



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion 2005

**ÉVALUATION DES RISQUES SANITAIRES DANS
LES ÉTUDES D'IMPACT :**

**Pratique des services déconcentrés du ministère
chargé de la santé.**

René-Pierre BUIGUES

« La prospective est la mobilisation des êtres humains comme acteurs de leurs avènements, dans un processus de recherche de directions possibles de l'évolution du monde moderne, de choix, et de mise en œuvre collective de ces choix pour une construction de l'avenir [...]. L'avenir n'est plus ce qui doit inévitablement se produire, il n'est même plus ce qui va arriver, il est ce que l'ensemble du monde va faire. »

Gaston BERGER¹

¹ Gaston BERGER (1896-1960) : industriel, philosophe et administrateur.
RHIZOME. *Les politiques publiques de santé et l'animation de projet dans l'action publique*.
Piegras-La-Clastre 2005, p. 34.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma reconnaissance à mon maître de stage, M. le Docteur Claude RAZES, médecin inspecteur de santé publique à la DRASS de Languedoc-Roussillon, pour ses suggestions, l'aide apportée au choix du thème de ce mémoire et à la réalisation de l'enquête.

Je tiens aussi à exprimer ma reconnaissance aux personnes rencontrées ou contactées au sein des institutions impliquées dans l'évaluation des risques sanitaires :

- la Direction générale de la santé (DGS) du ministère chargé de la santé par l'intermédiaire de la sous-direction de la gestion des risques des milieux (SD7 B) ;
- le Réseau d'échanges en santé environnement (RESE) à la DRASS de Languedoc-Roussillon ;
- l'Observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact (OPERSEI) ainsi que le département « Évaluation et gestion des risques liés à l'environnement et au système de soins - Laboratoire d'étude et de recherche en environnement et santé » (EGERIES/LERES) de l'École nationale de la santé publique (ENSP).

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont aimablement fourni de nombreux renseignements en Languedoc-Roussillon ainsi que celles sollicitées ayant répondu à l'enquête nationale.

Je remercie également les animatrices des ateliers organisés à l'ENSP pour l'aide à la construction du projet de mémoire mais aussi, tout particulièrement, les lecteurs désignés pour leurs commentaires généraux de la note d'étape, leurs conseils pour la rédaction finale du mémoire ainsi que leurs orientations pour la cartographie relative aux dossiers d'ERSEI présentée en annexe :

- M. le Docteur Marc DI PALMA, médecin inspecteur de santé publique à la CIRE Centre Est – DRASS de Bourgogne ;
- Mme Cécile BRIGAUDEAU, enseignante économiste et statisticienne.

Merci à celles et ceux qui, par leurs avis, ont constitué en quelque sorte un comité de lecture et m'ont ainsi apporté leurs conseils tout au long de la rédaction du mémoire :

- M. le Docteur Hung DO CAO, médecin inspecteur de santé publique stagiaire à la DDASS des Hauts-de-Seine ;

- Mme le Docteur Christine ORTMANS, médecin inspecteur de santé publique stagiaire à la DDASS du Val d'Oise ;
- M. David PALA, élève D3S² à l'ENSP *promotion 2003 2005* ;
- M. Thierry MIRAUD, pour ses compétences en informatique et l'appui technique lors de la réalisation de la cartographie.

A mon épouse, Marie-Pierre, pour les conseils prodigués ainsi que l'aide financière apportée lors de l'envoi des questionnaires dans les départements et les régions.

² Filière des Directeurs d'établissements Sanitaires et Sociaux, Sociaux et médico-sociaux.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 PROBLÉMATIQUE ET CONSTAT LOCAL.....	5
1.1 Problématique.....	5
1.1.1 Des textes importants : les circulaires DGS du 11 avril 2001 et du 4 février 2004.....	5
1.1.2 Un intérêt majeur pour les MISP	8
1.2 Constat local, contexte et questionnement	10
1.2.1 Constat local et contexte actualisé sur les ERSEI.....	10
1.2.2 Le questionnement et l'étude nationale	14
2 ENQUÊTE SUR LA LECTURE DES DOSSIERS D'ERSEI.....	17
2.1 Matériel et méthodes.....	17
2.1.1 Les entretiens	17
2.1.2 L'élaboration et la « validité » du questionnaire	18
2.2 Résultats de l'étude	21
2.2.1 L'enquête nationale	21
2.2.2 L'apport de l'enquête nationale et des entretiens effectués	31
3 DISCUSSION ET PRECONISATIONS.....	39
3.1 Discussion.....	39
3.1.1 Les points acquis.....	39

3.1.2 Les obstacles rencontrés.....	40
3.2 Préconisations et autres champs	44
3.2.1 Des préconisations	44
3.2.2 D'autres champs concernés	52
CONCLUSION	55
SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE	57
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

SIGLES FRANÇAIS

ADEME : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie.

AFSSA : Agence française de sécurité sanitaire des aliments.

AFSSaPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

AFSSE : Agence française de sécurité sanitaire environnementale.

CAA : Cour administrative d'appel.

CAP : Centre anti-poison.

CAP-CTV : Centre anti-poison et de toxicovigilance.

CDH : Conseil départemental d'hygiène.

CE : Conseil d'État.

CEMAGREF : Centre d'études du machinisme agricole, du génie rural, des eaux et des forêts.

CEREFOC [DRASS] : Cellule régionale de formation continue [DRASS].

CERTU : Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques.

CIRE : Cellule interrégionale d'épidémiologie.

CNAM : Conservatoire national des arts et métiers.

CO : monoxyde de carbone.

CSHPF : Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

CTV : Centre de toxicovigilance.

DDAF : Direction départementale de l'agriculture et de la forêt.

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

DDCCRF : Direction départementale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

DDE : Direction départementale de l'équipement.

DDTEFP : Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

D(D)SV : Direction (départementale) des services vétérinaires.

DGS : Direction générale de la santé.

DIREN : Direction régionale de l'environnement.

DOM - TOM : Départements d'outre mer – Territoires d'outre mer.

DPPR [ministère chargé de l'environnement] : Direction de la prévention des pollutions et des risques [ministère chargé de l'environnement].

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

DRIRE : Direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement.

EDR : Étude détaillée des risques.

EGERIES : Évaluation et gestion des risques liés à l'environnement et au système de soins.

ENSP : École nationale de la santé publique.

ERS : Évaluation des risques sanitaires.

ERSEI : Évaluation des risques sanitaires des études d'impact.

ETP : Équivalent temps plein.

GEP(P) : Groupe d'échanges des pratiques (professionnelles).

ICPE : Installations classées pour la protection de l'environnement.

IES : Ingénieur d'études sanitaires.

IFEN : Institut français de l'environnement.

IGS : Ingénieur du génie sanitaire.

INB (risque) : infectieux, nucléaire et biologique (risque).

INERIS : Institut national de l'environnement industriel et des risques.

INRA : Institut national de la recherche agronomique.

INRS : Institut national de recherche sur la sécurité.

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

InVS : Institut de veille sanitaire.

La « LAURE » : La loi n°96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie.

LERES : Laboratoire d'étude et de recherche en environnement et santé.

MATE/DNP : Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement/Direction de la nature et des paysages.

MISP : Médecin inspecteur de santé publique.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

OPERSEI : Observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact.

ORS : Observatoire régional de la santé.

PNETOX : Programme national d'écotoxicologie.

PNSE : Programme national santé environnement [2004 2008].

RESE : Réseau d'échanges en santé environnement.

SD7 B : Sous-direction de la gestion des risques des milieux.

SRAE [ministère chargé de l'environnement] : Service de la recherche et des affaires économiques [ministère chargé de l'environnement].

(S)SE : (Service) *santé environnement*.

STEP : Station d'épuration urbaine ou industrielle.

TA : Tribunal administratif.

VS3 (bureau) : veille sanitaire sur les milieux et l'habitat [de la DGS].

VSEI : Volet sanitaire d'étude d'impact.

VTR : Valeur toxicologique de référence.

TS : Technicien sanitaire.

SIGLES ÉTRANGERS

ATSDR : *Agency for Toxic Substances and Disease Registry* [Agence des substances toxiques et d'enregistrement des maladies (États-Unis)].

CDC : *Centers for Disease Control and Prevention* [Centres de contrôle des maladies et de prévention (Atlanta, Georgie, États-Unis)].

EIE : Étude d'impact environnementale [en Europe].

EIS : *Environmental Impact Statement* [rapport d'étude d'impact sur l'environnement].

HDA : *Health Development Agency* [Agence de développement sanitaire (Londres, Grande-Bretagne)].

HIA : *Health Impact Assessment* [Évaluation de l'impact sur la santé].

IPPC : *Integrated Pollution Prevention and Control* [Prévention et contrôle intégrés de pollution].

NEPA : *National Environmental Policy Act* [Politique nationale pour l'environnement (Etats-Unis, 1969)].

RIVM : *Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu* [Institut national de la santé publique et de l'environnement (Pays-Bas)].

US-EPA : *United States – Environmental Protection Agency* [Agence de protection environnementale (États-Unis)].

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, le champ de la santé environnementale est l'objet de changements conséquents tant sur le plan institutionnel que sur le plan des méthodes utilisées et des pratiques professionnelles. Dans ce domaine, le plus souvent, la maîtrise de techniques ou d'outils nécessaires à la connaissance et à la gestion des risques environnementaux est requise compte tenu de la diversité et de la complexité des phénomènes mis en jeu.

L'évaluation et la gestion des risques sanitaires liés à l'environnement ont connu un développement considérable ces dernières années. L'évaluation des risques sanitaires (ERS) est une préoccupation importante notamment pour les services publics et l'implication des agents de l'État est fondamentale. Aujourd'hui, par opposition au risque majeur¹, les risques sont surtout liés à l'exposition à de faibles doses à long terme ; l'évaluation des risques sanitaires s'effectue principalement pour ce type d'exposition. Par ailleurs, un risque individuel faible, dans un contexte d'exposition continue, peut induire un risque collectif suffisamment important (en raison de la durée d'exposition) pour être considéré comme un enjeu majeur de santé publique.

L'ERS permet de déterminer l'excès de risque de développer une maladie du fait d'une exposition spécifique à un polluant (atmosphérique par exemple). D'après l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE), il s'agit d'un processus décomposé, par convention, en quatre étapes :

- identification du danger (qui traduit le danger potentiel du polluant considéré) : c'est le « poids de la preuve » ;
- formulation de la relation « dose-réponse », dite aussi relation « exposition-risque » ;
- détermination sur une période de temps donnée des paramètres comme le niveau d'exposition, la durée de celle-ci (intensité de l'exposition) ainsi que de sa fréquence ;

¹ « Risque majeur : risque lié à un aléa d'origine naturelle ou risque technologique dont les effets prévisibles mettent en jeu un grand nombre de personnes, des dommages importants et dépassent les capacités de réaction des instances directement concernées. Le risque majeur est la confrontation d'un aléa avec des enjeux. »

LE SITE DE L'ÉTAT DANS L'AUDE. *Dossiers communaux synthétiques* [en ligne]. Préfecture de l'Aude, 2004 [visité le 20.12.2004]. 9 p. Disponible sur Internet : <<http://www.aude.pref.gouv.fr/dcs2000/indexdesmots.htm>>.

- caractérisation du risque : type et amplitude de l'excès de risque attendu suite à l'exposition à un polluant¹.

La démarche d'évaluation du risque est réglementairement demandée en France dans le domaine des sites et sols pollués comme dans celui des études d'impact auxquelles sont soumis les installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) ainsi que les projets d'aménagement industriel et les infrastructures routières. La loi n°96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie (dénommée la « LAURE » par les spécialistes de l'environnement) a modifié le contenu des études d'impact. L'article 19 de la « LAURE »² demande aux pétitionnaires que soit effectuée une étude des effets sur la santé lors des projets d'implantation et que soient présentées les mesures envisagées pour éviter tout dommage du projet sur la santé des populations.

Les études d'impact sont réalisées pour des installations industrielles et agricoles ou lors de projets d'aménagement (projets routiers, ferroviaires...) par les industriels ou par les bureaux d'études qu'ils emploient. Les cadres des organismes intéressés par une implantation d'un site ou ceux des bureaux d'études effectuent donc une étude d'impact qui doit comprendre un volet sanitaire.

L'analyse des études d'impact est un exercice complexe pour les agents de l'État en charge de ce champ de compétences mais c'est surtout un domaine important pour la santé des populations. En février 2000, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a proposé une grille de lecture pour l'analyse du volet sanitaire de l'étude d'impact (VSEI). En ce qui concerne le VSEI, le ministère chargé de la santé s'est positionné par deux circulaires : tout d'abord, en 2001, par la circulaire DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001³ puis, plus récemment, par la circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004⁴. Le ministère chargé de la santé a donc précisé, dans ce domaine, le rôle du médecin inspecteur de

¹ AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE ENVIRONNEMENTALE. *Glossaire* [en ligne]. AFSSE, 2004 [visité le 27.12.2004]. 4 p. Disponible sur Internet : <<http://www.afsse.fr/glossaire.php>>.

² Art. 19. – Au septième alinéa de l'article 2 de la loi n° 76-629 du 10 juillet 1976 relative à la protection de la nature, après le mot : <<engendrerait>>, sont insérés les mots : <<l'étude de ses effets sur la santé>> [...].

³ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 2001. – Circulaire DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001 relative à l'analyse des effets sur la santé dans les études d'impact. Annexe de la circulaire DGS N° 2001/185 du 11 avril 2001. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>.

⁴ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 2004. – Circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004 relative à l'organisation des services du ministère chargé de la santé pour améliorer les pratiques d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>.

santé publique (MISP) et du référent du service santé environnement (SSE). Ceux-ci ont un rôle d'évaluation de la qualité de l'étude d'impact sanitaire fourni par le pétitionnaire.

Le texte de la circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004 donne, comme pour toutes les circulaires, aux agents placés sous l'autorité ou la tutelle du signataire les instructions ou les informations nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

La lecture des dossiers d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact (ERSEI) a pour objet l'analyse de l'évaluation des aspects sanitaires développés dans les études d'impact. L'appellation « évaluation des risques sanitaires des études d'impact », faisant suite à celle de VSEI, renvoie donc à la loi n°96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie et, opérationnellement, la dernière circulaire parue en 2004 définit le rôle des services déconcentrés du ministère chargé de la santé selon les différents niveaux c'est-à-dire à la fois au niveau des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et au niveau des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) ; le rôle du niveau central et du dispositif d'accompagnement est aussi précisé.

Les deux circulaires précédemment citées précisent que le binôme¹ référent est formé d'un ingénieur sanitaire et d'un médecin inspecteur de santé publique que ce soit au niveau départemental ou bien au niveau régional. La principale question qui se pose est d'examiner le fonctionnement des binômes départementaux et régionaux. Tout d'abord, le fonctionnement des binômes pour la lecture des dossiers d'ERSEI est appréhendé dans la région Languedoc-Roussillon. Le constat local, montrant qu'il existe peu de binômes départementaux opérationnels dans ce domaine, il a été nécessaire de contacter d'autres régions (autres DDASS et DRASS).

En effet, il est intéressant de se demander si le constat fait au sein de la région relève d'un particularisme local ou d'une situation générale. Dans le cas où la situation en Languedoc-Roussillon reflète un contexte national, il est aussi important de préciser les améliorations à apporter au dispositif et de déterminer les résultats potentiels à en attendre. Ainsi, afin de disposer de données représentatives, une enquête nationale a donc été initiée auprès des binômes départementaux et régionaux.

La problématique et le constat local (1^{ère} partie) sont décrits à partir de la région Languedoc-Roussillon. La problématique des ERSEI (chapitre 1.1.) liée à un important

¹ Le binôme émet l'avis de la DDASS qui porte sur la compréhension générale du dossier (*process*, effets sur l'environnement) et sur les estimations fournies sur les impacts potentiels du projet sur la santé des populations (voir en annexe I).

développement industriel renvoie à la mise en application des circulaires DGS d'avril 2001 et de février 2004 et souligne l'intérêt pour les MISP d'investir le champ de la lecture des dossiers d'ERSEI. Le constat local, le contexte et le questionnement (chapitre 1.2) partent des départements de la région Languedoc-Roussillon et sont décrits tout en tenant compte des dispositifs régional et national. Mais, face surtout au nombre restreint de binômes constaté, une enquête statistique a été initiée sur les départements et les régions.

