.....	<a href="#">33</a>
2.2.1. <i>Son architecture</i> .....	<a href="#">33</a>
2.2.2. <i>Des éléments d'analyse à l'épreuve du temps</i> .....	<a href="#">34</a>
2.3. Le périmètre du PNSE2.....	<a href="#">36</a>
2.3.1. <i>Le périmètre de la santé environnementale</i> .....	<a href="#">36</a>
2.3.2. <i>Le périmètre du PNSE2</i> .....	<a href="#">36</a>
2.4. Les interférences du PNSE2 avec d'autres plans, programmes, politiques publiques.....	<a href="#">37</a>
2.4.1. <i>Les actions du PNSE2 qui relèvent également d'autres politiques publiques</i> .....	<a href="#">37</a>
2.4.2. <i>Les actions propres au PNSE2</i> .....	<a href="#">40</a>
2.4.3. <i>Autres domaines en lien avec le PNSE2</i> .....	<a href="#">41</a>
2.4.4. <i>Autres plans ayant un lien avec le PNSE</i> .....	<a href="#">43</a>
2.4.5. <i>La Conférence environnementale pour la transition écologique</i> .....	<a href="#">44</a>
2.5. Principes à respecter pour la construction d'un nouveau plan.....	<a href="#">45</a>
<b>3. La prise en compte de la recherche.....</b>	<b><a href="#">49</a></b>
3.1. Un besoin important en recherche dans le champ santé environnement a été exprimé lors de la définition du plan.....	<a href="#">49</a>
3.1.1. <i>Une recherche multi et interdisciplinaire organisée autour de trois grands axes opérationnels et déclinée en deux types d'action dans le plan</i> .....	<a href="#">49</a>
3.1.2. <i>Mise en œuvre de la recherche au regard des objectifs du plan</i> .....	<a href="#">49</a>

3.2. L'implication de la recherche en santé environnement a été mal définie et a souffert d'un pilotage et de moyens insuffisants, dans le contexte du vaste périmètre embrassé par le PNSE2.....	50
3.2.1. Un manque de priorités et de coordination entre les acteurs de la recherche	50
3.2.2. Le soutien à la recherche en santé environnement est resté insuffisant au regard des besoins affichés.....	51
3.3. Le positionnement de la recherche en santé environnement face au futur PNSE....	52
3.3.1. La recherche en santé environnement, un élément structurant du prochain plan.....	52
3.3.2. Les stratégies et besoins en matière de recherche doivent être abordés dès la conception du prochain plan en cohérence avec la future stratégie nationale de recherche en santé environnement.....	53
3.3.3. La mise en œuvre, le pilotage et le suivi de la recherche définie dans le prochain plan doivent être assurés par un groupe de travail ad hoc associé au GSE.....	53
3.3.4. Les moyens nécessaires doivent être mobilisés pour que la recherche puisse répondre aux attentes du prochain plan.....	54
<b>4. La déclinaison territoriale du PNSE : les plans régionaux de santé environnement (PRSE).....</b>	<b>55</b>
4.1. Un cadrage général très souple.....	56
4.2. Une gouvernance locale porteuse d'une dynamique.....	57
4.2.1. L'animation réussie par les ARS et DREAL.....	57
4.2.2. L'implication variable des conseils régionaux.....	57
4.2.3. Une mobilisation créatrice.....	59
4.2.4. Une animation nationale à renforcer.....	60
4.3. Des enseignements pour le PNSE et recommandations.....	61
4.3.1. Une faible implication des collectivités territoriales, en particulier des agglomérations.....	61
4.3.2. De bonnes pratiques des PRSE à reprendre pour le PNSE3.....	64
<b>5. Le volet financier du PNSE2.....</b>	<b>69</b>
5.1. Les moyens financiers affectés aux actions du PNSE2.....	69
5.2. Les moyens financiers affectés à la recherche liée au PNSE2.....	73
5.3. Comparaison avec les moyens annoncés lors du lancement du PNSE2.....	75
5.4. Les moyens humains mis en œuvre.....	75
5.5. Conclusion sur les moyens financiers et humains liés au PNSE2.....	76
<b>6. Contexte international et enseignements tirés de l'approche retenue dans d'autres pays.....</b>	<b>77</b>
6.1. Le contexte international : initiatives de l'OMS et actions au niveau communautaire.....	77
6.1.1. Les initiatives de l'OMS/OMS-Europe.....	77
6.1.2. Initiatives propres à la Communauté puis à l'Union européenne.....	78
6.2. Quelques enseignements tirés de la philosophie sous-tendant les NEHAP et des approches en matière de santé environnementale retenues dans quelques pays.....	79

<b>7. Recommandations pour un PNSE3.....</b>	<b><a href="#">87</a></b>
<b>Conclusion.....</b>	<b><a href="#">97</a></b>
<b>Annexes.....</b>	<b><a href="#">99</a></b>
<b>Annexe 1. Lettre de mission.....</b>	<b><a href="#">101</a></b>
<b>Annexe 2. Liste des personnes rencontrées ou consultées.....</b>	<b><a href="#">103</a></b>
<b>Annexe 3. Appréciation de la réalisation des actions du PNSE2.....</b>	<b><a href="#">109</a></b>
<b>Annexe 4. La recherche en santé environnement en France.....</b>	<b><a href="#">253</a></b>
<b>Annexe 5. Les PRSE, des démarches innovantes et pragmatiques.....</b>	<b><a href="#">257</a></b>
<b>Annexe 6. Le contexte mondial et européen.....</b>	<b><a href="#">291</a></b>
<b>Annexe 7. L'approche des problématiques de santé environnement dans quelques autres pays.....</b>	<b><a href="#">297</a></b>
<b>Annexe 8. Glossaire des sigles et acronymes.....</b>	<b><a href="#">327</a></b>

### **Observations liminaires**

Réalisé dans un laps de temps limité ce rapport ne prétend pas constituer une évaluation exhaustive du PNSE2. La mission des inspections a procédé à une analyse du dispositif en place à partir d'un éclairage porté sur l'état d'avancement des 58 actions et 185 sous-actions du plan, d'analyses de la gouvernance de ce plan, de sa cohérence, de son périmètre, de son articulation avec les autres plans de santé publique, de sa déclinaison territoriale, de l'implication de la recherche ainsi que d'enseignements tirés de la manière dont quelques autres pays abordent la santé environnementale.

Une coordination avec le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), lui-même chargé d'une mission qui comprenait l'évaluation de l'atteinte des objectifs du PNSE2, était préconisée par la lettre de mission des inspections. Des modalités de commande de nature différente, dans un cas les trois ministres chargées de la santé, de l'environnement et de la recherche, dans l'autre, le directeur général de la santé, mais également des conditions d'évaluation distinctes, n'ont pas permis aux deux structures sollicitées d'appréhender l'évaluation du PNSE2 de façon globale.

Pour apprécier l'atteinte des objectifs fixés par ce plan, la mission s'est fondée sur les réponses apportées par les directions d'administration centrale concernées par la mise en œuvre de chacune des actions et sous-actions du plan. Ces réponses ont présenté un niveau de documentation variable selon les sujets. Ces informations ont fait l'objet d'une synthèse présentée dans l'Annexe 3. La terminologie retenue pour qualifier de manière synthétique le degré de réalisation des actions peut apparaître réductrice et ce travail ne saurait constituer qu'une contribution à l'analyse de l'atteinte des objectifs du plan. Il convient de souligner que certains indicateurs de moyens n'ont permis que d'afficher des degrés de réalisation très approximatifs et difficilement utilisables.

Par ailleurs, la mission tient à souligner que l'appréciation qu'elle a portée dans le chapitre 5 sur les moyens humains et financiers déployés pour atteindre les objectifs du plan, et de manière plus générale en soutien de la politique nationale de santé environnementale, nécessiterait une analyse complémentaire. Notamment, l'absence de données consolidées en provenance de sources budgétaires n'éclaire qu'insuffisamment l'engagement budgétaire de l'État sur les actions et sur la réalité du nombre d'ETP affectés dans leur mise en place.



## Résumé

La présente mission d'évaluation a été demandée par lettre conjointe du 10 décembre 2012 de la ministre des affaires sociales et de la santé, de la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie et de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. Elle a été confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), au Conseil général de l'environnement et du développement durable (CGEDD) et à l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR).

Elle porte sur l'évaluation du deuxième plan santé environnement (PNSE2) qui couvre la période 2009-2013. Le PNSE2 est un plan de santé publique, ayant pour base juridique l'article L.1311-6 du code de la santé publique, d'une durée de cinq ans, qui rassemble les actions publiques de réduction des facteurs de risques environnementaux pour la santé. Sa place est à considérer dans le cadre de la prévention des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète et maladies nutritionnelles, affections neurodégénératives, cancers, pneumopathies chroniques et asthme...) aux côtés des politiques publiques visant les autres facteurs de risque que sont le tabac, l'alcool, la malnutrition, l'absence d'exercice physique.

Le rapport aborde successivement une appréciation du degré de réalisation des actions du plan, sa gouvernance et son organisation au regard des autres politiques publiques, le volet « recherche », sa déclinaison au niveau territorial, les moyens financiers qui lui sont consacrés, le parangonnage avec des plans de différents pays, des recommandations pour un plan futur. Il est complété par des annexes.

L'appréciation du degré de réalisation des actions du PNSE2 porte sur ses 58 actions et leurs 185 sous-actions. Un tableau reprend de façon simplifiée le bilan détaillé présenté dans l'Annexe 3. Cette approche, obligatoirement réductrice puisqu'elle concerne des actions complexes composées elles-mêmes de plusieurs sous-actions, permet de constater que la quasi-totalité des 55 actions étudiées a été engagée, et que, à un an du terme du plan, 23 actions sur 55 peuvent être considérées comme « réalisées » ou « en grande partie réalisées » et 22 sur 55 comme « moyennement réalisées ». Cette évaluation distingue également les actions propres au PNSE2, qui n'existeraient pas sans le plan, et celles qui correspondent à des politiques publiques déjà existantes. Cela permet de souligner que, sans le PNSE2, plusieurs mesures de réduction des facteurs environnementaux pour la santé n'en seraient vraisemblablement pas à leur niveau actuel de maturité. C'est le cas de la qualité de l'air intérieur, de l'exposition aux perturbateurs endocriniens et de l'exposition des jeunes enfants à certains polluants dans les écoles, de la prise en compte de l'hypersensibilité aux facteurs environnementaux, des nanomatériaux, de la biosurveillance.

Le pilotage du plan est assuré classiquement par les deux ministères chargés de la santé et de l'environnement. Il est complété par le suivi confié au Groupe Santé Environnement (GSE). Cette instance, présidée par un parlementaire, associe toutes les parties prenantes, administrations, représentants parlementaires et des collectivités locales, représentants des employeurs, des salariés, du milieu associatif, des organismes d'expertise et de recherche. Le GSE est avant tout un lieu de concertation qui permet une gouvernance active du plan en suivant le déroulement des actions, en produisant des recommandations et en offrant un lieu de débat sur les risques émergents. Il a permis

également aux administrations une acculturation et des échanges dans un cadre informel.

Ce plan n'est pas autonome mais se place au croisement des politiques publiques en matière de santé et d'environnement. Son périmètre intéresse principalement les facteurs de risques environnementaux pour la santé que sont les agents physiques et chimiques ; en fait, ce périmètre n'est pas soumis à des règles formelles, si ce n'est un souci d'efficacité. Il interfère avec plusieurs politiques publiques existantes ayant pour objet la réduction des facteurs de risques environnementaux, en particulier celles concernant les émissions de polluants dans l'air et dans l'eau, la gestion des sols pollués, l'exposition au bruit, au radon..., mais également avec celles portant sur d'autres facteurs de risques (plan nutrition santé, obésité...) ou sur des pathologies (plan cancer...).

Les enseignements à dégager de l'analyse de la gouvernance et de l'organisation du PNSE2 dans la perspective d'un troisième plan portent d'abord sur sa nécessaire simplification : le plan doit apparaître comme la clé de voûte de la santé environnementale en rassemblant des actions qui lui sont propres et, de façon non détaillée, des actions relevant de politiques publiques spécifiques ; un suivi régulier de ces actions « externalisées » devrait néanmoins être assuré par le GSE. Ensuite, il convient de donner la priorité en tant que facteurs de risque environnementaux, aux agents physiques et chimiques pour deux raisons : d'abord leur place centrale dans les risques pour la santé publique, ensuite la compétence du GSE à traiter ces catégories de risques. D'autres enseignements intéressent l'importance de l'analyse socio-économique dans la détermination des actions, la communication et l'information...

L'activité « recherche » en matière de santé environnement se caractérise par trois catégories de programmes de recherche fondés sur des appels à projet : ceux de l'Agence nationale pour la recherche (ANR), les plus fondamentaux, ceux du Programme national de recherche Environnement-Santé-Travail, plus appliqués, pilotés par l'ANSES, enfin, un ensemble de programmes ciblés (perturbateurs endocriniens, qualité de l'air...), pilotés le plus souvent par le ministère chargé de l'environnement ou ses opérateurs. Sur la base du constat d'un manque de priorités et de coordination entre les acteurs et d'un soutien insuffisant au regard des besoins affichés, le prochain plan devrait intégrer dès sa conception la stratégie et les besoins dans ce domaine. À cet effet, il pourra s'appuyer sur la future stratégie de recherche en santé environnement en cours d'élaboration par le Groupe Interalliances et sur le rôle dévolu au GSE dans le suivi des activités de recherche.

La déclinaison territoriale du PNSE2 s'opère au travers des plans régionaux santé environnement (PRSE). Aujourd'hui, 23 régions disposent d'un plan opérationnel, la majorité d'entre eux faisant preuve d'une vitalité exemplaire. Sans que ces plans aient été soumis à un encadrement réglementaire contraignant et peut-être grâce à cela, une gouvernance locale associant toutes les parties prenantes a pu s'épanouir avec l'appui du binôme ARS-DREAL. De l'analyse des PRSE, différents enseignements peuvent être tirés. Il serait souhaitable d'élargir les groupes régionaux santé environnement (GRSE) à l'ensemble des collectivités locales, et en particulier aux villes, en raison de leurs rôles dans les domaines de l'urbanisme et des transports ; de promouvoir des outils de nature diverse, tels le contrat local de santé, l'appel à projet, la labellisation, l'épidémiologie territoriale ; de mutualiser les expériences et connaissances par la mise

en réseau des acteurs locaux ; de développer au niveau national une action fédératrice qui mette en avant quelques principes (subsidiarité, partage, appui). Un des défis du PNSE3 est l'épanouissement du potentiel des collectivités locales et leur implication à tous les niveaux.

L'appréciation des moyens financiers affectés au PNSE2 se fonde sur l'analyse des crédits de paiements (CP) versés sur la période 2009-2012 et qui relèvent principalement des programmes 181 « Prévention des risques » et 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la loi de finances. On constate cependant que l'exercice est rendu difficile par la mouvance des périmètres du PNSE2 et de la santé environnementale : de nombreux CP intéressent en effet les actions du PNSE2 sans être libellés « PNSE2 » ou même « santé environnementale », ce qui signifie que les moyens financiers attribués à la santé environnementale dépassent largement les dénominations en usage dans les documents budgétaires. L'inventaire des moyens humains consacrés aux actions relevant de la santé environnementale pour les ministères chargés de l'environnement et de la santé confirme cette conclusion.

La comparaison au niveau international montre que l'impulsion donnée par l'OMS-Europe relayée par la Commission européenne a conduit notamment les États membres de l'Union européenne à adopter des plans nationaux santé environnement. Différents constats et enseignements résultent du parangonnage de ces plans : la variabilité de leurs objectifs et de leurs périmètres, allant de la santé au bien-être, l'importance du niveau local dans la déclinaison de toute politique de santé environnementale, niveau local qu'il convient d'impliquer systématiquement, la nécessité de disposer de données et d'indicateurs sanitaires et environnementaux robustes à toutes les étapes, la mise en œuvre d'analyses coûts-bénéfices, et bien sûr la disponibilité de ressources budgétaires adaptées aux ambitions du plan.

Les recommandations qui viennent en conclusion du rapport préconisent la réalisation d'un troisième plan santé environnement simplifié et recentré, s'ancrant fortement dans la réalité d'actions territoriales et s'appuyant sur une gouvernance dynamique.



## Introduction

C'est en 2004 qu'a été mis en place le premier plan national santé environnement. La réalisation de ce plan répondait notamment à un engagement pris par les États de la région Europe de l'OMS. Un deuxième plan national de santé environnement (PNSE2) lui a succédé en 2009.

Ce type de plan a vocation à rassembler dans un document et dans une démarche les actions visant à la réduction des facteurs de risques environnementaux pour la santé. Il constitue une des réponses au développement des maladies non transmissibles (ou MNT : maladies cardio-vasculaires, la plupart des cancers, obésité et diabète, maladies neurodégénératives, maladies respiratoires chroniques et asthme...) qui représentent aujourd'hui, et de loin, les principales causes de mortalité et de morbidité au point que l'on parle même parfois d'épidémies tant la croissance de certaines est manifeste. Le PNSE se place aux côtés des politiques publiques de lutte contre les facteurs de risque que sont le tabagisme, l'alcoolisme, la malnutrition, le manque d'activité physique.

Le PNSE2 est un plan de santé publique co-piloté par le ministre chargé de la santé et par celui chargé de l'environnement, en raison de son objet même qui intéresse l'exposition des populations à des pollutions dues à des agents physiques et chimiques. Il est interministériel puisque de nombreux départements ministériels sont également concernés. Il s'appuie sur une gouvernance particulièrement active qui associe toutes les parties prenantes et qui a présidé à son élaboration et assure son suivi. Il se décline au niveau territorial, dans les régions, et éventuellement les départements et les communes, au travers de plans régionaux et locaux de santé environnement.

Ce deuxième plan couvre la période 2009-2013 et arrive donc à son terme à la fin de cette année. Son évaluation a été demandée lors de la Conférence environnementale qui s'est tenue les 14 et 15 septembre dernier et constitue un des axes de travail figurant dans la feuille de route gouvernementale pour la transition écologique issue de cette conférence.

La présente mission d'évaluation a été demandée par lettre du 10 décembre 2012 de la ministre des affaires sociales et de la santé, de la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie et de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. Elle a été confiée à François Chièze de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Dominique David, François Durand et Gilles Pipien du Conseil général de l'environnement et du développement durable (CGEDD) et Armand Renucci de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR). Elle porte sur :

- l'atteinte des objectifs fixés par le plan ;
- sa gouvernance, sa cohérence et son périmètre ainsi que son articulation avec les autres plans de santé publique et environnementaux ;
- sa déclinaison au niveau régional ;
- les moyens humains et financiers mobilisés ;
- une comparaison avec d'autres programmes similaires mis en œuvre dans différents États européens.

Enfin, la mission a été invitée à proposer des axes d'amélioration et des propositions dans la perspective de la réalisation d'un troisième PNSE.

Une mission d'évaluation du PNSE2 a été également sollicitée par la Direction générale de la santé auprès du Haut conseil de santé publique (HCSP), organisme d'expertise relevant du ministre chargé de la santé, qui a un rôle d'évaluation des plans et programmes de santé publique. Une coordination a été demandée entre les deux évaluations.

Les deux missions sont en fait complémentaires. Elles se distinguent par leurs commanditaires, elles diffèrent également par leur approche : mission administrative pour les trois inspections, mission d'expertise menée par des scientifiques pour le HCSP. Certains thèmes de l'évaluation sont propres à chacune des missions, un leur est commun : celui de l'évaluation de l'atteinte des objectifs du PNSE2. La démarche prévue sur ce point par le HCSP s'appuie sur une sélection d'une trentaine d'actions et une analyse qui doit aller au-delà du constat de la réalisation des objectifs, puisque la pertinence et l'opportunité des actions seront analysées. La démarche des trois inspections sur ce point de leur mission porte sur la totalité des 58 actions que comporte le plan mais se limite à l'appréciation de leur degré de réalisation.

La coordination demandée s'est matérialisée par plusieurs réunions communes et par des échanges de données. Et c'est dans ce cadre que les orientations relatives aux indicateurs de santé environnementale demandées aux deux missions seront fournies par le HCSP.

\* \*

La méthode qui a été mise en œuvre par la mission est classique. L'évaluation des objectifs fixés par le plan repose sur les éléments fournis par les pilotes ou référents des 58 actions du PNSE2. Celle des autres volets de la mission s'appuie sur l'examen des documents appropriés et des entretiens avec des parlementaires, des responsables et agents d'administration centrale, des organismes publics, des personnalités compétentes, les acteurs concernés des plans régionaux de quelques régions sélectionnées pour leur représentativité : Île-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Côte-d'Azur. En outre, la mission s'est déroulée en relation étroite avec la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de la prévention des risques (DGPR).

\* \*

Le rapport est articulé en six parties.

La première partie présente une appréciation du degré de réalisation des actions du plan. Compte tenu de la complexité de l'exercice, elle en assure une présentation simplifiée et renvoie à une annexe détaillée.

La deuxième partie, intitulée « Le PNSE2, un document et une démarche, au croisement des politiques publiques de santé et d'environnement » est consacrée à la gouvernance du plan, à sa structuration et à son périmètre, aux éventuelles interférences existant avec les autres plans de santé et environnementaux ainsi qu'aux principes à respecter dans la construction d'un futur plan.

La troisième partie aborde le volet « recherche », qui fait l'objet d'un examen particulier en raison d'une part de l'importance de la recherche dans la thématique santé environnement et d'autre part de la communauté d'acteurs qu'elle constitue.

Dans un quatrième temps sont traitées les déclinaisons régionales et locales du PNSE2 au travers notamment des plans régionaux de santé environnement (PRSE).

La cinquième partie est consacrée aux moyens humains et financiers dédiés à la mise en œuvre du plan.

Le contexte international et les enseignements tirés des approches retenues dans quelques autres pays disposant ou non de plans nationaux de même nature sont l'objet de la sixième partie.

Compte tenu de l'imbrication des enseignements tirés du PNSE2 dans différents domaines et de la comparaison réalisée avec la situation prévalant dans d'autres pays, la mission a choisi de regrouper en fin de rapport l'ensemble des recommandations qu'elle est en mesure de formuler.

Un jeu d'annexes vient compléter ce rapport. Celles-ci concernent : l'appréciation du degré de réalisation de chacune des 58 actions du plan, partie intégrante de l'évaluation, la déclinaison régionale du PNSE2, et des éléments sur la recherche, le contexte mondial et européen et la situation prévalant dans plusieurs autres pays.





## 1. L'appréciation du degré de réalisation des actions du PNSE2

*Le PNSE2 2009-2013 est constitué d'un ensemble de mesures, appelées actions et sous-actions, dont la mise en œuvre concourt à l'amélioration de la santé vis-à-vis du risque environnemental. Il compte 58 actions réparties dans 16 fiches. Les 58 actions sont composées de 185 sous-actions (de 1 à 9 sous-actions par action).*

*L'appréciation du degré de réalisation des actions du PNSE2, demandée par la lettre de mission, est réalisée début 2013, donc un an avant le terme du plan. L'Annexe 3 détaille l'analyse des 58 actions et des 185 sous-actions du PNSE2, ce que le tableau ci-dessous résume de manière très synthétique.*

### 1.1. Méthode d'appréciation et mode de présentation du degré de réalisation des actions

L'appréciation repose sur l'analyse des éléments de réponse apportés par les administrations de référence mentionnées pour chaque action du PNSE2 à un questionnaire que leur a adressé la mission (cf. Annexe 3). Elle s'appuie également sur les bilans annuels de suivi du PNSE2 élaborés par le Groupe Santé Environnement (GSE).

L'appréciation du degré de réalisation d'une action est fondée sur celle de chacune des sous-actions qui la compose.

- Pour chaque action sont renseignés :
  - le référent (une direction d'administration centrale) et les sous-actions qui la composent ;
  - au niveau de chaque sous-action sa typologie (cf. infra), son degré de réalisation et les mesures mises en œuvre ;
  - en conclusion, le degré de réalisation de l'action, sa typologie et des observations sur la dépendance ou l'autonomie de l'action par rapport au PNSE2 (intégration ou non dans une autre politique publique).
- La typologie précise :
  - si la sous-action correspond à une **obligation de moyens** (le cas le plus fréquent : par exemple, édicton de règlements, élaboration de documents, lancement d'étude...) ou à une **obligation de résultat** (par exemple la réduction de 30% des émissions d'un polluant). Les obligations de résultat sont plus difficiles à respecter que les obligations de moyens, surtout si les objectifs sont ambitieux. La frontière entre les deux peut être discutable : le diagnostic et la réhabilitation d'un sol pollué relève-il de l'obligation de résultat ou de l'obligation de moyen ?
  - la **nature** de la sous-action, **en termes d'action administrative** selon les catégories suivantes<sup>1</sup> : mesure de gestion relevant de l'État/recommandations

---

<sup>1</sup> L'OCDE a proposé une classification plus détaillée des actions relatives au développement durable : Communication, information et sensibilisation/Formation, information professionnelle/Action incitative à des comportements volontaires/Outils de pilotage/Études, enquêtes, évaluations/Recherche scientifique et technique/Action législative et réglementaire/Action de police/Plan ou programme d'action/Gouvernance,

techniques, outils, normes/information, formation/étude, expertise, recherche/mesures relevant des collectivités locales.

- Le **degré de réalisation** est apprécié selon les formulations suivantes :
  - réalisée ;
  - en grande partie réalisée ;
  - moyennement réalisée ;
  - faiblement ou non réalisée.

L'expression « en grande partie réalisée » signifie que la sous-action ou l'action est en bonne voie de réalisation, sans pour autant que l'objectif visé soit aujourd'hui atteint. L'expression « moyennement réalisée » offre une interprétation large et correspond à une sous-action ou à une action engagée dont l'objectif ne sera vraisemblablement pas atteint au terme du plan (fin 2013). Cette expression est bien sûr imprécise, mais le degré de réalisation d'une action, compte tenu en général de sa complexité, peut difficilement être mieux exprimé. À noter que la mission a considéré que le degré de réalisation de quelques actions qui étaient engagées ne se prêtaient pas à une évaluation de cette nature.

L'appréciation du degré de réalisation des actions appelle quelques précautions. Elle s'appuie en effet sur celle des sous-actions. Or, si une sous-action peut quelquefois correspondre à une mesure simple, facile à apprécier, elle représente, dans la plupart des cas, un ensemble de mesures qui peut aller jusqu'à constituer en lui-même une politique publique (c'est le cas des sous-actions 35-1 et 35-2 correspondant aux plans PCB et chlordécone). **L'évaluation du degré de réalisation est donc déjà simplificateur et réducteur au niveau de la sous-action. Elle le sera d'autant plus au niveau de l'action qui regroupe des sous-actions de nature et d'importance diverses.** L'appréciation de la réalisation de l'action va alors tenir compte de l'importance des sous-actions : ainsi c'est la sous-action la plus importante qui pèsera le plus pour apprécier le degré de l'action dont elle relève. **Par ailleurs, la concision extrême exigée par l'exercice (apprécier en quelques mots la réalisation d'une action publique) implique une simplification dont il convient d'avoir conscience.** Enfin, cet exercice repose essentiellement sur les déclarations des référents (avec une appréciation qui peut être subjective en raison de la formulation des sous-actions) même si l'appréciation du degré de réalisation a été en fin d'analyse harmonisée par la mission.

- **La dépendance ou l'autonomie de l'action par rapport au PNSE2**, autrement dit l'action existerait-elle sans le PNSE2 ? Cette question pose celle de l'interférence avec les politiques publiques existantes qui s'expriment sous forme de législation, de plan, de programme...

## 1.2. Autres critères d'appréciation relatifs aux actions et sous-actions

Outre le degré de réalisation auquel la mission se limite, les actions et sous-actions du PNSE2 pourraient être caractérisées sur la base d'autres critères.

---

organisation, structuration des acteurs/Incitation financière/Dispositif fiscal/Hors plan.

Selon le **destinataire** (celui qui est chargé de sa mise en œuvre) : l'action (et sous-action) peut s'adresser à l'État, ce qui est le cas le plus fréquent, mais également à des collectivités locales, à des organismes divers. Elles visent celui qui peut faire : prendre la décision, financer l'action, élaborer des recommandations... Néanmoins, le destinataire final est bien souvent hors de la sphère administrative : le pollueur, le consommateur, la personne exposée...

Selon le **caractère immédiat ou différé de son impact** : une action peut avoir un effet immédiat, ainsi l'interdiction de la mise sur le marché d'un produit entraîne, à partir du moment de l'application de la mesure, une réduction de l'exposition au produit ou à ses métabolites ; à l'opposé, la recherche, la formation et l'information ont des effets différés, voire très différés.

Selon l'**importance et la complexité de l'action (et de la sous-action)** : l'action peut être importante, par exemple correspondre en tant que telle à une politique publique (actions 1, 2, 3, 5... sous-action 35-1, sous-action 35-2) ou plus modeste de par son impact. Dans le premier cas, son appréciation est difficile et ne peut se résumer à quelques lignes, dans le second, elle est en principe aisée. Elle peut être également complexe ou très simple et correspondre à une seule mesure.

Selon le **détail de l'action** (et de la sous-action) : certaines d'entre elles peuvent se limiter à un objectif. À l'opposé, d'autres peuvent énoncer un ensemble de mesures et aller très loin dans le détail.

Selon les **dépenses publiques qu'elles nécessitent** : le renforcement de sanctions pénales n'a pas d'impact budgétaire, en revanche la mise en œuvre d'une politique de dépistage ou de surveillance en matière de pollution ou de santé, l'amélioration de la connaissance sont conditionnées par leur financement.

Selon sa **temporalité** : l'action peut être ponctuelle (élaboration d'un règlement, d'un document...) ou bien s'étendre sur des périodes plus ou moins longues (réduction des rejets, action de dépistage et de réduction des points noirs environnementaux, actions de recherche, formation...).

Selon la **pertinence de l'action** : l'action correspond-elle aux objectifs globaux du plan ?

Selon la **cohérence du plan** : les objectifs sont-ils cohérents entre eux ? (la réduction des expositions prévue dans les fiches 1 et 2 du PNSE2 est-elle cohérente avec la réduction des inégalités environnementales figurant dans les fiches 6, 7 et 8 ?).

Selon l'**efficacité de l'action** : l'action permet-elle d'atteindre les objectifs globaux du plan (notion de résultat) ?

Selon l'**efficience de l'action** : l'action permet-elle d'atteindre les objectifs attendus avec les ressources prévues et comparativement performantes ?

### 1.3. Tableau présentant le degré de réalisation des actions du PNSE2

Le tableau ci-dessous présente pour les 58 actions (ainsi que pour les objectifs intitulés « indicateurs globaux de résultat » en tête des fiches 1, 2 et 3) :

- le degré de réalisation de l'action ;
- l'autonomie ou la dépendance de l'action par rapport au PNSE2.

Il résume de manière très synthétique l'Annexe 3. La mission a en effet choisi de ne faire figurer dans le corps du rapport, pour ne pas l'alourdir, qu'une synthèse des appréciations détaillées dans cette annexe.

Fiche	Action	Degré de réalisation	Autonomie / dépendance vis-à-vis du PNSE2 <sup>2</sup>
<b>Fiche 1</b> <b>Plan particules</b>	<u>Indicateur global de résultat</u> (en concentration et réduction des émissions de PM 2,5)	Non réalisée	Autonome
	<u>Action 1</u> Réduire les émissions de particules du secteur domestique	En grande partie réalisée	Autonome
	<u>Action 2</u> Réduire les émissions de particules des installations industrielles et agricoles	Moyennement réalisée	Autonome
	<u>Action 3</u> Mieux réguler la mobilité et réduire les émissions atmosphériques unitaires de chaque mode de transport	Moyennement réalisée	Autonome
	<u>Action 4</u> Améliorer la connaissance sur les particules	Réalisée	Autonome
<b>Fiche 2</b> <b>Réduction des substances toxiques dans l'air et dans l'eau</b>	<u>Indicateurs globaux de résultat</u> (pesticides)	Non réalisé	Autonome
	<u>Action 5</u> Réduire les rejets de six substances toxiques dans l'air et dans l'eau	L'objectif de réduction de 30% est réalisé pour 4 catégories d'émissions sur les 12 visées	Autonome
	<u>Action 6</u> Améliorer la connaissance des expositions aux pesticides	Réalisée	Autonome
<b>Fiche 3</b> <b>Qualité de l'air intérieur</b>	<u>Indicateur global de résultat (qualité de l'air intérieur)</u>	Non réalisé	Dépendante
	<u>Action 7</u> Mieux connaître et limiter les sources de pollution à l'intérieur des bâtiments	Moyennement réalisée	Dépendante
	<u>Action 8</u> Construire sainement par la limitation des sources dans le bâti et la maîtrise des installations d'aération, de ventilation et de climatisation	En grande partie réalisée	Autonome

<sup>2</sup> Action autonome : l'action existerait sans le PNSE2 ; action dépendante : l'action n'existerait pas sans le PNSE2.

	<u>Action 9</u> Mieux gérer la qualité de l'air intérieur dans les lieux publics	En grande partie réalisée	Dépendante
	<u>Action 10</u> Réduire les expositions liées à l'amiante	Moyennement réalisée	Autonome
<b>Fiche 4</b> <b>Réduire l'exposition aux substances ayant un effet cancérigène, mutagène ou reprotoxique (CMR) en milieux de travail</b>	<u>Action 11</u> Développer des actions d'incitation et d'aide à la substitution de substances toxiques en milieu de travail et favoriser le développement de procédés alternatifs	En grande partie réalisée	Autonome
	<u>Action 12</u> Renforcer le suivi des expositions professionnelles	En grande partie réalisée	Autonome
<b>Fiche 5</b> <b>Santé et transports</b>	<u>Action 13</u> Prendre en compte l'impact sur la santé des différents modes de transport	Faiblement réalisée	Autonome
	<u>Action 14</u> Favoriser les transports actifs et les mobilités douces	Moyennement réalisée	Autonome
	<u>Action 15</u> Réduire les nuisances liées au bruit généré par les transports	En grande partie réalisée	Autonome
	<u>Action 16</u> Améliorer la santé et le confort des usagers et des travailleurs des transports	Moyennement réalisée	Autonome
<b>Fiche 6</b> <b>Protéger la santé et l'environnement des enfants</b>	<u>Action 17</u> Réduire l'exposition des enfants et des femmes enceintes ou en âge de procréer aux substances les plus dangereuses	En grande partie réalisée	Autonome
	<u>Action 18</u> Mieux gérer les risques liés aux reprotoxiques et aux perturbateurs endocriniens	En grande partie réalisée	Dépendante
	<u>Action 19</u> Réduire les expositions dans les bâtiments accueillant des enfants	Moyennement réalisée	Dépendante
	<u>Action 20</u> Améliorer la prise en compte de la sensibilité particulière des enfants, des femmes enceintes ou en âge de procréer dans l'expertise des risques	Faiblement réalisée	Dépendante
	<u>Action 21</u> Renforcer la lutte contre les atteintes auditives et les traumatismes sonores aigus liés à l'écoute de musiques amplifiées	Faiblement réalisée	Dépendante
<b>Fiche 7</b> <b>Protéger la santé et l'environnement des personnes vulnérables du</b>	<u>Action 22</u> Prévenir les allergies	En grande partie réalisée	Dépendante

<b>fait de leur état de santé</b>	<u>Action 23</u> Développer la profession de conseillers habitat-santé ou en environnement intérieur	Réalisée	Dépendante
	<u>Action 24</u> Améliorer la prise en charge des pathologies potentiellement dues à l'environnement	Moyennement réalisée	Dépendante
<b>Fiche 8 Lutte contre l'habitat indigne</b>	<u>Action 25</u> Conforter et développer le programme national de traitement de l'habitat indigne	Non intégrée au PNSE2	Autonome
	<u>Action 26</u> Prévenir l'insalubrité due à la sur-occupation	Non renseignée	Autonome
	<u>Action 27</u> Créer des mesures ciblées d'accompagnement social	Insuffisamment renseignée	Autonome
<b>Fiche 9 Protéger la population des contaminations environnementales liées à l'eau</b>	<u>Action 28</u> Protéger de manière efficace la ressource aux échelles des périmètres de protection et des aires d'alimentation des captages	Moyennement réalisée	Autonome
	<u>Action 29</u> Réduire les apports de certaines substances dans le milieu aquatique	Moyennement réalisée	Autonome
	<u>Action 30</u> Maîtriser la qualité sanitaire de l'eau distribuée	En grande partie réalisée	Autonome
	<u>Action 31</u> Assurer une gestion durable de la disponibilité en eau	Moyennement réalisée	Autonome
<b>Fiche 10 Lutte contre les points noirs environnementaux</b>	<u>Action 32</u> Identifier et gérer les zones géographiques pour lesquelles on observe une surexposition à des substances toxiques	Moyennement réalisée	Dépendante
	<u>Action 33</u> Améliorer la prévention et assurer la gestion des impacts sanitaires et environnementaux post-accident	Réalisée	Autonome
	<u>Action 34</u> Renforcer la gestion des sites et sols pollués	En grande partie réalisée	Autonome
	<u>Action 35</u> Réhabiliter ou gérer les zones contaminées, notamment outre-mer	Moyennement réalisée	Autonome
	<u>Action 36</u> Évaluer l'impact sanitaire des différents modes de gestion des déchets	Moyennement réalisée	Dépendante
<b>Fiche 11 Diminuer l'impact du bruit</b>	<u>Action 37</u> Intégrer la lutte contre le bruit dans une approche globale	Moyennement réalisée	Dépendante

	<u>Action 38</u> Renforcer la police du bruit	Moyennement réalisée	Autonome
	<u>Action 39</u> Se doter d'outils permettant d'appréhender l'impact sanitaire du bruit	En grande partie réalisée	Dépendante
<b>Fiche 12</b> <b>Réduire l'exposition au radon et à l'amiante naturellement présents dans l'environnement</b>	<u>Action 40</u> Réduire l'exposition au radon dans l'habitat	Réalisée	Autonome
	<u>Action 41</u> Gérer les expositions à l'amiante environnemental	En grande partie réalisée	Dépendante
<b>Fiche 13</b> <b>Risques émergents</b>	<u>Action 42</u> Améliorer le dispositif de surveillance et d'alerte	En grande partie réalisée	Autonome
	<u>Action 43</u> Lancer un programme pluriannuel de biosurveillance de la population française couplé à une enquête de santé plus large et incluant le dosage des polluants émergents	Moyennement réalisée	Dépendante
	<u>Action 44</u> Renforcer la concertation sur les risques liés aux nouvelles technologies	Moyennement réalisée	Dépendante
	<u>Action 45</u> Organiser l'information et la concertation sur les ondes électromagnétiques	En grande partie réalisée	Autonome
	<u>Action 46</u> Renforcer la réglementation, la veille, l'expertise et la prévention des risques sur les nanomatériaux	En grande partie réalisée	Dépendante
	<u>Action 47</u> Améliorer la connaissance et réduire les risques liés aux rejets de médicaments dans l'environnement	Moyennement réalisée	Autonome
<b>Fiche 14</b> <b>Recherche</b>	<u>Action 48</u> Afficher clairement le domaine santé environnement travail dans les politiques scientifiques des différents opérateurs de recherche et renforcer les moyens humains et financiers	En grande partie réalisée	Dépendante
	<u>Action 49</u> Structurer et coordonner la recherche en santé environnement travail et renforcer les outils nécessaires	Moyennement réalisée	Dépendante
	<u>Action 50</u> Renforcer les disciplines de recherche majeures et les thématiques prioritaires pour la prédiction et l'évaluation des risques et dangers environnementaux, notamment sur les pathologies en forte augmentation ou ré-émergentes et sur les risques émergents	Moyennement réalisée	Dépendante
	<u>Action 51</u> Renforcer la recherche sur les contaminants de la chaîne alimentaire	Engagée (degré de réalisation non évaluable)	Autonome

	<u>Action 52</u> Favoriser la recherche technologique et l'innovation pour l'accompagnement des entreprises vers des pratiques plus respectueuses de la santé et de l'environnement	Engagée (degré de réalisation non évaluable)	Autonome
<b>Fiche 15</b> <b>Expertise</b>	<u>Action 53</u> Rationaliser les conditions et pratiques d'expertise scientifique en appui aux décisions de politiques publiques	Engagée (degré de réalisation non évaluable)	Autonome
	<u>Action 54</u> Renforcer les capacités d'expertise scientifique en santé environnement travail	En grande partie réalisée	Autonome
<b>Fiche 16</b> <b>Formation et information</b>	<u>Action 55</u> Développer la formation en santé environnement travail des professionnels de santé	Faiblement réalisée	Dépendante
	<u>Action 56</u> Développer la formation en santé environnement travail dans l'enseignement supérieur et technique	Faiblement réalisée	Dépendante
	<u>Action 57</u> Éduquer les jeunes en santé environnement travail	Faiblement réalisée	Dépendante
	<u>Action 58</u> Développer des outils d'information en santé environnement travail et en mesurer l'impact	Moyennement réalisée	Dépendante

Tableau n° 1 : Degré de réalisation des actions du PNSE2

#### 1.4. Commentaires

- **Sur la qualité des renseignements fournis**

La totalité des actions a été renseignée et a ainsi pu être traitée à l'exception des actions 25, 26 et 27 de la fiche 8 « Lutte contre l'habitat indigne » : l'action 25 a été finalement écartée du PNSE2 et donc non suivie, et les actions 26 et 27 n'ont pas été suffisamment renseignées.

Le traitement de chacune des actions repose sur la qualité des renseignements fournis : celle-ci a été variable. Si une minorité des réponses a été de qualité et réactive, une grande partie n'a été que passable. Le questionnement s'est déroulé, en général, au niveau de la sous-action, et avec pour interlocuteur l'agent chargé du dossier et non pas le niveau hiérarchique le plus adapté pour fournir une réponse pour l'ensemble d'une action. Ceci tend à démontrer qu'une meilleure implication sur le domaine de la santé environnement du niveau administratif approprié reste à généraliser.

- **Sur le degré de réalisation des actions**

Le tableau résume l'appréciation détaillée en Annexe 3. Rappelons le caractère réducteur et indicatif de cette approche puisqu'elle synthétise, pour une action, le degré de réalisation de plusieurs sous-actions quelquefois très hétérogène entre elles.



Sur 58 actions et 185 sous-actions, 55 ont pu être analysées. Leur degré de réalisation début 2013, soit un an avant le terme du PNSE2, est le suivant :

- 5 actions ont été réalisées ;
- 18 actions ont été en grande partie réalisées ;
- 22 actions ont été moyennement réalisées ;
- 7 actions ont été faiblement ou non réalisées ;
- 3 actions sont engagées, mais leur degré de réalisation n'a pu être évalué.

En pourcentage, 42 % des actions sont réalisées ou en grande partie réalisées, 40 % sont moyennement réalisées. Tout en recommandant une appréciation similaire du degré de réalisation des actions au terme du plan, soit dans un an, on peut estimer que ces pourcentages traduisent une mobilisation significative des acteurs du plan.

- **Sur le caractère hétérogène des actions**

Cette appréciation a permis à la mission de constater le caractère hétérogène des actions quant à leur importance et leur degré de détail ; par ailleurs de nombreuses actions se recouvrent voire sont répétées en fonction de logiques d'entrée différentes. Lorsqu'elles reprennent des politiques publiques existantes (plans, programmes, législations...), c'est en les détaillant inutilement et parfois en les déclinant selon une approche différente de l'approche initiale.

- **Sur l'autonomie ou la dépendance des actions à l'égard du PNSE2, autrement dit l'interférence des actions avec des politiques publiques existantes**

Le tableau montre que de nombreuses actions existeraient sans le PNSE2. C'est le cas :

- des actions de la fiche 1 (qui relèvent du plan particules) ;
- des actions de la fiche 2 (qui relèvent pour l'essentiel de la législation relative aux ICPE et à l'eau) ;
- des actions de la fiche 4 (qui relèvent du plan santé-travail) ;
- des actions de la fiche 9 (qui relèvent de la législation sur l'eau et des plans afférents et de celle relative aux eaux de consommation) ;
- de l'action 35 (qui renvoie aux plans PCB et chlordécone) ;
- de l'action 40 (qui renvoie au plan radon) ;
- des actions 45 et 47 (qui relèvent désormais d'actions autonomes relatives aux ondes électromagnétiques et aux résidus de médicaments dans l'environnement).

À côté de ces actions qui existeraient sans le PNSE2, il y a celles qui en dépendent et qui en conséquence n'existeraient pas sans lui. Ce sont :

- les actions de la fiche 3 (qualité de l'air intérieur) ;
- les actions de la fiche 5 (santé et transport) ;
- les actions de la fiche 6 (protéger la santé et l'environnement des enfants) ;

- les actions de la fiche 7 (protéger la santé et l'environnement des personnes vulnérables du fait de leur état de santé) ;
- l'action 41 (expositions à l'amiante environnemental) ;
- les actions 43 (études relatives à la biosurveillance) et 46 (nanomatériaux) ;
- les actions de la fiche 16 (formation et information).

La classification doit être nuancée pour certaines actions : ainsi les actions de la fiche 5 (santé et transport) résultent d'engagements internationaux pris par la France, à ce titre elles existeraient même s'il n'y avait pas de PNSE2 (c'est pourquoi elles sont classées comme « autonomes » dans le tableau) ; néanmoins, ce plan est devenu leur support unique.

Les actions relatives à la recherche et à l'expertise (fiches 14, 15) sont plus ou moins autonomes ou dépendantes. Ce que l'on peut en dire, c'est que ces domaines ont été dynamisés, en particulier pour la recherche, par le PNSE2.

Cette impulsion due au PNSE2 vaut particulièrement pour les actions 15 (points noirs dus au bruit) et 34 (sites et sols pollués), actions qui précédaient le PNSE2, mais qui ont bénéficié d'importants financements dans le cadre du plan.

#### • Les 12 mesures phares du PNSE2

Lors de sa publication, le PNSE2 a affiché 12 mesures phares issues des 58 actions, sans doute dans un souci de communication. Ces mesures phares sont rappelées ci-dessous et l'appréciation de leur degré de réalisation renvoie à l'action correspondante indiquée entre parenthèses (les mesures phares peuvent être très ciblées et ne concerner qu'une mesure d'une sous-action d'une action) :

1. Réduire de 30% les concentrations dans l'air ambiant en particules fines PM 2,5 d'ici à 2015 et les émissions dans l'air et dans l'eau de six substances toxiques d'ici à 2013 (indicateur global de la fiche 1 et action 5).
2. Mettre en place un étiquetage sanitaire en vue de la qualité de l'air intérieur (action 7 et sous-action 8-7).
3. Favoriser les mobilités douces (action 14).
4. Assurer la protection des aires d'alimentation des captages les plus menacés (action 28).
5. Améliorer la connaissance et réduire les risques liés aux rejets des médicaments dans l'environnement (action 47).
6. Mettre en place un programme de biosurveillance sanitaire (action 43).
7. Expérimenter un dispositif de traçabilité des expositions professionnelles (sous-action 12-1).
8. Renforcer le contrôle des substances, préparations, notamment celles destinées aux enfants (sous-action 17-3).
9. Réduire l'exposition aux substances préoccupantes dans l'habitat et les bâtiments accueillant des enfants (sous-actions 9-2 et 34-4, reprises par les sous-actions 19-3 et 19-2).
10. Développer un réseau de conseillers habitat-santé (action 23).

11. Poursuivre le programme de lutte contre l'habitat indigne (action 25 qui a été retirée du PNSE2).
12. Identifier et gérer les points noirs environnementaux, qui sont des zones susceptibles de présenter une surexposition à des substances toxiques (action 10-1).

Ces mesures phares sont aujourd'hui quasiment toutes moyennement ou en grande partie réalisées.

- **Les indicateurs du PNSE2**

Les actions et sous-actions du PNSE2 sont assorties d'indicateurs : il s'agit le plus souvent d'« indicateurs de moyens », quelquefois d'« indicateurs de résultat ». Des « indicateurs globaux » placés au début de certaines fiches peuvent reprendre les indicateurs les plus significatifs des actions et sous-actions de la fiche concernée.

Ces indicateurs expriment des éléments en principe facilement évaluables qui permettent de mesurer le degré de réalisation de l'action. Ils reposent donc sur son contenu et s'exprime sous les formes suivantes : publication d'un texte juridique, lancement d'une étude, financement d'une action, nombre de dépistages ou d'évaluations ou de personnes formées...

L'enjeu dans la détermination de l'indicateur est sa pertinence (illustre-t-il la mesure dont il permet d'évaluer le degré de réalisation ?) et sa capacité à évaluer (est-il facile à renseigner ?).

La mission a constaté que ces indicateurs étaient souvent délaissés et mal suivis par les référents.

Dans quelques cas, les indicateurs de résultats sont des indicateurs environnementaux ou sanitaires.

Les indicateurs environnementaux intéressent, pour le domaine des agents chimiques et physiques, les émissions, les états du milieu (immissions), les expositions. Le PNSE2 affiche ainsi des indicateurs environnementaux dans les fiches 1 et 2 (avec les réductions de 30% des concentrations dans l'air ambiant de particules fines PM 2,5 d'ici à 2015 et des émissions dans l'air et dans l'eau de six substances toxiques d'ici à 2013).

Les indicateurs de santé traduisent l'état de santé des populations. Par exemple, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique affiche dans son annexe différents indicateurs de santé environnementale :

- habitat : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie supérieure à 100µg/l : passer de 2% en 1996 à 1% en 2008 ;
- habitat : réduire de 30% la mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone ;
- qualité de l'eau : réduire de 50% l'incidence des légionelloses.

Le PNSE2 comprend peu d'indicateurs de santé (eg. réduction de l'incidence des cas de saturnisme, action 17, baisse du nombre de cas de légionelloses, action 30).

Dans le cadre de la coordination de la présente mission avec l'évaluation du PNSE2 réalisée par le HCSP, les travaux relatifs aux indicateurs environnementaux et sanitaires sont assurés par le HCSP.

## 1.5. Conclusion

La mission constate un niveau honorable de réalisation des actions du plan du PNSE2. On peut souligner que, sans le PNSE2, plusieurs mesures n'en seraient vraisemblablement pas à leur niveau actuel de maturité. C'est le cas :

- des actions liées à la qualité de l'air intérieur ;
- des actions relatives à la protection des enfants (surveillance de la qualité de l'air intérieur et des sols pour les établissements recevant des enfants ; sous-action 9-2 et 34-4) ;
- des actions relatives à la protection des personnes vulnérables (actions 23 et 24) ;
- des actions relatives à l'identification des zones surexposées à des substances toxiques (action 32) et à la gestion des expositions à l'amiante environnemental (action 41) ;
- du lancement du programme de biosurveillance ;
- de la prise en compte du risque lié aux nanomatériaux.

On peut également mentionner l'impulsion budgétaire donnée par le plan au traitement des points noirs du bruit et des sites et sols pollués.

L'appréciation réalisée a permis en outre de nourrir les réflexions des chapitres suivants du rapport.

## 2. Le PNSE2, un document et une démarche au croisement des politiques publiques de santé et d'environnement

*Le deuxième plan national santé environnement (PNSE2) est d'abord un document, et ensuite une démarche. Ce plan n'est pas autonome mais se place au croisement des politiques publiques en matière de santé et d'environnement.*

*En raison du rôle singulier de la gouvernance et de son impact sur le plan, il a semblé approprié de débiter ce chapitre avec la gouvernance : elle explique en effet bien des aspects du contenu du plan et, en conséquence, des interférences avec les autres politiques. Seront ici examinés successivement : la gouvernance du PNSE2, sa structuration, son périmètre, ses interférences avec les politiques publiques sanitaires et environnementales et, dans la perspective de l'élaboration d'un nouveau plan, les principes à respecter dans sa construction.*

### 2.1. Une gouvernance active qui s'appuie sur le groupe santé environnement

*Le PNSE2 ne serait pas ce qu'il est sans la gouvernance qui a présidé à son élaboration et à son suivi. Sans que la mission se soit livrée à une comparaison exhaustive dans ce domaine, il semble que rares sont les politiques publiques qui soient autant marquées par cette participation des parties prenantes.*

*La gouvernance du PNSE2 comprend les étapes de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation.*

#### 2.1.1. Le pilotage asymétrique du PNSE

En vertu de l'article L.1411-1 du code de la santé publique<sup>3</sup>, introduit par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique « La politique de santé publique concerne l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés

---

<sup>3</sup> Article L.1411-1 du code la santé publique

« La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels.

*La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'État.*

*La politique de santé publique concerne :*

*1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;*

*2° La lutte contre les épidémies ;*

*3° La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;*

*4° L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;*

*5° L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;*

*6° 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 ;*

*7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;*

*8° La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;*

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 ».

La même loi a donné une assise législative au plan avec l'article L. 1311 qui prévoit qu' « un plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement est élaboré tous les cinq ans ».

**Au nom de l'État, le ministre chargé de la santé est donc responsable du plan santé environnement, qui est un plan de santé publique, et plus précisément un plan de prévention des risques sanitaires liés aux facteurs environnementaux. En fait, la responsabilité du pilotage de ce plan est partagée avec le ministre chargé de l'environnement qui est responsable des principales législations relatives aux facteurs de risque environnementaux** (cf. livres II et V du code de l'environnement).

À leurs côtés, d'autres départements ministériels interviennent dans le PNSE2.

D'abord au niveau des actions du plan sont présentes les directions d'administration centrale des ministères chargés de l'énergie, de l'urbanisme, des transports (actuellement au sein d'un même ministère), de l'agriculture, du travail, de la recherche, de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur.

Au niveau du pilotage, les ministères chargés du travail et de la recherche apparaissent au cours des années passées de façon discontinue : c'est ainsi que sur les documents publiant le PNSE1 et le PNSE2, les effigies « Marianne » de ces deux départements figurent aux côtés de celles de la santé et de l'environnement. Lors du lancement du PNSE1, le ministre chargé du travail était co-signataire de la lettre de désignation de la commission d'orientation (cf. infra 1.3.). Celui chargé de la recherche est co-signataire de la demande de la présente mission. Il n'en reste pas moins que ce sont deux administrations, de la santé (la direction générale de la santé, DGS) et de l'environnement (la direction générale de la prévention des risques, DGPR) qui assurent le pilotage du PNSE2.

**Le bilan du fonctionnement de la structure de suivi du PNSE2 qu'est le Groupe Santé Environnement (GSE) montre un déséquilibre dans le niveau d'implication des deux ministères.** La DGPR assure en effet l'essentiel de l'appui au GSE. Cette asymétrie s'est également manifestée au niveau de la participation effective des titulaires des deux directions lors d'interventions auxquelles la mission a pu assister.

Ce déséquilibre a des explications simples qui reposent sur ce qui a été souligné précédemment, à savoir la nature du plan qui est un plan de santé publique (relevant de la DGS) ayant pour objet la réduction des facteurs de risques environnementaux (relevant du ministère chargé de l'environnement). Ajoutons :

- que pour la DGS ce plan, de par sa nature, n'a peut-être pas la même importance que les plans relatifs aux grandes pathologies ;
- que pour la DGPR, le PNSE revêt une importance évidente puisqu'il rassemble une grande partie de ses actions, et notamment la totalité de celles consacrées aux pollutions chroniques ; cette direction a d'ailleurs bénéficié de la création d'une unité dédiée à la synthèse en matière de santé environnementale, le bureau de la prospective, de

---

*9° L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;*

*10° La démographie des professions de santé ».*

l'évaluation et des données (BPED qui comprend six agents) lors de la restructuration correspondant à la création du ministère chargé de développement durable en 2008 ;

- qu'en matière de financements, les grandes masses de crédits labellisés « PNSE2 » ou « santé environnement » (destinés à la réduction d'exposition au bruit et au traitement de sols pollués) traduisent également ce déséquilibre (cf. chapitre 5).

C'est dans la déclinaison territoriale du PNSE2 par les PRSE que les deux ministères co-pilotes sont conduits à donner des instructions aux agences régionales de santé (ARS) et aux directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL). Si ces dernières sont des services déconcentrés et reçoivent leurs instructions directement de la DGPR, les ARS, établissements publics administratifs de l'État, sont en relation non plus avec la DGS, mais avec le Conseil national de pilotage (CNP) dépendant du secrétariat général des ministères sociaux. La nécessité d'une réorganisation de la politique de santé, déjà abordée par l'IGAS<sup>4</sup>, trouve à nouveau tout son sens dans le pilotage d'un PNSE, selon notamment que les actions retenues relèvent ou non d'une priorité de la stratégie nationale. Il est nécessaire de savoir qui pilotera le futur PNSE tant sur les plans décisionnel qu'organisationnel au regard de l'importance de l'action locale qui sera soulignée dans ce rapport.

### 2.1.2. L'élaboration du PNSE2

#### **L'élaboration du PNSE2 s'est inscrite dans le cadre du Grenelle de l'environnement.**

Le Grenelle de l'environnement, qui s'est déroulé de juillet à octobre 2007, a été un lieu de concertation approfondie sur la politique de l'environnement. Organisé par l'État, il a associé toutes les parties prenantes dans différents groupes thématiques et s'est traduit par l'élaboration de 265 engagements autour de quatre axes : le changement climatique, la biodiversité et les milieux naturels, la santé et l'environnement, la démocratie écologique.

Le Grenelle de l'environnement a généralisé à la fois un principe et **un type de gouvernance selon lequel la décision publique en matière environnementale doit s'appuyer sur une concertation associant les parties prenantes**, à savoir l'État, des élus de la représentation nationale, des élus locaux, des représentants des salariés et des employeurs (ces derniers étant également les représentants des activités économiques), des représentants des associations environnementales.

Les engagements concernant la santé environnementale<sup>5</sup> ont été préparés par le groupe thématique « Instaurer un environnement respectueux de la santé » présidé par le Professeur Dominique Maraninchi.

Dans le prolongement du Grenelle de l'environnement, ces engagements ont été traduits en mesures opérationnelles concrètes. Un groupe de travail<sup>6</sup> qui associait les différentes parties prenantes, présidé par le Professeur Marc Gentilini<sup>7</sup>, président honoraire de l'Académie de médecine, s'est vu confier la définition de ces propositions dans la perspective d'un second PNSE, et cela conformément à l'engagement n°138 : *Après le*

<sup>4</sup> Rapport IGAS sur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre de la politique nationale de santé, André Lopez, juillet 2010.

<sup>5</sup> En particulier les engagements 101, 103, 105, 137 à 159, 179, 194, 195, 241 et 242.

<sup>6</sup> En langage administratif, le groupe de travail était le comité opérationnel 20, ou COMOP 20.

<sup>7</sup> Marc Gentilini a été désigné à la présidence de ce groupe par lettre interministérielle en date du 26 décembre 2007.

*plan national « santé environnement » (PNSE) défini pour la période 2004-2008, un nouveau PNSE associera dès 2008 toutes les parties prenantes en élargissant le champ d'action du premier (nouvelles technologies, nouvelles pathologies, équité environnementale).*

Ce groupe a rédigé le rapport « Propositions pour un deuxième plan national santé environnement 2009-2013 »<sup>8</sup> qui a été remis le 8 avril 2009 aux deux ministres concernés.

Le PNSE2 a ensuite été adopté par le Conseil des ministres du 24 juin 2009. Il reprend fidèlement les propositions du rapport. Les lois n°2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement (dite Grenelle I)<sup>9</sup> et n°2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement (dite Grenelle II)<sup>10</sup> viendront concrétiser la mise en place de certaines actions du PNSE2 (avec des conséquences juridiques allant de l'obligation normative à l'objectif souhaitable<sup>11</sup>).

Ce type de gouvernance élargie existait avant 2007 dans de nombreuses instances intéressant les politiques de l'environnement (eau, installations classées, biodiversité...) mais il a été systématisé ensuite aux différents secteurs du ministère chargé du développement durable. La gouvernance « grenellienne » a permis de multiplier les points de vue, d'enrichir la réflexion par l'appropriation d'une information partagée, de réduire l'asymétrie préexistante en matière de groupes de pression. En les associant à la préparation de la décision, elle favorise l'adhésion des parties prenantes à la politique projetée. Elle oblige néanmoins le pilote à une maîtrise du débat et de la réflexion afin d'éviter les risques de débordements et la tentation de s'engager sur des actions dont la pertinence pourrait poser question.

**Pour l'élaboration du PNSE1**, les ministres chargés de l'environnement, de la santé et du travail avaient mis en place une commission d'orientation co-présidée par Isabelle Momas<sup>12</sup>, Jean-François Caillard<sup>13</sup> et Benoît Lesaffre<sup>14</sup> (lettre du 17 septembre 2003). Composée de 22 experts, cette commission était chargée de réaliser un diagnostic de la santé environnementale en France et de proposer des orientations et priorités d'actions. Son secrétariat était assuré par l'ex-Agence française de sécurité sanitaire et de l'environnement<sup>15</sup>. Sur la base d'un rapport d'étape, une consultation nationale sur Internet a été organisée, ainsi que trois colloques régionaux. La commission a rendu son rapport au Premier ministre le 12 février 2004. De mars à juin 2004, le comité de pilotage réunissant les directions d'administration concernées et associant les

<sup>8</sup> [http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Gentilini.pdf](http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Gentilini.pdf).

<sup>9</sup> Au travers des articles 38 à 43 et 45.

<sup>10</sup> Au travers des articles 173 à 185.

<sup>11</sup> Cf. « Du Grenelle à la Conférence environnementale : à la recherche d'un nouveau souffle » Sénat, rapport d'information de Mme Laurence Rossignol et M. Louis Nègre, fait au nom de la commission pour le contrôle de l'application des lois n° 290 (2012-2013) 23 janvier 2013.

<sup>12</sup> Isabelle Momas était en 2003 professeur de santé publique, Université Paris Descartes, Faculté des Sciences pharmaceutiques et biologiques, présidente de la section « milieux de vie » du Conseil Supérieur d'hygiène publique de France.

<sup>13</sup> Jean-François Caillard était en 2003 professeur de médecine du travail et chef du Service de Médecine du travail et des maladies professionnelles, Centre hospitalier universitaire de Rouen.

<sup>14</sup> Benoît Lesaffre était en 2003 directeur général du Centre de coopération internationale pour le développement en recherche agronomique (CIRAD).



organismes publics compétents a élaboré le projet de PNSE avant arbitrage et présentation par le Premier ministre le 21 juin 2004.

Le PNSE1 a bénéficié d'un portage plus académique que son successeur, sous l'égide de trois co-présidents d'horizons différents et du fait de la composition de la commission.

Les références à l'Europe et aux conférences internationales, à la loi de santé publique (cf supra) sont très présentes dans son élaboration. L'implication gouvernementale s'est imposée au plus haut niveau (Présidence de la République, Premier ministre) afin de veiller à ce que les priorités soient en nombre limité afin de mieux les appréhender<sup>16</sup>.

Toujours dans un souci de simplification, la responsabilité des actions incombait à un ministère, et non pas, comme on le verra pour le PNSE2, à de nombreux pilotes et partenaires.

L'absence de réelle budgétisation<sup>17</sup> est un des défauts majeurs de ce plan, ainsi que l'absence - commune aux PNSE1 et 2 - d'analyses socio et médico-économiques en amont de la définition des actions<sup>18</sup>. Cette situation témoigne d'une appréhension essentiellement descriptive d'un risque réel ou éventuel. Cette position très antinomique au regard d'autres pays<sup>19</sup>, est pour le moins fréquemment rencontrée dans l'approche française de préparation des lois, plans et actions en général.