L'étude sur la lecture des dossiers d'ERSEI (2^{ème} partie) par les services déconcentrés du ministère chargé de la santé est conçue à partir d'entretiens préalables et une enquête a été réalisée en avril 2004. Les entretiens semi-directifs menés en Languedoc-Roussillon sont utilisés pour élaborer et valider un questionnaire mais aussi pour définir une stratégie concernant le matériel et la méthode (chapitre 2.1.) de l'étude. Les résultats de l'étude (chapitre 2.2) permettent d'appréhender les pratiques professionnelles générales des binômes et le dispositif de soutien disponible ; certaines questions ont tenu compte des spécificités du niveau départemental et du niveau régional. L'identification des personnes enquêtées permet de préciser la formation des répondants, le lieu d'exercice du binôme ainsi que le nombre de dossiers d'ERSEI traités au courant de l'année 2004 dans les cas où un binôme référent identifié¹ avait été opérationnel.

La discussion et les préconisations (3^{ème} partie) sont issues des entretiens en région Languedoc-Roussillon mais surtout des résultats de l'enquête nationale. La discussion (chapitre 3.1) précise les points acquis et les obstacles rencontrés pour l'analyse des dossiers d'ERSEI (axes internes et externes intéressés) ; compte tenu des particularités soulevées, la lecture des ERSEI par les binômes référents conduit à élargir le débat à des éléments de sociologie des organisations et à évoquer par comparaison les ERS au niveau communautaire (pays de l'Union européenne) et international. Les préconisations (chapitre 3.2) pour la lecture des dossiers d'ERSEI sont issues, à la fois, des entretiens menés en Languedoc-Roussillon et des précisions apportées à certaines questions ouvertes du questionnaire. Mais elles sont surtout le reflet de l'expression des réponses de plus de la moitié des personnes ciblées par l'enquête nationale.

¹ Dans l'étude, un binôme est dit identifié lorsque les référents pour la lecture des dossiers d'ERSEI sont connus même si, le plus souvent, le MISP est celui qui est généralement désigné pour s'occuper de santé environnementale.

1 PROBLÉMATIQUE ET CONSTAT LOCAL

1.1 Problématique

Les enjeux sanitaires liés à l'environnement ont évolué dans l'ensemble des pays développés. En 1998, on constatait en France une augmentation de 67 % des lymphomes et de 46 % des tumeurs cérébrales depuis plus d'une dizaine d'années¹ ; une telle augmentation en un laps de temps aussi court est fortement en faveur de l'implication de facteurs environnementaux notamment liés aux substances chimiques (Aschieri & Grzegrzulka, 1999 ; p. 16). Par ailleurs, 7 à 20 % des cancers seraient imputables à des facteurs environnementaux².

L'article 19 de la loi n°96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie précise le contenu actuel des études d'impact. Les circulaires DGS d'avril 2001 et de février 2004 définissent l'action des services déconcentrés du ministère chargé de la santé.

La problématique de la lecture des dossiers d'ERSEI est surtout centrée sur l'application effective des deux circulaires DGS précédemment évoquées.

1.1.1 Des textes importants : les circulaires DGS du 11 avril 2001 et du 4 février 2004

Le retour d'expérience concernant les ERS dans les études d'impact est différent avant et après 2000³ : avant 2000, l'absence de démarche structurée était prédominante avec notamment des confusions rapportées entre les notions de danger, d'exposition et de risque. Les dossiers présentaient de nombreuses inadéquations entre métrologie et toxicologie ainsi qu'entre exposition et toxicologie. Bien que des problèmes de fond persistent, depuis 2001, la démarche d'ERS apparaît plus systématiquement. Industriels,

¹ ASCHIERI A., GRZEGRZULKA O. *Propositions pour un renforcement de la sécurité sanitaire environnementale. Rapport au premier ministre*. Paris : coll. des rapports officiels, La documentation française, 1999. 183 p.

² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. *Résumé du Plan national santé environnement 2004-2008. Santé environnement : Franchir une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires dus aux pollutions des milieux de vie*. Paris : PNSE, 2004. 7 p.

PNSE : Programme national santé environnement [2004-2008].

³ BOUDET C. "Évaluation du risque sanitaire dans l'étude d'impact des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) : principes méthodologiques et retour d'expérience". *Environnement Risques Santé – ERS*, mai-juin 2002, vol. 1, n° 2, pp. 101-107.

bureaux d'études et administrations ont peiné pendant longtemps¹ sur les ERS obligatoires dans les études d'impact : le chemin était semé d'incertitudes et des habitudes étaient à prendre.

A) Historique du volet sanitaire des études d'impact

L'expression VSEI (volet sanitaire des études d'impact) est encore le plus souvent utilisée dans les services déconcentrés du ministère chargé de la santé. Historiquement, l'initiation à la lecture des dossiers VSEI a été la formation de base dispensée afin de permettre d'apprécier la qualité de l'évaluation, présentée par le pétitionnaire dans une étude d'impact, pour les risques sur la santé des populations.

Dès avril 2001, la constitution de binômes référents départementaux et régionaux a été nécessaire. Les circulaires de 2001 puis de 2004 énoncent les dispositions prises par le niveau central pour accompagner les dispositifs de lecture des dossiers d'ERSEI : mise en place de formation spécifique, renforcement des personnels, redistributions des tâches, etc.

Rapidement des formations favorisant la maîtrise d'outils et de méthodes d'évaluation ont été dispensées à différents corps professionnels exerçant en DDASS ou en DRASS. Il existe, bien sûr, un panel de formations traitant de l'évaluation et de la gestion des risques sanitaires liés à l'environnement ; ces formations sont organisées entre autre par l'ENSP² mais aussi, par exemple, par le Conservatoire national des arts et métiers (CNAM). En outre, parmi les formations dispensées, la toxicologie contribue à l'évaluation des risques notamment pour l'identification des dangers encourus et l'estimation de la relation dose-réponse ; les valeurs toxicologiques de référence (VTR)³ tiennent lieu de normes dans les études d'impact.

¹ MICHAUT C. "Enquête. Volet sanitaire des études d'impact : un chemin semé d'incertitudes". *Environnement magazine*, juin 2002, n° 1608, pp. 16-19.

² ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE/ed. *Formation continue 2005*. Rennes : ENSP, 2005. 264 p.

³ VTR : appellation générique regroupant tous les types d'indice toxicologique qui permettent d'établir une relation entre une dose et un effet (toxique à seuil d'effet) ou entre une dose et une probabilité d'effet (toxique sans seuil d'effet). Les VTR sont établis par des instances internationales (l'OMS, par exemple) ou des structures nationales (US-EPA et ATSDR aux États-Unis, RIVM aux Pays-Bas, Health Canada, etc.).

ATSDR : *Agency for Toxic Substances and Disease Registry* [Agence des substances toxiques et d'enregistrement des maladies (États-Unis)]. RIVM : *Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu* [Institut national de la santé publique et de l'environnement (Pays-Bas)]. US-EPA : *United States – Environmental Protection Agency* [Agence de protection environnementale (États-Unis)].

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE. *Guide pour l'analyse du volet sanitaire des études d'impact* [en ligne]. Paris : InVS, 2000 [visité le 16.11.2004]. 49 p. Disponible sur Internet : <<http://www.invs.sante.fr>>.

Les constatations liées à l'application de la circulaire DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001 ont conduit le ministère chargé de la santé à proposer de nouvelles instructions par l'intermédiaire de la circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004 :

« L'article 19 de la loi n° 96-1236 [du 30 décembre 1996] sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie a modifié le contenu des études d'impact. Depuis le 1^{er} août 1997, l'étude d'impact doit comprendre une étude des effets du projet sur la santé ainsi que la présentation des mesures envisagées pour supprimer, réduire et compenser les conséquences dommageables du projet pour la santé.

La circulaire du 11 avril 2001 suggérait aux préfets de s'appuyer sur les DDASS pour procéder à l'analyse de l'étude des effets sur la santé des projets soumis à l'étude d'impact. La liste des informations devant au minimum figurer dans le dossier pour que les DDASS puissent formuler un avis était jointe en annexe. Cette circulaire définissait également l'organisation des services du ministère chargé de la santé¹. »

B) Historique de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact

Aujourd'hui, la démarche qualité dans l'analyse des dossiers d'ERSEI est prépondérante. Afin d'améliorer les pratiques professionnelles d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact, la circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004² prévoit l'organisation des services du ministère chargé de la santé au niveau départemental, régional et national.

Au niveau départemental : au sein de chaque DDASS, il est demandé que soient désignés un représentant du service santé environnement et un MISP qui seront les référents départementaux. Le rôle attendu de ce binôme référent départemental est d'émettre un avis sur les dossiers d'ERSEI.

Au niveau régional : la DRASS désigne un binôme référent régional composé d'un cadre du service santé environnement et d'un MISP. Le rôle de ce binôme régional est de répondre par écrit aux questions soulevées par le niveau départemental, de réaliser une analyse régionale et un bilan annuel sur les activités de la DRASS et des DDASS de la région dans ce domaine (repérage des insuffisances des dossiers, suivi et synthèse des avis des DDASS sur une thématique précise).

¹ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 2004. – Circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004 relative à l'organisation des services du ministère chargé de la santé pour améliorer les pratiques d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>.

² Voir en annexe I.

Le binôme référent régional a un rôle d'impulsion de la méthodologie auprès de l'inspection des ICPE ainsi qu'auprès des industriels, des bureaux d'études, des commissaires enquêteurs¹ ou des élus. Ce sont la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) et le Centre anti-poison et de toxicovigilance (CAP-CTV) qui assurent habituellement toute expertise complémentaire d'une étude d'impact lorsque des questions sont posées au niveau des DRASS.

Par ailleurs, la circulaire préconise un fonctionnement en réseau des binômes référents (départementaux et régionaux) et le développement de compétences spécifiques sur une thématique précise : risque INB (risque infectieux, nucléaire et biologique), boues, stockage des déchets, incinération, compostage, raffinerie, infrastructures routières et ferroviaires, traitements de surfaces, expositions cumulées, élevages, carrières, etc.

Au niveau national : les référents régionaux ont la possibilité de solliciter l'Observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact (OPERSEI)² par écrit pour des précisions méthodologiques ou de connaissances. Cet observatoire créé par l'arrêté du 1^{er} juillet 2002³ est un groupe de travail permanent dont le rôle est de dresser l'inventaire des difficultés méthodologiques et des pratiques professionnelles. Le secrétariat de cet observatoire est assuré par la DGS qui a aussi en charge le pilotage des services déconcentrés notamment pour la rédaction de guides sectoriels.

1.1.2 Un intérêt majeur pour les MISP

A) Les ERSEI comme priorité de santé publique

La prévention des risques sanitaires liés aux activités humaines est, de toute manière, une préoccupation majeure en santé publique. La sécurité sanitaire

¹ Dans la réglementation des installations classées (ICPE), la procédure d'autorisation est prévue par les articles L. 512-1 à L. 512-7 du code de l'environnement. Lorsque le dossier de demande d'autorisation est complet, le préfet dispose d'un délai de deux mois pour le communiquer au président du Tribunal administratif (TA). Le président du TA désigne sous quinze jours le commissaire-enquêteur, chargé de diligenter l'enquête publique.

CENTRE TECHNOLOGIQUE EN ENVIRONNEMENT ET MAÎTRISE DES RISQUES/ed. La Réglementation des Installations Classées (ICPE). CTEMR [en ligne]. Juin 2005 [visité le 08.06.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.apesa.asso.fr/savinf/regl_icpe.html>.

² L'OPERSEI est un groupe de travail à caractère permanent au sein de la section des milieux de vie du CSHPF (Conseil supérieur d'hygiène publique de France).

³ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 2002. – Arrêté du 1^{er} juillet 2002 portant création d'un groupe de travail à caractère permanent « Observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact » au sein de la section des milieux de vie du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>.

environnementale (risques sanitaires liés aux perturbations de l'environnement) concerne indéniablement les MISP tout comme les ingénieurs du domaine sanitaire. Ce concept prend en compte aussi bien les préoccupations sanitaires dans l'approche de sécurité environnementale que le domaine environnemental par l'intermédiaire de la politique de sécurité sanitaire donc le corps professionnel des MISP et ceux des agents des SSE sont concernés.

Cependant, il est nécessaire de préciser que la pratique professionnelle des MISP (en DDASS et en DRASS) demande un champ de compétences très large et requiert des modes d'intervention diversifiés. En raison de l'article 19 de la loi n°96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie, de nombreux acteurs sont impliqués dans le champ des ERSEI. Néanmoins, pour la sécurité sanitaire environnementale, la place des binômes référents départementaux et régionaux (binômes ERSEI) est fondamentale. Le dispositif pour les ERSEI mis en place par l'État demande, en aval d'une implantation industrielle, une appréciation sur la qualité des études d'impact entre autre dans le champ de la santé environnementale.

Le thème des ERSEI est donc bien en lien direct avec les missions et les pratiques professionnelles du MISP. Le questionnement sur ce thème concerne le métier de MISP à la fois sur le plan technique (épidémiologie...) mais aussi sur le plan de la capacité à travailler en collaboration en vue d'émettre un avis conjoint avec des techniciens issus d'un autre corps professionnels¹. Ainsi, le rôle du MISP renvoie aussi, de manière plus générale, à sa pleine participation au sein de binômes référents en départements ou en régions.

B) Les ERSEI comme priorité des DDASS

Dans le cadre de leurs activités quotidiennes au sein des services déconcentrés, les MISP sont de plus en plus sollicités, au sein des DDASS (et des DRASS), pour intervenir en collaboration avec les ingénieurs du génie sanitaire (IGS) ou les ingénieurs d'études sanitaires (IES), parfois aussi avec les techniciens sanitaires (TS), sur des problèmes sanitaires liés à l'environnement. Les bases méthodologiques et techniques nécessaires pour appréhender le champ « santé environnement » font partie intégrante de la formation initiale des MISP². Néanmoins il faut bien préciser que la technicité requise et l'évolution à la fois des connaissances et des référentiels juridiques et

¹ La participation des MISP au sein des binômes référents pour les dossiers d'ERSEI est décrite dans les circulaires précédemment citées.

² Module « santé environnement » lors de la formation initiale des MISP à l'École nationale de la santé publique.

administratifs nécessitent une formation continue conséquente et une expérience importante en santé environnementale.

Même si les logiques professionnelles du MISP et celles de l'ingénieur spécialisé dans le domaine sanitaire ne se rencontrent pas toujours, la place du MISP au sein du dispositif décrit par la circulaire d'avril 2001 (actualisé par la circulaire de février 2004) est prépondérante. En effet, les enjeux professionnels afférents à la place prise par les MISP dans le domaine de la lecture des dossiers d'ERSEI déterminent la place même de ceux-ci au cœur des problèmes sanitaires liés à l'environnement. C'est la parole et l'implication du MISP (à la fois administratif et technicien) qui légitiment l'importance de celui-ci aux yeux de ces concitoyens, usagers du système de santé mais aussi de ses collègues ingénieurs en DDASS. De plus, les aspects éthiques liés à l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact sont loin d'être négligeables.

1.2 Constat local, contexte et questionnement

La problématique décrite en relation avec l'évaluation des risques sanitaires des études d'impact conduit à s'intéresser au constat local que ce soit au niveau de la région Languedoc-Roussillon ou au niveau des départements de cette région.

Le constat local et le contexte général sur les ERSEI (au niveau national, enquête antérieure, etc.) permettent de proposer un questionnement.

1.2.1 Constat local et contexte actualisé sur les ERSEI

A) De l'Aude à la région Languedoc-Roussillon

Au niveau des départements (dont l'Aude) : dans la DDASS de l'Aude, il n'existait pas en octobre 2004 de binôme départemental identifié mis en place pour les dossiers d'ERSEI selon la circulaire DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001.

De la même manière, dans les autres départements de la région Languedoc-Roussillon¹, on note une difficulté d'identification de binômes définis même s'il existe des MISP travaillant plus particulièrement en santé environnementale.

¹ D'après les binômes régionaux (en Languedoc-Roussillon) référents pour les dossiers d'ERSEI.

La particularité de la région Languedoc-Roussillon est d'avoir, au sein de la DRASS, deux (2) binômes régionaux référents pour les dossiers d'ERSEI ce qui représente bien une exception ; ceux-ci ont donc tous été contactés :

« Environ dix dossiers sont envoyés chaque année [à la DRASS] ; ce sont des dossiers épineux.

[...] départements qui n'ont pas le temps malgré l'intérêt porté. [Le binôme régional] a traité sept ou huit dossiers l'an dernier : trois de l'Hérault, deux du Gard, un de la Lozère, un des P.O. [Pyrénées Orientales] et aucun de l'Aude [...]. On pense que les départements ne nous font pas passer [les dossiers]¹. » [MISP, DRASS]

Au niveau régional : tout d'abord, le niveau régional local a été investigué en janvier et février 2005 ; des entretiens ont été réalisés principalement à la DRASS de Languedoc-Roussillon.