Ce qui différencie principalement les modes d'élaboration des deux plans est que le PNSE1 a été préparé par un groupe d'experts qui ont émis des propositions, lesquelles ont été soumises à une consultation, alors que s'agissant du PNSE2, le groupe présidé par Marc Gentilini a associé d'emblée toutes les parties prenantes pour transformer les engagements du Grenelle de l'environnement en propositions d'actions. Là aussi, ces propositions ont fait l'objet d'une large consultation<sup>20</sup>. Dans le cas du PNSE2, les différentes parties prenantes et notamment celles qui représentent la société civile interviennent donc à tous les niveaux, élaboration, puis consultation. A cet égard, certains des interlocuteurs de la mission ont estimé que le PNSE1 péchait par un manque du secteur associatif et le PNSE2 par l'insuffisance de la représentation de l'expertise scientifique.

---

<sup>15</sup> L'AFSSE, est devenue, à l'occasion de l'élargissement de ses missions dans un premier temps au champ du travail, l'AFSSET, puis a été fusionnée à l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) pour donner l'actuel Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) en juillet 2010.

<sup>16</sup> On notera que la plupart d'entre elles seront reprises dans le PNSE2 dans la logique réaliste de plans glissants dans le temps.

<sup>17</sup> Benoît Lesaffre.

<sup>18</sup> « Les études socio et médico-économiques sont d'autant plus justifiées en période de ressource rares » Gérard Bapt ; « on ne peut aborder les priorités sans analyse économique préalable comme au Canada ou au Royaume-Uni », Georges Salines, InVS ; « il manque une approche par les coûts », Jean-Yves Grall, DGS ; « pas d'études financières, pas d'études socio-économiques », Michèle Rivasi, etc.

<sup>19</sup> Se référer à l'analyse comparative des plans d'autres pays en fin de rapport.

<sup>20</sup> Consultation qui est présentée en p. 9 et 10 du rapport « Propositions pour un deuxième plan national santé environnement » (rapport Gentilini).

### 2.1.3. Le suivi du PNSE2 par le Groupe Santé Environnement

Le rapport Gentilini et le comité chargé de l'évaluation à mi-parcours du PNSE1 (juillet 2007) avaient appelé l'attention sur les modalités du suivi de la mise en œuvre des actions du PNSE2.

C'est à cet effet qu'est créé un comité de pilotage national du PNSE2<sup>21</sup>, appelé Groupe santé environnement (GSE), présidé d'abord par Madame Bérengère Poletti, députée des Ardennes, puis depuis février 2013 par Gérard Bapt, député de la Haute-Garonne. Son rôle est de suivre et d'orienter la mise en œuvre des actions du plan tant au niveau national que régional. Les responsables des actions du PNSE2 lui rendent compte et le GSE publie un rapport annuel d'avancement du plan. Il lui est aussi demandé par sa lettre de mission de produire des recommandations afin d'améliorer la mise en œuvre du plan en fonction de l'évolution des connaissances.

La lettre de mission fixe la composition du GSE. Il comprend des représentants des cinq collèges du Grenelle, auxquels s'ajoutent des personnalités qualifiées et des professionnels de santé. À côté du groupe plénier, trois groupes de travail sont prévus :

- un groupe chargé des « Expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé » (GT1)<sup>22</sup> ;
- un groupe chargé des « Inégalités environnementales » (GT2)<sup>23</sup> ;
- un groupe chargé des « Risques émergents » (GT3)<sup>24</sup>.

Entre octobre 2010 et le 31 mars 2013, le groupe plénier a tenu 9 réunions<sup>25</sup>, le GT1 17 réunions<sup>26</sup>, le GT2 6 réunions<sup>27</sup>, le GT3 20 réunions<sup>28</sup>. Le secrétariat est assuré pour le groupe plénier, le GT1 et le GT3 par la DGPR, la DGS l'assurant pour le GT2.

Les rapports annuels qui contiennent les recommandations du GSE sont publiés régulièrement et répondent au rôle dévolu à ce groupe, à savoir, suivre la mise en œuvre des actions et émettre des recommandations en fonction de l'évolution des connaissances. C'est ainsi que sont disponibles :

- le rapport « Bilan des actions menées en 2010 – Rapport du groupe de suivi » (janvier 2011)<sup>29</sup>;

---

<sup>21</sup> Par lettre des ministres chargés de la santé et de l'écologie en date du 15 juin 2010.

<sup>22</sup> Présidé d'abord par Martin Guespereau puis par Benoît Lesaffre et co-présidé par Charles Sultan.

<sup>23</sup> Présidé par Gérard Bapt, et co-présidé d'abord par le Dr Halimi, puis André Cicoella.

<sup>24</sup> Présidé par Francelyne Marano et co-présidé par José Cambou.

<sup>25</sup> Le groupe plénier s'est réuni les 19/10/2009, 17/12/2009, 8/7/2010, 28/10/2010, 27/1/2011, 26/5/2011, 13/10/2011, 19/1/2012, 14/2/2013.

<sup>26</sup> Le GT1 s'est réuni les 22/2/2010, 8/4/2010, 9/7/2010, 19/10/2010, 13/12/2010, 10/2/2011, 26/4/2011, 5/7/2011, 11/10/2011, 6/12/2011, 9/2/2012, 12/4/2012, 3/7/2012, 9/10/2012, 12/2/2013, 14/2/2013, 26/3/2013.

<sup>27</sup> Le GT2 s'est réuni les 17/2/2011, 19/5/2011, 22/9/2011, 23/2/2012, 21/3/2012, 24/4/2012, 22/5/2012.

<sup>28</sup> Le GT3 s'est réuni les 17/11/2009, 28/1/2010, 19/3/2010, 20/5/2010, 9/7/2010, 24/9/2010, 28/1/2011, 18/3/2011, 27/5/2011, 8/7/2011, 23/9/2011, 25/11/2011, 3/2/2012, 6/4/2012, 1/6/2012, 12/7/2012, 5/10/2012, 30/11/2012, 23/1/2013, 25/3/2013.

<sup>29</sup> [http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/2011-018\\_RapportAnnuel2010\\_PNSE2V4couv-2.pdf](http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/2011-018_RapportAnnuel2010_PNSE2V4couv-2.pdf)

- le rapport « État d'avancement des actions menées en 2011- Rapport du groupe de suivi » (février 2012)<sup>30</sup> ;
- le rapport « État d'avancement du deuxième PNSE – Bilan des actions menées en 2012 » (février 2013)<sup>31</sup>.

Les GT1 et GT3 se sont réunis tous les 2-3 mois sur deux ans et demi, faisant preuve d'un dynamisme qui s'est traduit par l'examen de l'essentiel des actions les concernant<sup>32</sup>, le suivi de leur mise en place, et la rédaction de recommandations intéressant leur déclinaison. En outre, le GT3 constitue un lieu de concertation et de discussion sur les risques émergents. La lettre de création du GSE a étendu son champ de compétence, initialement limité aux nouvelles technologies (cf. action 44 du PNSE2), « aux risques émergents quelles qu'en soient les causes, maladies infectieuses émergentes, technologies émergentes potentiellement porteuses de risques (TEPPR), effet sanitaire du changement climatique... »

Le GT2 n'a pas bénéficié de la même mobilisation de ses acteurs, soit du fait de sa thématique plus imprécise, soit du fait de l'attrait des thématiques nouvelles notamment présentes dans le GT3.

Le suivi du PNSE1 avait été minimaliste par rapport à celui du PNSE2 : il avait été assuré classiquement par un comité de pilotage ministériel restreint, quelquefois élargi selon des modalités administratives mal définies. À titre d'exemple, un colloque sur le thème « PNSE : avancées et perspectives » organisé par l'AFSSET avait été l'occasion d'élargir l'information aux différentes parties prenantes.

Le PNSE2 a bénéficié d'un mode de suivi intégrant les parties prenantes autres que les organisations publiques, contrairement au PNSE1. Le GSE a été une réponse aux critiques des ONG et il semble que globalement l'action de cette instance a été positive au moins pour deux groupes sur trois<sup>33</sup>.

Un des impacts positifs de la gouvernance du PNSE2 porte sur l'approche nouvelle des administrations : **le GSE a constitué un lieu innovant de rencontre et de discussion bénéficiant d'une certaine liberté, où les représentants des directions d'administration centrale, qui se rencontraient antérieurement pour défendre leurs positions essentiellement lors des réunions interministérielles, ont pu échanger et confronter leurs avis sur des questions relevant de leur compétence.** C'est ainsi que des services chargés des transports, de la santé, de l'environnement, de l'habitat se sont rapprochés à l'occasion des réunions plénières.

Une autre **conséquence positive concerne le forum constitué par le GSE, et particulièrement le GT3, sur les risques émergents. Par son activité et les sujets abordés en matière de nouvelles technologies, il a participé à la mise en place d'une action de veille et d'alerte auprès des pouvoirs publics.**

Il faut néanmoins dès à présent souligner quelques limites du GSE. La participation de la représentation nationale (hors présidence de groupe du GSE) et des partenaires

---

<sup>30</sup> [http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/RapportAnnuel2011\\_PNSE2.pdf](http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/RapportAnnuel2011_PNSE2.pdf)

<sup>31</sup> [http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE2\\_bilan2013.pdf](http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE2_bilan2013.pdf)

<sup>32</sup> Actions 1 à 16 pour le GT1, actions 42 à 47 pour le GT3.

<sup>33</sup> À cet effet, on renverra au dernier rapport « État d'avancement du deuxième PNSE – Bilan des actions menées en 2012 ».

sociaux est restée fort modeste alors qu'elle avait été fortement revendiquée. Il en va de même pour celle des élus locaux.

Il convient de rappeler que la représentativité du GSE comporte une faiblesse inhérente à l'étendue du champ du PNSE. Une des finalités de la gouvernance « grenellienne » est de favoriser, par leur participation à la préparation et au suivi du plan, l'adhésion à ses objectifs et actions. Or, pour le PNSE, le principe selon lequel chaque thématique devrait être associée à une gouvernance pertinente est impossible à respecter. C'est le cas de la plupart des thématiques où des opérateurs (comme ceux qui sont responsables des pollutions et donc des expositions aux polluants) ne peuvent, compte tenu de leurs diversités, figurer dans un plan aussi large<sup>34</sup>.

Il est également utile de savoir que de nombreuses instances ayant des configurations semblables au GSE (et qui réunissent donc l'ensemble des parties prenantes) ont un rôle de consultation et quelquefois de veille et d'alerte sur les sujets de la santé et des facteurs de risque (environnement, alimentation, risque infectieux...). Sans qu'il soit question ici de les énumérer<sup>35</sup>, nous présentons ci-dessous, à titre d'illustration, le comité d'orientation thématique santé environnement de l'ANSES.

#### **Le comité d'orientation thématique santé environnement de l'ANSES**

Au sein de l'ANSES cinq comités d'orientation thématiques (COT) ont été créés, sur la base des domaines de compétence de l'agence : santé environnement, santé au travail, alimentation, santé et bien-être animal, santé végétale. Ces comités assistent le conseil d'administration et contribuent à :

- l'expression des besoins en termes d'évaluation des risques et de recherche ;
- la définition des orientations stratégiques de l'agence, en lui faisant remonter les préoccupations dominantes de la société civile dans leur domaine de compétence.

Leur configuration peut être qualifiée de « grenellienne » ; ils associent la direction de l'agence, les membres du conseil d'administration particulièrement compétents sur le domaine traité et des personnalités extérieures de la société civile.

Le COT santé environnement est une instance très voisine du GT3 du GSE. Son rôle est d'exprimer les besoins en matière d'évaluation des risques et de recherche sur la thématique santé environnement<sup>36</sup>.

#### **2.1.4. L'évaluation du PNSE2**

La présente évaluation qui concerne l'ensemble du dispositif du PNSE2 couvre notamment le degré de réalisation des actions telles qu'il est constaté fin 2012, soit une

<sup>34</sup> Se rapporter au paragraphe « transports et santé » et également à « la gouvernance dans les PRSE ».

<sup>35</sup> Quelques exemples d'instances, dotées d'une représentation grenellienne ayant pour objet d'émettre des recommandations sur des sujets de santé environnement : pour la qualité de l'air, le Conseil national de l'air ; pour les risques technologiques : le Conseil supérieur de la prévention des risques technologiques (CSPRT) ; pour le bruit, le Conseil national du bruit.

<sup>36</sup> Les COT sont à distinguer des Comités d'experts spécialisés qui élaborent les avis de l'ANSES en matière d'évaluation du risque.

année avant le terme du PNSE2. Une évaluation du PNSE2 devrait idéalement être réalisée au terme du plan, soit en 2014.

Le PNSE1 a bénéficié d'une évaluation à mi-parcours en juillet 2007 (Rapport d'évaluation à mi-parcours - comité d'évaluation) avec un ensemble de recommandations d'une part pour la phase finale du PNSE1, d'autre part pour le futur PNSE2. Le comité d'évaluation<sup>37</sup> était présidé par Isabelle Momas et Jean-François Caillard, qui avaient animé la commission chargée des orientations ayant conduit au PNSE1. Le comité d'évaluation regroupait au-delà des experts les différentes parties prenantes.

## 2.2. La structuration du PNSE2

### 2.2.1. Son architecture

Le PNSE2 comprend 58 actions, unités de base du plan (et quelque 185 sous-actions), réparties en 16 fiches, et **2 axes** :

- **la réduction des expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé** ;
- **la réduction des inégalités environnementales**, c'est-à-dire la limitation des nuisances écologiques susceptibles d'induire ou de renforcer des inégalités environnementales.

On peut noter que ce deuxième axe n'est en fait qu'une déclinaison du premier (combinée à la prise en compte des risques émergents) et **que le PNSE2 ne comporte en définitive que des actions visant la réduction des expositions à risque sanitaire**. Par ailleurs figurent dans ce deuxième axe les actions des fiches 7 « Protéger la santé et l'environnement des enfants » et 8 « Protéger la santé et l'environnement des personnes vulnérables du fait de leur état de santé ». Ces deux fiches ne relèvent pas à proprement parler d'inégalités environnementales mais concernent des variations de sensibilité à des agents physiques, chimiques ou biologiques, en raison de l'âge, de l'état physiologique, de caractères génétiques des individus.

Se superposent à cet ensemble 12 mesures phares, reprenant certaines actions. Le PNSE2 aurait pu faire l'économie de ces mesures qui apparaissent ajoutées plus dans un souci de communication de dernière minute que de clarification : ces mesures, dont certaines sont d'une importance secondaire, pèsent sur la compréhension d'ensemble du plan.

**À côté des deux axes précités, le PNSE2 traite les risques émergents de plusieurs manières :**

- il leur consacre une gouvernance propre avec un GT3 dont la production a déjà été soulignée ; cette instance permet l'échange, le débat et des recommandations sur des sujets potentiellement conflictuels, qui ont pour point commun de relever du principe de précaution ;
- il vise à leur traitement par la réduction des expositions à de polluants dans les actions 1 à 36, polluants dont les effets ne correspondent pas toujours à des

---

<sup>37</sup> Mis en place par la lettre interministérielle du 27 avril 2006.

pathologies avérées, s'agissant en particulier des actions relevant du deuxième axe (Réduction des inégalités sociales) ;

- par les approches transversales en matière de recherche et d'expertise (actions 48 à 54) où cette problématique est très présente.

D'une manière générale, la structuration du PNSE2 s'est faite en affichant les deux axes précités (réduction des expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé d'une part, réduction des inégalités de santé d'autre part) et un axe complémentaire consacré aux risques émergents, avec une déclinaison par actions.

### **2.2.2. Des éléments d'analyse à l'épreuve du temps**

L'architecture du PNSE 2 est à comparer à celle du PNSE1. Ce dernier comptait 45 actions (et 201 sous-actions) dont 12 prioritaires. Regroupées en trois objectifs, cet ensemble était articulé autour de deux orientations (« Prévenir les risques prioritaires » et « Développer la culture et les connaissances en santé environnement ») et de huit axes structurants.

Un certain nombre des 58 actions retenues dans le PNSE2 étaient déjà présentes dans le PNSE1. On conçoit que certains programmes aient toujours été en cours de réalisation au moment de la mise en place du PNSE2, et c'est un sujet sur lequel la mission reviendra. On peut aussi noter que ce plan s'il comprend plus d'actions ne met pas clairement en avant de priorités<sup>38</sup>. Pour les personnes rencontrées les plus critiques, l'accumulation d'actions qui s'apparentent à des plans ne fait pas un plan national, et traduit sans doute un souci de satisfaire tout le monde. Il aurait probablement fallu réfléchir à une approche plus intégrée.

On trouve en effet dans ce plan une tentation d'exhaustivité<sup>39</sup>, une complémentarité avec des plans déjà existants et mieux connus de la plupart de nos concitoyens. Les priorités sont claires lorsqu'on évoque un plan cancer ou l'usage des produits phytosanitaires. Pourtant ces deux sujets majeurs n'apparaissent pas dans le PNSE2 sous la forme d'une ou plusieurs actions, soit dans le premier cas parce que l'approche environnementale des cancers passent au second rang par rapport à la thérapie, soit dans le second parce qu'un autre plan concernant les produits phytosanitaires a été confié au ministère de l'agriculture, plus compétent mais soumis à des intérêts contradictoires.

Les sujets qui étaient considérés comme émergents il y a cinq ans ont bénéficié d'une fiche 13 et sont devenus des thématiques plus classiques bénéficiant d'une véritable politique publique, comme pour les radiofréquences et demain, les nanoparticules. Ils apparaissent comme plus « séduisants », dans leur relative nouveauté. De même, une « Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens » va être produite hors du PNSE, et ce, malgré l'existence d'un GT3 compétent et productif.

Par ailleurs, les effets de la radioactivité liée au radon sont traités dans la même fiche que ceux associés à l'exposition à l'amiante naturellement présent dans l'environnement. Plusieurs des interlocuteurs de la mission qui souhaiteraient plus de

---

<sup>38</sup> Et la remarque est générale, pour ne citer que G. Bapt, I. Momas, C. Jouanno, ou F. Marano.

<sup>39</sup> Déjà présent dans le PNSE1 avec des sujets relevant des maladies infectieuses.

transparence sur l'impact en santé environnementale de la radioactivité artificielle<sup>40</sup> ont indiqué regretter le choix qui a été fait de limiter cette action à la radioactivité naturelle.

Le PNSE2 apparaît à bien des égards comme un lanceur d'alerte<sup>41</sup> et son articulation avec les autres plans sanitaires et environnementaux<sup>42</sup> est délicate.

S'il est clair que le rapport Gentilini ne proposait pas de méthodologie pour faciliter une hiérarchisation des actions, et si le sujet des indicateurs d'impact<sup>43</sup> clairement associés aux actions a été mis de côté, on conviendra que la structuration du plan est un véritable sujet qui n'est pas sans conséquence sur sa gouvernance<sup>44</sup>.

Paradoxalement, le PNSE s'est dissocié des plans santé (plan cancer, plan national nutrition santé, plan canicule, plan grand froid, plan qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, etc.). Le Dr Maria Neira, directrice du département santé publique et environnement de l'OMS<sup>45</sup>, a pourtant récemment rappelé que l'impact de l'environnement (englobant au sens large les facteurs de risque) sur la santé - toutes pathologies confondues - représente plus de 25% des facteurs déclenchant et aggravants des maladies non transmissibles<sup>46</sup>. Il en est de même pour le plan santé travail qui vit en autarcie, des ingénieurs de la DGT participant cependant quelquefois au GSE<sup>47</sup>.

Les exemples seraient nombreux, et illustrent bien la stratégie en tuyaux d'orgue des plans « institutionnalisés » qui viennent percuter l'approche transversale d'un PNSE.

Des membres du GSE ont profondément conscience de ces dysfonctionnements, et c'est tout l'intérêt des entretiens nombreux et argumentés qu'a pu avoir la mission ainsi que le nombre de remarques ou de critiques allant dans le même sens.

Le GSE est le lieu d'un forum de riches discussions, qui peut s'auto-limiter paradoxalement à faire un état d'avancement de mesures qu'il sait pour certaines mineures au regard d'autres, alors qu'il les connaît toutes. Et pourtant, sa lettre de mission l'autorise à toute amélioration du PNSE2<sup>48</sup>.

L'enjeu est à ce niveau, car aujourd'hui, certains de nos interlocuteurs s'inquiètent d'un manque d'intérêt vis-à-vis du pilotage du plan<sup>49</sup>.

Il en va de son efficacité et de la démocratie sanitaire. Un manque de recul en santé publique peut amener à se concentrer sur des micro réflexions<sup>50</sup> alors que l'impact de

---

<sup>40</sup> M. Rivasi.

<sup>41</sup> C. Jouanno.

<sup>42</sup> G. Bapt.

<sup>43</sup> F. Marano, I. Momas.

<sup>44</sup> DGS, DGAL...

<sup>45</sup> Citée de nombreuses fois par A. Cicoella.

<sup>46</sup> <http://ec.europa.eu/environment/soil/pdf/may2012/02%20-%20Maria%20Neira%20-%20final.pdf>.

<sup>47</sup> D'ailleurs la DGT a rappelé à la mission que le PST ne relevait pas de la loi de santé publique et qu'il n'avait d'ailleurs pas d'existence légale !

<sup>48</sup> Lettre de mission en pièce jointe.

<sup>49</sup> Essentiellement le sentiment des agences.

<sup>50</sup> J-Y. Grall, DGS.

l'environnement sur la santé concerne aussi bien des sujets majeurs connus que d'autres encore incertains comme les nanoparticules.

## **2.3. Le périmètre du PNSE2**

### **2.3.1. Le périmètre de la santé environnementale**

Le périmètre de la santé environnementale est à géométrie variable. Avec la définition extensive qu'en donne l'OMS, la santé environnementale peut en effet embrasser la quasi-totalité des questions de santé<sup>51</sup>, *la santé environnementale (Environmental Health) 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 cette définition, la santé environnementale peut concerner tous les facteurs intéressant la santé de l'homme et notamment :

- les risques liés à une exposition aérienne, alimentaire, ou cutanéomuqueuse à des agents biologiques, physiques, biologiques ; Ces risques couvrent toute la gamme d'exposition allant d'une exposition unique ou forte et de courte durée à une exposition à faible dose et de longue durée), et un très large champ avec toutes les pathologies transmissibles<sup>52</sup> et de nombreuses pathologies non transmissibles, telles l'alcoolisme, le tabagisme, les pathologies liées à la nutrition, à la sédentarité...
- les risques accidentels : au cours de la vie domestique, de la vie professionnelle, dans les transports, lors des loisirs ;
- les bénéfices liés à certains facteurs de bien-être (diminution des nuisances sonores, mobilité douce), avec des conséquences psychologiques.

### **2.3.2. Le périmètre du PNSE2**

L'obligation du PNSE créée par l'article L.1311-6<sup>53</sup> du code de la santé publique (CSP) prévoit que :

« Un plan national de prévention des risques pour la santé liée à l'environnement est élaboré tous les cinq ans. Ce plan prend notamment 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 ».

Le plan vise à prévenir les risques de santé liés à l'environnement, donc à maîtriser les facteurs de risque environnementaux. Ces facteurs de risque sont ceux qui peuvent être présents dans l'environnement (chimiques, physiques...). Le plan n'est donc pas un

---

<sup>51</sup> Définition proposée par le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1994 lors de la conférence d'Helsinki.

<sup>52</sup> On entend par maladie transmissible une maladie dont l'agent peut être transmis et retransmis à des organismes (soit les maladies infectieuses et les maladies parasitaires infestantes).

<sup>53</sup> Créé par l'article 53 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.



plan visant l'amélioration de la qualité des soins ou d'une façon générale l'amélioration des systèmes de santé, ce qui est le cas des plans spécifiques gérés par le ministère de la santé. Il concerne des facteurs de risque relevant souvent de législations autres que le code de la santé publique.

**Le PNSE aurait gagné en clarté et en efficacité s'il avait été mieux délimité par la loi.** Mais tel n'a pas été le cas. La loi a en effet explicitement étendu son champ aux agents biologiques présents dans l'environnement, au risque professionnel et aux événements météorologiques extrêmes, dans l'espoir incertain de ne rien oublier, laissant de côté toute notion de faisabilité.

**De fait, ni le PNSE1, ni le PNSE2 ne respectent le champ défini par la loi, champ qui est plus une incitation qu'une obligation à faire au sens juridique du terme<sup>54 55</sup>.**

Un effort de rationalisation a été tenté dans le PNSE2 en ciblant ses actions sur les expositions à des agents chimiques (polluants chimiques dans l'air, l'eau, le sol), à des agents physiques (bruit, rayonnements non ionisants, rayonnements ionisants liés au radon), ainsi qu'à certains agents biologiques. Le risque accidentel en est exclu mais quelques actions concernant le risque professionnel y figurent. Aucune action ne vise le risque biologique (autre que les pollens) ou les événements météorologiques extrêmes.

Au-delà des objectifs de réduction des pollutions, le PNSE2 s'intéresse aux moyens à mettre en œuvre afin de limiter les expositions. Il le fait au travers d'actions qui peuvent relever d'autres plans ou politiques publiques.

## **2.4. Les interférences du PNSE2 avec d'autres plans, programmes, politiques publiques**

*Les actions du PNSE2 peuvent soit relever de divers autres plans (elles existeraient s'il n'y avait pas le PNSE2), soit être propres au PNSE2. Le diagramme 1 illustre les interférences existant avec les plans nationaux de protection de l'environnement et de santé publique.*

### **2.4.1. Les actions du PNSE2 qui relèvent également d'autres politiques publiques**

Concernant l'articulation avec d'autres plans, le document de présentation du PNSE2 avertit (p. 13) « *qu'il n'a pas vocation à intégrer l'ensemble des mesures prises dans le domaine de la santé environnement, ni à se substituer aux différents plans existants. Il vise à établir des priorités en matière de santé environnement en donnant une vision globale et une cohérence à l'ensemble. C'est pourquoi, lorsque des plans spécifiques traitent d'un sujet évoqué dans le PNSE2 (plan chlordécone, plan PCB, plan radon, plan Écophyto 2018, plan d'action contre les marchands de sommeil, plan de cohésion sociale, plans nationaux pour l'inclusion et du plan d'éradication de l'habitat indigne...), le PNSE2 s'y réfère mais sans redétailler chacune des actions spécifiques de ces plans.* »

**Ce principe est loin d'être parfaitement respecté, car le PNSE2 détaille de nombreuses actions qui existeraient indépendamment de lui.**

---

<sup>54</sup> Souligné par un « notamment » qui laisse sous silence les précisions attendues sur le reste dans le CSP.

<sup>55</sup> Par ailleurs tempéré par la vague notion de « prise en compte » dans l'extrait du CSP cité dans le même paragraphe.

À titre d'exemple, le principe est respecté pour le plan chlordécone (sous-action 35-2), le plan PCB (sous-action 35-1), voire le plan radon (action 40, avec toutefois des éléments complémentaires qui ne s'apparentent pas à un simple renvoi).

Il ne l'est pas en revanche pour le plan d'éradication de l'habitat indigne, le plan d'actions contre les marchands de sommeil et le plan de cohésion sociale avec des actions qui reprennent en détail les actions de ces plans<sup>56</sup>.

Au-delà des plans mentionnés ci-dessus, et repris dans le document de présentation du PNSE2, de nombreuses autres actions du PNSE2 relèvent en fait de politiques publiques préexistantes qui visent à améliorer la qualité des milieux et donc à maîtriser les facteurs de risque. Sans être exhaustif, en voici quelques exemples.

- **La qualité de l'air extérieur**

Au niveau national, le plan « particules » lancé en juillet 2010 détaille les actions 1 à 4 du PNSE2. Il faut cependant souligner que c'est le PNSE2 qui a publié ces actions en premier, le plan particules lui étant postérieur d'une année.

Par ailleurs, le plan particules est désormais actualisé et complété par le plan d'urgence pour la qualité de l'air (PUQA) présenté le 6 février 2013.

Afin de répondre aux obligations communautaires, le plan particules sera intégré dans le plan national de réduction des émissions de polluants atmosphériques (PREPA) qui correspond à l'action 5 pour les émissions atmosphériques.

Au niveau local, ces plans nationaux sont déjà déclinés dans les SRCAE (schéma régional climat, air, énergie), PCET (plan climat énergie territorial) et PPA (plan de protection de l'atmosphère) mais également par les divers documents d'urbanisme : PDU (plan de déplacements urbains), SCOT (schéma de cohérence territoriale), PLU (plan local d'urbanisme).

Ceci illustre parfaitement la limite d'un plan défini à un moment donné, qui n'intègre naturellement pas les actions nationales ultérieures.

**Le caractère obligatoirement évolutif dans le temps de ce type de plan n'a pas été prise en compte à la source dans la gouvernance.** Le GSE pourrait être cet organe de réajustement des priorités, ce qui éviterait à nombre de personnes rencontrées par la mission de s'interroger sur l'existence réelle d'un pilotage du PNSE 2, au moins pour certaines thématiques.

- **La qualité du milieu aquatique**

La politique publique de la qualité du milieu aquatique repose sur la directive cadre « eau » et un ensemble d'obligations communautaires afférentes. Au niveau national, le plan national d'assainissement 2012-2018 adopté en application de la directive européenne relative aux eaux résiduaires urbaines et le plan national micro-polluants 2010-2013, qui est un plan d'action national pour lutter contre la pollution des milieux aquatiques, sont (pour partie) repris par les actions 5, 29 et 35.

---

<sup>56</sup> Actions 25, 26 et 27.

Au niveau local, ces obligations se traduisent dans les schémas directeurs d'aménagement et de gestion des eaux (SDAGE) et les schémas d'aménagement et de gestion des eaux (SAGE).

On peut donc s'interroger sur l'utilité dans le PNSE 2 de redondances et d'un redécoupage en matière de la politique de l'eau.

- **Les sols pollués**

Il existe, depuis une vingtaine d'années, une politique nationale en matière de sols pollués visant au recensement, au diagnostic des sols pollués et à leur réhabilitation, politique s'appuyant sur l'ADEME. L'action 34 en témoigne, elle ne la lance cependant pas. Il convient néanmoins dans le cas présent de souligner l'impulsion dont elle a bénéficié au travers du PNSE2 grâce aux financements issus du Grenelle de l'environnement.

- **La gestion des points noirs du bruit**

Dans la même logique que précédemment, la politique nationale préexistante en matière de gestion des points noirs du bruit (actions 15 et 37) a, comme pour les sols pollués, bénéficié au travers du PNSE2 des financements issus du Grenelle de l'environnement.

- **La gestion des déchets**

Le plan d'actions gouvernemental sur les déchets pour la période 2009-2012 présente une politique publique existante dans ce domaine qui se décline au travers de plans régionaux et départementaux pour les différentes catégories de déchets (industriels, ménagers...). Elle est rappelée dans l'action 36 qui se réfère au comité opérationnel du Grenelle correspondant.

- **Les eaux destinées à la consommation humaine (EDCH)**

Il existe une politique publique très complète en application du code de santé publique (CSP), associant l'évaluation du risque (ANSES), l'expertise (laboratoire national de référence de l'ANSES et laboratoires d'analyses) et la gestion du risque (DGS et ARS) et qui correspond aux actions 28, 29, 30 et 31.

Les politiques publiques avaient déjà engagé des actions et ce, quelquefois depuis de nombreuses années, au minimum antérieurement au PNSE2, et au Grenelle, ou dès le PNSE1. Beaucoup de ces actions se sont retrouvées reprises dans le PNSE2. Lorsqu'elles ont bénéficié du fait de cet éclairage nouveau de moyens supplémentaires, il existe indéniablement une valeur ajoutée à ce qu'elles soient inscrites sous la forme d'une action ou d'une fiche dans le PNSE2.

Plus contestable, l'affichage sans valeur ajoutée particulière d'actions et sous-actions, reflet de discussions opportunes lors du Grenelle de l'environnement mais déjà traitées par ailleurs, renforce le sentiment d'un catalogue d'actions non hiérarchisées souligné par nombre de personnes rencontrées par la mission<sup>57</sup>.

---

<sup>57</sup> Réf. notes supra.

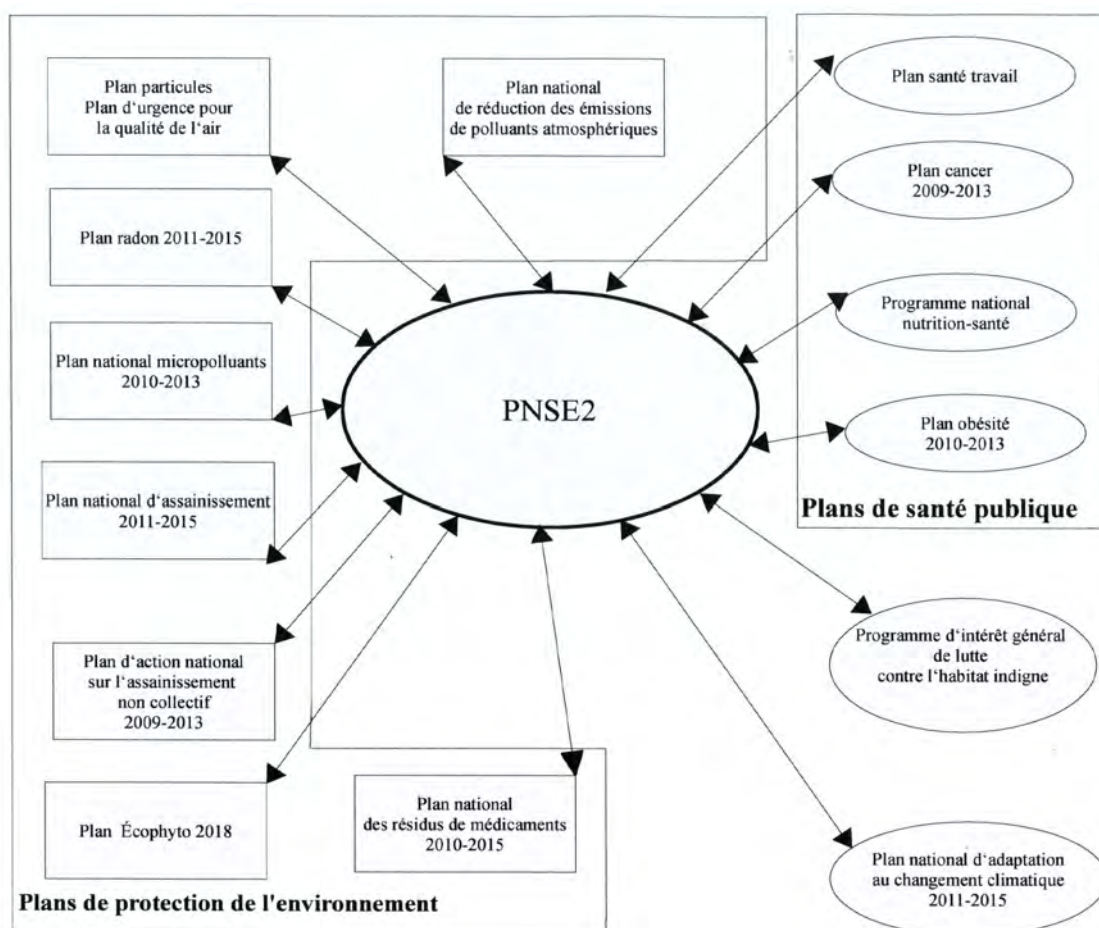


Diagramme 1 présentant les interférences entre le PNSE2 et les autres plans nationaux intéressant la santé environnementale (les plans du niveau régional ne sont pas mentionnés).

- **L'exposition au radon**

Un second plan national d'action pour la gestion du risque lié au radon (2011-2015) vient poursuivre la politique déjà engagée en 2005<sup>58</sup> (même remarque).

#### 2.4.2. Les actions propres au PNSE2

Trois thématiques peuvent illustrer des actions propres au PNSE2, actions qui n'existeraient pas sans lui.

- **Les actions relatives à la qualité de l'air intérieur**

Les actions 7 à 9 du PNSE2 relatives à la qualité de l'air intérieur prolongent celles mises en place par le PNSE1 (actions 14, 15, 16 et 23) sur la qualité de l'air intérieur. Elles sont présentées comme un axe fort de progrès en santé environnement. Il est prévu d'élaborer un plan national de la qualité de l'air intérieur contribuant ainsi à inscrire ce sujet dans la durée.

<sup>58</sup> Correspond à l'action 40 du PNSE2.

- **Les actions relatives à la thématique « santé et transports »**

Le PNSE2 s'intéresse à la thématique « santé et transports » (actions 13 à 16) et cela de façon innovante puisque aucune disposition de ce type n'existait jusqu'en 2009 dans une politique publique nationale. Ces mesures traduisent l'engagement pris en application du Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement (PPE-TSE dans le cadre de l'OMS Europe et de la CEE ONU). Elles apparaissent en premier lieu dans le PNSE2, puis dans le plan climat 2011 et dans le plan national d'adaptation au changement climatique, PNACC 2011-2015 (cf. également 1.4 Commentaires, qui nuance la situation de dépendance ou d'autonomie de ces actions par rapport au PNSE2).

Pourtant le PNSE2, s'il a joué ici pleinement son rôle d'identification d'un sujet environnemental novateur, n'est probablement pas dans sa construction le support adéquat. Le développement des modes de transport actif et les mobilités douces bénéficient-ils de la gouvernance la plus appropriée au sein du PNSE2, alors que la seule partie prenante dans le GSE représentant les transports est la DGITM<sup>59</sup> et que n'y figure aucun opérateur<sup>60</sup> ?

La gouvernance en matière de transports est probablement trop complexe pour être gérée au sein d'actions partielles, tant sur les thèmes que sur la représentation des acteurs au sein du PNSE2. En revanche, sa déclinaison régionale au sein des PRSE est certainement plus pertinente.

À défaut d'une politique publique individualisée et autonome sur la thématique « santé et transports », le PNSE2 pourrait être utilisé comme support ou vecteur contribuant à la constitution d'outils destinés à une déclinaison territoriale.

- **L'identification et la gestion de zones surexposées à des substances toxiques**

L'action 32 (Identifier et gérer les zones géographiques pour lesquelles on observe une surexposition à des substances toxiques) est venue compléter les évaluations de l'impact sur l'environnement réalisées pour les sites industriels en application de la législation relative aux installations classées. Ces évaluations individuelles préexistantes (une par usine) ne prenaient pas ou mal en compte l'ensemble des émissions en provenance de plusieurs usines. L'action 32 a ainsi permis d'intégrer l'ensemble des expositions causées par la pluralité des émissions dans les zones très industrialisées.

### **2.4.3. Autres domaines en lien avec le PNSE2**

*Plusieurs domaines intéressant la santé environnementale soulèvent des questions quant à leur relation avec le PNSE2. L'un est classique et intéresse les pesticides, deux autres sont en lien avec la définition législative du plan, le risque professionnel et les risques infectieux. Un nouveau venu porte sur la biodiversité.*

- **Le cas des pesticides (phytosanitaires et biocides) et le plan Écophyto**

La réduction de l'exposition aux pesticides relève indubitablement de la santé environnementale. Le plan de réduction de l'exposition aux phytosanitaires est le plan Écophyto (2009-2018) portant sur les mesures visant à la réduction de l'emploi des

<sup>59</sup> À déclinier.

<sup>60</sup> Tel le Groupement des autorités responsables de transport, des opérateurs, etc.

produits phytosanitaires. Il est piloté par le ministère chargé de l'agriculture et bénéficie d'une gouvernance qui lui est propre. Écophyto existe sans le PNSE2. Issu du Grenelle, il met en œuvre la directive 2009/128/CE instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable. Cette directive oblige les États à organiser un plan de réduction des pesticides (phytosanitaires et biocides).

Le PNSE2 se limite à rappeler en tête de la fiche 2<sup>61</sup> l'objectif de réduction de l'usage des pesticides, fixé par la France à 50%<sup>62</sup>, et le plan Écophyto bénéficie d'un encadré sans rattachement avec le reste de la fiche. Bien qu'il mentionne les « pesticides », la réduction des biocides ne fait l'objet d'aucune action du PNSE2, ni d'aucun autre plan.

C'est un exemple sur lequel la mission reviendra, celui d'une thématique majeure en matière de santé environnementale où le regard des ministères pilotes est pour le moins restreint. Cela est d'autant plus surprenant que le PNSE2 n'est pas avare de redondance sur la politique santé environnementale comme cela a été montré dans les paragraphes précédents.

- **Risque professionnel et deuxième plan national santé travail (2010-2014)**

Le PNSE2 consacre plusieurs actions au risque professionnel (actions 11, 12 et 16 partiellement). La gestion de ce risque, qui relève du ministère chargé du travail, dispose d'un plan qui lui est propre, le deuxième plan national santé travail (PNST 2010-2014) avec une gouvernance confiée au Comité d'orientation des conditions de travail (COCT) et à la direction générale du travail (DGT).

Les évaluations du risque professionnel d'une part et environnemental d'autre part sont assurées par l'ANSES.

La gestion du risque, dans le cas présent l'édiction des réglementations et le contrôle de leur application, sont en revanche clairement séparées. Ce qui signifie que l'administration chargée du risque professionnel se sent peu concernée par le PNSE2. Cela rend l'inscription dans le PNSE2 d'actions consacrées à cette thématique discutable, voire inutile, et cela malgré l'article 1311-6 du CSP (cf. supra).

Néanmoins, le peu d'interférences entre le PNST et le GSE amène la mission à s'interroger sur une situation préjudiciable créant une disparité entre travail et environnement, voire l'émergence d'un champ de la santé environnementale où le lieu de travail serait moins pris en compte sur le plan environnemental<sup>63</sup>. Cela mérite d'être souligné alors que la santé au travail a été historiquement à l'origine de l'émergence de la santé environnementale, ne serait-ce du fait de l'amiante, de l'exposition des mineurs au charbon, ou dans le domaine de la qualité de vie sur l'impact du stress au travail sur la santé.

- **La question des maladies infectieuses émergentes**

Le GSE a vu son champ de réflexion étendu par lettre ministérielle aux maladies infectieuses émergentes (cf. supra « gouvernance »). Il existe en effet des points d'entrée environnementaux pour justifier le lien entre environnement et maladies

---

<sup>61</sup> Portant sur la réduction des substances toxiques dans l'air et dans l'eau.

<sup>62</sup> « si possible ! ».

<sup>63</sup> A. Cicolella.

infectieuses émergentes, qui relèvent le plus souvent de la biodiversité (par les modifications des milieux et par les impacts sur des espèces hôtes, réservoirs ou vectrices).

Si toutes les maladies transmissibles ont leurs agents pathogènes en lien avec les milieux environnants, il existe déjà au sein de la Haute Autorité de Santé (HAS), du HCSP, de l'ANSES des gouvernances dédiées à ce type de risques (santé humaine et également santé animale puisque on estime à plus de 50% la part des zoonoses dans les infections humaines émergentes ou ré-émergentes).

Rien n'empêche l'instance de suivi GSE de se consacrer à ce sujet en raison de l'article du code de la santé publique (CSP) qui prévoit que le PNSE s'intéresse aux agents biologiques. On peut néanmoins s'interroger sur le niveau d'attention que pourront accorder les autorités de santé publique et de santé animale à des recommandations venant d'une instance où ne figure aucune compétence pour ces domaines.

Plutôt que de se disperser dans des champs où sa légitimité est faible, la gouvernance du PNSE devrait plutôt se consacrer aux risques émergents liés aux technologies, nouvelles ou non.

- **La question de la biodiversité**

Ce point vient en complément du point précédent. Dans la problématique « santé et environnement », la composante de l'environnement que constitue la biodiversité (notion qui rassemble écosystèmes, faune et flore) présente des liens évidents avec la santé (cf. rapport du CGEDD « Les liens entre santé et biodiversité » n°008095-01). Avec des impacts négatifs : une faune hôte d'agents infectieux causes d'une majorité des maladies humaines émergentes ou ré-émergentes, les agents allergisants que sont les pollens... et des effets positifs : ressources de la flore en molécules médicamenteuses et en aliments, effets positifs des animaux et des plantes en tant que facteurs de bien-être... D'où la question de sa place dans la santé environnementale et dans un futur PNSE.

Se pose alors la question du périmètre, non pas de la santé environnementale, mais de celui du PNSE, périmètre qui reste associé à sa gouvernance et à la compétence technique de celle-ci.

#### **2.4.4. Autres plans ayant un lien avec le PNSE**

Les différents plans environnementaux et de santé publique sont présentés dans le diagramme ci-joint. On peut citer en complément des points précédents :

- le plan cancer 2009-2013, pour ce qui intéresse la recherche et la prévention de l'exposition à certains facteurs cancérigènes. C'est ainsi qu'interfèrent avec le PNSE2 les mesures 3 (Caractériser les risques environnementaux et comportementaux), 7 (Optimiser et développer le système de surveillance), 8 (Développer l'épidémiologie sociale des cancers), 9 (Améliorer l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel), 12 (Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement en particulier dans le domaine professionnel) ;
- le programme national nutrition santé 2011-2015 (PNNS) et le plan « obésité » 2010-2013 (qui en matière de prévention de certaines maladies métaboliques

peuvent interférer avec la santé environnementale en raison du rôle des perturbateurs endocriniens) ;

- le plan national d'adaptation au changement climatique (PNACC 2011-2015) pour ce qui intéresse différentes thématiques (santé transports, maladies émergentes...);
- le plan national canicule 2013 et le plan grand froid sur les événements météorologiques extrêmes visés par le CSP ;
- le plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale 2011 et le risque lié aux agents biologiques visés par l'article L. 6211-1 et suivants et L.6213-2 du CSP, de même que les plans relatifs à divers risques infectieux émergents ou ré-émergents (tuberculose, chikungunya...).

Sans revenir sur l'opportunité d'intégrer au PNSE 2 des sujets récurrents, comme les maladies infectieuses apparaissant le temps d'une épidémie pour être remplacées par un autre risque infectieux, on a déjà fait le constat que malgré les tentatives d'intégration au sein du PNSE 2 de plans sanitaires majeurs et connus de tous au moins par leur titre, les voies d'entrées sont faibles entre plans et PNSE2, et les acteurs de ces plans déjà bien établis et peu enclins à s'intéresser au PNSE2.

Tout se passe comme si les thématiques majeures de santé - pour ne parler que d'elles - restaient en périphérie du PNSE2. S'il ne s'agissait que d'un souci de subsidiarité, cela serait à mettre au crédit de la performance.

Cela apparaît plus surprenant lorsque pour des considérations de priorités, les responsables du Plan cancer expriment lors de la dernière conférence environnementale que l'environnement n'est pas une priorité dans le cas du cancer. Il en est de même pour le PNNS, le plan canicule ou le PNACC.

Il existe un vrai sujet d'approche qui ne peut se limiter au seul principe de subsidiarité ou de fixation de priorités<sup>64</sup>. S'il convient de respecter des champs d'interventions spécifiques, il est préjudiciable de ne pas avoir un devoir de regard du GSE sur l'impact environnemental sur la santé de tous les sujets à risques potentiels ou existants identifiés.

Le PNSE ne peut se contenter d'être un recueil pléthorique et répétitif de certaines thématiques tout en en excluant d'autres, majeures. **L'absence d'interfaces ou de passerelles entre le PNSE et des plans majeurs de santé environnementale va à l'encontre de la politique souhaitée<sup>65</sup>. Il conviendra de modifier ce type d'approche au sein de la gouvernance afin d'avoir l'approche la plus globale des risques tout en évitant la dispersion sur des sujets mineurs ou redondants.**

#### 2.4.5. La Conférence environnementale pour la transition écologique

La Conférence environnementale pour la transition écologique qui doit se tenir annuellement fixe désormais les orientations de la politique de l'environnement du Gouvernement. La première conférence s'est tenue les 14 et 15 septembre 2012.

---

<sup>64</sup> Au profit de la seule thérapeutique, par exemple.

<sup>65</sup> Thèse reprise notamment par A. Cicolella et d'autres intervenants rencontrés par la mission.



La feuille de route pour la transition écologique est le document qui contient les orientations. Celles relatives à la santé environnementale sont exposées dans le chapitre « Prévenir les risques sanitaires environnementaux ». Elles intéressent, outre l'évaluation du PNSE2, objet du présent rapport, les sujets suivants :

- l'interdiction du bisphénol A ;
- le lien entre les gouvernances nationale et régionales des PNSE2 et PRSE ;
- la mutualisation des bonnes pratiques et outils issus des réalisations régionales des PRSE ;
- la stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens ;
- l'établissement d'une liste de substances prioritaires de polluants émergents dans l'eau ;
- le traitement des points noirs de qualité de l'air extérieur ;
- l'expertise des effets sanitaires des ondes électromagnétiques ;
- la mise en cohérence des réglementations environnement/santé publique/santé des travailleurs ;
- l'évaluation des « lieux ressources pour les patients destinés à prendre en compte les liens entre pathologies et expositions environnementales » ;
- la poursuite des études de biosurveillance ;
- l'optimisation de la recherche en santé-environnement avec les alliances AllEnvi et AVISEAN.

On constate que ces sujets touchent de très près le PNSE2, voire correspondent à ses actions. Ils sont l'objet de chantiers déjà engagés pour la plupart.

## 2.5. Principes à respecter pour la construction d'un nouveau plan

Des diverses constatations précédentes, on peut tirer quelques principes pour l'élaboration d'un nouveau PNSE.

- Un plan est un outil politico-administratif, à la fois document et démarche, ayant un objectif - ici l'amélioration de la santé liée aux expositions environnementales - et rassemblant des actions permettant d'atteindre cet objectif. Si ces actions peuvent préexister et relever d'autres politiques publiques, il n'apparaît pas opportun de les décliner de nouveau au sein du plan, même sous un autre angle. En revanche, **il paraît indispensable d'utiliser un futur plan comme clé de voûte de la santé environnementale où l'ensemble des actions, plans ou schémas existants développés hors PNSE, et qui relèvent de son champ, rendent compte régulièrement de l'état d'avancement de leurs actions à l'organisme de suivi ad hoc, le GSE, renforcé dans son rôle de propositions et de recommandations.** Cette approche qui s'apparente à un processus en continu d'évaluation d'impact sur la santé (EIS<sup>66</sup>) en reprend procédures et outils, permet de s'assurer de la

<sup>66</sup> L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une démarche structurée d'aide à la décision publique qui associe les parties prenantes concernées afin de réduire préventivement les répercussions négatives sur la santé et maximiser

sensibilisation des décideurs et des personnes concernées et s'inscrit dans des logiques d'équité, de démocratie sanitaire, et de développement durable<sup>67</sup>. Il n'est pas concevable que les plans Écophyto, cancer, PST, ou PNACC ne bénéficient pas d'une approche multidisciplinaire en appui, relevant du devoir d'échanges des pratiques ainsi que du droit de regard d'une structure consultative. Il conviendrait en ce sens de renforcer le rôle d'appui auprès des pouvoirs publics du GSE en y invitant, à titre permanent, des experts représentants d'organismes publics (ce qui est déjà le cas), et des experts à titre personnel (ANSES, INERIS, universités...). Ces experts pourraient soit participer aux groupes existants, soit relever d'un groupe nouveau.

- Les actions ont divers destinataires. Elles peuvent s'adresser à l'État, à l'origine des politiques publiques nationales, financeur de diverses actions notamment pour ce qui intéresse le développement de la connaissance, aux organismes publics, aux collectivités locales. Lorsque les actions sont destinées aux PRSE, elles peuvent être indicatives en appui technique, voire intégralement laissées à l'initiative de ceux chargés de leur mise en œuvre (exemple des actions en matière de « santé et transports » qui relèvent très souvent des collectivités locales). **Cette liberté d'initiative au plan local doit être mieux exprimée dans les faits, et faire l'objet d'une remontée au sein du GSE** afin que les actions concernées puissent être prises en compte lors des évaluations du futur PNSE<sup>68</sup>. La représentativité de représentants d'acteurs locaux, politiques, administrations et société civile doit être repensée en ce sens.
- Les actions du PNSE visent la réduction des facteurs de risques environnementaux, et doivent intéresser principalement les agents physiques et chimiques ; un tel objectif implique des prolongements sur des secteurs comme les transports et l'urbanisme, et peut donc intéresser des facteurs positifs de bien-être. Cette approche est mise en avant dans de nombreux pays où l'idée directrice est sous-tendue par la promotion de la santé et du bien-être<sup>69</sup>. Il conviendrait donc d'**éviter le risque de dispersion sur des sujets périphériques** et l'approche déclinée dans les points précédents doit y participer.
- Le PNSE, à côté des actions mises en œuvre par d'autres politiques publiques, dispose d'actions qui lui sont propres. Celles-ci peuvent soit prolonger les actions du PNSE2, soit être nouvelles. Dans les deux cas, **elles doivent justifier d'un lien solide avec la réduction des facteurs de risque environnementaux et être fondés en principe sur une analyse socio-économique**. L'analyse socio-économique est une expertise économique et monétaire en appui de la décision. Elle est préalable à la décision et compare les conséquences de l'inaction et de l'action en termes économiques et monétaires. Divers outils d'analyse socio-économique sont utilisés. Dans le domaine environnemental, le

---

les effets potentiellement positifs (EHESP).

<sup>67</sup> Nombreux intervenants, dont l'INPES, l'InVS, l'ARSIF, A. Cicolella, F. Marano, DGS...

<sup>68</sup> Évaluation d'impact sur la santé (EIS) menée sur le territoire de la Plaine Commune en Île-de-France à l'initiative de l'ARSIF, l'INPES, de la communauté d'agglomération, l'IAU, l'ORS Île-de-France, l'Université de Liverpool...

<sup>69</sup> Buts à atteindre en Suisse (Actions nature et bien-être, mobilité et bien-être, habitation et bien-être), même notion au Canada ou en Belgique.

plus classique est l'analyse coût-bénéfices ou coût-avantages (ACB). Il est utile de rappeler que les directives et règlements communautaires sont fondés sur ce principe, de même que la loi française. Néanmoins, si en matière de risque avéré (l'exposition à des polluants est cause de telle pathologie), l'ACB est possible, elle devient plus difficile lorsque la causalité est incertaine. D'autres approches sont alors utilisées dans les pays engagés depuis longtemps en ce sens, essentiellement les pays anglo-saxons et d'Europe du nord<sup>70</sup>. De même, celles reliant recherche-industrie-analyse économique sont aussi habituellement utilisées dans les pays de l'Europe du Nord et en Allemagne<sup>71</sup>.

- La durée d'un PNSE, cinq ans, est établie par la loi. Si pour une action ponctuelle, cette durée est pertinente, elle est rarement adaptée lorsque l'action correspond à des politiques de fond et à des domaines où risque et exposition sont incertains. L'exemple de la politique relative à la qualité de l'air intérieur est démonstratif. Les actions doivent donc être considérées dans la moyenne et la longue durée, et reposer sur le principe de continuité. **C'est donc la temporalité d'un plan glissant qu'il convient de repenser, autour d'un GSE évolutif pilote.**
- La santé environnementale en tant que politique publique se doit de disposer d'indicateurs, ne se limitant pas à la prise ou non d'un texte réglementaire (cf. Chapitre 1). Elle doit pouvoir présenter des indicateurs en matière d'exposition, des indicateurs socio-économiques ou de réductions des risques. Les autres plans européens font état de modèles standardisés et performants comme les modèles DPSEEA<sup>72</sup> ou ECOHEIS<sup>73</sup>, ou mettent en priorité la promotion de la recherche et de la « médecine environnementale »<sup>74</sup>. Les avancées d'ores et déjà réalisées en matière de recherche en toxicologie et en écotoxicologie devraient faciliter la conception d'indicateurs plus performants. Les manques déjà soulignés en santé publique et en épidémiologie peuvent être surmontés lorsque l'Université et la recherche reconnaîtront la santé environnementale comme une activité (pour ne pas dire discipline ou sous-discipline) permettant de faire carrière en tant que chercheur et praticien hospitalier avec la progression de carrière que l'on peut attendre sur un sujet majeur. C'est déjà le cas au Royaume-Uni, au Japon, en Allemagne pour ne citer que ces pays<sup>75</sup>. **La mission estime souhaitable de confier à des experts nationaux et régionaux, le soin de lister et définir un grand nombre de ces indicateurs**, avec l'appui de l'ANSES, de l'INERIS et d'autres agences, en lien avec les organismes publics et privés internationaux, revue de la littérature mondiale à l'appui. Pour mémoire dans les 7 priorités déclinées dans le plan national santé environnement allemand, l'une d'entre elle est rédigée en ce sens « en développant la coordination internationale afin de bien partager les expériences ».

---

<sup>70</sup> Analyses coût-efficacité, minimisation des coûts, analyse couplée efficacité-QALY : cost-effectiveness of life-saving interventions, études « willingness to pay » au Royaume-Uni, etc.

<sup>71</sup> Ce type d'approche a notamment fortement été défendu par F. Marano, A. Grimfeld, B. Lesaffre ou G. Salines.

<sup>72</sup> Driving Force, Pressure, State, Exposure, Effect, Action.

<sup>73</sup> Indicateurs de développement de la santé et l'environnement développés par l'OMS.

<sup>74</sup> Espagne, Belgique, Norvège, Allemagne...

<sup>75</sup> Deux études sur les exposomes sont en cours de lancement, l'une lancée par la School of Public Health de l'Imperial College London associant 12 institutions, l'autre dirigée par le CREAL (épidémiologie environnementale) à Barcelone regroupant 13 institutions dont l'université de Berkeley, Californie.

- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) n'a été convié ni à l'élaboration du PNSE1, ni à celle du PNSE2<sup>76</sup>. **Le terme de communication est absent du document de présentation du PNSE2**, et seules les actions 57 et 58 évoquent des mesures en relation avec la communication. La plupart des plans nationaux santé environnement des autres pays européens mettent en avant la communication avec la population. « Construire un réseau d'information qui améliore la compréhension des interrelations entre environnement et santé » au point quatre du plan portugais, « améliorer la gestion de l'information tant pour le grand public que pour les professionnels », en point deux en Allemagne, « développer une information/éducation du public à tous les niveaux » en Norvège pour ne citer que trois exemples de cultures différentes. L'actuel président du GSE s'est d'ailleurs prononcé pour une meilleure communication du GSE avec la presse. La mission relève que la connaissance qu'a le grand public du PNSE2 et de ses actions est quasi nulle. À l'occasion du PNSE1 on a fait réaliser par l'INPES un baromètre santé environnement et sur la prévention des intoxications au monoxyde de carbone. Dans le cadre du PNSE2 quelques démarches de prévention ont été menées (promotion de l'habitat sain par la qualité de l'air intérieur, atteintes auditives liées à l'écoute de musique amplifiée, référence aux mobilités douces, et quelques thèmes locaux ou ponctuels sur des sujets émergent comme l'exposition au chlordécone à la Martinique). **La gestion de l'information sur la santé environnementale doit être au contraire considérée comme une priorité du plan à venir, et bénéficier d'une place entière au sein de la future gouvernance, sans quoi l'adhésion de nos concitoyens à ce thème restera très restreinte, a fortiori en période économique difficile.**
- La recherche est aussi un sujet majeur des principaux NEHAP : « définir les priorités de recherche sur les relations entre l'environnement et la santé » pour la Belgique, « définition scientifiques des indicateurs, des seuils par une recherche spécifique » pour la Norvège, « pour une promotion de la recherche en matière de santé environnementale » en Allemagne, et les États-Unis qui mettent la plupart de leur force sur le sujet dans l'approche « recherche de la santé environnementale ». À cet égard, le PNSE2 paraît bien en retrait, notamment en matière de recherche sur les indicateurs et de reconnaissance d'une discipline santé environnement. Pourtant, comme le montre le chapitre recherche dans ce rapport, les individualités cherchent à se fédérer<sup>77</sup>, l'approche par modélisation existe dans le domaine de l'environnement depuis plus de 10 ans<sup>78</sup>. **Il est donc indispensable de réintégrer le ministère de la recherche au sein de la gouvernance du prochain PNSE**, sans oublier les recherches portant sur l'analyse socio-économique préalable à nombre d'actions en santé environnementale dans les plans des pays développés.

---

<sup>76</sup> Rencontre de la mission avec l'équipe en charge à l'INPES, en présence de sa directrice générale.

<sup>77</sup> Même si l'on oublie d'inviter les chercheurs lors de la dernière conférence environnementale et qu'ils doivent à leur demande pressante de dernière minute, se contenter d'une chaise pour deux.

<sup>78</sup> I. Momas, ANR, Vertigo.

### 3. La prise en compte de la recherche

#### 3.1. Un besoin important en recherche dans le champ santé environnement a été exprimé lors de la définition du plan

##### 3.1.1. Une recherche multi et interdisciplinaire organisée autour de trois grands axes opérationnels et déclinée en deux types d'action dans le plan

Le plan de santé publique PNSE1 et sa continuation directe, le PNSE2, ont été définis autour de deux objectifs majeurs, la prévention et la réduction des risques environnementaux en limitant en premier lieu l'exposition des personnes. Dans le cadre du PNSE2, comme dans les principaux plans de même nature européens, la dimension recherche est largement prise en compte. Elle est déclinée, dans des domaines allant du fondamental au plus applicatif, suivant trois grands axes :

- **La caractérisation du danger** que peuvent représenter de multiples polluants dans des milieux variés qui repose essentiellement sur la toxicologie et l'écotoxicologie, disciplines qui sont au cœur de la recherche en santé environnement.
- **L'évaluation des risques** pour les diverses populations concernées grâce à des approches épidémiologiques en lien avec les grandes pathologies (cancer...).
- **La définition de solutions** pour répondre à ces risques, pour prévenir et réduire les expositions, s'appuyant sur une recherche à forte dimension technologique : détection, élimination des polluants (neutralisation, éléments de substitution...) et dépollution (remédiation...).

Dans la construction du plan, ces axes sont déclinés en actions qui identifient soit des polluants et/ou des environnements pollués avec leurs populations spécifiques, soit des besoins en recherche (fiches 1 à 14), ainsi que les moyens (financements, compétences, instruments, organisation) nécessaires pour soutenir ces actions (fiche 14).

##### 3.1.2. Mise en œuvre de la recherche au regard des objectifs du plan

Cet aspect a été abordé par la mission sous l'angle de la mobilisation des moyens attendus dans le cadre du plan afin de répondre aux différents objectifs et thèmes inscrits dans les fiches 1 à 14 (voir évaluation recherche). Cette évaluation considère l'ensemble des activités en matière de recherche en santé environnement menée par un large groupe d'acteurs qui contribue aux objectifs du plan. Compte tenu de la variété des initiatives et des acteurs inscrits dans différents historiques, il est apparu extrêmement difficile de différencier, sur cette thématique, ce qui relève d'une dynamique propre liée au plan avec ses effets de levier et d'entraînement de ce qui peut être rapporté aux logiques et dynamiques propres de ces acteurs dans le cadre de leurs missions.

###### 3.1.2.1. Des programmes complémentaires ont soutenu la recherche

Différents types de financements ont permis de soutenir des projets de recherche et la mise en œuvre d'outils structurants. Trois niveaux de programmes fondés sur des appels

à projets, en phase avec les préoccupations du PNSE2, peuvent être distingués (cf. l'évaluation de l'action 48-3 figurant en Annexe 3) :

- des programmes de l'ANR dédiés, avec des champs larges, qui sont les plus fondamentaux et les plus compétitifs ;
- le Plan National Recherche Environnement Santé Travail (PNR EST), plus appliqué et qui s'intéresse à un ensemble de sujets spécifiques ;
- un ensemble de programmes très ciblés, focalisés en particulier sur les risques émergents (exemple PNR Perturbateurs Endocriniens, PNR PE) ; ces programmes favorisent la mobilisation des laboratoires sur des thèmes peu ou pas développés ainsi que l'élargissement de la communauté scientifique impliquée sur le thème santé environnement.