La lecture commune des dossiers d'ERSEI a été présentée par les référents régionaux lors des entretiens initiaux en Languedoc-Roussillon comme nécessaire. Citons, par exemple : « Il faut une sensibilisation médicale avant de parler de normes [...] » ou bien « [...] chacun voit des [aspects] que l'autre ne voit pas. »

Les dossiers sont considérés comme complexes et donc une certaine « spécialisation » est évoquée ainsi que la nécessité de disposer de référentiels techniques par activités ou par secteur d'activités :

« Certains risques ne sont pas évidents à détecter et nécessitent de s'y pencher à plusieurs et en ayant des formations différentes.

Nécessité de se spécialiser car les sujets sont complexes. » [MISP, DRASS]

« [...] avec plus d'appui de la part de référents spécialisés dans des domaines précis. »

« Mise à disposition entre DDASS et DRASS de dossiers techniques comparables d'un département à l'autre (même entreprise, même type d'usine, etc.) »

Le manque de disponibilité des MISP est un axe interne vulnérable du dispositif actuel qui repose, de fait, sur le fonctionnement du binôme. Citons, par exemple : « Il faut des ETP² [...] » ou bien « [La lecture des dossiers d'ERSEI] ça devient un métier à part. »

En région Languedoc-Roussillon, lors des entretiens initiaux, la lecture des dossiers d'ERSEI pour 2004 a été évaluée à trente (30) jours de travail à la fois pour le MISP et pour l'ingénieur. Ce travail de lecture des dossiers d'ERSEI est donc de 1/10^{ème} d'équivalent temps plein par référent régional (avec une semaine de formation annuelle pour chaque référent).

¹ À titre d'exemple, à la DDASS de l'Aude, le service santé environnement a examiné 15 dossiers en 2004 et n'a pas eu recours aux référents régionaux ERSEI.

² ETP : Équivalent temps plein.

B) Contexte actualisé sur les ERSEI

Au niveau national : les études d'impact ont été instaurées par la loi n°76-629 du 10 juillet 1976¹ et leur contenu a été renforcé, par la « LAURE » de 1996, en matière d'analyse des risques pour la santé. La circulaire DGS/VS3²/2000 n°61 du 3 février 2000 définissait la démarche d'évaluation des risques selon les quatre étapes majeures³ décrites précédemment. En 2000, un guide de lecture et d'analyse du volet sanitaire des études d'impact (VSEI)⁴, élaboré par l'InVS à la demande du ministère chargé de la santé, a été conçu pour fournir aux professionnels des services déconcentrés des éléments nécessaires pour réaliser une lecture critique du VSEI. L'essentiel pour les pétitionnaires, lorsqu'ils préparent une étude d'impact, est de ne pas voir leurs dossiers bloqués ; une méthodologie stricte doit alors être utilisée⁵.

La circulaire DPPR/BPSE/EN/CD/10 n° 00-317 du 19 juin 2000⁶ relative aux demandes d'autorisation présentées au titre de la législation sur les installations classées concernait l'étude de l'impact sur la santé publique (pour des demandes d'autorisation d'exploiter en conformité avec la législation sur les ICPE) et précisait le cadre d'intervention et les principes essentiels de la démarche pour un renforcement de la protection.

Par ailleurs, le dispositif décrit dans la circulaire DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001 donnait déjà un rôle prépondérant aux services déconcentrés du ministère chargé de la santé. Cependant, la gestion des dossiers d'ERSEI observée par la DGS montre selon la circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004 :

- « Des disparités de fonctionnement, d'implication et de formation des agents des services santé environnement des DDASS ;
- la persistance de missions assumées par les DDASS qui ne relèvent pas du ministère en charge de la santé, comme l'inspection de certaines installations classées ;
- une faible reconnaissance des référents régionaux ;
- une faible implication des médecins inspecteurs de santé publique. »

¹ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1976. – Loi n°76-629 du 10 juillet 1976 relative à la protection de la nature. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>.

² VS3 (bureau) : veille sanitaire sur les milieux et l'habitat [de la DGS].

Le bureau VS3 est chargé des risques des milieux et de l'alimentation au sein de la sous-direction de la veille sanitaire (celle-ci dépend elle-même de la DGS).

³ Voir Introduction : p. 2.

⁴ QUENEL P., BURGEI E., LEDRANS M., et al. *Guide pour l'analyse du volet sanitaire des études d'impact*. InVS, Mai 2000, 49 p.

⁵ SOUBELET I. "Réussir le volet sanitaire des études d'impact". *Décision environnement*, mars 2000, n° 84, pp. 1155-1585.

⁶ DPPR : Direction de la prévention des pollutions et des risques.

DIRECTION DE LA PRÉVENTION DES POLLUTIONS ET DES RISQUES, 2000. – Circulaire DPPR/BPSE/EN/CD/10 n° 00-317 du 19 juin 2000 relative aux demandes d'autorisation présentées au titre de la législation sur les installations classées. Étude de l'impact sur la santé publique. Disponible sur Internet : <<http://aida.ineris.fr/textes/circulaires/text4132.htm>>.

La circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004 mentionne donc « un bilan positif mais insuffisant. » Mais la qualité des dossiers d'ERSEI reçus par les DDASS souligne :

- « D'une part, la disparité des problématiques industrielles au sein d'un même département ;
- d'autre part, les progrès réalisés mais aussi la qualité insuffisante des dossiers, ce qui rend difficile l'analyse critique effectuée par les DDASS. »

Toujours d'après cette circulaire, un nouvel élan est nécessaire notamment par un travail actif en réseau (ingénieurs, médecins, pharmaciens). Toutefois les DDASS « ne donnent pas d'avis sur la recevabilité des dossiers » selon cette circulaire mais « des liens avec les DRIRE¹ doivent permettre de préciser les documents attendus par les DDASS, documents dont les éléments essentiels sont listés dans l'annexe de la circulaire du 11 avril 2001. » De plus, l'OPERSEI propose² des informations mais, d'après la DGS, « ne peut traiter qu'un nombre limité de dossiers. »

Une précédente enquête : Il est important aussi de ne pas négliger les constats qui concernent les études d'impact : avant 2000, les considérations sanitaires n'étaient pas assez développées au sein des dossiers présentés à l'administration. L'enquête auprès des DDASS menée, en septembre 1998, par l'InVS concernant le VSEI avait montré l'existence d'une problématique importante : de très nombreuses études d'impact ne comportaient pas de volet sanitaire en septembre 1998 (aspects quantitatifs). Seulement 1,4 % des études d'impact présentaient un VSEI à analyser³. De plus, même si le VSEI figurait, les études d'impact présentées par les pétitionnaires pouvaient ne pas être réalisées de manière satisfaisante (aspects qualitatifs). C'était donc l'exercice même de lecture des dossiers d'ERSEI qui était le plus souvent difficile à mettre en oeuvre.

Cette enquête s'était aussi intéressée au nombre et à la nature des dossiers d'impact instruits ainsi qu'aux dossiers « particulièrement importants » en terme de santé publique en fonction du secteur (ou de la catégorie) d'activités :

- le taux de participation des DDASS était aux alentours de 33 % ;
- une forte disparité entre les départements avait été constatée en ce qui concerne le nombre d'études d'impact étudiées pour avis ; seulement six DDASS sur 30 avaient examiné plus d'une centaine de dossiers (extrêmes : les Côtes d'Armor avec 287 dossiers – le Territoire de Belfort et la Lozère avec moins de 10

¹ DRIRE : Direction(s) régionale(s) de l'industrie, de la recherche et de l'environnement.

² L'OPERSEI dispose, depuis novembre 2002, d'un site Internet où sont regroupées des informations disséminées en raison des différents champs d'ERSEI.

³ BURGEI E., LEDRANS M., QUENEL P. *Volet sanitaire des études d'impact. Bilan de l'enquête auprès des DDASS* [en ligne]. Paris : InVS, 1998 [modifié le 20.01.2000]. Disponible sur Internet : <http://www.invs.sante.fr/publications/bilan_ddass_dse/index.html>.

dossiers). Les DDASS avaient examiné en moyenne 36 études d'impact entre août 1997 et septembre 1998 ;

- la répartition des 10 derniers dossiers examinés permettait de proposer un classement sectoriel (*tableau VIII*. Repérage sectoriel des activités soumises à autorisation)¹.

1.2.2 Le questionnement et l'étude nationale

A) Quelles questions sont prioritaires ?

Les constats locaux peuvent révéler soit un phénomène généralisé (par exemple, absence ou faible nombre de binômes identifiés fonctionnant dans d'autres départements), soit une particularité (et donc ne pas être localisés seulement à la région Languedoc-Roussillon).

La question qui se pose : la question qui se pose initialement porte sur l'articulation opérationnelle des binômes référents départementaux ou régionaux concernés par la lecture des dossiers d'ERSEI. Ainsi, on peut s'interroger : « Pourquoi le fonctionnement des binômes référents pour la lecture des dossiers d'ERSEI n'est-il pas toujours satisfaisant ? » Cette question initiale renvoie aux normes à appliquer puisqu'elle se réfère au rôle dévolu aux binômes référents (départementaux et régionaux) qui est inscrit dans les deux circulaires précédemment présentées.

Le constat local (notamment le nombre peu élevé de binômes départementaux identifiés en région) conduit à s'intéresser aux éventuelles variations dans le temps (suite à la circulaire de 2001 puis à celle de 2004) et dans l'espace (existence ou non de particularités selon les différentes régions), voire à l'écart constaté par rapport aux deux circulaires en question.

Suite aux constatations effectuées, on peut ainsi s'interroger sur des perspectives propres au dispositif mis en place : « Comment améliorer les pratiques de lecture des dossiers d'ERSEI confiés aux binômes référents (départementaux et régionaux) ? »

Des orientations pour une enquête nationale : un questionnement professionnel ne peut être déconnecté d'une action ou d'une décision. C'est donc le contexte lié aux ERSEI qui

¹ Le *tableau VIII* est présenté dans l'annexe V.

Il tient compte des proportions observées de dossiers étudiés par secteur et par activité soumise à autorisation selon l'enquête réalisée en septembre 1998 par l'InVS.

interpelle en particulier dans ses articulations avec les partenaires professionnels (CDH, RESE, OPERSEI, etc.) ou institutionnels (DGS, DRIRE, DSV, DDE, DIREN, etc.)¹.

Les résultats attendus concernent² les pratiques professionnelles générales (cf. partie A du questionnaire), le dispositif de soutien (cf. partie B du questionnaire) ainsi que les spécificités propres aux niveaux du département (cf. partie C du questionnaire) et de la région (cf. partie D du questionnaire).

L'enquête descriptive programmée prend en compte le fonctionnement du dispositif général pour la lecture des dossiers d'ERSEI. Ce sont donc les pratiques d'analyse des dossiers d'ERSEI qui sont alors scrutées d'une part, ponctuellement, en ce qui concerne le rôle des binômes référents mais d'autre part, de façon générale, en ce qui concerne l'écart par rapport aux normes des circulaires précédemment présentées.

B) Quelle enquête et comment la mener ?

Compte tenu du constat initial, il a été décidé d'étendre l'investigation au niveau des autres régions et départements par une enquête. Nous pouvons donc poser l'hypothèse le fonctionnement des binômes référents pour les dossiers d'ERSEI n'est pas satisfaisant au sein de certains départements (ou régions). Dans ce cas, l'enquête au niveau national apparaît comme une priorité d'autant qu'elle préciserait les pratiques professionnelles générales dans ce domaine, qu'elle examinerait les écarts par rapport aux normes souhaitées (cf. circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004) et permettrait d'élaborer des recommandations.

L'objectif principal de l'étude est de mieux connaître les politiques d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact menées par les services déconcentrés du ministère chargé de la santé ; c'est-à-dire de faire le point, en avril 2005, sur les pratiques professionnelles liées à la lecture (et à l'analyse) des dossiers d'ERSEI, à la fois, en DDASS et en DRASS. L'enquête descriptive s'est focalisée sur le fonctionnement des binômes référents pour les dossiers d'ERSEI au sein des départements et des régions, c'est-à-dire sur la prise en charge effective de l'analyse des dossiers d'ERSEI conjointement par un MISP et un référent du service santé environnement.

Par ailleurs, afin d'éviter de conclure sur des constats locaux uniquement, il est apparu nécessaire :

¹ CDH : Conseil départemental d'hygiène. DDE : Direction départementale de l'équipement. D(D)SV : Direction (départementale) des services vétérinaires. DIREN : Direction régionale de l'environnement.

² Voir en annexe IV : le questionnaire informe sur les thèmes abordés et les résultats attendus.

- de conduire un « état des lieux » national à partir de ce questionnaire, le constat local ne suffisant pas à lui seul ;
- d'analyser l'existant au regard du cadre national en précisant les points acquis et les obstacles rencontrés (c'est-à-dire les axes internes et externes concernés) ;
- d'ébaucher des propositions d'amélioration à partir de ce bilan de l'existant.

À partir du questionnaire, l'analyse des données sur le dispositif existant sur le terrain doit principalement faire apparaître comment cet existant fonctionne. Les informations à collecter sont déterminées dans cette enquête par les nécessités de l'étape suivante : quel diagnostic porter à partir de l'état des lieux ?

La prochaine partie présentera entre autre la population cible de l'enquête et la méthodologie utilisée : détermination des variables d'étude puis mise en forme du questionnaire, recueil et collecte des données avec vérification de la qualité de celles-ci, analyse des données et présentation des résultats.

2 ENQUÊTE SUR LA LECTURE DES DOSSIERS D'ERSEI

2.1 Matériel et méthodes

La méthodologie d'investigation pour l'étude s'est appuyée sur des entretiens semi-directifs et des questionnaires, les entretiens semi-directifs étant préalables à la rédaction du questionnaire.

2.1.1 Les entretiens

La rédaction d'un guide pour entretien semi-directif¹ a été effectuée afin d'optimiser au mieux le recueil des informations à analyser.

A) Les entretiens en Languedoc-Roussillon

Au niveau départemental : pour l'Aude, lors de l'initiation des entretiens² puis de l'enquête, il n'y avait pas de binôme référent identifié pour les dossiers d'ERSEI ; les avis étaient émis par le SSE seul.

Au niveau des autres départements de la région Languedoc-Roussillon : peu de départements de la région ont des binômes référents identifiés ayant déjà travaillé sur la lecture des dossiers d'ERSEI. Par ailleurs, les binômes référents régionaux sont sollicités par certains départements ayant peu de dossiers d'ERSEI à traiter :

« Nous n'avons que deux ou trois dossiers par an, ce qui nous amène à demander systématiquement ou presque leur avis aux référents de la DRASS³, que ce soit l'IGS ou le MISP... » [IGS, DDASS]

Au niveau régional : compte tenu du constat local et du contexte, il est légitime de se demander si la situation vécue en Languedoc-Roussillon relève ou non de particularités strictement localisées (cf. objectifs de l'étude) :

¹ Voir en annexe II.

² En 2003, un dossier d'ERSEI (pour une distillerie) provenant du département de l'Aude a été adressé aux référents régionaux pour une aide.

³ Les référents régionaux examinent les dossiers d'ERSEI et émettent leur avis.

- en région Languedoc-Roussillon, on retrouve une particularité par rapport aux autres régions administratives : en effet, il existe deux binômes régionaux différents pour les dossiers d'ERSEI ;
- le nombre de dossiers d'ERSEI traités en 2004 par les quatre référents régionaux était de huit pour l'ensemble de la région ;
- de plus, on peut rappeler qu'au niveau des cinq départements¹ qui composent cette région, peu de binômes départementaux référents pour les dossiers d'ERSEI ont été précisément identifiés lors des premiers entretiens (moins de la moitié lors des entretiens menés avant mars 2005).

B) Les entretiens avec le niveau national

Au niveau national : après les constats précédents, au niveau national, l'OPERSEI², le RESE et la DGS (pour la DGS, la sous direction SD7 B est en charge de la gestion des risques des milieux) ont été contactés :

- la Direction générale de la santé (DGS), plus particulièrement la sous-direction de la gestion des risques des milieux (SD7 B), a été sollicitée afin d'approcher certaines spécificités propres au fonctionnement des binômes référents pour les dossiers d'ERSEI (des entretiens téléphoniques avec la SD7 B ont été réalisés en décembre 2004 à l'aide du guide de l'entretien semi-directif puis d'autres entretiens ont eu lieu, ultérieurement, en mars 2005) ;
- le RESE³ a été sollicité afin d'examiner, d'une part, les spécificités de la gestion des dossiers d'ERSEI et, d'autre part, de tester le questionnaire d'enquête avant sa diffusion.

2.1.2 L'élaboration et la « validité » du questionnaire

Les entretiens effectués en Languedoc-Roussillon ont servi à élaborer le questionnaire d'enquête⁴. Celui-ci a été construit après examen des notes d'entretiens

¹ La région Languedoc-Roussillon comprend cinq départements : l'Aude (11), le Gard (30), l'Hérault (34), la Lozère (48) et les Pyrénées Orientales (66).