D'autres sources de financement, comme les investissements d'avenir, ont par ailleurs permis de soutenir des plateformes et des cohortes dédiées (cf. Annexe 3 Évaluation des actions relatives à la recherche, fiche 14, sous-actions 48-3 et 49-4).

### **3.1.2.2. Des pôles et des réseaux ont pu poursuivre leur construction en s'appuyant sur quelques infrastructures dédiées**

Dans le cours du plan, des pôles de recherche en toxicologie et écotoxicologie ont poursuivi leur démarche de structuration en s'appuyant sur la mise en œuvre de plateformes de recherche et de plateaux techniques variés ainsi que la mobilisation de cohortes. Dans ce contexte, quelques réseaux thématiques nationaux ont également contribué au maintien ou au développement de communautés scientifiques en santé environnement (voir Annexe 4 La recherche en santé environnement en France).

## **3.2. L'implication de la recherche en santé environnement a été mal définie et a souffert d'un pilotage et de moyens insuffisants, dans le contexte du vaste périmètre embrassé par le PNSE2**

### **3.2.1. Un manque de priorités et de coordination entre les acteurs de la recherche**

Le PNSE2 couvre des champs thématiques très larges avec des objets variés souvent mal définis et présentant des ramifications et des croisements potentiels complexes<sup>79</sup>. Ce contexte n'a pas favorisé l'articulation entre les objectifs affichés et les champs de la recherche à mobiliser avec les moyens afférents.

La mise en jeu de la recherche, dans la présentation du plan, apparaît dispersée et déclinée de manière très hétérogène avec un périmètre vaste aux contours flous, reflétant une intégration faible ou absente de la dimension recherche lors de la construction du plan. Associée ponctuellement à des polluants et/ou milieux identifiés dans les fiches 1 à 13<sup>80</sup> (voir évaluation recherche), la recherche est abordée de manière spécifique et transversale dans la fiche 14. Cette dernière présente des actions de nature et de portée très différentes. Ainsi, la question de la mobilisation des moyens nécessaires constitue des actions à part entière du plan côtoyant des actions ciblant des polluants déjà pris en considération, dispersés dans d'autres fiches ou définissant de

<sup>79</sup> Exemples : sous-action 50-2, action 51.

<sup>80</sup> Fiche 1, action 4 ; fiche 4, action 11, sous-action 11-2 ; fiche 5, action 13 ; fiche 6, action 18, sous-action 18-1.

nouvelles catégories<sup>81</sup>. Un troisième point d'entrée spécifique, s'appuyant sur une recherche de nature technologique impliquant des champs multidisciplinaires extrêmement larges (amélioration des matériaux et procédés), apparaît enfin. On peut noter également que quelques actions recherche sont reliées à d'autres plans santé ciblés (Écophyto 2018, Cancer...) sans qu'un lien explicite soit réalisé avec leur contenu dans ces plans, ni qu'un soutien à l'expertise (abordée sous d'autres angles, actions 53 et 54) n'apparaisse.

En matière de recherche, l'ITMO de Santé Publique (SP) de l'alliance AVIESAN a été impliqué comme pilote de certaines actions spécifiques liées à son champ mais également comme pôle de coordination entre les différents acteurs. Dans la pratique, le pilotage de la recherche s'est déporté sur le GSE où un représentant de l'ITMO (SP) est présent et dont les membres appartiennent aux multiples acteurs de la recherche concernés : agences (ANSES, ADEME...), organismes (INERIS, INSERM...), le MESR et le MEDDE considéré, dans cette dimension recherche, en tant que financeur de programme. Ces acteurs, dans le cadre de leurs autonomies respectives, travaillent sur la base de coordinations relativement informelles, d'intensité très variable, où les échanges d'informations et d'avis réalisés dans le cadre de rencontres régulières apparaissent utiles mais avec des effets et une synergie limités. Ainsi, au travers du suivi des actions et réalisations du plan, le GSE assure une activité de pilotage de la recherche illustrée par les nombreuses recommandations faites sur ce volet dans son rapport annuel mais qui reste d'un intérêt et d'une portée limités compte tenu du mode d'organisation et de fonctionnement du GSE et de la construction même du plan.

**Dans le contexte d'un périmètre très large du plan, l'absence d'une identification des besoins spécifiques à la recherche lors de la construction du plan, un pilotage faible avec une coordination limitée entre les acteurs n'ont pas favorisé l'émergence des synergies qui auraient été nécessaires autour d'un nombre limité de priorités stratégiques.**

### **3.2.2. Le soutien à la recherche en santé environnement est resté insuffisant au regard des besoins affichés**

Le niveau des financements sur appels à projets reste insuffisant au regard du nombre de projets de qualité et d'intérêt soumis qui ne peuvent être financés. On peut noter que les thématiques les plus dotées « ondes » et « cancer » ont un écho relativement faible au regard des autres sujets où la réponse est, de manière logique, plus forte. Une absence de visibilité sur le long terme pour ces programmes est préoccupante ; l'instabilité du programme CESA de l'ANR qui, a connu en 2012 une interruption et qui se poursuit dans le contexte d'une baisse du budget de l'agence, reste en particulier une source d'inquiétude pour les communautés concernées.

En termes de financements structurants, le bilan des investissements d'avenir reste mitigé pour la thématique santé environnement, malgré la satisfaction relative affichée par le GSE liée à une lecture très large de ce champ. Seulement deux projets de plateformes et un certain nombre de cohortes ont été soutenus mais ceci ne répond que partiellement aux besoins exprimés en matière d'études épidémiologiques (voir paragraphe 3. 1).

---

<sup>81</sup> Action 50, sous-action 50-1/2 ; action 51.

Ce contexte pèse directement sur la stabilité des équipes qui rencontrent des problèmes de visibilité en matière d'investissements à long terme sur les thèmes considérés. Il affecte également le développement de communautés scientifiques disciplinaires ou interdisciplinaires de taille suffisante, en particulier sur le noyau toxicologie-écotoxicologie dont les très bonnes équipes sont peu nombreuses et dispersées, ce qui limite le potentiel scientifique capable de se mobiliser pour répondre aux enjeux posés d'autant que leur activité dépend d'infrastructures variées et performantes.

### 3.3. Le positionnement de la recherche en santé environnement face au futur PNSE

#### 3.3.1. La recherche en santé environnement, un élément structurant du prochain plan

Poussé à la fois par de multiples attentes sociétales et par une forte dynamique scientifique et technologique, le besoin croissant de connaissances dans le domaine santé environnement s'exprime d'ores et déjà et devra être pris en compte dans le prochain plan où de nombreux sujets abordés dans le PNSE2 seront très probablement poursuivis et approfondis (risques émergents, expositions multiples...).

À cet égard, quelques points forts émergents sont déjà identifiés et explicités, en particulier dans le rapport DGRI (MESR-SSRIA4) 2010 et dans le rapport annuel 2012 sur l'état d'avancement du PNSE2 établi par le GSE :

- Un besoin dans le champ des **sciences économiques, humaines et sociales (SHS)** afin d'éclairer les multiples champs nécessaires à l'élaboration des politiques publiques touchant aux questions de santé environnement.
- Un besoin en **développement technologique avec des recherches afférentes** en matière d'analyses multi-variées, automatisées à haut débit avec des capacités d'acquisition et de traitements adéquates pour répondre à de multiples enjeux dans les secteurs de la toxicologie et de la santé publique qui concerne en particulier :
  - la **toxicologie prédictive** (modélisation, approches in silico structure-activité) **et systémique** (cribles moléculaires sur modèles cellulaires) ;
  - la connaissance des **exposomes individuels** avec la prise en compte **des faibles doses et des multiples expositions**.
- La mise en œuvre **d'études épidémiologiques** de grande taille avec de nouvelles cohortes **environnementales territorialisées** prenant en compte la spécificité de multiples populations et intégrant la dimension **périnatale**.



### **3.3.2. Les stratégies et besoins en matière de recherche doivent être abordés dès la conception du prochain plan en cohérence avec la future stratégie nationale de recherche en santé environnement**

#### **3.3.2.1. Une nouvelle configuration au niveau national en matière de stratégie, coordination et structuration scientifique de la recherche en santé environnement s'ébauche**

Dans le cadre de la feuille de route « Pour une transition écologique » de la Conférence environnementale<sup>82</sup> de septembre 2012, la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche a confié au groupe interalliance (GIA) issu d'AVIESAN et AllEnvi qui est piloté par Robert Barouki et Éric Vindimian et travaille en association avec l'alliance ATHENA (Sciences Humaines et Sociales) et avec la participation de l'ANR et de l'INCa, la mission de définir un plan d'action conjoint stratégique pour structurer et coordonner la recherche en santé environnement dans une approche préventive. Ce plan, dont la définition est en cours, fournira un nouveau cadre aux actions de recherche qui seront nécessaires pour atteindre les objectifs du prochain plan.

#### **3.3.2.2. Le futur PNSE doit être construit en intégrant la dimension recherche dès sa conception**

Une analyse approfondie des moyens et compétences nécessaires doit être entreprise pour chaque thème où des besoins en recherche sont identifiés. L'objectif est d'obtenir une vision d'ensemble des priorités et éléments stratégiques en matière de recherche en relation avec ce plan et d'intégrer ces besoins à la stratégie nationale en santé environnement, ainsi qu'éventuellement, des stratégies thématiques complémentaires, portées par les alliances ou organismes. Les synergies attendues d'une coordination au niveau national devraient permettre d'apporter une meilleure réponse aux attentes du plan.

### **3.3.3. La mise en œuvre, le pilotage et le suivi de la recherche définie dans le prochain plan doivent être assurés par un groupe de travail *ad hoc* associé au GSE**

La mise en place d'un comité scientifique national assurant une mission de suivi et de pilotage avait été prévue dans l'action 30 du PNSE1 mais celui-ci n'a pas été mis en place. Dans le cadre du plan chlordécone un groupe d'experts issus des deux alliances AVIESAN et AllEnvi a été mis en place pour assurer le pilotage du volet recherche du plan (groupe d'orientation stratégique et de suivi, GOSS). La mission propose, sur ce modèle, de constituer un groupe de travail « Recherche », issu en particulier du GIA, incluant l'ensemble des compétences nécessaires (issues de l'ANSES en particulier) dans le cadre du nouveau plan.

---

<sup>82</sup>

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/Conference-environnementale-la.html>.

Plusieurs missions pourraient être confiées à ce groupe dans le cadre du GSE :

- participer à la définition des sujets et thèmes appelés à figurer dans le futur plan avec les instances qui seront choisies pour bâtir le plan et ceci afin d'apporter un meilleur éclairage scientifique en vue des choix à réaliser ;
- contribuer à la définition des besoins en matière de recherche, en cohérence avec les actions issues des différents plans de santé présentant une dimension environnementale et avec la stratégie nationale de recherche en santé environnement ;
- en liaison avec les alliances (éventuellement le GIA), assurer le pilotage/suivi des actions de recherche liées aux objectifs du prochain plan (coordination des acteurs au niveau national : agences, organismes, ministères MESR et MEDDE) et européen ; orientations scientifiques des programmes sur appels à projets ; soutien aux politiques de sites portées par les organismes et universités ; développement de réseaux (par exemple en SHS) et d'infrastructures dédiées (nouvelles plateformes...).

### **3.3.4. Les moyens nécessaires doivent être mobilisés pour que la recherche puisse répondre aux attentes du prochain plan**

Afin de répondre aux besoins prévisibles en matière de santé environnement dans le cadre du prochain plan, il est nécessaire de poursuivre les efforts observés en améliorant, en particulier en toxicologie et écotoxicologie, la qualité et le nombre d'équipes et en dotant ces équipes des infrastructures *ad hoc*. Si la coordination au niveau national doit jouer un rôle important en matière d'orientation et de structuration avec les synergies attendues, ces objectifs nécessitent des financements pérennes et adaptés tant pour le soutien à des programmes de recherche que pour les infrastructures nécessaires (plateformes...). Dans un cadre budgétaire contraint, la mission propose outre le fléchage de programmes inscrits dans la durée, de diversifier les sources de financement. Il pourrait à cette fin être envisagé :

- d'orienter la programmation à venir de l'ANR avec la poursuite du programme CESA à un niveau de financement *ad hoc* et, si dans le cadre du PNES3 des besoins liés à d'autres champs apparaissent, de renforcer les programmes concernés ;
- de poursuivre le financement de programmes ciblés et/ou appliqués (type PNR PE). Il serait à cet égard utile que l'ANSES dispose de moyens propres pour financer un programme recherche complémentaire des programmes évoqués, plus en appui à l'expertise à développer ;
- de créer avec plusieurs des financeurs nationaux, un programme structurant, soutenant un petit nombre de projets nationaux de grande envergure, originaux (ex. modélisation) via des collaborations à l'échelle du territoire ;
- d'étudier le principe de l'élargissement d'une ou plusieurs taxes affectées pour le financement d'actions de recherche dans de nouveaux secteurs concernant de nombreuses filières (agroalimentaire, chimie, pharmacie...);
- de développer des partenariats public-privés (recherche partenariale, de transfert) avec les industriels dans les grandes filières industrielles ainsi que les secteurs technologiques.

#### 4. La déclinaison territoriale du PNSE : les plans régionaux de santé environnement (PRSE)

*Dans la continuation du PNSE1 et de ses déclinaisons régionales des réflexions/actions régionales ont été lancées en 2009, sous le nom de Plans Régionaux Santé Environnement (PRSE). Ceci s'est fait sans cadre spécifique, en l'absence d'instructions nationales en ce sens, sauf pour ce qui concerne la gouvernance, avec la mise en place de Groupes Régionaux Santé Environnement (GRSE)<sup>83</sup>.*

*Dans cet exercice, les acteurs locaux ont donc disposé d'une grande marge de manœuvre. On peut constater une grande disparité s'agissant de la mobilisation de ces acteurs (beaucoup de PRSE sont aujourd'hui réalisés, mais des plans sont encore en phase de lancement dans quelques rares régions et une région n'a toujours pas pris d'initiative pour en développer) et au niveau de leur contenu (les plans réalisés le sont soit en stricte application du PNSE, soit en complémentarité) ; on note également dans certains l'émergence d'actions nouvelles et souvent exemplaires.*

*L'animation nationale est restée de fait modeste, ce qui a limité les échanges entre les régions. Les récentes « Rencontres nationales santé environnement » organisées à Lyon les 3 et 4 juin 2013 ont toutefois permis de progresser vers un meilleur partage des expériences menées.*

*On peut aussi relever que les acteurs de niveau départemental sont quasi absents de cette démarche (en particulier les services déconcentrés de l'État), ainsi que les villes/agglomérations, à quelques exceptions remarquables près. Les acteurs socio-professionnels sont également en général peu présents (sauf, là encore, dans quelques cas exemplaires). Le grand public apparaît globalement ignorant de ces démarches, malgré des efforts notables mis en œuvre, en particulier au travers de sites Internet dédiés.*

*L'absence de liens avec les autres schémas ou plans régionaux a pu nuire à la lisibilité et à la mobilisation (par exemple avec les schémas régionaux du climat, de l'air et de l'énergie, SRCAE). On peut toutefois noter des tentatives pour mieux intégrer les PRSE dans les Plans Régionaux de Santé<sup>84</sup>, et dans leurs déclinaisons territoriales, les plans locaux de santé, avec leurs corollaires, les contrats locaux de santé.*

*On peut tirer de ces plans de nombreux enseignements dont certains seront utiles au niveau national, dans la perspective de la préparation d'un PNSE3, par exemple le recours très souvent utilisé à des appels à projets opérationnels. La dynamique engagée mérite assurément d'être soutenue et pourrait encore être amplifiée par une meilleure systématisation et un meilleur partage des retours d'expérience et des bonnes pratiques développées. Ceci suppose vraisemblablement de faire évoluer les calendriers et peut-être d'aller vers des plans glissants<sup>85</sup>.*

---

<sup>83</sup> Certains membres du groupe d'élaboration du PNSE2 étaient très attachés à un cadre plus souple par rapport à ce qui s'était produit pour les PRSE1 pour coproduire les PRSE2. Ce qui leur semblait prioritaire, c'était de donner un nouveau souffle par le biais d'une gouvernance « ouverte ».

<sup>84</sup> Les Plans Régionaux de Santé (PRS) sont prévus par l'article L1434-1 du code de la santé publique (loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 118). Ils prévoient divers schémas stratégiques, dont un schéma régional de prévention : les PRSE sont en général intégrés à ce schéma. Des programmes territoriaux peuvent en découler, mis en œuvre via des contrats locaux de santé.

*Des exemples de démarches et d'initiatives pragmatiques et innovantes figurant dans les PRSE sont présentés en Annexe 5, sous forme d'encadrés, ainsi que quelques documents produits par les parties prenantes illustrant ces exemples.*

#### **4.1. Un cadrage général très souple**

Le PNSE2 évoque très succinctement les PRSE : « En 2009, les groupes de travail régionaux mis en place dans le cadre de la consultation seront chargés d'élaborer les nouveaux plans régionaux santé environnement ».

Dans les faits, il n'y a pas eu de circulaire nationale relative aux PRSE. Un projet avait pourtant été validé en réunion interministérielle, mais le ministère en charge de l'environnement a eu à son égard certaines réticences (en particulier en termes d'évolution de la gouvernance). Cependant, un cadre général existait, celui de la territorialisation de la mise en œuvre du Grenelle de l'Environnement : la circulaire du ministre d'État du 29 mars 2009 évoque en effet explicitement « la mise en œuvre des politiques définies dans le domaine santé environnement, en particulier au travers de l'élaboration et de l'application des plans régionaux santé environnement 2... ».

Une autre circulaire traite également du PNSE2 : il s'agit de la circulaire interministérielle (écologie, travail, santé) du 16 octobre 2008 instituant, dans le cadre de la consultation organisée sur le PNSE2, des groupes de travail régionaux en santé environnement (GRSE). Cette circulaire prévoit explicitement le rôle des GRSE pour l'élaboration des « seconds PRSE ».

Les services déconcentrés de l'État au niveau régional ont donc mis en place, sous l'autorité des préfets de région, ces GRSE qui ont été à la base de l'élaboration des PRSE2. Le lancement des plans a parfois été perturbé par les diverses réorganisations de ces services, avec l'évolution des DRASS vers les ARS ainsi que les créations des DREAL et des DIRECCTE.

Le rythme de mobilisation a été extrêmement variable. À ce jour, on compte 23 régions où le plan est adopté (Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Corse, Franche-Comté, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais, Basse et Haute-Normandie, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, La Réunion, Rhône-Alpes)<sup>86</sup> et deux qui y travaillent encore (Limousin et Martinique). Seule la Guadeloupe n'a rien engagé.

De nombreuses régions ont d'ores et déjà mené des évaluations à mi-parcours (Aquitaine, Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, etc.) et certaines ont organisé régulièrement des « forums régionaux » permettant aux différents acteurs de partager

---

<sup>85</sup> La mission a établi un questionnaire qui a été diffusé par la DGPR à tous les correspondants santé environnement des DREAL : 19 réponses sont remontées des régions. La mission a mené des entretiens avec de nombreux acteurs dans deux régions : Provence-Alpes-Côte d'Azur (pour ces deux régions, la réponse au questionnaire a été élaborée conjointement par DREAL et ARS). Elle a procédé à des entretiens téléphoniques approfondis pour l'Île-de-France et la Picardie. Elle a demandé des éléments complémentaires à quelques DREAL, et a bénéficié des comptes rendus des visioconférences organisées par le HCSP dans cinq régions. Elle a obtenu des précisions d'ordre général de la DGPR, mais aucune information de la DGS.

<sup>86</sup> PSRE adoptés en 2010 : Aquitaine, Centre, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur ; en 2011 : Auvergne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Île-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Basse et Haute-Normandie, Rhône-Alpes ; en 2012 : Alsace, Corse, Picardie.

leurs expériences (cf. en Provence-Alpes-Côte d'Azur encore récemment le 11 juin 2013).

## 4.2. Une gouvernance locale porteuse d'une dynamique

*La gouvernance locale apparaît à bien des égards comme un point fort de ces démarches, avec à la base la mise en place dès fin 2008 des GRSE, dans le format « Grenelle », c'est-à-dire comprenant des représentants de l'État, des collectivités territoriales, des associations, des entreprises et des syndicats.*

### 4.2.1. L'animation réussie par les ARS et DREAL

Dans de nombreuses régions, un groupe de pilotage animé par des représentants de l'État a été mis en place, avec un noyau comprenant des cadres des ARS (i.e. DRASS puis...) et des DREAL, mais également des DIRECCTE, voire des DRAAF et parfois un chargé de mission du SGAR (comme en Rhône-Alpes). Force est cependant de constater que dès lors que le PRSE a été lancé, certains des services non directement porteurs se sont soit retirés du pilotage, soit complètement du PRSE (cf. cas de la DRAAF et de la DIRECCTE en Rhône-Alpes). **En revanche, d'une manière générale, les binômes ARS/DREAL ont parfaitement fonctionné, avec émergence d'une équipe soudée partageant les mêmes valeurs et les mêmes objectifs : ce n'est pas l'un des moindres résultats de ce plan interministériel.** Les chefs de service, malgré les restrictions d'effectifs, ont en général maintenu les potentiels humains nécessaires. Des services saluent d'ailleurs les rapprochements opérés à cette occasion (ainsi, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, les inspecteurs du travail et les inspecteurs ICPE qui ont travaillé ensemble sur le PRSE ont par la suite mis en place des contrôles conjoints). Autre effet positif de ces démarches, la politique santé environnement a parfois été inscrite dans les priorités stratégiques des services : on peut citer la DREAL Rhône-Alpes qui a intégré son engagement dans le PRSE2 dans un processus qualité spécifique « Mettre en œuvre le PRSE2 ». Les effectifs mobilisés dans les ARS et dans les DREAL sont assez variables, mais peuvent en général atteindre, en animation courante, de l'ordre de 1 à 2 ETP.

Au sein des ARS, fonctionne un excellent réseau de partage de données et d'informations, le réseau d'échanges en santé environnementale (RESE), qui s'appuie sur un extranet ([RESE@sante.gouv.fr](mailto:RESE@sante.gouv.fr)) comportant une veille réglementaire, des dossiers pour approfondir, des brèves d'actualités, un agenda et des appels à contributions.

L'implication des préfets a été diverse (le préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur a tenu à venir personnellement au forum régional santé environnement, le 19 juin 2012, pour y faire l'annonce d'une décision spécifique, en l'occurrence la limitation de vitesse sur les autoroutes non concédées du département à 90 km/h en zones urbaines et périurbaines).

### 4.2.2. L'implication variable des conseils régionaux

Les conseils régionaux, systématiquement saisis par les préfets, se sont mobilisés de manière très variable<sup>87</sup>. Ainsi, le conseil régional de la région Rhône-Alpes s'est fortement mobilisé (sous l'animation d'un vice-président ayant la double délégation

---

<sup>87</sup> Les conseils régionaux n'ont pas de compétence santé, ni de compétence large en environnement, même si leur mobilisation sur ce dernier champ est ancienne et relativement développée.

santé et environnement, avec création d'un service dédié d'une dizaine de cadres et, une délibération qui s'est traduite par l'ouverture de crédits significatifs et par la mise en place d'un programme dédié, le programme régional opérationnel d'action en santé environnement, PROPASE (voir Pièce jointe n° 1 dans l'Annexe 5). De même, plus récemment, dans la région Aquitaine, le conseil régional a lui aussi créé un pôle santé environnement. En revanche, le conseil régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur a refusé de s'engager et le conseil régional d'Île-de-France s'est faiblement impliqué, soucieux de mener sa propre politique, par exemple en matière de « territoires écologiquement prioritaires » (TEP). La multiplicité des divers schémas existant qui abordent des sujets relevant de la santé environnementale, comme les schémas régionaux du climat, de l'air et de l'énergie (SRCAE), n'a pas aidé à la lisibilité, et donc à la mobilisation des collectivités territoriales. Celles-ci privilégient ceux de ces schémas qu'elles pilotent elles-mêmes, comme les schémas régionaux d'aménagement et de développement du territoire (SRADT), ou au moins co-pilotent. Les PRSE apparaissent comme une initiative de l'État, leur approbation finale prenant la forme d'un arrêté préfectoral (le préfet de la région Rhône-Alpes a, par exemple, tenu à signer seul l'adoption par arrêté du PRSE2 ; dans d'autres régions, le directeur général de l'ARS et le président du conseil régional ont été cosignataires d'un document, par exemple sous forme d'une charte)<sup>88</sup>. Dans de nombreux cas, le conseil régional a été associé au pilotage même du PRSE, aux côtés de la DREAL et de l'ARS<sup>89</sup>.

À noter que, sur initiative des ARS, les plans régionaux de santé (PRS) intègrent en général le PRSE (en général via le schéma régional de prévention comme c'est le cas en Aquitaine), donnant à ce dernier une autre enceinte de débat, avec la Commission Régionale de Santé et d'Alimentation (CRSA)<sup>90</sup>, et donc, un autre écho, en particulier dans les milieux médicaux. L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) a souvent été associé, non seulement en amont pour la phase de diagnostic, mais aussi pour le pilotage d'actions<sup>91</sup>.

La participation des collectivités territoriales infra-régionales est restée en général très limitée avec cependant des exceptions remarquables (comme à Grenoble, ou encore en Lorraine où une action a été pilotée par la communauté urbaine de Nancy). L'implication du monde socio-professionnel est malheureusement aussi généralement très limitée (avec là encore des exceptions notables, avec l'UCI en Rhône-Alpes et des projets novateurs en Île-de-France et dans les Pays de la Loire). Les syndicats sont quasi absents de l'exercice et en aucun cas porteurs de projets.

---

<sup>88</sup> Co-signature ARS : Aquitaine (charte), Champagne-Ardenne, Corse, Franche-Comté, Lorraine, Basse-Normandie, Nord-Pas de Calais, Pays de Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur (cosigné aussi par les trois présidents de groupes de suivi de projets du GRSE), Picardie ; co-signature aussi du président du conseil régional ou adoption par le conseil régional : Alsace, Aquitaine (charte), Corse, Lorraine, Basse-Normandie, Nord-Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie (et pour Rhône-Alpes : une délibération spécifique à la démarche propre du conseil régional).

<sup>89</sup> Conseils régionaux associés au pilotage d'un PRSE : Alsace (la coprésidence du GRSE est assuré par le préfet et le président du conseil régional), Aquitaine, Bretagne, Centre, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Basse-Normandie, Haute-Normandie (le comité de coordination a aussi associé les conseils généraux), Nord-Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie, Rhône-Alpes.

<sup>90</sup> Rares régions où le PRSE n'est pas ou peu intégré au PRS : Auvergne et Centre.

<sup>91</sup> ORS mobilisés pour le diagnostic et/ou le bilan actualisé de la situation : Alsace, Aquitaine, Bretagne, Champagne-Ardenne, Lorraine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes ; ORS en outre porteurs d'une ou plusieurs actions : Île-de-France, Haute-Normandie, Pays de Loire, Poitou-Charentes.

### 4.2.3. Une mobilisation créatrice

Pour ce qui concerne l'élaboration des PRSE, le premier travail des GRSE<sup>92</sup> a surtout consisté à déterminer ou non des priorités ; ils ont alors dû choisir entre mettre en application de manière exhaustive des actions du PNSE ou, au contraire, chercher à développer une complémentarité.

La démarche a été plus ou moins largement participative : en Provence-Alpes-Côte d'Azur par exemple, des groupes de concertation départementaux ont d'abord fait remonter des options de priorités, et c'est ensuite au niveau régional que les choix de trois priorités ont été faits. En général, les PRSE ont identifié au maximum une quinzaine de grandes priorités.

Mais, le premier des résultats de cette démarche a été sans conteste la rencontre de mondes qui ne se connaissaient pas ou peu, la confrontation de cultures, de vocabulaires et l'émergence de nouveaux réseaux. Le vice-président du conseil régional Rhône-Alpes, en charge de la santé et de l'environnement, évoque le passage de la thématique santé environnement d'objet polémique à objet politique.

Dans certaines régions<sup>93</sup>, s'est ensuite développée une volonté d'élargir la mobilisation, via des appels à propositions/idées (à mettre en œuvre par les administrations en charge) ou à projets (portés et mis en œuvre par les acteurs les proposant). Cette dernière approche, avec des appels à projets opérationnels, a pu garantir des remontées d'opérations concrètes, réellement portées par des acteurs identifiés et volontaires, pour lesquelles il suffisait d'une aide financière ou de mise en valeur. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, un label a été décerné aux projets acceptés (avec ou sans financement de l'ARS ou de la DREAL, mais avec une excellente mise en valeur, en particulier via la remise du label publiquement à l'occasion des forums régionaux annuels). Ces appels à projets se sont affinés chaque année, avec une synergie d'autant plus forte que, dès 2012, ils ont été lancés conjointement et cofinancés par les ARS et les DREAL. Des initiatives vraiment nouvelles ont pu ainsi émerger (ceci concerne au moins un tiers des 200 projets labellisés en Provence-Alpes-Côte d'Azur, voir Annexe 5).

Lorsque les appels à propositions/idées sont restés à un stade « sans engagement », il y a eu de la déperdition, avec des propositions acceptées, restées sans porteur et donc sans mise en œuvre (ce cas a été rencontré en Rhône-Alpes)<sup>94</sup>.

L'ouverture de crédits aux ARS et DREAL a donc été un facteur clef. Sur l'ensemble du PNSE (2009/2013), la DGPR a mobilisé près de 6 M€<sup>95</sup>.

#### ***Cadre de mobilisation des crédits en DREAL tel que défini par la DGPR***

<sup>92</sup> Après, bien sûr, leur mobilisation initiale dans la consultation préparant le PNSE lui-même.

<sup>93</sup> Régions dans lesquels des appels à projets ont été lancés : Pays de la Loire (2012), Provence-Alpes-Côte d'Azur ; régions pour lesquels les appels à projets de l'ARS ont ciblé des enjeux SE : Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon, Haute-Normandie, Pays de la Loire, Picardie, Rhône-Alpes (dans ces deux dernières régions, le Conseil Régional a lui aussi lancé un appel à projets en 2012).

<sup>94</sup> Régions avec appels à projets (spécifiques ou ARS) : Bretagne, Champagne-Ardenne (ARS), Languedoc-Roussillon (ARS), Haute-Normandie (ARS), Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes ; des appels à propositions/idées : Aquitaine (réunions départementales), Rhône-Alpes.

<sup>95</sup> DGS et ARS n'ont pas fourni de chiffres concernant leurs actions.

*« Mise en œuvre des deuxièmes plans régionaux santé/environnement (PRSE2)*

*Peuvent être financées des actions liées à la mise en œuvre et à l'animation des PRSE2, dans les domaines d'activités des DREAL. Des cofinancements peuvent être sollicités pour la réalisation d'études de zones, dans les zones qui ont été identifiées comme points noirs dans les plans régionaux santé environnement... »*

Le grand public est généralement quasiment absent des PRSE et ceci malgré diverses initiatives, et notamment la mise en place de sites Internet dédiés de qualité, le lancement de consultations en ligne (à noter en Aquitaine, l'ajout d'une action « amiante » suite à cette consultation), la mobilisation de la presse (par exemple en Provence-Côte-d'Azur) ou des actions exemplaires (comme en Île-de-France avec le concept de « démocratie sanitaire » lancée en Vallée de Seine, ou en Bretagne avec le carnet de santé de l'habitat, pour assurer une sensibilisation du grand public aux enjeux santé environnement dans la maison, voir Annexe 5).