² L'OPERSEI a été informé de l'enquête sur la lecture des dossiers d'ERSEI ; ainsi le questionnaire a été transmis pour information.

³ Le RESE utilisant le site Intranet du ministère chargé de la santé a été constitué à partir de 1997 ; celui-ci doit être considéré comme un organisme apportant une expertise technique au niveau national.

⁴ QUIDU F., FERLEY J-P., FREUND R-J., et al. *Le questionnaire d'enquête*. Rennes : ENSP, 2004. 24 pp.

avec les quatre référents régionaux de la région Languedoc-Roussillon ainsi qu'avec deux responsables du RESE¹.

Le questionnaire de l'enquête a alors été soumis aux pairs (des MISP) et à des ingénieurs ayant l'expérience de la lecture des dossiers d'ERSEI : les quatre référents régionaux en Languedoc-Roussillon, le RESE et la DGS, par l'intermédiaire de la SD7 B. La « validation par les pairs » a abouti à finaliser ce questionnaire en mars 2005.

A) Population cible

La détermination de la population cible : la population cible de l'enquête est celle de référents départementaux et régionaux répartis, sur l'ensemble du territoire national, au sein des binômes prévus par les circulaires du 11 avril 2001 et du 4 février 2004. L'unité statistique est le référent départemental ou régional (soit MISP travaillant en santé environnementale, soit représentant du service santé environnement).

Les contacts avec les DDASS et les DRASS : le répertoire dit « FATOP » correspond à la liste Internet des DDASS et des DRASS². Cette liste de toutes les adresses des DDASS et des DRASS a été utilisée pour l'envoi des questionnaires par voie postale.

Le RESE a fourni une liste nominative des référents régionaux rédigée en avril 2003 qui indiquait les noms, prénoms et fonctions de ces référents ainsi que leur région d'exercice. Compte tenu de la mobilité professionnelle, les contacts nominatifs avec les référents régionaux ont été effectués après vérification de leur présence dans la région concernée ; à cet effet, les renseignements fournis par le site Intranet du ministère chargé de la santé³ ont été utilisés.

Le questionnaire a donc été adressé aux DDASS des 95 départements métropolitains et aux sept directions de la solidarité et de la santé des DOM - TOM⁴ ainsi qu'aux DRASS des 22 régions métropolitaines⁵.

¹ Nous pouvons signaler que les locaux du RESE sont situés à Montpellier au sein de la DRASS de Languedoc-Roussillon.

² MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE/ed. Liste Internet des DDASS et des DRASS (répertoire dit "FATOP"). Répertoire DDASS et DRASS [liste de toutes les adresses]. [visité le 16.03.2005]. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/dd-dr/listeddr.htm>>.

³ Voir : <<http://www.intranet.sante.gouv.fr>>.

⁴ DOM – TOM : Départements d'outre-mer – Territoires d'outre-mer.

Directions de la solidarité et de la santé départementales de Guadeloupe, de Martinique, de Guyane, de La Réunion, de Saint-Pierre-et-Miquelon, de Mayotte et de Nouvelle-Calédonie.

⁵ Incluant la Direction de la solidarité et de la santé de Corse et de Corse-du-Sud (DSS Corse).

Au total, 204 questionnaires ont été adressés en DDASS¹ et 46 questionnaires ont été adressés en DRASS par voie postale le 29 mars 2005. Une première relance a été effectuée à l'aide de courriers électroniques (*e-mail*) quelques jours plus tard, le 9 avril 2005. Une seconde et dernière relance a été effectuée par *e-mail* le 23 avril 2005 auprès des DDASS et des DRASS qui n'avaient pas communiqué de réponses à cette date.

B) Réalisation pratique

Définition des variables pertinentes : signalons entre autre que les variables d'identification concernent les caractéristiques propres au référent départemental ou régional (formation professionnelle, formations spécifiques suivies) ainsi que celles identifiant les départements ou la région concernés. Les autres variables étudiées ont été déterminées à partir du questionnaire (voir en annexe IV).

La saisie des données : pour traiter les données recueillies, l'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel de traitement d'enquêtes épidémiologiques EPI INFO² version 6, développée par les CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) d'Atlanta. Les données ont été saisies à partir des questionnaires renseignés. Tout d'abord, plusieurs tests ont été effectués après codage des différentes variables du questionnaire et, dans un deuxième temps, une vérification des données manquantes ou aberrantes a été effectuée.

Pour les précisions demandées, compte tenu de certaines réponses (parfois longues), il a été nécessaire de proposer une liste simplifiée codifiée.

L'analyse des données³ : les traitements statistiques envisagés ont été définis initialement dans le plan d'analyse des données recueillies⁴.

La fréquence des différentes variables du questionnaire a été calculée à partir des réponses effectuées par les référents MISP et les représentants des services santé environnement (en régions et dans les départements). La comparaison entre deux

¹ Dont 14 en DOM – TOM.

² Disponible sur le site de l'ENSP (version 6.04 c) : <<http://www.ensp.fr/services/default.htm>>. FREUND R.-J. *Epi Info version 6. Guide de l'utilisateur*. Rennes : ENSP, 1997. 563 p. FREUND R.-J. *Epi Info mène l'enquête*. Rennes : ENSP, 1999. 151 p.

³ Les différentes données ont été présentées essentiellement à l'aide de tableaux respectant les règles de style scientifique.

SALMI L.-R. *Lecture critique et rédaction médicale scientifique. Comment lire, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologique*. Paris : Elsevier, 1998. 287 p.

⁴ ANCELLE T. *Statistique, Épidémiologie*. Paris : coll. « Sciences fondamentales », Maloine, 2002. 300 p.

variables qualitatives a été effectuée par un test du chi-deux (pas de test exact de Fischer, les effectifs théoriques étant suffisants).

2.2 Résultats de l'étude

2.2.1 L'enquête nationale

A) Population enquêtée

La répartition des réponses selon l'appartenance à un corps professionnel du ministère chargé de la santé est indiquée dans le *tableau I*.

Tableau I. Répartition des répondants à l'enquête ERSEI* selon leurs fonctions exercées dans les services déconcentrés†.

<i>Fonctions exercées‡</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
Médecins inspecteurs de santé publique	66	46,5
Pharmaciens inspecteurs de santé publique§	0	0,0
Ingénieurs du génie sanitaire	33	23,2
Ingénieurs d'études sanitaires	36	25,3
Techniciens sanitaires	4	2,8
Autres hors SSE	3	2,1
Total des répondants¶	142	100,0

* En avril 2005

† En DDASS ou en DRASS.

‡ Seule la fonction effective exercée est retenue au cas où d'autres fonctions antérieures ont été indiquées¹.

§ Les PHISP sont mentionnés dans la circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004.

|| Notamment pour les quelques DDASS où aucun médecin n'est en fonction.

¶ Pour deux questionnaires, le binôme a répondu sur la même fiche.

Effectif des répondants : pour les 250 envois effectués, la DDASS de l'Aude a reçu **142 réponses** qui étaient toutes exploitables même si quelques questionnaires n'avaient pas été renseignés dans leur intégralité.

¹ Trois cas, seulement, se sont présentés.

Le taux global de participation est de **56,8 %**.

Le taux global de participation¹ obtenu dans l'enquête peut s'expliquer par l'envoi du questionnaire par voie postale puis par les deux relances des non-répondants effectuées dans les semaines suivantes. Bien que l'enquête concernait une étude dans le cadre d'un mémoire professionnel (notamment, absence de lettre de couverture d'un responsable institutionnel ou de diffusion conjointe), les personnes contactées ont répondu à la plupart des questions en indiquant parfois certaines suggestions, voire en incluant spontanément des annexes pour quelques unes d'entre elles.

La répartition des réponses selon le lieu d'exercice et l'appartenance à un corps professionnel du ministère chargé de la santé est indiquée dans le *tableau II*.

Tableau II. Répartition des répondants à l'enquête ERSEI* dans les services déconcentrés selon leur lieu d'exercice†.

<i>Fonctions exercées‡</i>	<i>DDASS</i>	<i>DRASS</i>
Médecins inspecteurs de santé publique	57	14
Ingénieurs du génie sanitaire	22	12
Ingénieurs d'études sanitaires	34	3
Techniciens sanitaires	4	0
Autres hors SSE	2	1
Total des répondants	119	30

* En avril 2005

† En DDASS ou en DRASS.

‡ Possibilité d'être référent à la fois en DRASS et en DDASS : certains questionnaires étaient renseignés, à la fois, pour les parties DDASS et DRASS.

Etude descriptive de la population enquêtée : le taux spécifique de participation pour les MIS (66/125) est de 52,8 % et le taux spécifique de participation pour les représentants des services santé environnement (73/125) est de 58,4 %.

¹ Toutefois, comme l'enquête s'intéresse aussi aux formations des médecins inspecteurs et des ingénieurs sanitaires, on peut mentionner que le taux de participation est proche de celui de l'étude effectuée, en 1994, par l'ENSP.

CHAMBAUD L. *La formation en épidémiologie d'intervention en France : état des lieux et propositions*. Rennes : ENSP, 1994. 86 p.

Le taux spécifique de participation¹ pour les DDASS (119/204) est de 58,3 % et le taux spécifique de participation pour les DRASS (30/46) est de 65,2 %.

Le fonctionnement pour l'année 2004 des binômes référents pour les dossiers d'ERSEI dans les départements² (voir en annexe V : *figure 1*) et dans les régions³ (voir en annexe V : *figure 2*) montre des disparités notables. Les formations spécifiques déclarées par les référents départementaux et régionaux sont renseignées dans le *tableau III*.

Tableau III. Formations spécifiques suivies par les binômes pour la lecture des dossiers d'ERSEI ayant répondu à l'enquête.

<i>Formations</i>	<i>MISP</i>		<i>Référent SSE</i>		<i>Total</i>	
	<i>Nombre</i>	<i>(%)</i>	<i>Nombre</i>	<i>(%)</i>	<i>Nombre</i>	<i>(%)</i>
Évaluation des risques sanitaires/Écorisque	18	(27,2)	36	(47,4)	54	(38,0)
Formation en toxicologie	8	(12,1)	31	(40,8)	39	(27,5)
Gestion des risques environnementaux	12	(18,2)	30	(39,5)	42	(29,6)
Épidémiologie	39	(59,1)	18	(23,7)	57	(40,1)
Aide à la lecture des VSEI	24	(36,4)	59	(77,6)	83	(58,4)
Modélisation des risques	1	(1,5)	20	(26,3)	21	(14,8)
<i>Je n'ai suivi aucune formation spécifique</i>	13	(19,7)	1	(1,3)	14	(9,8)
Autre*	10	(15,1)	14	(18,4)	24	(16,9)
Total répondants	66	(46,4)	76	(53,5)	142	(100)

* : incluant les trois répondants *Autres hors SSE*.

Les MISP mentionnent plus fréquemment les formations à l'épidémiologie, à « aide à la lecture des VSEI » et à l'évaluation des risques sanitaires/Écorisque.

¹ Certains répondants étaient référents pour les dossiers d'ERSEI à la fois en DDASS et en DRASS (cas des référents régionaux dont les postes sont en DDASS).

² Précisons le critère retenu : DDASS ayant participé à l'enquête déclarant avoir un binôme identifié (le référent SSE ne travaille pas seul) **même si** aucun dossier d'ERSEI n'a été examiné dans le département (le binôme identifié n'est pas toujours opérationnel).

³ Précisons le critère retenu : DRASS ayant participé à l'enquête déclarant un binôme identifié **même si** aucun soutien des DDASS n'a été demandé pour les dossiers d'ERSEI.

B) Binômes en départements et en régions

Généralités sur les pratiques des binômes : l'absence de binôme a été signalée (cf. question A1) ; les compétences pour la lecture des dossiers d'ERSEI propres au médecin ont été évoquées (quatre fois sur l'ensemble des réponses précisant la question A1).

Pour les dossiers d'ERSEI, lorsque les référents du SSE ne font pas suffisamment appel aux MISP (cf. question A2), trois principales raisons ont été évoquées (pour 67 réponses) : le manque de temps (36/67 ; 53,7 % des réponses), les difficultés d'implication du MISP pour des raisons non précisées (13/67 ; 19,4 % des réponses) et la notion de « domaine réservé » aux référents du SSE (12/67 ; 17,9 % des réponses).

L'avis du référent du SSE (cf. question A3) ne serait pas suffisant (pour 61 réponses) lorsque le dossier est complexe ou bien sensible (29/61 ; 47,5 % des réponses) ; la valeur ajoutée du MISP est soulignée (11/61 ; 18,0 % des réponses) et l'acceptabilité des effets représente une préoccupation (6/61 ; 9,8 % des réponses).

Pour la plupart des répondants (cf. question A4), la gestion des dossiers d'ERSEI s'est améliorée depuis la circulaire DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001 (pour 57 réponses) : le cadre de l'intervention est précisé (15/57 ; 26,3 % des réponses), des progrès ont eu lieu dans l'analyse par les industriels et les référents ERSEI (9/57 ; 15,8 % des réponses) ; parallèlement, la formation des binômes (6/57 ; 10,5 % des réponses), l'implication des DDASS (6/57 ; 10,5 % des réponses) et la formalisation des avis des binômes référents (5/57 ; 8,8 % des réponses) apparaissent avoir été déterminantes.

Tableau IV. Pratiques professionnelles générales des binômes référents pour la lecture des dossiers d'ERSEI.

<i>Pratiques professionnelles générales</i>	<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Je ne sais pas</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Question A1*	92	(64,8)	24	(16,9)	26	(18,3)	142	(100)
Question A2†	47	(33,1)	73	(51,4)	22	(15,5)	142	(100)
Question A3‡	53	(37,3)	65	(45,8)	24	(16,9)	142	(100)
Question A4§	72	(50,7)	7	(4,9)	63	(44,4)	142	(100)

* Dans votre expérience actuelle, les compétences au sein du binôme (les compétences du MISP et du référent du Service Santé Environnement) paraissent-elles se compléter ?

† Selon vous, les référents du Service Santé Environnement font-ils, en général, suffisamment appel aux MISP pour l'analyse des dossiers d'ERSEI ?

‡ Selon vous, en ce qui concerne l'analyse de dossiers d'ERSEI, l'avis du référent du Service Santé Environnement pourrait-il être suffisant ?

§ A votre avis, la gestion des dossiers d'ERSEI s'est-elle améliorée depuis la circulaire DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001 ?

Le niveau de la DDASS a été désigné comme étant idéalement celui le mieux à même d'assurer l'analyse des dossiers d'ERSEI (cf. question A5) par 73,9 % (105/142) des référents enquêtés contre 20,4 % (29/142) pour le niveau de la DRASS ; les deux niveaux (DDASS et DRASS à la fois) ont été désignés lorsque le niveau régional était présenté comme l'interlocuteur privilégié du niveau départemental¹. Toutefois 15,5 % (22/142) des répondants n'ont indiqué aucun niveau précis.

La lecture des dossiers d'ERSEI devrait être effectuée par les binômes actuels pour 45,8 % (65/142) des répondants, par un groupe sur une thématique spécifique pour 35,2 % (50/142) des répondants ou par le référent du SSE² uniquement pour 17,6 % (25/142) d'entre eux. Cependant, nous pouvons signaler que la proposition mixte « *binômes actuels/groupe sur une thématique spécifique* » a été citée spontanément³ et que, dans 12,7 % (18/142) des réponses, d'autres propositions ont été faites : binômes spécialistes, appui des spécialistes par activité (ou par secteur d'activités), appel au MISP si besoin, etc.

Par ailleurs, l'analyse des réponses à la question 5 bis montre qu'il y a **une relation hautement significative entre la désignation des binômes actuels et celle de groupes « spécialisés » sur une thématique particulière (p < 0.0001)**. D'après les répondants, la lecture des dossiers d'ERSEI devrait donc idéalement s'appuyer sur les binômes actuels et développer une « expertise » de groupe sur une thématique particulière (Voir partie 3 : discussion et préconisations).

Le dispositif de soutien : pour les répondants, le MISP référent devrait bénéficier des formations suivantes (cf. question B1) pour l'analyse des dossiers d'ERSEI : évaluation des risques sanitaires/Écorisque (105/142 ; 73,9 % des réponses) et formation en toxicologie (74/142 ; 52,1 % des réponses).

Pour les répondants, le référent du SSE devrait bénéficier des formations suivantes (cf. question B2) pour l'analyse des dossiers d'ERSEI : évaluation des risques sanitaires/Écorisque (99/142 ; 69,7 % des réponses) et modélisation des risques (75/142 ; 52,8 % des réponses).

¹ Voir la circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004.

² Notons que le MISP seul n'a été mentionné que dans 2,1 % (3/142) des réponses.

³ Pour la question 5 bis, une seule réponse était normalement attendue.

Tableau V. Formations dont devrait bénéficier le MISIP et le référent SSE pour l'analyse des dossiers d'ERSEI.

<i>Formations</i>	<i>MISIP</i>		<i>Référent SSE</i>	
	<i>Nombre*</i>	<i>(%)</i>	<i>Nombre*</i>	<i>(%)</i>
Évaluation des risques sanitaires/Écorisque	105	(73,9)	99	(69,7)
Formation en toxicologie	74	(52,1)	56	(39,4)
Gestion des risques environnementaux	52	(36,6)	69	(48,6)
Épidémiologie	46	(32,4)	119	(16,2)
Connaissances industrielles : <i>process</i> , etc.	20	(14,1)	63	(44,4)
Modélisation des risques	36	(25,4)	75	(52,8)
Connaissances des données sanitaires : mortalité, morbidité	47	(33,1)	24	(16,9)
Autre†	10	(7,1)	13	(9,2)

* Pour 142 répondants.

† Pour le MISIP, mentionnons : *aide à la lecture des VSEI* (formation citée trois fois).

Les binômes départementaux ou régionaux ne disposent pas, selon l'enquête, d'informations suffisantes sur le corpus juridique lié aux dossiers d'ERSEI (cf. question B3) **pour 72,5 % (103/142) des répondants.** Mais 21,8 % (31/142) d'entre eux ne se prononcent pas à cette question B3. Pour 5,6 % (8/142) des personnes enquêtées, les informations sur le corpus juridique sont jugées suffisantes et les renseignements utiles sont fournis principalement par l'OPERSEI, le RESE, les CIRE (et l'InVS). Pour d'autres, la jurisprudence administrative notamment peut être aussi obtenue à l'aide du réseau Internet.

Pour une meilleure analyse des dossiers d'ERSEI, les répondants pensent qu'il faudrait améliorer en priorité (cf. question B4) **la disponibilité (libérer du temps de travail : 113/142 ; 79,6 % des enquêtés), la formation (85/142 ; 59,9 % des enquêtés) et les outils (application informatique, référentiels : 64/142 ; 45,1 % des enquêtés) ;** viennent ensuite la communication (travailler en collaboration : 56/142 ; 39,4 %), l'organisation (35/142 ; 24,6 %) et d'autres propositions (14/142 ; 9,9 %) comme la création d'une base de données « molécules et modèles », l'élaboration d'une liste de spécialistes par activité (ou bien par secteur) ou l'instauration d'une collaboration plus importante avec les DRIRE.

Au niveau départemental :

Tableau VI. Pratiques professionnelles et binômes référents départementaux|| pour la lecture des dossiers d'ERSEI.

Questions pour les référents des binômes départementaux	Oui		Non		Pas déterminé		Total	
	Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)
Question C1*	33	(33,3)	39	(39,4)	27**	(27,3) **	99	(100)
Question C2†	36	(37,5)	60	(62,5)	/††	/††	96	(100)
Question C3‡	45	(46,4)	41	(42,3)	11‡‡	(11,3)‡‡	97	(100)
Question C5§	31	(31,9)	46	(47,4)	20‡‡	(20,6)‡‡	97	(100)

* Êtes-vous actuellement satisfait du fonctionnement du binôme MISP/référent du Service Santé Environnement au sein de votre département ?

† Dans votre département, en tant que référent DDASS, avez-vous déjà orienté les pétitionnaires vers les sources de données sanitaires existantes lorsqu'ils sont sollicités ?

‡ Dans votre département, le binôme départemental at-il recours pour la lecture des dossiers d'ERSEI à une « expertise » extérieure (contacts téléphoniques ou autre, hors DRASS) ?

§ Selon vous, pour votre département, le dispositif de soutien pour la lecture des dossiers d'ERSEI (outils techniques, formation...) est-il suffisant ?

|| 119 référents de DDASS ont adressé leurs réponses.

¶ Le questionnaire a été adressé à 204 référents départementaux.

** Réponses correspondant à la proposition « Pas de binôme identifié à la DDASS ».

†† Pas de proposition « Je ne sais pas » possible.

‡‡ Réponses correspondant à la proposition « Je ne sais pas ».

Les référents départementaux ayant répondu à l'enquête en déclarant ne pas être satisfaits du fonctionnement du binôme localement (cf. question C1) déplorent essentiellement le manque de disponibilité du MISP (18/39 ; soit pour 46,1 % des réponses). Beaucoup de personnes enquêtées ne se sont pas prononcées sur ce fonctionnement compte tenu de l'absence de binôme identifié.

Peu de référents de DDASS ont orienté les pétitionnaires vers des sources de données sanitaires lorsque l'un des membres du binôme a été contacté (cf. question C2). Mais l'absence de sollicitation par les pétitionnaires (22/39 ; 56,4 % des réponses) est surtout objectée.

En dehors des contacts auprès des référents régionaux, le binôme référent départemental a recours à une « expertise » extérieure¹ (cf. question C3) pour un peu moins de la moitié des répondants (45/97 ; 46,4 % des réponses). Parmi les organismes contactés², ont été cités : principalement les CIRE (31 fois), la structure « ENSP OPERSEI » (cinq fois) ;

¹ Bien qu'exclu de la question C3, le recours aux référents régionaux ont été cités cinq fois.

² CAP : Centre anti-poison. INERIS : Institut national de l'environnement industriel et des risques. INRS : Institut national de recherche sur la sécurité. ORS : Observatoire régional de la santé.

viennent ensuite la DGS, les autres DDASS et les ORS (quatre fois pour chacun d'entre eux) puis l'InVS et l'INERIS¹ (trois fois pour chacun d'entre eux) ; après, sont nommés les CAP (deux fois) puis enfin l'ADEME², l'INRS et l'Institut Pasteur Fondation (une seule fois pour chacun d'entre eux).

Dans les départements, le référent du SSE est habituellement porteur de l'avis de la DDASS lors des réunions du Conseil départemental d'hygiène (cf. question C4) ; le MISIP n'est pas vraiment le « représentant » de la DDASS pour les dossiers d'ERSEI. Le référent du SSE est porteur de l'avis de la DDASS pour 88,6 % (86/97) des réponses contre 2,1 % (2/97) pour le MISIP ; les deux sont porteurs de l'avis de la DDASS (5/97) pour 5,2 % des réponses.

Dans 47,4 % (46/97) des réponses, les référents départementaux indiquent que le dispositif de soutien pour la lecture des dossiers d'ERSEI ne leur apparaît pas suffisant (cf. question C5) : le manque de formation (formation approfondie : 10/42 ; 23,8 % des réponses des référents DDASS) et le manque de référentiels (10/42 ; 23,8 % des réponses des référents DDASS) sont principalement cités.

Au niveau régional : la plupart des référents régionaux (c'est-à-dire 65,6 % des répondants en région) n'ont pas renforcé un fonctionnement en réseau depuis 2001 (cf. question D1) ; le développement d'une expertise technique interne à la DRASS repose sur la constitution de groupe de travail régional³ (4/32 ; 12,5 % des réponses) et aucune thématique précise n'est déterminée (4/32 ; 12,5 % des réponses). Toutefois le secteur « sites et sols pollués » est présenté comme une thématique majeure.

L'intensification des liens entre les référents régionaux et les services instructeurs des projets soumis à une étude d'impact est aujourd'hui plus perceptible. Mais cette intensification a lieu uniquement pour la DRIRE (cf. question D2) pour 51,5 % (17/33) des référents régionaux.

En ce qui concerne les substances chimiques, les référents régionaux ont peu recours à une expertise toxicologique (cf. question D3) pour 67,7 % (21/31) des réponses exprimées. Les questions les plus fréquemment posées concernent surtout la problématique liée au plomb et la réhabilitation des sols pollués. Mais le choix des VTR est aussi évoqué par les ingénieurs. Les organismes contactés, le plus souvent, sont : la DGS, les CIRE et l'OPERSEI (trois fois pour chacun d'entre eux) ; viennent ensuite l'INERIS (deux fois) puis l'ADEME, l'INRA⁴ et les CAP (une fois pour chacun d'entre eux).

¹ INERIS : Institut national de l'environnement industriel et des risques.

² ADEME : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie.

³ Il s'agit souvent de GEP (P).

GEP(P) : Groupe d'échanges des pratiques (professionnelles).

⁴ INRA : Institut national de la recherche agronomique.

La gestion des dossiers d'ERSEI par les référents régionaux en 2004 (cf. question D4) a conduit 73,3 % (22/30) des répondants des régions à consulter le dossier du RESE sur les ERSEI et 66,7 % (20/30) d'entre eux ont assisté aux réunions organisées par la DGS pour la lecture des dossiers d'ERSEI. Exactement la moitié des référents régionaux (15/30, soit 50,0 %) ayant répondu à l'enquête ont suivi une formation spécifique durant l'année (base : année 2004). Les formations citées concernent principalement :

- la toxicologie (citée cinq fois) : bases de données toxicologiques en santé publique, formations par l'INERIS ;
- les formations centrales (DGS, InVS, Écorisque, ENSP) ou régionales (les CIRE, CEREFOC¹...).

▪ **Au total, 30 référents régionaux ont répondu à l'enquête ; ils sont issus de 21 DRASS différentes.**

Parmi les répondants, 18 référents régionaux ont indiqué le nombre de dossiers d'ERSEI provenant des départements de leur région et adressés à la DRASS en 2004 pour avis complémentaire : le nombre moyen de dossiers reçus est de 6,5 (extrêmes : 0 – 25).

Dans l'enquête, seulement 42,8 % (9/21) des DRASS ayant participé déclarent recevoir au moins un dossier des départements de la région administrative.

▪ **Au total, 119 référents départementaux ont répondu à l'enquête ; ils sont issus de 80 DDASS différentes².**

Parmi les répondants, 55 référents départementaux ont indiqué le nombre de dossiers d'ERSEI que le binôme a traité en 2004 dans le département : le nombre moyen de dossiers traités est de 14,9 (extrêmes : 0 – 101).

Dans l'enquête, seulement 31,2 % (25/80) des DDASS dont un (ou plusieurs) répondant(s) ont participé à l'enquête déclarent avoir un binôme identifié (le référent SSE ne travaille pas seul) **et** examiner au moins un dossier d'ERSEI dans le département (c'est-à-dire que le binôme départemental identifié est effectivement opérationnel).

▪ **Pour 52,9 % (63/119) des répondants de DDASS, aucun binôme référent ERSEI n'est identifié dans le département.**

¹ CEREFOC [DRASS] : Cellule régionale de formation continue [DRASS].

² En comptant les réponses de l'outre-mer.

Tableau VII. Pratiques professionnelles et binômes référents régionaux|| pour la lecture des dossiers d'ERSEI.

Questions pour les référents des binômes régionaux¶	Oui		Non		Pas déterminé		Total	
	Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)
Question D1*	11	(34,4)	21	(65,6)	/ **	/ **	32	(100)
Question D2†								
• DRIRE ¹	17	(51,5)	13	(39,4)	3	(9,1)††	33	(100)
• DSV	4	(12,1)	21	(63,6)	8††	(24,2)††	33	(100)
• DDE	1	(3,0)	22	(66,7)	10††	(30,3)††	33	(100)
• DIREN ²	3	(9,0)	22	(66,7)	8††	(24,2)††	33	(100)
Question D3‡	10	(32,2)	21	(67,7)	/ **	/ **	31	(100)
Question D4§								
• RESE	22	(73,3)	8	(26,7)	/ **	/ **	30	(100)
• OPERSEI	14	(46,7)	16	(53,3)	/ **	/ **	30	(100)
• DGS	20	(66,7)	10	(33,3)	/ **	/ **	30	(100)
• Autre	15	(50,0)	15	(50,0)	/ **	/ **	30	(100)

* Dans votre région, les référents régionaux ont-ils renforcé un fonctionnement en réseau (développement d'une expertise technique interne à la DRASS) depuis 2001 ?

† Pensez-vous aujourd'hui qu'il y ait une intensification des liens entre les référents régionaux et les services instructeurs des projets soumis à une étude d'impact ?

‡ Dans votre région, avez-vous déjà eu recours à une expertise toxicologique (information sur les effets, sur les valeurs toxicologiques de référence) sur une substance chimique ?

§ En ce qui concerne la gestion des dossiers d'ERSEI, en tant que référent régional, **en 2004** vous avez...

... consulté le dossier du RESE sur les ERSEI.

... consulté le site de l'OPERSEI.

... assisté aux réunions organisées par la DGS.

... suivi une formation spécifique.

|| 30 référents de DRASS ont adressé leurs réponses.

¶ Le questionnaire a été adressé à 46 référents régionaux.

** Pas de proposition « *Je ne sais pas* » possible.

†† Réponses correspondant à la proposition « *Je ne sais pas* ».

¹ Des difficultés ponctuelles ont été signalées, notamment la difficulté à obtenir des DRIRE des informations sur les rejets industriels, compte tenu de la législation actuelle concernant le secret industriel.

² DIREN : Direction(s) régionale(s) de l'environnement.

Depuis 1991, le Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement (MATE) s'est doté de services déconcentrés, les DIREN.

NB : ADEME, IFEN et INERIS ont été aussi créés en 1991. En même temps, la direction de l'eau et de la prévention des pollutions et des risques (DEPPR) a été scindée en deux autres directions.

- **Au total, 37 répondants de DDASS (soit 37/119 ; 31,1 % des enquêtés DDASS) ont indiqué la composition du binôme départemental identifié.** Lorsqu'un binôme est identifié dans un département donné, le nombre moyen de référents du SSE est de 1,40 (extrêmes : 1 – 3) contre 1,05 MISP (extrêmes : 1 – 2).
- Le nombre total de dossiers d'ERSEI que le binôme (opérationnel) a examiné dans le département¹ en 2004 (voir en annexe V : *figure 3*) et le nombre de dossiers d'ERSEI provenant des départements de la région adressés aux référents régionaux² en 2004 (voir en annexe V : *figure 4*) permettent d'apprécier le recours des référents départementaux à leurs homologues régionaux.
- L'information en retour (ou rétro-information) a été demandée dans 59,2 % (84/142) des réponses. Lors de l'enquête, 94 adresses *e-mail* ont été communiquées pour un retour d'information (programmé pour septembre 2005).

2.2.2 L'apport de l'enquête nationale et des entretiens effectués

Le fonctionnement du dispositif en 2004 pour la lecture des dossiers d'ERSEI peut être réalisé à partir de l'analyse critique des données recueillies.

Dans l'enquête, les résultats quantitatifs ont montré une disparité dans la répartition des binômes référents ERSEI sur le territoire et une hétérogénéité dans l'organisation du dispositif général dans les départements et les régions.

A) Pratiques professionnelles générales³.

Les référents ERSEI sont peu identifiés : nous pouvons citer quelques exemples où l'identification du binôme référent n'est pas claire pour certains pairs :

¹ Intérêt : pour une connaissance des départements où les études d'impact sont plus nombreuses ; voir les préconisations plus spécifiques dans ces DDASS (par exemple, renforcement du dispositif de soutien régional, nombre d'ETP plus important...).

² Intérêt : pour la connaissance des régions où les binômes référents régionaux sont sollicités par les départements ; voir les préconisations plus spécifiques dans ces DRASS (par exemple, renforcement du dispositif de soutien national, nombre d'ETP plus important...).

³ La typologie des pratiques professionnelles présente entre autre le rôle du binôme départemental, la collaboration possible ou pas, les représentations du champ de compétence de l'autre et la communication.

1^{er} exemple : « [...] par l'IGS [nom] qui a été référent ERSEI d'avril 2002 à fin 2003, mais qui ne l'est plus. [...] dans la mesure où je ne suis pas référent ERSEI et qu'il n'y a plus de MISP référent ERSEI à la DRASS. » [MISP stagiaire, DRASS]

2^{ème} exemple : « Pas facile ici de savoir quel est le médecin qui s'occupe de santé environnement : il y a quelques problèmes internes à ce sujet... délicat... » [MISP, DDASS/DOM-TOM]

Dans la plupart des départements les binômes référents *identifiés* pour la gestion des dossiers d'ERSEI ne sont pas toujours opérationnels : le médecin inspecteur dont la fiche de poste mentionne son implication en santé environnementale n'a, de fait, que peu de temps à consacrer à cette activité même s'il est intéressé par cette thématique. Bien que la lecture des dossiers d'ERSEI soit une priorité de santé publique, comme le médecin inspecteur, l'ingénieur évoque aussi l'importance de la gestion du temps. C'est donc, de manière générale, la disponibilité du référent du SSE mais surtout celle du médecin inspecteur qui pose les problèmes les plus importants :

« En [département], chaque dossier est examiné par une petite équipe et le médecin comme l'ingénieur en font partie. Toutefois vu l'emploi du temps très chargé des médecins tous les dossiers ne sont pas examinés par lui. Seuls lui sont présentés les points relevant de sa compétence ou ayant un impact médical. » [IGS, DDASS]

Dans certaines DDASS où peu de dossiers d'ERSEI sont déposés, la valorisation de compétences spécifiques à une thématique ne peut s'effectuer correctement :

« Malheureusement ces VSEI s'ajoutent à une fiche de poste déjà très longue dans une petite DDASS comme la mienne. Il faudrait donc se former et avoir le temps dévolu à cette activité [...] (La solution serait vraisemblablement d'avoir un MISP « dédié » santé environnement ! Combien d'autres sujets nous intéressent (MISP + SSE) ! » [MISP, DDASS].