#### **4.2.4. Une animation nationale à renforcer**

L'animation nationale des PRSE est restée modeste, malgré des initiatives heureuses (lettres informatiques d'information, réseaux Intranet partagés...) <sup>96</sup> et souvent limitée à l'action de correspondants des ARS et des DREAL (donc sans associer les membres des GRSE, ni du GSE). Il en ressort un certain manque de capitalisation. Des doublons n'ont pas pu être évités, et surtout, la généralisation d'expériences réussies reste à organiser. Les « Rencontres nationales santé environnement » organisées à Lyon les 3 et 4 juin 2013 mériteraient de devenir un forum régulier, avec une animation plus proactive du niveau national (DGS et DGPR). Il est d'ailleurs significatif que le récent « État d'avancement des actions menées en 2012 » (février 2013) du GSE ne fasse aucun bilan des PRSE, tout en faisant abondamment appel à la présentation d'exemples qui en sont issus (une vingtaine). Hormis le cas de la représentante de FNE, convaincue de l'intérêt de ces démarches et qui les suit de près, les actions des PRSE ne sont pas connues du GSE (ce que son président a reconnu à Lyon, le 4 juin 2013).

Plusieurs régions ont lancé des réflexions similaires, et demandent que soit développé un outil pour mieux travailler ensemble à l'élaboration d'éléments soit de doctrine nationale, soit de méthodologie. Parmi les thèmes qui pourraient être abordés dans ce cadre, on peut citer par exemple :

- la question des pressings : comment réagir face à des plaintes de riverains ; comment accompagner les travailleurs ; quel rapprochement des normes existant pour les travailleurs (santé au travail) avec celles prévues pour les citoyens (santé environnement)... ? (Voir Pièce jointe n° 3 dans l'Annexe 5).

---

<sup>96</sup> DGPR et DGS ont réuni les correspondants DREAL/ARS sur le PRSE2 au minimum une fois par an : 20/10/2009, 29/01/2010, 04/2010, 30/06/2010, 17/03/2011 et 8/12/2011. Le RESE du ministère de la santé est invité aux réunions DREAL/ARS, donc il assure le relais sur leur réseau interne du ministère de la santé. En 2012, Il n'a pas été possible d'organiser de réunion conjointe DREAL/ARS, car la DGS a de plus en plus de difficulté à réunir les ARS. La DGPR a donc organisé la dernière réunion uniquement avec les correspondants en DREAL le 19/03/13. DGPR et DGS avaient commencé à écrire une lettre de liaison (trois numéros parus jusqu'en 2011), mais là aussi du fait de la difficulté à faire valider ces lettres par le ministère de la santé, la démarche est stoppée.



- les points noirs environnementaux (voir aussi l'action 32 du PNSE), avec un accent sur la superposition de différents polluants ou nuisances : quelle définition ; quelle méthode d'identification et de surveillance ; quelle gouvernance ; quelles actions mener (à la croisée de plusieurs politiques, de diverses normes...)... ? (Voir Pièce jointe n° 4 dans l'Annexe 5).
- les conseillers air intérieur : quelles pratiques ; quel référentiel métier ; quel financement pérenne (remboursement par la sécurité sociale des consultations, des mesures prises par les particuliers...) ; quelles pratiques recommander aux habitants... ? (voir Annexe 5).

### 4.3. Des enseignements pour le PNSE et recommandations

*Du fait de la grande liberté d'initiatives laissée aux équipes locales, les PRSE sont d'une grande richesse, tant en termes de méthodes, qu'en termes d'actions. De nombreux enseignements peuvent donc utilement en être tirés, en particulier pour le PNSE3.*

#### 4.3.1. Une faible implication des collectivités territoriales, en particulier des agglomérations

Avant d'aborder les leçons très positives des PRSE, il faut s'arrêter sur un point critique : l'absence massive des communes et surtout des agglomérations de ces démarches.

Ce point est d'autant plus dommageable que l'enjeu de la santé en lien avec l'environnement pose un vrai problème, qu'une approche territoriale peut aider à résoudre. **En effet, on se trouve confronté à un « triangle impossible » : santé (le monde de la santé constate les dégradations de la santé, qu'il suppose être des impacts sanitaires liés à l'environnement, sans toujours en connaître ou déterminer l'origine précise : cf. asthme ou cancer) ; environnement (le monde de l'environnement repère et suit les dysfonctionnements : cf. qualité de l'air) ; autres (les acteurs réels sur les causes dépendent d'autres mondes : les transports, l'industrie, les villes, l'agriculture...).** Il faut donc associer ce « tiers monde » des « autres », en mobilisant ceux qui disposent de leviers d'action. Et c'est d'autant plus pertinent au niveau d'un territoire, où justement les collectivités territoriales, de par la décentralisation, disposent des compétences et services adaptés, par exemple les autorités organisatrices des transports urbains (pour la pollution de l'air), ou les syndicats de rivières (pour celles de l'eau). Les collectivités territoriales disposent aussi d'outils de planification parfaitement mobilisables, comme les PLU, les PDU, les SAGE... (la communauté urbaine de Lyon, Grand Lyon, a d'ailleurs lancé une réflexion sur l'intégration d'un volet santé environnement dans les documents d'urbanisme, en liaison avec l'École des Hautes Études en Santé Publique, EHESP, de Rennes, le CERTU, l'ADEME... D'autres PRSE pointent cet enjeu urbanisme et santé environnement, comme celui de la Bretagne).

Les services d'hygiène peuvent certes avoir un rôle utile, mais ils n'interviennent qu'à l'échelle communale, l'essentiel des politiques pertinentes est positionné au niveau des agglomérations.

L'intéressante mobilisation du **Réseau français des Villes-Santé** (RFVS, réseau lancé par l'OMS) joue dans ce domaine un rôle positif. Ses premières orientations étaient très centrées sur la santé en tant que telle mais ce réseau élargit aujourd'hui son champ d'action. Il regroupe des villes dynamiques, bien qu'encore trop peu nombreuses en France. De même, on peut évoquer le rôle actif du réseau de l'association des **Éco Maires** qui assure une promotion des pratiques durables, et qui s'ouvre de plus en plus aux enjeux de santé liés à l'environnement (cf le bruit, avec les « Décibels d'Or »). **La participation, très complémentaire, de ces deux réseaux au GSE (et aussi aux GRSE) serait sûrement de nature à y renforcer la présence et la voix des collectivités territoriales.**

Il est important d'envisager, **en fonction des actions du PNSE, de mieux mobiliser, dans une gouvernance propre à ces actions, des réseaux plus ciblés de collectivités territoriales** comme le GART (Groupement des Autorités Responsables des Transports : [www.gart.org](http://www.gart.org) ), qui regroupe les autorités organisatrices des transports urbains (fiche 5 du PNSE 2), ou les élus locaux membres de comités de bassin ou encore des syndicats de rivières dans le domaine de l'eau (fiche 9 du PNSE2).

### ***Le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS***

*À la fin des années 80, après avoir lancé le Programme Villes-Santé, et créé un réseau européen avec une dizaine de villes, l'OMS Europe a souhaité que, parallèlement, se développent des réseaux nationaux de Villes-Santé.*

*Le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS a été créé en 1990. Il a notamment pour but de « permettre une coopération entre ces villes, notamment, par des échanges d'expériences et de données, des actions communes... ». Il s'est élargi en 1996 aux communautés urbaines, districts, syndicats de communes. En complément de l'activité du réseau national, 5 réseaux régionaux se sont formés. Ces derniers travaillent sur les thématiques de leur choix en fonction des réalités locales et de l'actualité : grand Est, grand Nord, grand Ouest, arc Alpin et grand Sud.*

*En 2012, le Comité de l'OMS pour l'Europe a validé sa politique Santé 2020 (Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pan-gouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être, [http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/sante-2020\\_oct2012.pdf](http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/sante-2020_oct2012.pdf)).*

*La politique Santé 2020 s'articule autour de quatre domaines prioritaires, dont le 4<sup>ème</sup> est : créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien. Les Villes-Santé se situent dans ce domaine, en particulier « l'évaluation systématique des effets sanitaires dus à l'évolution rapide de l'environnement, notamment sur le plan technologique et professionnel, et de la production énergétique et de l'urbanisation, est fondamentale, et doit être suivie par la prise de mesures afin de garantir des bienfaits pour la santé..., mais aussi que « la collaboration entre le secteur de l'environnement et celui de la santé est essentielle pour protéger la santé humaine contre les risques d'un environnement dangereux ou contaminé, et pour créer des environnements sociaux et physiques favorables à la santé... ».*

*Site du RFVS : <http://www.villes-sante.com/>*

**L'un des outils les plus utiles pour aider à la mobilisation des autorités locales consiste en une approche plus territorialisée de l'épidémiologie, une cartographie tant des pathologies constatées que de l'état des milieux.** De telles cartographies territorialisées existent depuis longtemps en matière de bruit, et se développent en matière de pollution de l'air. Il est en effet utile de montrer concrètement aux élus les différentes occurrences, tant des causes présumées, que des conséquences subies. Le repérage des écoles et crèches en zones de pollution forte (par exemple automobile) est par exemple très parlant. La localisation des asthmes chez les enfants aussi.

On peut à cet égard citer l'intéressante initiative lancée dans la région en Rhône-Alpes en 2012 dans le cadre du PRSE2 et qui devrait aboutir en 2014 visant à combiner les données bruit et air, via une plateforme spécifique créée et animée par Air-Rhône-Alpes ([www.air-rhonealpes.fr](http://www.air-rhonealpes.fr)), Acoucité ([www.acoucite.org](http://www.acoucite.org)) et le CETE de Lyon. Le rapprochement avec des registres des pathologies est dans ce cadre extrêmement utile.

Pour aider à la coordination de la mise en œuvre, diverses voies sont possibles :

- en Provence-Alpes-Côte d'Azur, par exemple, la DRAAF a évoqué la formation des personnels communaux (ici pour l'usage des phytosanitaires) ;
- on a vu l'initiative de la ville de Lyon sur l'intégration d'un volet sanitaire dans les PLU ;
- l'intégration d'un volet santé environnement dans les Agendas 21 (ce qui était prévu dès Rio 1992), ou dans les études d'environnement urbain de l'ADEME.

#### ***Agendas 21 locaux***

*La France s'est engagée à Rio, en 1992, lors du « Sommet de la Terre », à mettre en œuvre l'Agenda 21 de Rio, programme d'actions pour le 21<sup>ème</sup> siècle orienté vers le développement durable. La Déclaration de Rio mettait en avant le rôle essentiel qui revient aux territoires et aux collectivités locales. C'est ainsi qu'à chaque niveau de collectivité, revient la responsabilité d'élaborer, pour son territoire, et de mettre en œuvre, un programme d'action répondant aux principes de l'Agenda 21.*

*Adopté en 2006, le cadre de référence national a permis de donner une définition commune aux Agendas 21 locaux, avec cinq finalités essentielles : lutte contre le changement climatique et protection de l'atmosphère ; préservation de la biodiversité, protection des milieux et des ressources ; épanouissement de tous les êtres humains ; cohésion sociale et solidarité entre territoires et entre générations ; dynamiques de développement suivant des modes de production et de consommation responsables.*

*Depuis 2006, un « appel à reconnaissance », animé par le ministère en charge du développement durable, permet d'encourager les dynamiques locales. Il met en lumière la qualité des projets et la cohérence des politiques locales. Il invite les collectivités à faire reconnaître la réalité et la qualité de leur projet territorial de développement durable et Agenda 21 local. Soumis à expertise, le projet de la collectivité est reconnu pour 3 ans.*

*À ce jour :*

- 90 territoires reconnus Agenda 21 local en 2012 : 74 communes, 14

*intercommunalités, 1 pays et 1 département.*

- *393 territoires reconnus depuis 2007 : 29 parcs naturels régionaux, 243 communes, 40 communautés d'agglomération ou urbaines, 34 communautés de communes, 16 pays, 24 départements et 7 régions.*

*La 8<sup>ème</sup> session de l'appel à reconnaissance des projets territoriaux de développement durable et agendas 21 locaux est en cours, avec comme date limite de réception des projets le 13 mai 2013.*

**Une voie prometteuse émerge avec les plans locaux de santé, et leur déclinaison en contrats locaux de santé** (à l'instar du premier signé en Rhône-Alpes avec la ville de Valence : voir Annexe 5). Ces documents découlent directement de la loi de santé publique de 2004, qui prévoit (article L.1434-17 du code de santé publique) : « La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ». Les signataires du contrat sont les collectivités territoriales et les ARS, mais il est possible d'y associer les préfets, les services de l'État (donc les DREAL), les acteurs de santé et les associations notamment donc environnementales. Ils sont préparés de manière participative et doivent prendre en compte les facteurs influant sur la santé, dont l'environnement. L'un de leurs deux objectifs prioritaires s'intitule « réduire les inégalités sociales et territoriales de santé », ce qui recoupe parfaitement l'un des axes du PNSE2 sur les inégalités environnementales.

**Les ARS pourraient en faire des outils privilégiés de mobilisation pour les PRSE, en associant étroitement les DREAL à leur préparation** (par exemple avec un copilotage ARS/DREAL explicite de ce volet santé environnement dans les CLS).

Mais on peut aussi **envisager un appel à projets national ciblé sur les collectivités territoriales** (à l'instar de ce que fit le ministère en charge de l'environnement pour les transports collectifs en site propre, TCSP, à partir de 2008) ou à engagements (cf la démarche de la Stratégie Nationale pour la Biodiversité, SNB), **assorti d'une labellisation**.

Enfin, **l'implication du niveau départemental, en particulier des préfets et DDI, serait sûrement de nature à faciliter l'engagement des communes et agglomérations**.

La réussite des prochains PRSE passe par celle de la mobilisation des grandes agglomérations et intercommunalités, et plus généralement des collectivités territoriales infra-régionales.

#### **4.3.2. De bonnes pratiques des PRSE à reprendre pour le PNSE3**

De l'expérience des PRSE, c'est d'abord la capacité, globalement réussie, de mobilisation d'acteurs qui mériterait utilement d'être reprise au niveau national.

**Trois éléments apparaissent clefs :**

- un réel binôme de co-pilotage des ministères en charge de la santé et de l'environnement avec constitution/identification d'une équipe permanente de pilotage ;
- des crédits d'animation ;
- des appels à projets.

Mais plus avant, la préparation et le suivi du prochain PNSE devraient également prendre en compte l'importance des échelons territoriaux régionaux et locaux où au travers des PRSE des projets très intéressants ont été réalisés : cela pourrait commencer par **une consultation dans les régions sur les attentes et propositions pour un PNSE3**, avec un temps de partage et une synthèse nationale. C'est d'ailleurs la proposition formulée publiquement par le député Gérard Bapt, président du GSE, lors des Rencontres nationales santé environnement du 4 juin à Lyon, avec l'idée de se donner le temps, de novembre 2013 à mars 2014, d'une consultation préalable des GRSE). Il faut vraiment trouver un moyen de relier PNSE et PRSE, en ayant en tête l'idée de flux croisés descendant mais aussi ascendant, laissant la place à l'initiative locale. On devrait alors voir apparaître des préoccupations méritant mobilisation comme, par exemple, celle évoquée dans de nombreuses régions de la question des contaminants dans l'alimentation. Le PNSE pourrait alors jouer un rôle de cadre de généralisation.

L'efficacité même des PRSE pourrait être renforcée en travaillant à une meilleure participation des collectivités territoriales. Dans cette optique, **pourrait être envisagé un co-pilotage institutionnel des PRSE par les conseils régionaux** (tout en veillant à éviter toute « tutelle » du conseil régional sur les collectivités territoriales infra-régionales). La composition des **GRSE pourrait associer systématiquement les agglomérations de plus de 100 000 habitants**. Prévoir une séance au moins annuelle, conjointe entre GRSE et CRSA ?... **Les conseils régionaux pourraient être mobilisés sur des thématiques communes, par des appels à démarches pilotes**, à l'instar de la mobilisation actuelle de quatre régions sur les liens cancer/environnement (programme CIRCE<sup>97</sup>).

De plus, les PRSE ont leurs propres calendriers propres pas toujours en phase avec celui du PNSE. C'est là un point qu'il conviendrait de regarder avec attention. En effet, dans les régions, il a en général fallu du temps pour que se développe une dynamique de lancement des PRSE mais le travail réalisé s'est révélé fructueux. On rencontre des échéances très différentes suivant les régions : certaines des actions définies démarrent parfois à peine aujourd'hui et certains PRSE2 s'achèveront au plus tôt en 2015<sup>98</sup>. Il ne faut en aucun cas casser cette dynamique en recherchant artificiellement une cohérence calendaire avec un nouveau PNSE. Nombre d'acteurs des PRSE suggèrent d'**envisager des PRSE « permanents », ou plutôt « glissants », avec des temps de**

<sup>97</sup> Le programme CIRCE a été conçu pour développer une approche de ce type en France. Il réunit l'INERIS, l'INSERM U897, 4 ORS (Picardie, Île-de-France, Nord-Pas de Calais, Rhône-Alpes), le registre des cancers de l'Isère et l'UTC. Il comprend deux phases. La phase I se décompose en 3 opérations : 1) production des cartes de données lissées de mortalité sur les 4 régions et de morbidité sur l'Isère 2) transformation des principales bases de données environnementales en base de données spatialisées 3) croisement des données sanitaires et environnementales. La phase II vise à investiguer les zones contrastées (à très fort ou très faible taux).

<sup>98</sup> PRSE arrivant à échéance en 2013 : Aquitaine, Centre, Midi-Pyrénées, Haute-Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur ; PRSE arrivant à échéance en 2014 : Auvergne, Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes ; PRSE arrivant à échéance en 2015 et au-delà : Alsace, Bretagne, Corse, Franche-Comté, Île-de-France, Basse-Normandie.

**réactualisation**, pour tenir compte d'avancées nationales et d'adaptations locales (plutôt avec des pas de temps de 4 ou 5 ans, tendant à se rapprocher des échéances des autres schémas ou plans existants, pour être en mesure le cas échéant de développer des passerelles avec ces derniers documents). Un caractère « permanent » de cette nature (faisant des PRSE un outil obligatoire) rendrait d'autant plus aisés les échanges et partages entre les régions, qui travailleraient dès lors globalement au même rythme. Ceci suppose peut-être de **mieux institutionnaliser les PRSE** comme partie intégrante du PNSE, au besoin avec mention dans la loi de Santé Publique. Ce dernier point a été soulevé lors des ateliers des Rencontres nationales du 4 juin à Lyon : ne faudrait-il pas donner une certaine valeur juridique aux PRSE ? Certains rappellent l'utilité du cadrage des SDAGE, dont les orientations doivent être reprises dans les documents d'urbanisme et les programmes. Cela pourrait toutefois réduire le caractère opérationnel et dynamique des PRSE et compliquer les dispositifs, en particulier pour l'articulation avec les autres plans et schémas.

De plus, peut-être faudrait-il être plus clair sur les attentes vis-à-vis des PRSE. En effet, souvent, des actions correspondent de fait à des politiques normalement menées par les services, et qui auraient été menées en l'absence même de PRSE ; l'affichage de telles actions « classiques » nuit à la lisibilité des PRSE, et à la compréhension de leurs apports.

La mission suggère de mieux **distinguer** :

- (i) **des actions nationales relevant directement de l'État, dont la mise en œuvre est obligatoire**, car résultant d'obligations internationales ou nationales (cf l'action 5, RSDE/EISTA) ;
- (ii) **des actions nationales relevant de l'État, mais sans obligation de faire autre que celle résultant du caractère incitatif du PNSE** (faire évoluer de textes juridiques, comme des lois ou décrets ; engager des recherches ou des études nationales ; définir des formations nationales ou lancer des campagnes nationales d'information, etc.) ;
- (iii) **des actions nationales relevant des acteurs locaux** (services déconcentrés et établissements publics de l'État mais aussi collectivités territoriales, etc.) **dont la déclinaison serait soit facultative en fonction du contexte local** (cf. les allergènes, comme l'ambrosie en Rhône-Alpes), soit sur une base volontaire mais coordonnée (par exemple via un appel à contributions sur une thématique commune, en vue de préparer une politique nationale). Le PNSE évoquerait ces actions, sans les détailler ;
- (iv) **des actions régionales, proposées en sus localement**, cœur de l'initiative locale.

**Les PRSE se cibleraient ainsi sur les actions de types (iii) et (iv).**

Dans tous les cas, l'**animation, tant nationale que locale**, est indispensable, et **doit disposer des moyens humains (ETP, compétences) et financiers nécessaires, donc identifiés et sécurisés**, le potentiel de démultiplication étant énorme (effet de levier, rendant la dépense publique très rentable). Au niveau local, l'expérience montre qu'il faut prévoir de 2 à 3 ETP répartis entre ARS et DREAL (une personne à temps plein à la fois administrative et « commerciale », pour dynamiser le réseau et au moins un mi-

temps par structure pour le pilotage)<sup>99</sup>, pouvant disposer, hors appels à projets, d'un budget annuel d'au moins 60 à 80 000 €.

Aujourd'hui les acteurs d'une région ont peu d'information sur ce qui se fait dans les PRSE d'autres régions, et pas davantage sur le résultat des groupes de travail du PNSE. Il serait utile de proposer des échanges inter-régionaux sur des thématiques reprises dans plusieurs PRSE (éducation à la santé environnement, médicaments dans les milieux naturels...), d'organiser le retour d'expériences, de mettre à disposition des régions des outils méthodologiques pour les régions (par exemple : l'un des 2 axes forts du PNSE2 est la réduction des inégalités environnementales. Or, il n'existe pas à ce jour de méthode standardisée, ni de guide national pour mesurer ces inégalités. Absence d'autant plus préjudiciable qu'il existe bien souvent un décalage entre les inégalités telles que perçues par la population et celles objectivées par des indicateurs. Une démarche unique au niveau national, même si celle-ci était pilotée à titre expérimental par une région, permettrait une optimisation des moyens consacrés et une mise en cohérence des pratiques). **On peut évoquer ici le concept anglo-saxon de « stewardship », qui d'ailleurs a été utilisé en Italie par l'État pour accompagner un PNSE constitué de fait des initiatives locales, l'État se contentant, mais activement, de susciter et accompagner les initiatives des régions.**

La mobilisation de l'État gagnerait à être coordonnée et démultipliée par les établissements publics sous tutelle du ministère en charge de l'environnement (ADEME, ONEMA et agences de l'eau...) : en participant aux PRSE, ceux-ci ont apporté essentiellement leurs compétences techniques, alors qu'ils disposent de politiques et de moyens financiers qui pourraient enrichir les démarches engagées. D'un point de vue financier, certains suggèrent de prévoir un volet santé environnement dans les prochains contrats de projets État-Région (CPER 2014) de 6<sup>ème</sup> génération.

Enfin, le lien avec le monde économique mériterait d'être renforcé, ne serait-ce que parce que l'innovation peut aider à réduire les impacts sanitaires de l'environnement. De ce point de vue, le travail sur les PRSE pourrait utilement être ouvert aux acteurs de la recherche dans les régions, en lien par exemple avec les pôles de compétitivité.

---

<sup>99</sup> Au sein de la DREAL, si on souhaite un pilotage étroit et un suivi d'un nombre significatif de projets, un temps plein est nécessaire. Il semble qu'un positionnement de ce temps plein dans un service transversal, ou a minima dans une mission externe à une unité spécifique serait bénéfique. La connotation ex DRIRE de la plupart des cadres en charge des PRSE nuit à la transversalité au sein de la DREAL, tendant à orienter les réflexions vers « santé environnement industrie » (dans le prolongement des approches ICPE) au détriment de « santé et biodiversité » par exemple ou « santé transport ».





## 5. Le volet financier du PNSE2

*Ce chapitre répond à la demande formulée par la lettre de commande ministérielle d'examen des moyens financiers et humains affectés au PNSE2. Il aborde successivement :*

- les moyens financiers affectés aux actions du PNSE2 ;
- les moyens financiers affectés à la recherche liée au PNSE2 ;
- la comparaison avec les moyens annoncés ;
- les moyens humains.

*L'analyse va porter sur les années 2009 à 2012. La cinquième année 2013 du PNSE2 (2009-2013) n'est donc pas prise en compte.*

*Il convient de souligner ici qu'en raison du périmètre étendu - et pouvant être soumis à interprétation- du PNSE2, qui concerne toute la santé environnement, différentes approches peuvent être envisagées, fondées sur l'intégration ou non de certains domaines : par exemple, la sécurité sanitaire des aliments est exclue du périmètre, alors que celle des eaux de consommation est incluse.*

### 5.1. Les moyens financiers affectés aux actions du PNSE2

#### • Méthodologie

L'analyse va porter sur les crédits de paiement (CP) effectivement versés des programmes concernés de la loi de finances. La source documentaire utilisée est le Rapport annuel de performance (RAP) des Missions « Santé » et « Écologie, aménagement et développement durables ». Le RAP est une annexe au projet de loi de règlement des comptes pour l'année considérée qui récapitule les crédits consommés. Il a semblé préférable à la mission de fonder son étude sur les CP effectivement versés (RAP) plutôt que sur les CP programmés qui figurent dans le Projet annuel de performance (PAP), dans la mesure où la réalisation des actions prévues dans ce document d'orientation peut être différente de la prévision, compte tenu du contexte rencontré.

Le périmètre du PNSE2 est vaste : il comprend 58 actions qui correspondent à la politique de maîtrise des facteurs de risque environnementaux. Cette politique s'exprime dans les documents budgétaires sous des appellations diverses : « pollutions chroniques », « santé environnement », « installations classées »... La mention PNSE2 apparaît rarement, la mention « santé environnementale » est plus présente, mais de nombreux CP intéressent les actions du PNSE2 sans être libellés ni « PNSE2 », ni « santé environnementale ». Par ailleurs, une difficulté supplémentaire est liée à ce que la présentation des CP n'est pas restée identique sur les quatre années étudiées.

#### • Les principaux financements intéressant les actions liées au PNSE2

Ce sont les deux ministères pilotes du PNSE2, ceux chargés de la santé et de l'environnement, qui contribuent essentiellement à son financement au travers des programmes 181 et 204.

**Contribution du programme 181 « Prévention des risques » de la Mission « Écologie, aménagement et développement durables »**

Le financement par le programme 181 « Prévention des risques » intervient par son action 1 « Prévention des risques technologiques et des pollutions ».

L'examen du programme 181 dans le RAP 2012 (un constat similaire serait fait pour les autres années) montre que quasiment aucun CP de l'action 1 n'est labellisé « PNSE2 », et que seuls quelques-uns sont labellisés « santé environnementale ». Ceci démontre qu'on ne peut pas se fonder sur ces mentions pour inventorier les CP intéressant les actions liées au PNSE2.

Les budgets des années 2010 et 2011 avaient adopté une présentation simplifiée et lisible des actions liées au Grenelle de l'environnement que présente le tableau ci-dessous.

	<b>CP 2010</b>	<b>CP 2011</b>
Points noirs bruit	2 827 800	1 100 000
Traitement sols pollués et friches		
Études	574 721	
BRGM	7 657 393	5 289 902
ANDRA	7 000 000	3 900 000
ADEME	21 500 000	24 900 000
Qualité de l'air intérieur	1 667 969	1 407 755
Santé environnement		
PNSE2 et études santé environnement	1 046 510	1 731 000
Prévention des risques liés aux agents physiques	112 773	556 033
Plan chlordécone	474 644	1 138 194
Bio-surveillance		
InVS	390 000	1 210 000
Biosurveillance hors InVS (analyses Elfe)	780 000	1 040 000
Plan déchets		
Soutien CND		
ADEME	9 500 000	17 700 000
INERIS	385 000	2 000 000
ANSES	1 500 000	1 600 000
<b>TOTAL</b>	<b>55 416 810</b>	<b>63 572 884</b>

Tableau n° 2 : Synthèse des mesures Grenelle de l'Environnement 2010 et 2011 (source : RAP 2010 et 2011), montants en €

L'intérêt de ce tableau est qu'il reprend les principales mesures relevant du PNSE2, à l'exception des lignes surlignées « ANDRA » et « plan déchet/ADEME ». Une fois ces lignes soustraites, on obtient des montants de 42,3 M€ pour 2010 et de 41,9 M€ pour 2011.

Pour 2012, le PAP du programme 181 (projet de loi de finances 2012) avait présenté un tel tableau qui n'a malheureusement pas été repris dans le RAP.

La DGPR, dont la directrice est la responsable du programme 181, tient un tableau des CP versés correspondant aux actions du PNSE2, qui est présenté ci-dessous.

	TOTAL 2009-2012 (CP)
<b>Réduction des substances toxiques (fiche 2) (INERIS)</b>	<b>2 658 310</b>
<b>Air intérieur (fiche 3)</b>	<b>9 688 670</b>
<b>Points noirs (fiche 10, action 32)</b>	<b>2 660 000</b>
<b>Plan chlordécone (fiche 10)</b>	<b>1 816 822</b>
<b>Sites et sols pollués (fiche 10, action 34) dont</b>	<b>112 357 503</b>
<i>Opération établissements sensibles (BRGM)</i>	<i>5 721 208</i>
<i>Actions sites et sols pollués</i>	<i>7 036 295</i>
<i>Remise en état sites pollués (ADEME)</i>	<i>79 600 000</i>
<i>Plan de relance friches (ADEME)</i>	<i>20 000</i>
<i>Action stations services</i>	
<b>Bruit (fiche 11) dont</b>	<b>117 087 469</b>
<i>Bruit, fonds de concours ADEME</i>	<i>91 500 000</i>
<b>Amiante environnementale (fiche 12)</b>	<b>1 073 258</b>
<b>Biosurveillance (fiche 13)</b>	<b>5 578 936</b>
<b>Ondes (fiche 13)</b>	<b>1 341 494</b>
<b>Délégation aux DREAL (PRSE2)</b>	<b>5 877 198</b>
<b>Subventions aux associations en santé-environnement</b>	<b>397 000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>260 536 660 (dont 91 500 000 pour la ligne bruit fonds de concours ADEME)</b>

Tableau n°3 : CP des actions liées au PNSE2 du programme 181 versés sur la période 2009-2012 (sources : DGPR), montants en €.

Ces données peuvent servir de références. On constate que les deux approches sont cohérentes : les montants de CP annuels du tableau DGPR, une fois soustraite la ligne « bruit, fonds de concours ADEME », qui n'est pas non plus prise en compte dans le tableau « Synthèse des mesures du Grenelle » sont en moyenne annuelle de 42,25 M€. Ils sont à comparer aux 42,3 M€ (CP 2010) et 41,9 M€ (CP 2011) issus du tableau « Synthèse des mesures du Grenelle ». **On doit souligner la part prépondérante des**

**lignes « bruit » et « sites et sols pollués », qui représentent 88% des CP versés au titre du PNSE2.**

### **Autres CP de la Mission « Écologie, aménagement et développement durables » concernés par la santé environnement**

Si l'on souhaitait inventorier l'ensemble des CP des programmes du ministère chargé de l'environnement qui contribuent à la santé environnement, il conviendrait de prendre en compte également :

- les CP du programme 181 destinés aux opérateurs pour leur fonctionnement (20,6 M€ à l'ANSES et 9,8 M€ à l'INERIS sur 2009-2012) ainsi qu'une partie des CP versés à l'ADEME ;
- le programme 174 « Énergie, climat et après-mine » qui intervient au niveau de l'action 5 « Lutte contre le changement climatique » dans la réduction de la pollution atmosphérique et la surveillance de la qualité de l'air (environ 16 M€ en CP versés sur 2009-2012 aux associations agréées de surveillance de la qualité de l'air) ;
- le programmes 217 « Conduite et pilotage des politiques de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer » qui finance les personnels œuvrant pour les politiques du programme « Prévention des risques ». Quelque 1960 ETP sont concernés par la prévention des risques technologiques et des pollutions (dont plus de 50% se consacrent aux pollutions chroniques et donc en grande partie à la santé environnement ; la lutte contre les pollutions chroniques contribue également à la biodiversité, et de façon plus marginale à la protection des paysages et du patrimoine... ; cf. infra « les moyens humains mis en œuvre »).