« La majorité des dossiers est vue par SE. Le MISP intervient que ponctuellement faute de temps. De ce fait, les connaissances acquises à Écorisque s'évaporent progressivement et ma compétence diminue.

[...] Mais je suis également sur de nombreux autres dossiers. De ce fait, j'estime ne pas consacrer le temps suffisant à ces dossiers pour maintenir mes connaissances à un bon niveau et, en pratique, c'est [le] SE qui fait le boulot. Ce n'est pas satisfaisant mais c'est la réalité. » [MISP, DD/DRASS]

Les MISP au sein des binômes référents : de manière générale, le MISP est perçu par son collègue du service santé environnement comme « surchargé », parfois comme manquant d'investissement ou de formation en santé environnementale.

Pour le référent du SSE, toutes les ERS ne passent pas systématiquement par l'avis du MISP. La valeur ajoutée du MISP est décrite comme indéniable lorsque le dossier d'ERSEI est complexe¹, voire sensible. C'est l'acceptabilité du risque décrit pour des effets sans seuil qui gêne principalement les ingénieurs. Pour beaucoup de référents des SSE, le médecin inspecteur est incontournable notamment en cas de difficultés particulières :

« Un éclairage médical est indispensable pour les dossiers complexes. » [IES, DRASS].

« Le référent² traite seul les dossiers et interroge le MISP au cas par cas selon les besoins. » [MISP, DDASS].

Les dossiers « défendus » en CDH : lors des réunions du CDH, ce sont essentiellement les représentants du SSE qui sont porteurs des avis de la DDASS. Néanmoins, par son approche populationnelle, le MISP peut apporter une valeur ajoutée à la transmission de l'information en santé environnementale.

Les MISP peuvent parfois être « mis en avant » lorsque des problèmes particuliers existent sur les dossiers en santé environnementale. Pour beaucoup de répondants à l'enquête, les ingénieurs pourraient travailler seuls mais une « instrumentalisation de la parole du médecin » ne semble pas expliquer l'importance accordée par certains à l'apport des MISP au sein des binômes référents. Toutefois, l'ingénieur reste habituellement porteur de l'avis de la DDASS :

1^{er} exemple : « En poste depuis cinq ans dans le département de [nom] à mi-temps MISP [référent] santé environnement : j'ai participé à tous les CDH [...].

Les référents santé environnement, très spécialisés, étudiaient tous les dossiers. Pour ma part, j'en ai lu sur le fond deux ou trois dans leur totalité. Par contre, une réunion préparatoire la veille de chaque CDH permettait de définir une position DDASS.

Le MISP, par contre, au moment du CDH a tout son rôle pour convaincre, « vulgariser » le débat, et a une légitimité peu contestée en soutien à l'ingénieur.

Depuis [...] mois, en poste dans le [autre département], je ne connais pas le nombre de dossiers ! Il est difficile pour le référent santé environnement d'être performant et pointu (nombre de dossiers insuffisants pour avoir une grande technicité). La disponibilité du médecin n'existe pas, la participation du CDH épisodique. Une instruction régionale³ serait plus opportune.

En clair, les ERS : sujet difficile où il faut être spécialisé, et traiter un grand nombre de dossiers pour être performant (soutien intéressant via le RESE). La place du médecin :

¹ Notion commune de dossier « difficile ».

² Ici le référent ERSEI du service santé environnement.

³ Rappel : dans l'enquête effectuée, le niveau de la DDASS a été désigné comme étant idéalement le mieux à même d'assurer l'analyse des dossiers d'ERSEI par 73,9 % des référents enquêtés contre 20,4 % pour le niveau de la DRASS.

« lire les ERS » est utopique avec la diversité et la charge de travail actuelle. Sa participation au CDH en soutien est un plus par contre à défendre. » [MISP, DDASS].

2^{ème} *exemple* : « Remarque : le MISP référent n'est sollicité par le service santé environnement que s'il existe un risque inhabituellement étudié dans les VSEI, sinon tous les autres dossiers ne sont jamais vus par le MISP. Exemple : en 2004, sollicitée pour un avis sur un zoo. C'est le 2^{ème} département où je suis «référente », mais la première fois que je suis sollicitée, ou que je vais au CDH. Mais le MISP référent participe aux comités départementaux d'hygiène¹ [*sic*], et dispose donc du dossier final du rapporteur à ce moment. Si [il y a des] questions, j'en parle au service santé environnement avant, et je les pose en CDH, aux promoteurs ou aux personnes présentes (administrations, associations, etc.). » [MISP, DDASS].

Les ERSEI, un « domaine réservé » aux ingénieurs ? : le concept de « domaine réservé » aux ingénieurs est aussi évoquée par les médecins inspecteurs, notamment en DDASS. Mais le manque de données sur les industries apparaît gênant pour certains services santé environnement ; une des préoccupations essentielles des référents des SSE est de pouvoir identifier les substances émises (les industriels présentent souvent des substances où une norme réglementaire existe) :

« Les ingénieurs [préservent] leur sphère. » [MISP, DRASS]

« Les ingénieurs ne vont pas sur le champ de la maladie... [passer] d'un savoir-faire unique à une expertise pluridisciplinaire et même médicale. » [MISP, DRASS]

« Ce n'est pas une mission prioritaire des MISP, surcharge de travail des MISP et SE, SE ne pense pas à faire appel au MISP.

Les référents SE sont bien identifiés dans chaque département de la région et ont pu suivre quelques formations. Par conséquent, les référents régionaux ne sont pas toujours les mieux placés pour répondre aux questions parce qu'ils n'ont pas l'habitude de traiter les dossiers. Les questions sont donc posées par mail à tous les référents de la région et celui qui a la réponse répond avec une recherche particulière de la part du référent régional quand même,

On a mis en place un fichier Excel envoyé chaque mois par la DRASS aux DDASS pour répertorier les dossiers vus par les DDASS. Cela permet également aux DDASS d'avoir un aperçu des études d'impact de la région et de faire le lien entre différents dossiers ou de faire appel à un collègue d'une autre DDASS quand le dossier semble similaire. » [IGS, DRASS]

Néanmoins, certains médecins inspecteurs référents en santé environnementale ont souligné les difficultés du travail en binôme mais surtout l'importance de l'apport de la médecine et de la physiologie :

¹ La dénomination officielle est « conseils départementaux d'hygiène ».

« [...] mais nous n'avons pas la même vision. Nous les MISP, nous leur rappelons l'humain car les ingénieurs oublient cela.

Les visions sont différentes : nous les MISP, nous sommes dans l'humain, nous nous intéressons aux conséquences d'une réaction sur l'humain. Pour les ingénieurs, la turbine rejette du CO¹ et c'est l'essentiel. Nous les MISP, nous voyons les intoxications au CO possibles. » [MISP, DRASS]

B) Dispositif de soutien des DDASS

Des connaissances hautement spécialisées : la formalisation des avis et une meilleure connaissance des enjeux semblent découler de l'application de la circulaire DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001. Pour beaucoup, cette circulaire a bien précisé le cadre d'intervention des services déconcentrés. De plus, depuis 2001, des formations ont été proposées et une certaine « prise de conscience » de la problématique à régler a aussi été évoquée par certains répondants à l'enquête. Toutefois, la spécialisation apparaît comme nécessaire pour des avis au niveau des départements :

« Une difficulté que nous rencontrons à la lecture des ERSEI, c'est d'évaluer la pertinence de la modélisation utilisée et des variables entrées dans le modèle mathématique. Malheureusement, je pense que ni les ingénieurs ni les médecins n'ont suffisamment de connaissances dans ce domaine. C'est certainement un des points fondamentaux sur lequel devraient porter les formations à la lecture des ERSEI. » [IES, DDASS]

« Même avec une formation adaptée, [...] difficulté au niveau départemental de rester compétent sur des sujets très pointus vu le caractère très vaste du champ de compétence attendu et la rareté du nombre de dossiers par type d'activité. » [binôme MISP et IES, DDASS].

Le manque de référentiels pratiques : la nécessité de disposer de davantage de référentiels pour développer le cadre technique de lecture des dossiers d'ERSEI a souvent été soulignée :

« Pas de référentiels « de terrain » : les guides (InVS, INERIS) restent trop conceptuels, en particulier pour les petites installations. [...] développe sa propre grille de lecture et d'aide à la rédaction de l'avis, ce qui doit conduire à une certaine hétérogénéité dans l'instruction des dossiers². Pas de référentiel national sur les bases de données toxicologiques, sociales et environnementales (VTR, budgets espaces temps, etc.). Là aussi, chaque département effectue sa propre « cuisine », avec pour conséquences un énorme gaspillage de temps et un manque d'homogénéité. » [IES, DDASS].

¹ CO : monoxyde de carbone.

² Le binôme donne un avis, il ne s'agit pas de pré-instruction (voir en annexe I).

« Il me semble nécessaire de développer les guides méthodologiques sectoriels pour aider les instructeurs et les référents dans l'étude des dossiers.

Par ailleurs, il semble également opportun de développer la démarche d'évaluation des risques par zone industrielle ou zone géographique « à risque » ; ceci, dans la perspective d'aménagement du territoire et dans une meilleure démarche de santé publique et de prévention des risques... » [IES, DDASS]

Dans l'enquête, les ingénieurs ont souvent fait des remarques pratiques sur le dispositif actuel et les orientations en cours pour faciliter la lecture des dossiers d'ERSEI :

« La mise en place du logiciel permettant de recenser au niveau national toutes les données sur les ERSEI sera un grand pas de plus. » [IGS, DDASS].

Le difficile choix des VTR : indices toxicologiques par excellence, les VTR établissent le lien entre une exposition à une substance toxique et la survenue d'un effet indésirable en santé. Les VTR sont spécifiques de la durée et de la voie d'exposition et sont fournies par des instances internationales ou des structures nationales. Toutefois, selon l'AFSSE¹, il n'existe pas actuellement de structure française déterminant des VTR.

Un positionnement national pour les VTR est donc souhaité par certains ingénieurs qui éprouvent de difficultés effectives² vis-à-vis des seuils admissibles notamment pour les substances cancérigènes :

« Quel niveau d'expertise attend-on des DDASS sur les VTR et les modèles ? » [IES, DRASS].

Dans l'enquête, quelques ingénieurs³ surtout ont fourni des annexes (non demandées dans l'enquête) pour mettre l'accent sur un certain nombre d'interrogations jugées importantes :

« Choix des VTR : [...] comment le technicien de DDASS [peut trancher la question des VTR] ? [...] de proposer des VTR en distinguant les effets (aigu/chronique, seuil/sans seuil) et les voies d'exposition.

[...] Je suis convaincu que le choix des VTR, qui est uniquement un débat scientifique et ne demande pas de décision politique, peut et doit être tranché au niveau national.

[...] Que doit-on regarder exactement dans les dossiers que l'on nous soumet, jusqu'où va-t-on dans notre analyse, comment se situe-t-on (conseil, avis, expertise), peut-on imposer des moyens, etc. ? Je pense qu'il est indispensable que le ministère soit informé de

¹ AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE ENVIRONNEMENTALE. *Glossaire* [en ligne]. AFSSE, 2004 [visité le 27.12.2004]. 4 p. Disponible sur Internet : <<http://www.afsse.fr/glossaire.php>>.

² Le PNSE 2004-2008 mentionne : « [...] parmi 100 000 substances chimiques [dont 30 000 sont vendues en quantité supérieure à une tonne par an en Europe], seules quelques milliers ont déjà fait l'objet d'une évaluation approfondie des risques sanitaires qu'elles sont susceptibles de présenter. »

³ Des notes de travail (en groupe) ou des réflexions personnelles ont été annexées au questionnaire surtout par les référents des services santé environnement.

l'hétérogénéité qui règne actuellement dans les départements dans le traitement des dossiers (et même souvent, dans un même service, d'une personne à l'autre)... » [IGS, DDASS].

Des collaborations forcément utiles : parmi les services de l'État, la DRIRE a été désignée comme un partenaire essentiel pour la lecture des dossiers d'ERSEI par les services déconcentrés du ministère chargé de la santé :

« Travailler en collaboration avec la DRIRE qui connaît bien les dossiers, et permettrait de gagner du temps pour analyse des ERSEI. Organiser des contacts avec la DRIRE et la DSV pour les élevages classés pour améliorer l'efficacité. » [IES, DDASS].

Un recours partiel aux référents régionaux : le recours aux référents régionaux serait donc partiel et, par exemple, certaines DDASS solliciteraient souvent directement la CIRE.

Le dispositif de soutien pour la lecture des dossiers d'ERSEI intéresse la formation et les outils techniques pour la lecture des dossiers ERSEI. Le manque de référentiels et d'outils pour garantir des lignes de conduites a été souligné ; la culture de l'évaluation du risque serait à développer et les outils informatiques seraient une des voies de développement de cette culture de l'évaluation du risque.

De manière générale, les référents régionaux pour les dossiers d'ERSEI ont essentiellement renforcé un fonctionnement en réseau en créant des groupes de travail régionaux. Aucune thématique précise ne ressort hormis les formations régionales « sites et sols pollués ».

Vers de « nouveaux » référents ? : dans le cadre de son rôle de pilotage des services déconcentrés, la DGS pilote ou participe déjà à des groupes de travail sectoriel.

Le regroupement des « professionnels ERSEI » sur une thématique particulière a été évoqué dès les entretiens préalables à l'enquête. La détermination du nombre de binômes référents spécialisés selon une activité (ou un secteur d'activités) doit dépendre du nombre de dossiers spécifiques d'ERSEI à traiter (cf. *tableau VIII*). Dans l'enquête, il a été suggéré souvent de disposer d'un groupe « expert » national pouvant travailler « en direct » avec les référents régionaux après qu'ils aient été eux-mêmes sollicités par les DDASS. Par exemple, des binômes départements « spécialisés » pourraient jouer le rôle de co-lecteurs des dossiers d'ERSEI déposés dans une DDASS donnée :

« Le binôme est indispensable ; mais selon les dossiers pas nécessaire à poids égal. Des binômes (luxe !) pourraient éventuellement se spécialiser selon des thématiques : entrepôts, décharges, types d'usine ou types de polluants... » [MISP, DDASS]

Dans l'enquête, d'autres propositions ont été également présentées :

« Dans la pratique, le MISP est très peu sollicité pour la lecture des ERSEI. En effet, la plupart des dossiers ne nécessitent pas l'expertise d'un médecin. Par contre, le rôle du

médecin est plus important pour la gestion des dossiers de sols pollués (évaluation détaillée des risques). Dans le [département], le MISp ne lit pas l'évaluation détaillée du risque (EDR). Mais il est parfois sollicité pour participer à la définition de consignes sanitaires et à certaines réunions publiques avec la population impactée par la pollution du sol ou de la nappe souterraine.

[...] Le rôle du MISp devrait se limiter à la proposition et/ou à la validation de consignes sanitaires pour ces dossiers après analyse par les ingénieurs. » [IES, DDASS]

« La collaboration MISp – ingénieur devrait être portée essentiellement pour les dossiers de sols pollués (Evaluation Détaillée des Risques) car pour ces dossiers les risques sont réels et les données environnementales sont le plus souvent réelles et non modélisées. » [IES, DDASS]

Par l'intermédiaire de programmes de suivi sanitaire, le MISp pourrait (lorsqu'il y a, à la fois, une disponibilité et une formation adaptée) détecter des effets sur la santé susceptibles d'être causés par des facteurs environnementaux (et l'ingénieur détecter aussi des perturbations environnementales susceptibles de préfigurer des risques sanitaires) :

« Pour les ERSEI, l'avis du MISp est rarement nécessaire. Les activités nouvelles doivent répondre à des normes de rejet suffisamment strictes pour ne pas générer d'impact sanitaire a priori. Cependant, leur implication pourrait porter, dans les cas d'activités connues pour être susceptibles d'avoir un impact sur la santé, de proposer des programmes de suivi sanitaire de la population. » [IES, DDASS]

« [...] Importance de prendre en compte les populations exposées. [ERSEI] pourraient nécessiter une visite sur les lieux qui est rarement faite avant l'avis par les services DDASS. Les bureaux d'études se fondent essentiellement sur les normes et la réglementation sans discuter les hypothèses vraiment. » [MISp, DDASS].