### **Contribution du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la Mission « Santé »**

Le ministère chargé de la santé intervient au travers du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la Mission « Santé ». Parmi les 9 actions qui composent le programme 204, c'est l'action 15 « Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation » qui est concernée par la santé environnement en général et par le PNSE2 en particulier. Mais on constate que là non plus le PNSE2 n'est jamais mentionné, ce qui conduit à confondre dans l'estimation des financements, les deux périmètres de la santé environnement et du PNSE2. Une autre action intervient également, l'action 11 « Pilotage de la politique de santé publique ». Compte tenu de l'amalgame dans le document RAP entre les thématiques « eaux » et « eaux de consommation », on inclut la problématique « eaux de consommation » dans la santé environnement. En revanche, on en exclut la thématique « alimentation ».

2009	7,25 M€
2010	4,89 M€
2011	4,56 M€ (dont 2 relevant de l'action 11)
2012	5,05 M€ (dont 1 relevant de l'action 11)
<b>Total pour les années 2009-2012</b>	<b>21,75 M€</b>

Tableau n°4 :CP du programme 204 versés au titre de la santé environnement de 2009 à 2012 (sources : RAP 2009 à 2012), montants en €

La différence des moyens consacrés aux actions du PNSE2 entre les programmes 181 et 204 est essentiellement due aux lignes « bruit » et « sites et sols pollués » du programme 181. À noter que les délégations aux ARS destinées à l'appui aux PNRSE sont intégrées dans les CP du programme 204.

### **Autres contributions du ministère chargé de la santé à la politique de santé environnement**

Comme pour la Mission « Écologie, aménagement et développement durables », d'autres CP de la Mission « Santé » ou de la Mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » contribuent à la politique de santé environnementale. C'est le cas des subventions pour charges de service public destinées aux opérateurs qui remplissent des missions de santé environnementale, tels l'ANSES, l'InVS. Mais c'est surtout le programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » qui intervient avec le financement des personnels : on compte 1100 ETP en ARS dans le domaine de la santé environnement (dont un tiers pour les eaux de consommation) et 45 ETP en administration centrale (cf.infra « les moyens humains mis en œuvre »).

## **5.2. Les moyens financiers affectés à la recherche liée au PNSE2**

L'examen du financement des actions de recherche liées au PNSE2 est lui aussi complexe et l'inventaire qui suit n'a que l'ambition de donner un ordre de grandeur de l'effort réalisé : en effet la variété des sources et le périmètre très large et non délimité du plan rendent l'exercice particulièrement difficile.

Il convient de noter que les financements des projets de recherche correspondent aux coûts marginaux (petits équipements, consommables, salaires post-doc...) ; la notion de coûts complets aurait été intéressante mais difficilement évaluable ici (elle intégrerait charges de personnel, d'équipements, amortissements...).

Plusieurs financeurs interviennent : le ministère de l'environnement et ses opérateurs (ADEME, ANSES, INERIS), celui de la santé et ses opérateurs (InVS...), celui de la recherche et l'ANR (cf. également dans l'Annexe 3 du rapport les actions 48 et 49).

Dans la tentative de consolidation présentée dans le tableau ci-dessous, on ne distingue pas ce qui correspond à des crédits de paiement ou à des autorisations d'engagement, en particulier dans le cadre de projets pluriannuels.

Programme	Année-période	Nombre projets financés	Budget des appels à projet
ANR CESA <sup>100</sup>	2009-2012	6	39,5 M€
ANR CESA	2013	18	10 M€
ANR, CDII <sup>101</sup> , ECOTECH, blanc...	2009-2012		20 M€
PNREST	2009-2012	146	22,4 M€
CORTEA <sup>102</sup>	2011-2012		6 M€
Programme pesticides	Depuis 2009	15	2,2 M€
PNRPE	Depuis 2009	15	2 M€
Plan cancer	2013	18	2,5 M€
Pôle national applicatif toxicologie et écotoxicologie	2013	9	10 M€
Investissements d'avenir Nano ID	2012		10,2 M€
Biosurveillance (programmes ESTEBAN et ELFE)	2010-2012		7 M€
Cohorte Kannari	2012		2,5 M€
<b>TOTAL</b>	<b>2009-2012</b>		<b>134,3 M€</b>

Tableau des programmes de recherche liés au PNSE2 sur la période 2009-2012, montants en millions d'euros

On constate donc qu'un montant de 134,3 M€ a été affecté sur la période 2009-2012 à des actions de recherche liées au PNSE2, sous réserve des précautions mentionnées ci-dessus.

<sup>100</sup> Contaminants et Environnements, Métrologie, Santé, Adaptabilité, Comportements et Usages (CESA).

<sup>101</sup> Chimie Durable-Industries-Innovation (CDII).

<sup>102</sup> Connaissances, Réduction et Traitement des Émissions dans l'Air (CORTEA).

### 5.3. Comparaison avec les moyens annoncés lors du lancement du PNSE2

Lors du lancement du PNSE2, un budget indicatif avait été annoncé en lien avec le PNSE2. En raison de toutes les réserves précédemment mentionnées sur le périmètre et la relativité des chiffres exposés, ce n'est qu'avec précaution qu'on établira une comparaison entre les chiffres présentés ci-dessus et le budget annoncé en 2009.

Le document PNSE2 publié en 2009 (p. 68 et 69) annonçait un montant de 357,95 M€ pour les actions 1 à 47 (dont 180 M€ sur les sols pollués, mais seulement 1,4 M€ sur le bruit) et 124 M€ pour les actions de recherche. Ces montants concernent la période de 5 ans, 2009 à 2013.

**On constate que les CP versés au titre du PNSE2 par les programmes 181 (260,5 M€) et 204 (21,7 M€), soit un total de 282,2 M€, respectent sur une période de 4 ans les 357,95 M€ annoncés sur 5 ans.**

**En matière de recherche, les 134,3 M€ mentionnés ci-dessus sont à comparer aux 124 M€ annoncés.**

Mais encore une fois, compte tenu de la mouvance du périmètre du sujet, des interprétations et des choix qui en découlent, différents modes de calcul sont envisageables et les chiffres et comparaisons fournis ici ne sauraient avoir qu'une valeur indicative. On a vu par ailleurs que tous les CP contribuant à la politique de santé environnement n'étaient pas pris en compte, en particulier ceux intéressant les moyens humains.

### 5.4. Les moyens humains mis en œuvre

La mission avait envisagé initialement d'inventorier, à l'occasion de l'évaluation du degré de réalisation des actions (cf. Annexe 3), les moyens humains mis en œuvre au niveau de chacune des actions du PNSE2. Elle y a en fait renoncé en raison du peu de signification d'une telle approche aussi segmentée. On se contentera ici de mettre en avant les effectifs des services de l'État qui se consacrent à la santé environnement. Ce sont les deux ministères chargés de la santé et de l'environnement qui fournissent les moyens humains principaux avec :

- 50% des 1960 ETP du programme 217 concernés par la prévention des risques technologiques et des pollutions, soit 930 ETP (cf. ci-dessus l'explication dans Autres CP de la Mission « Écologie, aménagement et développement durables ») ; ces agents du ministère chargé de l'environnement sont basés en administration centrale et en DREAL ; ceux attachés aux DREAL sont des inspecteurs des ICPE ainsi que les personnels des fonctions supports ;
- 100 ETP du ministère chargé de l'agriculture, essentiellement des inspecteurs des ICPE pour les installations agricoles et agro-alimentaires, en directions départementales de la protection des populations, DDPP (on a considéré que 50% de l'activité de 200 ETP relevait de la santé environnement) ;
- 1100 ETP dans les Agences régionales de santé ;
- 45 ETP en administration centrale du ministère chargé de la santé.

On peut ainsi estimer que 2175 ETP sont, au sein de l'État, consacrés à la santé environnement. Ces chiffres ne prennent pas en compte les opérateurs de l'État qui

œuvrent sur le même sujet : ANSES, INERIS, InVS, ADEME, ni le domaine de la recherche. Pour mémoire, rappelons qu'au sein du ministère chargé de l'environnement, le PNSE2 avait été l'occasion de la création à la DGPR du bureau de la prospective, de l'évaluation et des données qui représente 6 ETP ; c'est ce bureau qui assure le suivi du plan.

## **5.5. Conclusion sur les moyens financiers et humains liés au PNSE2**

Ce chapitre a souligné et démontré que l'exercice d'évaluation des moyens financiers et humains liés au PNSE2 renvoyait en fait à celui des moyens consacrés à la santé environnementale, beaucoup plus large que ce qui est présenté pour le seul compte du PNSE2. En raison de la mouvance du périmètre de la santé environnement, tous ces éléments sont à considérer avec prudence et à employer avec précaution. L'objectif à l'avenir serait de prendre en compte la totalité des CP consacrés à la santé environnementale.

Au-delà de ce bilan, purement quantitatif, la mission aurait souhaité porter une appréciation sur l'adéquation des moyens déployés, tant humains que financiers, à la réalisation des objectifs fixés. Porter une appréciation de cette nature n'a pas été possible, chaque situation rencontrée étant spécifique et aurait, dans la perspective d'une telle appréciation, nécessité une analyse particulière. Tout au plus peut-on souligner que de manière générale, les interlocuteurs de la mission n'ont pas mis en avant de carences manifestes, ni en termes de moyens humains, ni en termes de moyens financiers.

Pour ce qui est des moyens financiers, on peut cependant noter le souhait souvent exprimé de pouvoir disposer de plus de moyens pour développer des projets de recherche ainsi que la crainte que, dans le contexte budgétaire difficile actuel, il ne soit pas donné suite au niveau souhaité à certains projets d'ores et déjà engagés.

S'agissant des moyens humains, la mission a seulement noté que la DGPR avait pris le parti de se doter d'une équipe pour suivre spécifiquement les problématiques de santé environnement, ce qui n'était pas le cas de la DGS et pouvait expliquer un certain déséquilibre dans l'implication des deux directions dans le suivi du plan. Mais il s'agit là plus d'un problème d'organisation que d'une carence en termes de moyens ou de compétences.

Dans la perspective d'un troisième plan, il serait certainement souhaitable d'accorder une grande attention aux moyens humains et financiers et que, lors de la définition d'une action, on s'assure que sa mise en œuvre est bien réaliste au regard des moyens disponibles.



## 6. Contexte international et enseignements tirés de l'approche retenue dans d'autres pays

*La protection de la santé humaine dépend, entre autres facteurs, de la qualité du milieu dans lequel vivent les populations. L'OMS, dans une étude parue en 2006 « Prévenir la maladie grâce à un environnement plus sain », estime que les facteurs environnementaux jouent aujourd'hui un rôle dans plus de 80% des maladies régulièrement recensées par l'organisation et que 24% de la charge mondiale de morbidité et 23% de tous les décès pouvaient être attribués à des facteurs environnementaux, ces chiffres s'élevant à plus d'un tiers de la charge de morbidité pour les enfants (0-14 ans).*

*Depuis une quarantaine d'années, la communauté internationale n'a pas manqué de prendre en compte les problématiques de santé environnement. Ce chapitre rappelle différentes initiatives prises à cet égard au niveau mondial et européen et de comparer l'approche retenue en France en matière de santé environnement avec celle prévalant dans d'autres pays. Pour ne pas alourdir le corps de ce rapport, des éléments plus détaillés sur ces points ont été placés en annexe (Annexe 6 Contexte mondial et européen, Annexe 7 Présentation synthétique de la manière dont la santé environnement est approchée dans une dizaine de pays).*

### 6.1. Le contexte international : initiatives de l'OMS et actions au niveau communautaire

#### 6.1.1. Les initiatives de l'OMS/OMS-Europe

Les cinq conférences ministérielles européennes sur l'environnement et la santé qui ont eu lieu à Francfort en 1989, à Helsinki en 1994, à Londres en 1999, à Budapest en 2004 et à Parme en 2010 ont créé une dynamique et ont débouché sur de nombreux engagements pris aux termes de règles impératives (protocoles comme le « *Protocole sur l'eau et la santé à la Convention sur la protection et l'utilisation des cours d'eau trans-frontières et des lacs internationaux* ») ou de dispositions non contraignantes (déclarations).

À l'occasion de la conférence de Francfort a été approuvée la « *Charte européenne de l'environnement et de la santé* », charte qui stipule que « *chaque personne est en droit de bénéficier d'un environnement permettant la réalisation du niveau le plus élevé possible de santé et de bien-être, d'être informée et consultée sur les actions susceptibles d'affecter l'environnement et la santé, et de participer au processus de prise de décision* ». La santé environnement est alors définie par le bureau de l'OMS-Europe de la façon suivante : « *elle concerne les aspects de la santé humaine et du bien-être déterminés par des facteurs environnementaux (effets directs des agents chimiques, radiatifs et biologiques ; effets souvent indirects de l'environnement physique, social, psychosocial et esthétique), ainsi que les politiques de connaissance et de maîtrise des facteurs ayant des effets potentiels* ».

Lors de la conférence d'Helsinki, les États de la région ont été invités à produire des plans santé environnement nationaux (communément désignés par l'acronyme NEHAP, pour National Environment and Health Action Plan). A également été approuvé un

« *Plan d'action en faveur de l'environnement et de la santé dans la région européenne* » (EHAPE, pour Environment and Health Action Plan for Europe) qui contenait notamment des lignes directrices, qui restent pour nombre d'entre elles d'actualité, pour aider les pays à élaborer leurs propres plans d'action et à fixer leurs priorités.

À noter également que la conférence de Londres a vu l'adoption de la « *Charte sur le transport, l'environnement et la santé* », charte devenue plus tard le « *Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement (PPE-TSE)* », et que c'est à l'occasion de la conférence de Budapest qu'a été approuvé un « **Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe** » (CEHAPE, pour Children's Environment and Health Action Plan for Europe) que les États membres ont été invités à décliner localement.

La dernière conférence ministérielle a eu lieu à Parme en 2010. La déclaration conclusive de cette conférence vise à relever six défis spécifiques à notre époque : impacts sanitaires et environnementaux du changement climatique ; risques sanitaires posés aux enfants et aux groupes vulnérables par des conditions environnementales, de travail et de vie précaires ; inégalités socioéconomiques et sexospécifiques en termes de santé et d'environnement humains ; atténuation de la charge des maladies non transmissibles ; risques associés aux produits chimiques nocifs persistants, perturbateurs endocriniens et bioaccumulatifs et nanoparticules ; ressources insuffisantes dans certaines parties de la région européenne de l'OMS.

### **6.1.2. Initiatives propres à la Communauté puis à l'Union européenne**

Depuis également une quarantaine d'années, l'Union européenne (UE) s'est préoccupée des problématiques environnementales, domaine où elle dispose de compétences partagées avec les États membres. Le traité de Lisbonne a, en 2007, confirmé que le domaine de l'environnement relevait de la compétence partagée et a précisé que la protection et l'amélioration de la santé humaine relevait de la compétence d'appui de l'UE.

Depuis 1973, des programmes d'action pour l'environnement (PAE) ont été mis en œuvre en Europe. Ces programmes définissent des orientations dans le domaine de l'environnement et contiennent des propositions spécifiques que la Commission a l'intention de mettre en œuvre à court terme. Tous ces programmes contenaient des éléments de nature à contrôler les pollutions et donc à avoir des effets bénéfiques sur la santé des Européens. Un important corpus réglementaire a été développé dans le cadre de leur mise en œuvre.

Ainsi, le 5<sup>ème</sup> PAE adopté en 1992 a longtemps été l'instrument essentiel utilisé par l'UE pour mettre en œuvre le programme Action 21 dans son domaine de compétence. Le 6<sup>ème</sup> PAE couvrait la période 2002-2012 et portait essentiellement sur quatre domaines d'action, dont le 3<sup>ème</sup> recouvrait des préoccupations de santé environnementale : « *Mener une révision radicale du système de gestion des risques de l'UE pour les substances chimiques, définir une stratégie pour réduire les risques liés aux pesticides, garantir la protection de la qualité de l'eau dans l'Union, mettre en œuvre la directive sur le bruit et adopter une stratégie thématique pour protéger la qualité de l'air* ».

Par ailleurs, des initiatives ont été prises au sein de l'UE pour développer une complémentarité entre l'action de l'UE et celle développée en matière de santé

environnement par l’OMS-Europe. Ainsi, en 2003, la Commission a présenté la stratégie SCALE (pour « *Science, Children, Awareness, Legal instrument and Evaluation* ») qui visait à bien faire prendre conscience des liens existant entre l’environnement et la santé. Cette stratégie est basée sur une approche à long terme, fondée sur la science et axée sur les enfants et devait être déclinée dans des plans d’action. Un premier « *Plan d’action européen 2004-2010 en faveur de l’environnement et de la santé* » qui se voulait la contribution de la Commission à la conférence de Budapest a été défini et mis en œuvre. Il visait à fournir à l’UE des informations fiables sur l’impact des atteintes à l’environnement sur la santé humaine et à renforcer la coopération entre les différents acteurs intervenant dans les domaines de l’environnement, de la santé et de la recherche. La Commission a procédé en 2007 à une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre de ce plan d’action. Le deuxième plan envisagé, mais qui n’a pas été réalisé, devait porter sur de nouveaux sujets : nuisances sonores, pesticides, déterminants sociaux-économiques de l’environnement et de la santé, autres groupes à risques comme les personnes âgées, les plus démunis, les femmes en âge de procréer...

Les initiatives prises tant par l’OMS-Europe que par la Commission européenne ont contribué à l’émergence de réseaux, au développement d’outils, de bases de données, d’indicateurs, à la capitalisation de connaissance en matière de santé environnement.

**Il conviendra à l’occasion de la conception d’un nouveau plan français d’avoir bien en tête les différentes échéances des calendriers européens abordant les problématiques de santé environnementale et les engagements pris par la France ainsi que les outils développés au plan communautaire dont il convient de tirer le meilleur parti.**

## **6.2. Quelques enseignements tirés de la philosophie sous-tendant les NEHAP et des approches en matière de santé environnementale retenues dans quelques pays**

*Dans les délais qui lui étaient impartis la mission n’a pas pu entreprendre un parangonnage systématique de la manière dont les problématiques de santé environnement sont abordées dans des pays ayant en la matière des préoccupations voisines de celles prévalant en France. L’analyse a été conduite pour une dizaine de pays (Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, États-Unis, Italie, Norvège, Portugal, Royaume-Uni, Suisse) dont certains n’ont d’ailleurs pas de NEHAP. Elle a été complétée par les conclusions de parangonnages et d’évaluations de NEHAP de pays européens réalisés à l’occasion des conférences ministérielles européennes de 2004 et de 2010, et des réponses apportées à un questionnaire que le HCSP avait adressé fin 2012 à des correspondants du réseau santé environnement de l’OMS-Europe dans le cadre de sa propre évaluation du PNSE2.*

*La mission s’est efforcée de comparer différents éléments caractéristiques des NEHAP : nature de ces plans, objectifs formulés, domaines d’action prioritaires, gouvernance mise en place pour les élaborer, en assurer la mise en œuvre et réaliser leur évaluation, existence de déclinaisons régionales ou locales. Elle a également cherché à identifier quelques pratiques figurant dans ces plans qu’il est apparu intéressant de mettre en avant dans la perspective de la préparation d’un 3<sup>ème</sup> plan français.*

*Le premier constat qui peut être fait de ce travail est que les situations rencontrées sont très variables d'un pays à l'autre tant en termes d'objectifs, de périmètres que de gouvernance des plans. Tous les pays n'ont d'ailleurs pas développé de plan santé environnement.*

### **Existence ou non d'un plan national santé environnement (NEHAP)**

Bien que l'OMS ait recommandé l'adoption de NEHAP, certains pays traitent des problématiques de santé environnementale sans développer de plans dans l'esprit du modèle préconisé en 1994 (EHAPE). En 2004, 44 des 52 pays relevant de la zone Europe de l'OMS avaient réalisé des NEHAP. À titre d'exemple de la diversité des situations rencontrées on peut relever que l'Espagne n'a pas encore développé de plan, mais que l'Andalousie en a un, et que l'Italie a fait le choix de développer un plan national pour la prévention qui traite également des maladies infectieuses. Le Royaume-Uni a conçu un NEHAP dès la fin des années 90 mais ne l'a pas mis en œuvre en raison d'une absence de procédure claire et d'indicateurs, et également parce que ce plan a été dépassé par d'autres initiatives prises peu après sa publication. L'Autriche a conçu un NEHAP mais a décidé après quelques années d'intégrer les problématiques correspondantes dans sa stratégie nationale pour le développement durable. En Amérique du nord, ni les États-Unis ni le Canada n'ont jugé nécessaire d'adopter de tels plans. On peut aussi noter que depuis la conférence de Budapest en 2004, la majorité des pays européens ont développé des CEHAP où l'accent est mis sur la santé des enfants, ou ont intégré les mesures préconisées pour ces plans dans leur NEHAP comme cela a été fait en France (en 2010, 30 pays relevant de la zone Europe de l'OMS s'étaient doté de CEHAP dont le Royaume-Uni et l'Autriche).

### **Rappel de ce qu'on attend des NEHAP**

Le modèle EHAPE proposé aux États pour les aider à réaliser leurs plans nationaux comportait certaines préconisations qu'il paraît utile de rappeler ici dans la mesure où les évaluations faites des plans existants reviennent souvent sur ces points. Il était ainsi recommandé :

- de réaliser les NEHAP selon une approche progressive en fixant des objectifs à long terme et des priorités ;
- de définir des buts au niveau national selon une démarche fondée sur l'estimation des bénéfices sanitaires réalisables par rapport aux coûts des interventions écologiques possibles et aux ressources disponibles pour les mener à bien ;
- de bien préciser les acteurs amenés à intervenir pour appliquer le plan dans un contexte de partage équitable des responsabilités et de subsidiarité, et ceci recouvrait notamment la mise en œuvre des actions retenues au niveau national, régional ou local le plus approprié ;
- de prévoir l'affectation de ressources suffisantes eu égard aux tâches à accomplir ;
- de chercher à partager les expériences et compétences techniques entre États et à tirer parti au mieux des initiatives de la communauté internationale (OMS, UE...) notamment en matière de développement de systèmes d'information sur l'hygiène de l'environnement, d'éducation et formation professionnelles, de recherche et d'évaluation des risques.

Un parangonnage des NEHAP existant en 2004 rappelait également que s'engager dans un NEHAP devrait conduire à :

- fournir une évaluation faisant autorité de la position sur les questions de santé environnementale les plus importantes dans le pays ;
- identifier les obstacles à l'amélioration de la situation et les options pour l'action (y compris en matière de recherche) pour aborder les problèmes identifiés ;
- fixer des objectifs et des calendriers pour améliorer la situation actuelle ;
- identifier le niveau le plus approprié pour chaque action et les acteurs et parties prenantes clés ;
- déterminer les ressources nécessaires pour chaque option et préciser comment elles pourront être mobilisées ;
- considérer les besoins en acquisition de nouvelles compétences et en formation ;
- prévoir une stratégie de mise en œuvre ;
- prévoir une stratégie de communication pour informer et impliquer le public et les parties prenantes ;
- prévoir des propositions pour le suivi, l'évaluation et la fourniture de rapports d'avancement et d'atteinte des objectifs fixés.

Enfin, l'un des buts affichés du processus à engager, et non le moindre, était de renforcer la coopération entre les secteurs de la santé et de l'environnement tant lors des phases de développement que de mise en œuvre des plans.

### **Enseignements tirés des parangonnages et des évaluations des plans nationaux réalisés en 2004 et 2010 et bonnes pratiques identifiées dans ces plans**

Des parangonnages et des évaluations de NEHAP ont été réalisés en 2004 à l'occasion de la conférence de Budapest ; ils portaient sur des échantillons comprenant jusqu'à 24 plans. Un nouveau parangonnage de plans a été réalisé en 2010 à l'occasion de la conférence de Parme ; celui-ci portait plus spécialement sur les CEHAP. La mission a retenu les éléments suivants de ces travaux et de ses propres analyses des plans qu'elle a consultés.

S'agissant de la **nature de ces plans**, certains s'apparentent plus à des stratégies, ils ne sont pas figés et n'ont pas de durée déterminée, mais doivent se comprendre comme des bases pour des discussions entre les parties concernées, y compris les collectivités territoriales, pour progresser en matière de santé environnementale dans les divers domaines identifiés comme présentant des marges de progrès (Allemagne). D'autres sont des plans ou programmes d'action plus traditionnels pour lesquels, pendant une période donnée (souvent 5 ans), on cherche à mettre en œuvre un certain nombre d'actions, plus ou moins nombreuses selon leur degré de détails. On trouve aussi des plans glissants, fixés pour une période donnée durant laquelle on travaille à la réalisation des actions définies mais aussi à la préparation d'objectifs opérationnels pour le prochain plan (Belgique).

Les **objectifs** affichés varient de manière conséquente. Dans la plupart des plans ne figure qu'un objectif général : améliorer la santé humaine ou réduire les influences de l'environnement sur la santé humaine. Toutefois plusieurs plans affichent des objectifs

généraux multiples (améliorer l'efficacité de la politique de prévention, le contrôle et la réduction des risques pour la santé imputables à des facteurs environnementaux, promouvoir un approfondissement et une meilleure capitalisation des connaissances et l'innovation en la matière, développer un système d'information sur la santé environnement, sensibiliser et éduquer le public...) ou des objectifs pour chaque politique définie pour un milieu donné (eau, air...). Il est par ailleurs utilement précisé dans le plan belge que les facteurs de santé environnementale ne constituent bien sûr qu'une partie des facteurs influençant l'état de santé de chaque individu et que celle-ci est aussi déterminée par l'hérédité génétique, les circonstances économiques et le statut social, le cadre de vie global (en particulier, le style de vie mené), etc. Le NEHAP belge n'est donc pas conçu comme un plan englobant l'ensemble des mesures pouvant contribuer à la protection et à la promotion de la santé et du bien-être général de la population. Il a plutôt pour vocation d'être un cadre de référence rassemblant les actions tendant à prévenir, réduire, voire à éliminer des risques liés à la santé environnementale, en prenant en compte notamment l'état actuel de certains travaux scientifiques et en recourant, si cela s'avère nécessaire, au principe de précaution. Il est parfois aussi précisé que dans la formulation des objectifs, il faut tenir compte du fait que les connaissances, les attitudes et en particulier le comportement des particuliers ne peuvent généralement pas être modifiés à court terme. Les objectifs d'un plan doivent donc être formulés et quantifiés de manière réaliste et de façon à ce leur degré de réalisation puisse être évalué à la fin du programme. Le principe d'une évaluation de leur degré de réalisation et de leur impact est souvent prévue dans les plans eux-mêmes, en général après 5 ans et parfois à mi-parcours lorsqu'ils ont une durée déterminée.

Les plans étudiés comprennent généralement les grandes problématiques abordées dans le plan français mais on y trouve parfois d'autres **thèmes** tels : la sécurité des aliments, les OGM, les accidents industriels ou nucléaires, les accidents de la vie courante ou les accidents de la route, les risques pour la santé associés au changement climatique, l'épuisement de la couche d'ozone... Certains plans (Suisse) mettent tout spécialement l'accent sur ce qui relève du bien-être et qui figure effectivement dans la définition de la santé donnée par l'OMS.

S'agissant de la **gouvernance**, la préparation des plans objets de l'évaluation a été confiées, selon les pays, au ministère de la santé ou au ministère de l'environnement, parfois aux deux conjointement (avec des coprésidences ou des présidences tournantes). Ils ont généralement des comités de pilotage associant ces deux ministères et d'autres ministères (transports, agriculture, tourisme, aménagement du territoire, équipement, habitat, énergie, finances, sports), des collectivités territoriales et des instituts scientifiques et de recherche, des ONG. Un rôle particulier est parfois attribué aux ministères de la santé (leader) et de l'environnement (préparation des actions). On souligne parfois le fait que ce sont les services du ministère en charge de l'environnement qui disposent de l'essentiel des moyens pour agir sur les causes environnementales qui affectent la santé. La multiplicité des acteurs est parfois à l'origine de problèmes de nature structurelle, culturelle (difficulté à adopter un langage commun notamment) ou économique qu'il faut s'efforcer de dépasser. Le succès d'un plan repose souvent sur le développement d'une nouvelle culture, partagée par tous, d'une conscience d'un intérêt commun à progresser en matière de santé environnement. En tout état de cause, un partage clair des responsabilités entre les différents acteurs apparaît, dans tous les cas, essentiel à une mise en œuvre couronnée de succès d'un

plan. Développer le travail en réseau permet de partager des expériences et contribue au développement d'une culture commune.

La **mise en œuvre d'une politique de santé environnementale aux différentes échelles territoriales** (Union européenne, pays, régions, villes) réclame une attention particulière. Le principe de subsidiarité trouve là à s'appliquer. Les parangonnages réalisés mettent l'accent sur le fait que mener des actions au niveau local est généralement identifié comme une exigence pour la réalisation de progrès globaux en matière de santé environnement. Ils soulignent ainsi que la réussite de la mise en œuvre d'un NEHAP apparaît très dépendante de l'implication des autorités proches du terrain, qu'il est vivement recommandé d'impliquer dans le développement et la mise en œuvre des plans nationaux. Certains pays ont constaté que les échanges les plus riches lors des consultations engagées à l'occasion du développement de plans nationaux étaient ceux entretenus avec les échelons régionaux et locaux. Lorsque coexistent des plans nationaux, régionaux et locaux, certains pays ont ressenti la nécessité de clairement préciser les responsabilités de tous les acteurs pour ce qui est de la mise en œuvre des actions de ces plans. Il est également recommandé de stimuler la mise en œuvre des actions au niveau régional ou local en y apportant un support. Le concept de « **stewardship** » parfois traduit en français par « intendance » trouve là à s'appliquer. Il s'agit d'une stratégie de gestion « horizontale » de la santé promue par l'OMS depuis quelques années et que de nombreux pays européens sont en train d'adopter. Dans le cas des NEHAP, il trouverait à s'appliquer pour ce qui relève de la mise en place de la réglementation, du pilotage général, de la coordination mais également de la fourniture d'information, d'expertise et parfois de financement (Italie).

Il est souvent regretté une **implication insuffisante de l'industrie** dans la phase d'élaboration comme dans la mise en œuvre des plans. Le principe de responsabilité est à cet égard parfois évoqué, qui veut que chaque secteur ait la responsabilité de faire progresser ses techniques afin de pouvoir trouver des remèdes aux dégâts déjà causés par ses activités. Il est ainsi parfois demandé que les grands secteurs économiques (industrie, énergie, transports, agriculture et forêts, tourisme) développent des plans sectoriels santé environnement (Pologne).

S'agissant des **modes d'action et des outils** utilisés, il apparaît nécessaire lors de la préparation d'un plan de disposer :

- a) de données sur la situation environnementale et sanitaire (et donc d'un système de recueil de données) pour pouvoir évaluer les risques, fixer des priorités lors de la planification des actions et être en mesure de mesurer les progrès accomplis et l'évolution de la situation en matière de santé environnement ;
- b) de données épidémiologiques sur l'incidence des problèmes de santé pouvant être associés à la situation environnementale de façon à pouvoir réaliser des études de risques ; et
- c) d'instruments économiques et d'analyse permettant de préparer des justifications budgétaires, des analyses coûts-bénéfices et d'assurer la mesure de l'efficacité, de l'efficience des mesures prises.