Les diverses expériences rapportées spontanément dans l'enquête principalement par les ingénieurs peuvent nous orienter pour une discussion sur la lecture des dossiers d'ERSEI et pour quelques préconisations (voire même pour un questionnement en sociologie des organisations ou, en Europe, sur les EIE)¹.

¹ EIE : Étude d'impact environnementale [en Europe].

3 DISCUSSION ET PRECONISATIONS

3.1 Discussion

Le fonctionnement du dispositif actuel peut être amélioré d'après les binômes référents eux-mêmes (l'expérience des référents a été sollicitée dans les réponses à l'enquête). De manière générale, on peut prendre en compte les points acquis et les obstacles rencontrés dans le fonctionnement des binômes en considérant des axes internes ou externes de progrès.

3.1.1 Les points acquis

A) La sécurité sanitaire environnementale

Le développement de la sécurité sanitaire environnementale est un élément fondamental à prendre en compte pour expliquer l'importance de disposer d'une lecture optimale des dossiers d'ERSEI.

Il est nécessaire que les binômes continuent à fonctionner dans les départements selon des procédures stables, claires et homogènes qui sont en partie¹ déjà établies dans certains départements et régions.

B) L'organisation fonctionnelle à partir des DDASS

Le dispositif fonctionnant actuellement est d'une grande lisibilité du fait de la constitution d'un binôme interlocuteur unique pour les dossiers d'ERSEI à partir du niveau départemental². Les modalités de fonctionnement de la lecture des dossiers d'ERSEI, à la lumière de la circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004, visent à créer des synergies ainsi qu'à améliorer la cohérence et la disponibilité de binômes référents notamment au niveau des DDASS³.

¹ Dans l'enquête, 31,2 % (25/80) des DDASS ont un binôme à la fois identifié et opérationnel (au moins un dossier d'ERSEI examiné en commun).

² Voir les circulaires DGS d'avril 2001 et de février 2004.

³ Par exemple, les services instructeurs (DRIRE, DDSV, DDE, etc.) des projets soumis à étude d'impact sont bien définis.

Cependant, l'externalisation du recours à une expertise au-delà des référents régionaux est un élément acquis dans la mesure où le contact avec le binôme référent régional a été un préalable avant tout autre contact (selon la circulaire, les référents régionaux doivent être contactés en premier recours).

Dans le questionnaire, la question D4 répond partiellement à une remarque de l'OPERSEI sur la fréquentation de son site Internet par les services de l'État¹ telle qu'elle est notifiée dans le rapport d'activités OPERSEI 2004².

Nous pouvons signaler entre autre que les approches croisées (c'est-à-dire les approches en relation avec l'interdisciplinarité) dans les ERSEI se trouvent enseignées dans les formations à la lecture des dossiers d'ERSEI.

Le travail en collaboration s'inscrit donc dans le cadre d'une mutualisation des moyens préconisée notamment par la DGS. L'apport de la collaboration entre MISP et référent(s) des SSE devrait idéalement conduire vers une synergie pour une meilleure performance. La mutualisation des moyens et des compétences est déterminante dans la mise en place du dispositif devant répondre à la circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004.

Toutefois, le dispositif des binômes actuels pour la lecture des dossiers d'ERSEI ne fonctionne pas nécessairement de manière optimale comme l'attestent les résultats de l'enquête.

3.1.2 Les obstacles rencontrés

Les obstacles rencontrés lors du fonctionnement de binômes pour la lecture des dossiers d'ERSEI peuvent être décrits en présentant les axes internes et externes intéressés.

A) Des axes internes intéressés

Les axes internes de progrès concernent principalement le dispositif mis en place, le fonctionnement des binômes ainsi que l'étendue du champ de compétences requis.

¹ En effet, l'étude a montré que (14/30) 46,7 % des référents régionaux ayant répondu à l'enquête avaient, en 2004, consulté le site de l'OPERSEI.

² LEGEAS M., MAZURET O. *Bilan d'activité en 2004 de l'Observatoire des pratiques de l'Evaluation des Risques Sanitaires dans les Etudes d'Impact (OPERSEI)*. Version de janvier 2005 [en ligne]. Rennes : ENSP, 2005 [visité le 08.06.2005]. 15 p. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/etud_impact/bilan04c_ei3.pdf>.

Un dispositif incomplet : la présence de binômes départementaux n'est pas une constante ; il est impératif que les partenaires au sein du binôme soient réunis autour d'un projet commun (comme le service public, l'intérêt général) ou d'un objectif technique consensuel (comme, par exemple, émettre un avis conjoint) définis implicitement entre eux.

Une certaine faiblesse du fonctionnement des binômes pour la lecture des dossiers d'ERSEI : les évolutions techniques peuvent être à l'origine du développement des risques sanitaires et donc les connaissances requises des binômes demanderaient une actualisation continue au sein d'un réseau structuré mobilisateur.

Par ailleurs, le médecin inspecteur et l'ingénieur sanitaire ont des tâches ardues dépassant certes la seule lecture des dossiers d'ERSEI mais néanmoins s'y rattachant. La « veille environnementale » conduit à identifier des situations nouvelles permettant de reconsidérer les pratiques et dispositions jusqu'alors retenues. De même, l'organisation fonctionnelle des binômes doit suivre cette évolution pour rester pôle d'excellence dans le domaine des ERSEI.

Une faible disponibilité de chacun : la pratique de la lecture des dossiers d'ERSEI n'est pas une activité quotidienne à plein temps dans les services déconcentrés du ministère chargé de la santé. Dans ces conditions, la disponibilité de chacun des membres du binôme doit être envisagée par rapport à d'autres missions parfois toutes aussi prioritaires.

Ainsi, le manque de moyens (de temps, de ressources humaines) est un problème crucial qui a été souvent soulevé (Aschieri & Grzegorzulka, 1999 ; p. 47) :

« [...] même s'il existe de réelles difficultés pour apporter des réponses scientifiques à certaines questions posées, le problème le plus important à résoudre paraît être celui de l'organisation durable des moyens de l'État pour détecter le plus en amont possible les produits à risque et pour gérer la réponse aux questions que se pose la population. »

Les exigences de la lecture des dossiers d'ERSEI, activité à dominante opérationnelle, renvoient à des obligations de résultats et de délais. La faible disponibilité du médecin inspecteur ou de l'ingénieur est un obstacle majeur à la bonne réalisation d'un travail en commun nécessaire pour émettre un avis technique conjoint.

La mise en œuvre des moyens opérationnels doit mobiliser des ressources humaines adaptées. Concernant la disponibilité des MISP, certains des répondants à l'enquête ont proposé que les services déconcentrés bénéficient de personnels supplémentaires pour permettre aux cadre A d'assurer pleinement leur mission en un premier temps et, éventuellement, de se spécialiser.

Un champ de connaissances requis très vaste : les binômes départementaux pour la lecture des dossiers d'ERSEI doivent travailler dans un domaine où les connaissances requises sont nombreuses (plusieurs disciplines), exigeantes (multitude de substances rencontrées) et changeantes (évolution des techniques et de la recherche) et où l'expertise environnementale est dispersée (nombreux organismes).

Le champ de connaissances pour les ERSEI comprend des matières physico-chimiques mais il est important de ne pas oublier les sciences biomédicales¹ :

« La médecine de l'environnement est la discipline qui étudie par quels mécanismes et dans quelle mesure les facteurs naturels ou artificiels de l'environnement de l'homme peuvent influencer sur sa santé. Elle détermine également les éléments d'appréciation sur lesquels pourront être fondées les actions préventives pour améliorer le milieu et ainsi diminuer les risques pour la santé de la population et de l'individu.

Bien qu'orientée vers les sciences médicales, la médecine de l'environnement est multidisciplinaire et aborde de nombreux aspects physiques, chimiques, biologiques et même sociologiques. »

Les médecins inspecteurs impliqués dans la lecture des dossiers d'ERSEI utilisent incontestablement des connaissances en médecine de l'environnement qui doivent être absolument valorisées.

B) Des axes externes intéressés

Les axes externes de progrès concernent principalement tout ce qui est extérieur au binôme référent mais dont certains aspects interviennent sur le fonctionnement de la lecture des dossiers d'ERSEI.

Le «dehors» et le «dedans» des services déconcentrés du ministère chargé de la santé : à l'instar d'autres secteurs de l'État, les services déconcentrés du ministère chargé de la santé (par l'exemple des dossiers d'ERSEI) mettent l'accent sur la difficulté permanente « de gérer simultanément les procédures prévues par la loi, les obligations, priorités et urgences liées au contexte local ainsi que les demandes formulées par les administrations centrales. » (Aschieri & Grzegorzulka, 1999 ; p. 44) :

« La limitation à la source des émissions liées aux activités humaines se heurte à la faiblesse des moyens de suivi et de contrôle de l'administration (550 postes à temps plein dans les DRIRE pour suivre 500 000 installations classées), dans le cadre de la réglementation française des ICPE, qui intégrera prochainement les exigences de la

¹ RYLANDER R., MEGEVAND Y. *Introduction à la médecine de l'environnement*. Paris : Frison-Roche, 1993. 151 p.

directive européenne 96/61/CEE « *Integrated Pollution Prevention and Control* » (IPPC). »
(ibid. ; p. 38).

Le cadre administratif entourant la lecture des dossiers d'ERSEI est complexe : de nombreux services déconcentrés interviennent en santé environnement, entre autre, les services vétérinaires et le service départemental de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole. Au niveau local (départemental principalement)¹, on peut citer la DDAF, la DDCCRF, la DDTEFP, la DDE, la DRIRE et les services de la préfecture (bureau de l'environnement) ainsi que la DDASS.

Toutefois, les CDH² ont un rôle d'expertise sur de nombreux dossiers mais le fonctionnement de ceux-ci est variable d'un département à l'autre (l'ouverture des débats à des sujets autres que l'instruction stricte des dossiers n'est pas toujours assurée).

Par exemple, le cadre juridique concernant les substances chimiques est complexe. Actuellement, peu de dispositions réglementaires permettent d'avoir une vision unifiée (ou globale) de l'ensemble des usages d'une substance (produits de santé évalués par l'AFSSaPS, produits alimentaires évalués par l'AFSSA, etc.)³. La gestion des produits chimiques par l'administration fait ainsi intervenir plusieurs ministères et la mise en œuvre des binômes référents pour la lecture des dossiers d'ERSEI est un rouage de plus dans les processus administratifs de l'évaluation des risques sanitaires.

Une évaluation des substances toxiques difficile : la démarche d'évaluation des risques sanitaires doit mentionner les hypothèses testées et fournir une aide à la décision ; la principale limite pour l'examen des dossiers d'ERSEI repose sur l'état actuel des connaissances et l'accès continu à l'information.

Cette question de l'examen des dossiers d'ERSEI se doit aussi d'être transposable à tout type de dossiers en fonction de l'activité ou du secteur d'activités intéressé (par exemple, ERS pour les stations d'épuration) ; parfois, des simplifications de cette démarche sont parfois proposées⁴.

¹ DDAF : Direction départementale de l'agriculture et de la forêt. DDCCRF : Direction départementale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes. DDTEFP : Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

² La composition et le fonctionnement du CDH sont définis par le décret n° 88-573 du 5 mai 1988 et celui-ci est placé sous la présidence du préfet.

³ AFSSA : Agence française de sécurité sanitaire des aliments. AFSSaPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

⁴ LEFTAH N. *Faisabilité du volet sanitaire des études d'impact. Cas des dossiers de stations d'épuration. Intérêts et limites de la démarche d'évaluation des risques*. Mémoire ENSP d'ingénieur du génie sanitaire : ENSP, Septembre 1999. 85 p [visité le 22.11.2004]. Disponible sur Internet : <<http://ressources.ensp.fr/memoires/1999/igs/leftah.pdf>>.

Néanmoins, ce sont les manques d'informations ciblées et de données spécifiques sur les VTR qui constituent les facteurs limitants de la phase d'évaluation des risques¹.

Une jurisprudence administrative conséquente : la veille jurisprudentielle actualisée peut permettre de disposer plus rapidement d'une jurisprudence commentée selon des critères précis de recherche. L'accès rapide à des données actualisées de jurisprudence administrative relative aux études d'impact serait utile d'après certains binômes : des décisions administratives liées aux dossiers d'ERSEI sont souvent annulées pour défaut d'évaluation des risques sanitaires (la nécessité de mettre en place une veille juridique et jurisprudentielle actualisée en santé environnementale a été évoquée, avant l'enquête, dès les entretiens initiaux).

Néanmoins, il est utile de signaler que le site Intranet du ministère chargé de la santé comporte en page d'accueil la rubrique « site d'informations juridiques »². La jurisprudence administrative sur ce dernier site couvre le domaine de la jurisprudence issue du Conseil d'État (CE), des cours administratives d'appel (CAA) et des tribunaux administratifs (TA). Les items « juridiction », « numéro de décision », « date de décision » et « thème » permettent de disposer de la jurisprudence exacte recherchée.

3.2 Préconisations et autres champs

3.2.1 Des préconisations

A) Des préconisations axées sur des acquis

L'enquête effectuée auprès des binômes référents départementaux et régionaux conduit à proposer des préconisations pour un renforcement du dispositif de lecture des dossiers d'ERSEI. Les résultats de l'enquête pourraient être utilisés pour envisager des actions concrètes susceptibles d'être mises en œuvre.

Les préconisations présentées sont issues de l'enquête et ont pour but d'optimiser l'organisation pour la lecture des dossiers d'ERSEI (comme le montre l'enquête) à partir

¹ CHEMIN F. *Méthode d'évaluation des effets sur la santé dans le cadre des dossiers de demande d'autorisation d'exploiter* [confidentiel jusqu'en 2001]. Mémoire ENSP d'ingénieur du génie sanitaire : ENSP, Septembre 1999. 115 p.

² La rubrique « site d'informations juridiques » du ministère chargé de la santé renvoie au site <<http://www.legifrance.gouv.fr>>.

des binômes actuels ; même si certaines d'entre elles demandent des investissements, une organisation optimisée n'oblige pas à une restructuration des services existants, plus lourde dans sa mise en œuvre. Toutefois, par exemple, disposer de binômes « spécialisés » par activité (ou bien par secteur d'activités) demande néanmoins des formations « à la carte » (enseignements plus spécialisés et ce, pour un nombre de référents plus réduit).

B) Des préconisations possibles

Les binômes actuels pourraient s'enrichir des compétences des MISP en « médecine et santé publique » ou bien en médecine de l'environnement et privilégier localement les approches populationnelles et l'évaluation des expositions (cf. préconisation n°1). Une certaine « spécialisation » des binômes départementaux par activité (ou par secteur d'activités) pourrait être bénéfique si, de manière parallèle, des efforts puissent être accomplis par rapport à la disponibilité de chacun (cf. préconisation n°2). Les dossiers d'ERSEI nécessitent que les binômes possèdent des formations propres au secteur d'activités concerné par l'implantation industrielle en question et, donc, que ceux-ci disposent aussi d'une expérience spécifique et d'une « boîte à outils » comprenant des bases de données et des référentiels précis (cf. préconisation n°3).

Préconisation n°1 : axée sur le dispositif existant principalement en privilégiant la valeur ajoutée des médecins inspecteurs notamment dans les approches populationnelles.

1. Il est nécessaire de repenser le dispositif mis en place pour la lecture des dossiers d'ERSEI et il est aussi nécessaire de redéfinir le fonctionnement des binômes pour la lecture des dossiers d'ERSEI.

Dans l'enquête, la question du fonctionnement des binômes départementaux et régionaux renvoie à la sécurité sanitaire environnementale dans sa composante préventive.

Les moyens mis en œuvre pour la sécurité sanitaire environnementale doivent permettre de répondre aux enjeux en question, notamment préventivement (Aschieri & Grzegorzulka, 1999 ; p. 26) :

« Face aux enjeux et aux évolutions de la sécurité sanitaire environnementale, les pouvoirs publics doivent se doter d'une capacité d'anticipation suffisante. L'ampleur de la tâche à accomplir impose de s'y attacher sans délai. Ils doivent donc réagir rapidement, s'ils ne veulent pas être contraints d'agir dans l'urgence. »

Le risque nul n'existe pas en santé environnementale ; ainsi, il est utile de définir avec les usagers un « risque acceptable » pour la société. La politique de sécurité environnementale, pour être efficace, doit bénéficier de l'acceptabilité sociale des processus mis en œuvre dans l'évaluation et la gestion des risques sanitaires. Le médecin inspecteur peut enrichir, avec l'ingénieur sanitaire, les débats publics en expliquant les effets de l'environnement sur la santé humaine.

La prise en compte du risque incertain (dans les études d'impact) est une attente exprimée par la plupart des personnes rencontrées mais aussi par celles qui ont répondu à l'enquête. Les possibles améliorations dans le fonctionnement des binômes pour la lecture des dossiers d'ERSEI sont au centre des préoccupations des référents eux-mêmes.