On constate dans les parangonnages consultés que certains pays accordent une grande importance aux aspects économiques et aux outils correspondants (notamment le Royaume-Uni). **Parmi les outils dont l'utilisation est souvent recommandée par**

**l'OMS et l'Agence européenne de l'environnement (AEE), on trouve le schéma conceptuel d'organisation de l'information DPSEEA (pour Driving forces, Pressures, State of Environment, Exposure, Effects, Actions soit en français Déterminants socio-économiques des pollutions et nuisances, Pressions sur l'environnement, État de l'environnement, Exposition de la population, Impacts sanitaires, Actions publiques menées).** Ce schéma suit la même logique que ceux utilisés par l'AEE (DPSIR pour Driving forces, Pressures, State of Environment, Impacts, Responses) et l'OCDE (PER pour Pressions, État, Réponses) pour collecter, organiser, diffuser et exploiter des données sur l'état de l'environnement et décrire les interactions entre la société et l'environnement. L'utiliser peut contribuer à améliorer la lisibilité des grands phénomènes et des grandes catégories d'actions publiques associées et aider à la fixation de priorité dans les actions et au choix d'indicateurs pertinents.

Pour certains pays, il apparaît souvent important d'être en mesure de **chiffrer les impacts des facteurs environnementaux sur la santé, ainsi que les mesures correctrices envisagées.** Ainsi, depuis 10 ans, tous les départements ministériels britanniques procèdent à une mesure des coûts et avantages de toutes les politiques (analyses coûts-bénéfices incluant pour les études d'impact environnemental des évaluations de biens non monétaires). Des guides ont été réalisés afin que toutes les administrations travaillent de manière homogène. On a par ailleurs défini, pour ce qui touche la santé publique, des standards pour l'adoption de toute nouvelle technologie ou procédure, standards basés sur la notion de QALY gagnés (Quality Adjusted Life Year ou année de vie ajustée par sa qualité). Pour les sujets relevant de la santé environnementale, le ministère de la santé utilise également le concept de volonté de payer (willingness to pay : eg. réponse à la question « Combien seriez-vous prêt à payer par mois de votre vie pour réduire le risque de mortalité associé à la pollution de l'air ? »). Le ministère de l'environnement applique autant que possible les mêmes méthodes et dispose de critères pour prendre en compte les situations dans lesquelles les évaluations monétaires ne seraient pas adaptées. Un travail commun sur la base d'**analyses coût-bénéfices et coût efficacité** conduit au choix de mesures ayant le plus grand effet au moindre coût. Le Collège des économistes de la santé avait d'ailleurs en 2003 recommandé d'avoir plus systématiquement recours en France à des analyses coût-efficacité ou coût-utilité de ce type, ce qui reste d'actualité.

Les difficultés rencontrées pour mettre en œuvre les plans sont souvent imputables à un manque de **ressources budgétaires.** La mise en œuvre de plans souffre aussi très souvent de la difficulté à produire des justifications budgétaires, basées le cas échéant sur des analyses coûts-bénéfices, à identifier des sources de financement, à disposer de financement au niveau adéquat et dans la durée de manière cohérente avec les actions concernées. La mise en place d'un fonds d'innovation ciblé sur des projets novateurs ponctuels qui concilient les objectifs de santé et d'environnement et mettent en œuvre de manière exemplaire les messages du plan a donné de bons résultats en Suisse.

En matière de **consultation** les mécanismes développés en France à l'occasion du Grenelle de l'environnement apparaissent souvent en avance par rapport à ce qui se pratique dans d'autres pays.

S'agissant de la **consultation du public lors de leur préparation et de leur médiatisation**, les NEHAP apparaissent, de manière générale, mal connus du public et ceci malgré l'existence de sites dédiés. Des actions concernant l'**éducation du public**



figurent cependant souvent dans les plans afin de faire progresser la perception du risque par le public et gagneraient assurément à être mieux diffusées, car il est généralement reconnu que ce type d'action porte ses fruits. Certains pays organisent des séances de sensibilisation des médias aux problématiques développées dans leur plan et sur l'intérêt qu'il y a à disposer d'un tel plan, et s'attachent à cette fin les services de professionnels.

Les **obstacles souvent mis en avant à la mise en œuvre des plans** sont : des priorités mal définies, une absence de volonté politique ferme pour les soutenir, l'absence de dotations budgétaires bien définies permettant de garantir que des mesures envisagées seront prises. Une exploitation insuffisante des outils existants tels que la base de données et les indicateurs de la base de données ENHIS (Environment and Health Information System) est également souvent soulignée.

Au niveau des points positifs associés à ces plans, l'amélioration de la coopération interministérielle à l'occasion de leur préparation et de leur mise en œuvre apparaît unanimement comme un des acquis majeurs de ces exercices de planification. Les NEHAP font souvent figure de catalyseurs qui ont permis de combiner et de coordonner des initiatives qui n'auraient sans doute pas prospéré individuellement aussi vite mais qui auraient sans doute fini par se développer. Malgré les défauts attachés à ces plans qui ont été relevés, il apparaît généralement pertinent de continuer à en réaliser en cherchant à les améliorer et à les rendre plus efficace, l'efficacité semblant, pour une bonne part, liée à la disponibilité de moyens financiers.

En 2009, l'OMS-Europe a réalisé une vaste enquête sur les politiques en matière de santé environnement ainsi que sur la mise en œuvre des CEHAP dans les pays de la région dont les conclusions ont été publiées dans le rapport : « *Health and Environment in Europe. Progress Assessment* ». Ce bilan souligne que pour certains problèmes comme la pollution de l'air beaucoup de pays ont épuisé les mesures simples de lutte contre les émissions dangereuses. Ils doivent se tourner désormais vers des approches plus complexes et systémiques, dans le but de diminuer davantage le niveau d'exposition des populations. Ce bilan indique aussi que les interventions locales ne suffisent plus et qu'une action régionale et internationale devient parfois nécessaire pour obtenir de nouveaux progrès. C'est également une observation dont il conviendrait de tenir compte à l'occasion de la préparation d'un nouveau plan.

Au terme de cette analyse, la mission considère que les bénéfices qui pourraient être tirés d'un certain nombre de pratiques relevées dans les plans étrangers mériteraient d'être analysées plus avant dans la perspective d'un nouveau plan français. S'agit notamment de ce qui touche à : **la définition de priorités, à l'implication du niveau régional/local dans la définition et la déclinaison d'un plan santé environnement, à la mise en œuvre plus systématique d'analyses socio-économiques, d'analyses coûts-bénéfices et coûts- efficacité, à la disponibilité d'indicateurs pertinents pour assurer le suivi de la mise en œuvre du plan, à l'importance à accorder à la communication pour informer et impliquer le public et les parties prenantes, à l'affectation de ressources suffisantes eu égard aux tâches à accomplir, à la recherche du meilleur parti que l'on peut tirer d'outils développés par la communauté internationale (OMS, UE, autres pays).**



## 7. Recommandations pour un PNSE3

*Observations préliminaires : les recommandations ci-dessous n'ont pas vocation à s'intéresser à la pertinence des actions. L'évaluation de celle-ci est conduite en parallèle par le HCSP. Lorsque le contenu des actions est mentionné, c'est à titre d'exemple et d'illustration dans le cadre de recommandations portant sur la forme et la gouvernance.*

### **Sur l'intérêt d'un troisième Plan national santé environnement (PNSE3)**

Le code de la santé publique prévoit l'élaboration tous les cinq ans d'un plan national santé environnement, reprenant d'ailleurs des engagements internationaux de la France. Toutefois, et en particulier au regard de pays ayant cessé de mener de tels plans en considérant que les objectifs d'une politique en santé environnement pouvaient être atteints par d'autres voies (cas du Royaume-Uni, de l'Autriche et de la Suisse), la question d'un troisième Plan national santé environnement (PNSE3) se pose légitimement au terme du PNSE2.

Le deuxième plan national santé environnement (PNSE2) est à la fois un document et une démarche qui ont pour objectifs de rassembler et dynamiser la politique de maîtrise des facteurs de risque environnementaux pour la santé. Son évaluation a permis de mettre en évidence des défauts, dus principalement à sa complexité, mais également trois atouts : ses apports propres, une gouvernance innovante, une dynamique territoriale porteuse d'avenir.

Le PNSE2 réunit des actions qui existeraient indépendamment de lui, et qui résultent de législations nationales ou sont issues du droit communautaire ou d'engagements internationaux, et d'autres qui lui sont propres. Sans lui, la prévention des facteurs de risques environnementaux n'aurait pas atteint son niveau actuel de maturité dans des domaines tels que la qualité de l'air intérieur, l'exposition aux perturbateurs endocriniens, l'exposition des jeunes enfants à certains polluants dans les écoles, la prise en compte de l'hypersensibilité aux facteurs environnementaux, les nanomatériaux, la biosurveillance. Par ailleurs, pour certaines politiques qui préexistaient au PNSE2, des financements qui ont résulté du plan ont permis de les dynamiser fortement : c'est le cas du traitement des points noirs du bruit et des sols pollués.

Le PNSE2 s'est vu doté d'une gouvernance spécifique, dans le prolongement du Grenelle de l'environnement, avec une participation active et équilibrée des différentes parties prenantes et notamment de la société civile. Cette gouvernance s'est concrétisée au travers d'une instance, le Groupe Santé Environnement (GSE), chargé de suivre le déroulement du plan, d'émettre des recommandations, et de débattre sur les risques émergents. C'est ainsi que cette sorte de « mini-parlement » de la santé environnementale a abordé des questions telles que celles des nanomatériaux, des champs électromagnétiques, de l'hypersensibilité... Le GSE est également un lieu de rencontre et d'échanges pour des administrations qui n'ont pas forcément l'occasion de débattre librement dans des cénacles de cette nature : cela a été le cas pour la thématique « transport, santé et environnement ».

La déclinaison territoriale du plan national s'opère au travers des plans régionaux santé environnement (PRSE) et de leur gouvernance, les Groupes régionaux de santé

environnement (GRSE), réplique régionale du GSE. Les PRSE sont l'objet d'une mobilisation souvent forte des services de l'État avec une intervention remarquée du binôme DREAL et ARS. Ils associent et impliquent naturellement les collectivités territoriales, en particulier pour les domaines de l'urbanisme et des transports, ce qui conduit à des réalisations adaptées aux besoins locaux, souvent exemplaires et quelquefois originales. Ces PRSE désormais lancés réclament une approche fédératrice dans un plan stratégique de niveau national.

Mais ce qui légitime sans doute au premier chef un plan exprimant une politique de réduction des facteurs de risques environnementaux pour la santé, c'est un motif de santé publique : l'accroissement régulier des maladies non transmissibles (MNT) non explicable par le seul allongement de la durée de vie. Parmi les facteurs de risque associés à ces maladies, aux côtés du tabagisme, de l'alcoolisme, de la malnutrition, de la sédentarité intervient la composante « facteurs de risques environnementaux ». Cette composante, qui est complexe et dont le niveau de responsabilité reste mal établi, justifie à elle seule une réelle politique publique.

Il résulte ce qui vient d'être dit, que face à un ensemble de risques sanitaires, les MNT, à composante environnementale indéterminée mais certaine, il convient de mettre en œuvre résolument une politique publique de réduction des facteurs de risques environnementaux. Le PNSE2 a démontré, avec sa gouvernance innovante et dynamique et une territorialisation qui gagnerait à être mieux fédérée, qu'il pouvait être l'instrument d'une telle politique publique.

Pour toutes ces raisons, il paraît utile de recommander un troisième plan. Celui-ci pourrait être recentré et simplifié (cf. recommandations n°2 et 3) et s'appuyer sur la richesse des actions locales à partager et généraliser. Sa gouvernance devra jouer le rôle de vecteur de dynamiques interministérielles, d'incubateur de thématiques émergentes, d'impulseurs de politiques publiques devant ensuite être relayées par d'autres. Il conviendra de bien veiller à la cohérence de ce plan avec les engagements internationaux de la France et avec les échéances du calendrier communautaire.

### ***Recommandation n° 1***

***Conformément au code de la santé publique, à l'issue du PNSE2, poursuivre la politique santé environnement au travers d'un PNSE3 stratégique, recentré et simplifié, s'ancrant fortement dans la réalité d'actions territoriales et s'appuyant sur une gouvernance dynamique.***

\* \*

### **Sur le périmètre du PNSE3**

La nécessité de soutenir la dynamique santé environnement dans un PNSE stratégique amène à envisager de mieux cerner son périmètre. Celui-ci peut s'appuyer sur les facteurs de risque résultant de la définition, large, donnée par l'OMS de la santé environnementale ou de l'article L.1311-6 du code de la santé publique. C'est ainsi que différents champs peuvent être envisagés pour le PNSE et d'abord un PNSE embrassant la totalité de ces facteurs de risque, dont les facteurs biologiques. Ce système, qui a sa

logique, conduirait à une gouvernance qui prendrait une nouvelle dimension en associant les partenaires de toutes ces problématiques et deviendrait difficilement maîtrisable. Dans la mesure où la gouvernance est aujourd'hui un critère indissociable d'un plan tel que le PNSE, et afin d'assurer une mobilisation plus stratégique, il convient de privilégier un périmètre intéressant en premier lieu les agents physiques et chimiques. Ceci inclut les différentes voies et milieux d'exposition ainsi que les diverses sources de ces agents (tels les modes de transport et l'urbanisme).

### ***Recommandation n° 2***

***Privilégier dans le PNSE3 les agents physiques et chimiques en tant que facteurs de risque, quels que soient les voies et milieux d'exposition et les sources (tels les modes de transport et l'urbanisme).***

\* \*

### **Sur la forme du PNSE3**

Un des principaux enseignements tirés de l'évaluation du PNSE2 tient à sa complexité qui en rend la promotion, l'utilisation et l'évaluation difficiles. Cette complexité résulte en grande partie de la reprise en son sein de politiques publiques existant par ailleurs et ayant pour fonction la réduction des facteurs de risques dans un domaine particulier. Cette situation paraît facile à corriger : il suffit, dans la mesure où il existe pour un domaine spécifique une politique publique correctement structurée, qu'une action du futur PNSE renvoie, sans la détailler, à cette politique. Le prochain PNSE en serait considérablement simplifié.

Néanmoins, le GSE qui a vocation à suivre le déroulement du plan devrait également assurer un suivi des politiques publiques relatives à ces actions « externalisées ». C'est le cas de la réduction de l'exposition aux phytosanitaires relevant du plan Écophyto. Ce type de passerelle entre plans pourrait également concerner la cohérence entre expositions professionnelle et environnementale, notamment l'intégration de manière plus ciblée d'un chantier du Plan Santé au Travail, cité dans la Transition Écologique : le rapprochement des normes entre monde du travail et société civile. De même, il paraît opportun que l'objectif de maîtrise des résidus de médicaments dans l'eau soit atteint avec le plan national correspondant qui doit s'assurer de la participation des acteurs de l'eau (comités de bassin, syndicats de rivière ...) et du médicament (industriels, régulateurs).

À côté d'actions renvoyant aux politiques publiques existantes, le PNSE disposerait d'actions qui lui sont propres, sectorielles ou transversales (formation, information). L'élaboration des actions sectorielles gagnerait à se fonder sur quelques principes : pertinence vis-à-vis des objectifs recherchés (la réduction des expositions aux facteurs de risques), analyse coût-bénéfices, inscription sur le moyen-long terme, réalisme au regard des moyens disponibles, légitimité de la gouvernance du PNSE à en assurer le suivi, autrement dit sa compétence à s'intéresser à ces catégories d'actions et à formuler des recommandations à leur égard. Le suivi des risques émergents conservera une place centrale dans le dispositif. Lorsqu'une action ou un ensemble d'actions deviennent suffisamment importantes ou complexes pour être mieux pilotées dans le cadre d'un

plan spécifique, elles bénéficient alors d'un tel instrument. Cela va être le cas de la qualité de l'air intérieur. Ce pourrait être également celui de la problématique santé-environnement-transport.

D'une façon générale, un plan plus stratégique, plus lisible et donc mieux compris par le public et les acteurs doit s'appuyer d'abord sur des éléments de santé publique, et, quand c'est possible, sur des approches d'évaluation économique.

Il conviendra également d'organiser la production régulière de bilans concrets sur l'avancement des actions, appuyée par des indicateurs appropriés.

Les actions du PNSE distinguent celles dont les destinataires chargés de leur mise en œuvre sont soit l'État (et ses services) et ses établissements publics, soit les collectivités locales et leurs établissements publics. Dans ce dernier cas, les actions du PNSE, dans la mesure où elles ne correspondent pas à des obligations juridiques, sont destinées à faire partie des PRSE en fonction de leur opportunité au niveau local et sont affichées à titre d'outils. Mais le plan national sera d'autant plus enrichi qu'il fera appel à des initiatives locales, via une labellisation, ou des appels à projets, en particulier à destinations des collectivités territoriales.

### ***Recommandation n° 3***

***Dans la perspective du PNSE3 :***

- privilégier un plan plus stratégique, simple et lisible avec un minimum de niveaux de lecture (axes transversaux, verticaux, parties, actions...) ;***
- fonder le choix de priorités, quand c'est possible, sur une évaluation du risque sanitaire et une évaluation économique ;***
- maintenir la place centrale des risques émergents ;***
- accompagner la mobilisation locale en assurant la promotion d'outils et bonnes pratiques (appel à projet, labellisation...) ;***
- désigner un responsable de chaque action ou référent appelé à en rendre compte au GSE ou lors d'une évaluation.***

### ***Recommandation n° 4***

***Dans le PNSE3 :***

- mentionner, sans les détailler, les actions relevant du périmètre du PNSE et qui bénéficient d'une politique publique autonome. Ceci doit conduire la gouvernance du PNSE3 à s'intéresser à leur cadrage, à leur déroulement et à leurs résultats (lien ou passerelle légitimé par la compétence de la gouvernance du PNSE à s'y intéresser et à superviser les politiques publiques de réduction des facteurs de risque environnementaux pour la santé). À titre d'exemple, le GSE doit pouvoir suivre et orienter des plans autonomes comme le plan Écophyto, tant pour les usages agricoles que non agricoles, de même que le plan national sur les résidus de médicaments dans l'eau (en veillant à l'association à sa gouvernance des***

*acteurs du médicament et de l'eau) ou le plan santé-travail (en veillant à la cohérence des expositions professionnelle et environnementale) ;*

*- créer, à côté des actions « externalisées » mentionnées ci-dessus, des actions propres au PNSE3 déterminées sur la base de quelques principes (appartenance au champ du PNSE3, pertinence, analyse socio-économique, durée, réalisme au regard des moyens disponibles...) ;*

*- renvoyer les actions complexes pouvant relever d'une gouvernance particulière (telles celles consacrées à la question santé-environnement-transport) à des plans spécifiques, mais en conservant un lien avec le PNSE3.*

\* \*

### **Sur le mode d'élaboration du PNSE3**

Le mode d'élaboration du PNSE3 doit se fonder sur l'expérience tirée des deux plans précédents et de leur déclinaison territoriale, avec demande d'avis aux instances de gouvernance nationale (GSE) ou régionales (GRSE). La recommandation ci-dessous privilégie un mode d'élaboration confié à un groupe de personnalités qualifiées sur la base d'un cahier des charges. Elle prévoit ensuite une large consultation sur le projet de plan.

#### ***Recommandation n° 5***

***Demander aux GSE et GRSE leurs propositions concernant le contenu du PNSE3, puis confier, sur la base d'un cahier des charges, à un groupe de personnalités qualifiées l'élaboration d'un projet de plan. La composante « recherche » participerait à ce groupe avec des représentants des Alliances. Le projet serait ensuite soumis à consultation des comités d'experts spécialisés intéressés (CES) de l'ANSES, du GSE et du public et le plan serait finalisé par les ministères compétents.***

\* \*

### **Sur le Groupe Santé Environnement (GSE)**

La création du Groupe Santé Environnement (GSE) a répondu au besoin de gouvernance manifesté lors du PNSE1. Son rôle pourrait utilement être étendu aux questions intéressant plus particulièrement la déclinaison territoriale, en invitant des représentants des GRSE. Sa fonction de conseil sur les questions relevant du champ du PNSE peut être développée en assurant une meilleure participation des experts, soit en tant que représentants des organismes d'expertise, soit à titre individuel. Son suivi des actions ou d'autres plans non détaillés dans le PNSE3, mais concernant la santé environnement, mériterait d'être mieux formalisé et pourrait être renforcé par l'intervention de rapporteurs dédiés.

Par ailleurs, la composante « recherche » devrait figurer dans le GSE, par exemple au sein d'un groupe spécialisé, afin de permettre au GSE d'être un interlocuteur du groupe inter-Alliances santé-environnement dans la définition de la stratégie nationale de recherche en santé environnement. Le GSE doit enfin développer sa communication et faire connaître son action.

L'ensemble suppose un secrétariat actif.

#### ***Recommandation n° 6***

***La gouvernance du GSE pourrait être renforcée selon les modalités suivantes :***

- ouvrir le GSE aux représentants des GRSE et des réseaux spécialisés en santé environnement des collectivités locales (Éco Maires, Réseau français des Villes-Santé...);***
- renforcer au sein du GSE la participation des experts soit en tant que représentants des organismes d'expertise, soit à titre individuel, et développer le rôle de conseil du GSE ;***
- permettre au GSE de mieux suivre les actions et les autres plans relevant de la santé environnement à l'aide de rapporteurs dédiés ;***
- créer au sein du GSE un groupe de travail « recherche », interlocuteur des Alliances, qui participe à la définition et assure le suivi de la recherche liée au PNSE, et veille à la mobilisation des moyens nécessaires ;***
- mettre en place une communication de l'action du GSE ;***
- doter le GSE d'un secrétariat permanent.***

\* \*

#### **Sur les Plans régionaux santé environnement (PRSE) et les Groupes régionaux santé environnement (GRSE)**

Les PRSE et leurs instances de gouvernance, les GRSE, ont montré leur dynamisme et leurs attentes : le besoin d'un PNSE3 clair distinguant les mesures laissées au choix des PRSE, le besoin d'échanges et de mutualisation, l'intérêt à accueillir de nouveaux participants (cf. également les recommandations n° 3, 5 et 6).

#### ***Recommandation n° 7***

***Au niveau des PRSE et des GRSE :***

- instaurer un réseau situé au niveau national réunissant les pilotes des PRSE (ARS et DREAL), animé par les deux ministères de la santé et de l'environnement, et largement ouvert aux membres des GRSE ;***
- élargir les GRSE aux maires et en particulier à ceux des grandes villes, et aux représentants des conseils généraux ;***



- *promouvoir les outils pouvant optimiser les actions : appels à projets interrégionaux, pilotage national de retour d'expériences, volet santé environnement des contrats locaux de santé et agenda 21... ;*
- *renforcer en clarifiant le rôle des GRSE et le statut des PRSE par la publication d'une instruction des deux ministères co-pilotes qui soulignera notamment la capacité d'initiative des GRSE et la mise en œuvre du principe de subsidiarité dans l'élaboration des PRSE ;*
- *examiner l'opportunité d'une obligation législative d'élaborer au niveau de chaque région un PRSE dont le co-pilotage serait confié à l'État et au conseil régional. Veiller à cette occasion au calage chronologique entre PNSE et PRSE.*

\* \*

### **La biodiversité et le PNSE3**

Dans la problématique santé environnement, la composante de l'environnement que constitue la biodiversité (notion qui rassemble écosystèmes, faune et flore) présente des interrelations manifestes avec la santé. Avec des impacts négatifs : une faune hôte d'agents infectieux causes d'une majorité des maladies humaines émergentes ou ré-émergentes, les agents allergisants que sont les pollens... et des effets positifs : ressources de la flore en molécules médicamenteuses et en aliments, effets positifs des animaux et des plantes en tant que facteurs de bien-être...

Si la problématique « santé et biodiversité » a bien sa place dans la santé environnement, ce n'est pas forcément via le PNSE3.

Une des caractéristiques du PNSE est de bénéficier d'une gouvernance active associée à une compétence technique et centrée principalement sur les agents physiques et chimiques (ce qui cependant n'exclut pas la lutte contre certains agents biologiques comme les pollens). Inclure le champ de la biodiversité dans le PNSE3 reviendrait à intégrer dans sa gouvernance tous les acteurs intéressés. Le champ du PNSE3, dont la mission propose qu'il reste centré sur les agents physiques et chimiques, sera déjà très riche, avec des sujets en plein développement (tel l'exposition aux perturbateurs endocriniens) ou qui ne lui sont pas encore intégrés (rayonnements ionisants artificiels). Plutôt que dilater le PNSE3 et sa gouvernance, il convient de recommander la mise en place d'une réflexion sur la mise en œuvre d'un programme « santé et biodiversité » qui serait conduite par un groupe de travail, éventuellement préfigurateur d'une future gouvernance. Ce groupe réunirait les acteurs concernés : directions d'administration centrale (DGALN, DGPR, DGS, DGAL), organismes publics (ONCFS, ONEMA, MNHN, ONF...), ONG... Le GSE serait associé à cette réflexion.

#### ***Recommandation n° 8***

***Lancer une réflexion, à laquelle serait associé le GSE, sur la mise en œuvre d'un programme « santé et biodiversité ».***

\* \*

### **Sur la communication et l'information**

Le PNSE n'est pas connu du public et, s'il existe des actions de communication exemplaires au niveau des régions, il reste à mettre en place une réelle politique de communication et d'information en santé environnementale (cf. également la recommandation n° 6).

#### ***Recommandation n° 9***

***Mettre en place une politique de communication et d'information relative au PNSE3 et à la santé environnementale à destination des décideurs et du public. Sur la base de l'expérience tirée des PRSE, l'INPES devrait être associé à cette démarche.***

\* \*

### **Sur le pilotage au niveau des ministères**

Deux ministères pilotent le PNSE : celui de la santé et celui de l'environnement. Une asymétrie est constatée dans les moyens mis en œuvre et dans l'organisation, asymétrie expliquée au sein du ministère de la santé par des moyens insuffisants et par l'intervention du secrétariat général du ministère, interlocuteur unique des agences régionales de santé. Il conviendrait en conséquence que la DGS, à l'image de la DGPR, se dote d'une structure dédiée au suivi du PNSE3 et associe le secrétariat général du ministère de la santé à la mise en œuvre de ce plan. La complexité scientifique des domaines abordés justifierait d'associer au pilotage du plan le ministère en charge de la recherche. Au-delà, un travail interministériel est indispensable pour renforcer le rôle d'entraînement et d'exemplarité de l'État ; tous les ministères concernés devraient participer activement pour ce qui les concerne au PNSE3. À cet effet, la mission recommande pour assurer une implication politique à haut niveau une réunion annuelle dans le cadre de la préparation de la Conférence Environnementale pour la Transition Écologique présidée par le Premier ministre.

#### ***Recommandation n° 10***

***Au sein du ministère chargé de la santé, renforcer le pilotage du PNSE3 par la mise en place d'une structure de suivi du PNSE3 qui associe le secrétariat général et la DGS. Associer régulièrement le ministère chargé de la recherche à ce pilotage lors des décisions stratégiques qui définissent les actions à mener.***

***Chaque année, au printemps, dans le cadre de la préparation de la Conférence Environnementale pour la Transition Écologique, réunir les ministères concernés sous la présidence du Premier ministre.***

\* \*

### **Sur la reconnaissance de la santé environnementale dans les domaines hospitalo-universitaire**

La santé environnementale doit pouvoir confronter ses données tant en matière d'expositions, de risques, de justification socio-économique au même titre et avec des outils comparables aux autres pays, voire en en définissant de nouveaux, propres à l'apparition régulière de risques émergents. Le domaine hospitalo-universitaire devrait pouvoir bénéficier d'une reconnaissance en santé environnementale comme c'est déjà le cas dans de nombreux pays qui dédient à ce champ une légitimité analogue aux autres disciplines.

#### ***Recommandation n° 11***

***Reconnaître la santé environnementale dans le domaine hospitalo-universitaire.***

\* \*

### **Sur le positionnement du PNSE3 dans les stratégies nationales ministérielles**

La Stratégie nationale pour la transition écologique (SNTE 2014-2020) doit à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014 traduire le cadre pluriannuel des conférences environnementales annuelles et succéder à la Stratégie nationale du développement durable 2010-2013. Parallèlement, la Stratégie nationale de la santé et celle de recherche et d'innovation doivent être mise en place pour la première et actualisée pour la seconde. Il conviendrait que le futur PNSE3 soit pris en compte dans ces trois stratégies.

#### ***Recommandation n° 12***

***Assurer la prise en compte du PNSE3 dans les futures stratégies nationales pour la transition écologique, de la santé et de la recherche et de l'innovation.***



## Conclusion

L'appréciation du degré de réalisation des actions du PNSE2 (2009-2013) montre que la quasi-totalité de ces actions ont été engagées. Un an avant son terme, 40% sont considérées comme réalisées ou en grande partie réalisées et 42% comme moyennement réalisées. Ceci traduit une mobilisation très positive des acteurs du plan.

Le PNSE2, à la fois continuateur du PNSE1, et aboutissement du Grenelle de l'environnement, n'a pas échappé aux pièges de la complexité. Néanmoins, il ressort de son évaluation deux atouts incontestables :

- d'une part, une gouvernance qui au travers du Groupe Santé Environnement a mené un suivi attentif de son déroulement et de la mise en œuvre de ses actions, et a constitué un lieu de débat et d'incubation pour les thématiques liées aux risques émergents ;
- d'autre part, une déclinaison territoriale au niveau des régions qui a permis de montrer tout le potentiel des collectivités locales pouvant s'exprimer dans un objectif d'amélioration de la qualité de la vie.

Le PNSE est un plan de santé publique. Face au développement des maladies non transmissibles (MNT) pour lesquelles les facteurs de risques liés à l'environnement ont une responsabilité établie, bien que le niveau de cette dernière reste bien souvent indéterminée, la nécessité d'une politique publique rassemblant l'ensemble des actions à mener paraît démontrée. Le PNSE répond à ce besoin.

Le futur plan, qui succéderait au PNSE2, serait plus simple, et réunirait l'ensemble des actions de réduction de l'exposition aux facteurs de risques environnementaux que sont les agents physiques et chimiques. Il comprendrait des actions propres et des actions « externalisées » qui relèvent de politiques publiques autonomes, plans ou législations ayant pour objectif la même maîtrise de ces facteurs de risque. Les actions « externalisées » devront pouvoir être suivies par le GSE. La légitimité de ce dernier à pouvoir s'exprimer sur ces politiques devra être reconnue et soutenue par les départements ministériels concernés par la problématique de santé environnement. On pourrait sinon craindre une « sanctuarisation » de certaines thématiques avec pour conséquence éventuelle la régression des objectifs souhaités.

La place centrale des risques émergents devrait y être maintenue, en raison d'abord du besoin d'un lieu de débat sur ces questions, ensuite de la maturation qui peut résulter de ces réflexions, la thématique émergente devenant sujet d'une politique publique relative au risque visé. Cela a été le cas dans le déroulement du PNSE2 des thématiques relatives aux radiofréquences, aux nanoparticules, aux perturbateurs endocriniens.

Enfin, un dernier point mais qui n'est pas le moindre, la conjoncture budgétaire actuelle oblige toute politique publique à des choix construits sur le réalisme des moyens. Dans ce contexte, il conviendra dans la préparation du futur plan d'accorder une attention particulière à la définition d'actions réalistes et à la fixation de priorités.

**François CHIÈZE**



Inspecteur général des affaires sociales

**Dominique DAVID**



Ingénieur général  
des Ponts, des Eaux et des Forêts

**François DURAND**



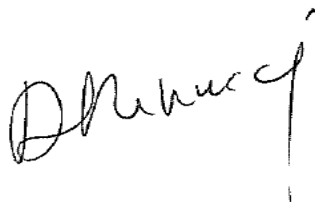
Inspecteur général  
de la Santé publique vétérinaire

**Gilles PIPIEN**



Ingénieur général  
des Ponts, des Eaux et des Forêts

**Armand RENUCCI**



Inspecteur général de l'Administration de  
l'Éducation nationale et de la Recherche