- 2. Faire intervenir les médecins inspecteurs sur des dossiers où leur avis technique est primordial : épidémiologie, toxicologie, « expologie¹ » (évaluation des expositions), etc.**
- 3. Impliquer aussi le médecin inspecteur dans les débats publics où prédomine l'approche populationnelle des effets sur la santé liés à l'environnement.**

L'intervention du MISP dans la lecture des dossiers d'ERSEI peut être une plus-value sous certaines conditions : par exemple, appréciation de l'acceptabilité des effets, approche conjointe de dossiers complexes ou sensibles.

Le contexte local dans lequel s'implantent les entreprises et les enjeux socio-économiques (industrie, énergie, agriculture, aménagements, transports...) qu'il est nécessaire de maîtriser constituent des éléments non négligeables en relation avec les ERSEI. Dans les binômes, les connaissances médicales du MISP lui permettent d'appréhender un contexte autre où s'expriment des aspects préventifs, diagnostiques ou thérapeutiques.

Les effets de la dégradation de l'environnement peuvent être parfois évidents et apparaître facilement détectables. D'autres effets plus ténus peuvent, toutefois, requérir des investigations médicales ou épidémiologiques plus lourdes pour permettre leur détection. La place du médecin inspecteur s'impose parfaitement dans ce type d'investigations et le médecin inspecteur est, au sein du binôme, à même d'appréhender les mécanismes biologiques souvent complexes qui interviennent dans la relation entre l'homme et les milieux. L'ingénieur, quant à lui, se positionnera davantage sur l'examen des mécanismes physiques ou chimiques.

¹ Terme employé, en 1999, par M. André Aschieri (député des Alpes-Maritimes) et Mme Odette Grzegorzulka (député de l'Aisne) dans leur rapport au Premier ministre.

Les médecins inspecteurs impliqués en santé environnementale devraient bien dominer la toxicologie afin d'apporter une valeur ajoutée plus conséquente.

Par l'intermédiaire de l'InVS (ou bien des CIRE), des études de cohorte, par exemple, pourraient prendre en compte des pathologies chroniques liées aux faibles doses.

Préconisation n°2 : axée sur un développement en réseau de binômes départementaux ayant une « spécialisation » par activité (ou par secteur d'activités) dans un cadre où la disponibilité¹ de chacun serait un préalable.

4. Dégager du temps et diffuser une culture du travail en commun en favorisant les échanges entre MISP et ingénieurs.

L'intervention du MISP dans la lecture des dossiers d'ERSEI nécessite entre autre du temps et des compétences. La disponibilité de chacun est mise en avant comme une nécessité avant même que la notion de compétences puisse être évoquée. Les formations des médecins inspecteurs et des ingénieurs orientent chacun des membres du binôme en direction de champs professionnels propres. Les «cœurs de métier» de chacun d'entre eux ne renvoient pas nécessairement à une culture commune même si, de plus en plus, les concepts de santé publique, d'intérêt général et de service public devraient les réunir les acteurs de santé.

Le triptyque « temps compétence enthousiasme » a été cité lors de l'enquête ; l'absence d'enthousiasme parfois perçu découle des manques de temps et de compétences spécifiques.

L'intervention du MISP est considérée, cependant, comme indispensable lors de lecture de dossiers complexes d'ERSEI.

Lorsque le fonctionnement du binôme départemental ne satisfait, ni le médecin inspecteur, ni l'ingénieur, les causes sont pour la plupart d'ordre organisationnel². Le manque de disponibilité et son corollaire, la gestion difficile du temps pour se consacrer à la lecture des dossiers d'ERSEI, sont préoccupants surtout pour le MISP : la disponibilité est donc un élément clef d'un fonctionnement correct des binômes.

Même lorsque le MISP intervient en santé environnementale, il n'a pas forcément la disponibilité ou les compétences techniques pour participer pleinement au travail en commun pour l'examen conjoint des dossiers d'ERSEI. Ce qui accentue le fait que,

¹ VANDENBERGHE M. *Les médecins inspecteurs de santé publique. Aux frontières des soins et des politiques*. Paris : coll. Logiques Sociales, L'Harmattan, 2002. 358 p.

² Il est nécessaire de bien s'imprégner du fait que le manque de temps est capital dans les échecs de fonctionnement décrits.

parfois, certains MISP considèrent que la lecture des dossiers d'ERSEI est un « domaine réservé » aux services santé environnement.

5. Développer la mutualisation des compétences pour la lecture des dossiers d'ERSEI entre les différents services de l'État (avec les DRIRE notamment).

La lecture des dossiers d'ERSEI comme toute expertise dans le champ santé environnement nécessite un travail collectif exigeant axé sur la pluridisciplinarité.

Depuis quelques années, un effort permanent a été mené pour assurer un fonctionnement en binôme de la lecture des dossiers d'ERSEI.

Compte tenu de la complexité des analyses à mettre en oeuvre, la lecture des dossiers d'ERSEI par les services déconcentrés du ministère chargé de la santé nécessite, de plus en plus, une gestion par des compétences transversales. L'intensification des liens avec les services instructeurs des projets soumis à une étude d'impact doit être recommandée. De plus, les contacts entre les services de la DRIRE et les DDASS sont garants de la gestion dynamique des dossiers d'ERSEI en cours et d'échanges de compétences (interactions entre les risques pour l'homme et les risques pour les écosystèmes). Ainsi, les points marginaux ou peu clairs des études d'impact pourraient être documentés ou abordés entre DDASS, DRIRE (instruction des dossiers d'ERSEI) et pétitionnaires.

6. Privilégier une lecture des dossiers d'ERSEI au niveau des DDASS par des binômes qualifiés s'apparentant à des groupes experts¹ sur une thématique spécifique.

Dans l'enquête, le département a été désigné comme lieu adéquat d'analyse des dossiers d'ERSEI. Le rôle du binôme référent est souligné avec, toutefois, le souci d'une réponse adaptée émanant d'un groupe sur une thématique spécifique. Par ailleurs, l'enquête a montré également la place réservée au référent du SSE.

La lecture des dossiers d'ERSEI demande de nombreux contacts notamment avec la région et les dossiers complexes appellent un travail commun du SSE avec le MISP, voire (pour certains répondants à l'enquête) avec la DDASS dans son ensemble. Mais la

¹ Une des solutions possibles consisterait donc à ce que les binômes se spécialisent peu ou prou (faisabilité de ce processus) : le binôme recevant le dossier travaillerait en collaboration avec un binôme, spécialisé dans une thématique, qui se situerait dans un autre département (même hors de la région où le dossier d'ERSEI a été déposé). La lecture des dossiers d'ERSEI s'effectuerait ainsi entre les deux binômes ; cette notion de rapporteur interdépartemental par thème a été évoquée dans l'enquête. La formation continue permettrait d'envisager cette « spécialisation » et d'aboutir à la désignation des binômes nationaux « experts ».

complexification des dossiers conduit à envisager un recours auprès des spécialistes ou de groupes experts sur une thématique spécifique.

7. Envisager l'appui d'experts « externes » inscrits sur une liste nationale selon les activités (ou les secteurs d'activités).

Les listes d'experts techniques qui travailleraient avec les binômes « spécialistes » (pour leur formation, pour l'expertise de substances particulières, etc.) pourraient être dressées par les services centraux de l'État (plusieurs ministères) et les établissements oeuvrant dans le champ de la sécurité sanitaire environnementale.

Par exemple, les compétences du ministère chargé de l'environnement pourraient enrichir les lectures des dossiers d'ERSEI et asseoir alors les avis des binômes référents.

L'expertise extérieure dont les binômes départementaux est plurielle et sort largement des articulations « départements – région » (le recours au binôme référent régional) décrites dans la circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004.

Le manque de réponses conduit notamment certains binômes départementaux à utiliser la messagerie Intranet du ministère chargé de la santé pour contacter les autres DDASS à la recherche d'une réponse. En pratique, on retrouve le recours à ce « système D » en DDASS pour les autres domaines que les médecins inspecteurs ou les ingénieurs ont à gérer. Cette pratique courante en services déconcentrés amène à s'interroger et est un argument supplémentaire pour l'activation d'un réseau ERSEI « spécialisé » (voire un réseau ERSEI EDR).

Préconisation n°3: axée sur la consultation de quelques binômes référents hautement spécialisés ayant une formation spécifique ainsi qu'une expérience en sécurité sanitaire environnementale et disposant d'une « boîte à outils » comprenant des bases de données et des référentiels précis.

8. La gestion des dossiers d'ERSEI requiert des compétences hautement spécialisées.

Les enjeux des ERSEI sont difficilement analysés, de manière générale, faute d'outils spécifiques à une thématique. Il est donc nécessaire de rassembler la masse critique d'expertise indispensable pour garantir la qualité d'une procédure élargie (le binôme du département où s'implante le projet, le binôme « spécialiste » de l'activité concernée et, éventuellement, le (ou les) expert(s) techniques des organismes du domaine environnemental). La priorité est ici d'organiser et de mieux coordonner les

compétences dispersées dans différents ministères et organismes professionnels (dans le respect des règles d'éthique et de l'indépendance des professionnels).

Les formations dont pourraient bénéficier le binôme (et en particulier le MISP) référent afin d'améliorer la lecture des dossiers d'ERSEI doivent tenir compte des trois étapes liées à la production de données, à l'évaluation des risques proprement dits (probabilité et gravité des effets de l'environnement sur la santé humaine) ainsi qu'à la gestion des risques (pour le traitement des risques inacceptables). Par ailleurs, d'autres types de formations plus pratiques peuvent être envisagés par l'examen de cas concrets ; l'étude de cas pratiques a été évoquée dans l'enquête.

9. Renforcer les formations en modélisation des risques (analyse des hypothèses, par exemple) et développer les formations sur les « sites et sols pollués » (pour des enquêtes environnementale et épidémiologique, pour réhabilitation...).

a) Le médecin inspecteur pourrait bénéficier des formations valorisant sa plus-value comme l'épidémiologie, la toxicologie et l'« expologie » (ou évaluation des expositions).

b) L'ingénieur, quant à lui, pourrait bénéficier entre autre de formations en écotoxicologie (ou toxicologie environnementale).

Le choix d'une formation, par référence à des objectifs ou des contraintes déterminées, doit tenir compte du meilleur rapport coût/bénéfice.

Les référents ERSEI des services Santé environnement se prononcent pour des connaissances plus spécialisées. L'importance de guides nationaux a été soulignée (InVS, INERIS, Internet...).

Deux points sont à souligner : tout d'abord, la part liée aux formations sur la modélisation des risques et, d'autre part (en marge des ERSEI), l'importance des études EDR (évaluation détaillée des risques) dans la mesure où les connaissances sur les « sites et sols pollués » et leur réhabilitation doivent servir, en amont, à mieux évaluer les risques sanitaires (et donc, indirectement, à mieux lire les dossiers d'ERSEI).

Les dossiers d'ERSEI sont bâtis sur des hypothèses émises compte tenu, souvent, de l'extrapolation aux faibles doses des effets constatés à des doses plus élevées. La vérification des hypothèses émises ou des modèles sur l'homme et les écosystèmes est particulièrement difficile et, de plus, des questions éthiques peuvent souvent se poser. Les formations pratiques pourraient s'orienter sur l'analyse des hypothèses puisque, dans les dossiers, celles retenues se doivent d'être explicitées.

De plus, l'ingénieur des DDASS, serait davantage orienté sur des formations à l'écotoxicologie (ou toxicologie environnementale)¹ auprès, par exemple, autour de l'INERIS et/ou du CEMAGREF (Centre d'études du machinisme agricole, du génie rural, des eaux et des forêts).

10. Mettre en ligne des bases de données² consultables immédiatement sur sollicitation des pétitionnaires (en cours actuellement).

Les binômes départementaux évoquent peu de sollicitation de la part des pétitionnaires notamment les médecins inspecteurs ; la DRIRE est davantage contactée par les industriels ou les cabinets d'études.

La mise en place avant décembre 2004³ d'une application informatique sur l'évaluation des risques sanitaires était prévue pour une meilleure gestion administrative des dossiers d'ERSEI et une harmonisation des avis des DDASS. Cette application informatique est actuellement en phase de test (DRASS de Rhône-Alpes).

Les bilans d'activités des binômes et l'état détaillé de situation par catégorie déterminée pourront être élaborés dans les départements et les régions ; la diffusion des éléments essentiels au sein de ce fichier informatique consultable (constitution d'une base de données nationale) permettra une meilleure mutualisation des compétences.

11. Développer et diffuser des référentiels techniques précis utilisables en pratique par des binômes référents et préciser un positionnement pour les VTR (besoin de référentiels nationaux sur les substances chimiques).

Dans l'enquête, le dispositif de soutien au binôme départemental n'est pas toujours satisfaisant pour certains ingénieurs ou certains médecins inspecteurs.

La qualité des avis émis demanderait, pour beaucoup, le développement de référentiels spécifiques qui manqueraient d'après leurs dires. Mais le positionnement national pour les VTR est avancé, dans l'enquête, comme une nécessité.

¹ Le Programme national d'écotoxicologie (PNETOX) est coordonné par le MATE/SRAE et est géré par l'INERIS en tant que pôle national de recherche.
SRAE : Service de la recherche et des affaires économiques.

² Une application informatique a été réalisée ; elle a été élaborée en tenant compte les demandes des DDASS et des DRASS. En juin 2005, celle-ci est en phase de test (DRASS de Rhône-Alpes).
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Évaluation des Risques Sanitaires dans les Etudes d'Impact. Version 1.11 [mise à jour le 24.05.2005]. [visité le 07.06.2005]. Disponible sur Internet : <<http://wls81sva.devel.ac.intranet.sante.gouv.fr:7070/ersei/>>.

³ COURRIER DE L'ENVIRONNEMENT INDUSTRIEL/ed. "Organisation des services du ministère chargé de la santé pour améliorer les pratiques d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact". *Courrier de l'environnement industriel* [en ligne]. Mai 2004, n° 244 bis [visité le 22.11.2004]. Disponible sur Internet : <<http://www.acfci.cci.fr>>.

Le manque de données disponibles sur les substances chimiques a été souligné dans l'enquête. Mais, il faut préciser que les données sur la toxicité des produits chimiques sont loin d'être toutes disponibles même sur le plan international (Aschieri & Grzegorzulka, 1999 ; p. 47) :

« [...] on constate un manque de données pour 75 % des 100.000 substances toxiques existantes et d'informations sur leur dispersion dans les milieux et les espèces animales et sur les effets toxiques associés pour l'homme et les écosystèmes. »

Il est nécessaire de préciser que, pour certains produits chimiques (notamment les plus récents), la réglementation n'est pas toujours actualisée ou présente.

12. Développer et permettre l'accès à une base de données actualisée sur la jurisprudence administrative concernant les ERSEI¹.

La jurisprudence pose une problématique de fond intéressante : les décisions administratives liées aux dossiers d'ERSEI sont parfois annulées, d'où la nécessité d'activer une cellule d'appui et de veille juridique.

Les binômes, de manière générale, ne disposent pas d'une information consultable immédiatement sur une jurisprudence administrative actualisée qui soit propre au domaine des ERSEI. Il serait donc intéressant de développer la veille jurisprudentielle (et juridique)² dans le domaine des ERSEI.

Le développement d'une base de données sur la jurisprudence administrative actualisée pour les ERS et les EDR pourrait constituer la réponse appropriée aux constats effectués dans l'enquête. Il faut, cependant, signaler l'existence d'une rubrique « site d'informations juridiques » en page d'accueil du site Intranet du ministère chargé de la santé.

3.2.2 D'autres champs concernés

A) En sociologie des organisations

La sociologie est une approche qui met les hommes et leurs actions au cœur de l'analyse organisationnelle et fait ressortir les limites de la rationalité ou de l'efficacité.

¹ En fonction de la faisabilité, celui-ci pourrait regrouper le champ des EDR ou des ERS, voire être propre au champ de la santé environnementale.

² La législation sur le secret industriel limite l'accès à des données utiles. Par exemple, l'accident de pollution du Rhin par les usines Sandoz à Bâle (zone transfrontalière et Suisse) aurait pu entraîner une meilleure réactivité des pouvoirs publics si certaines données écotoxicologiques, propriétés de l'entreprise, avaient été disponibles.

L'absence de culture commune (ou de langage commun) aggrave les cloisonnements entre différents services déconcentrés, voire même à l'intérieur de certains services déconcentrés. Des difficultés relationnelles parfois déjà latentes (hiérarchie, différence de statuts...) peuvent se trouver exacerbées par le cloisonnement entre services.

Par ailleurs, de plus en plus, la modernité substitue au concept de la confiance accordée à des personnes reconnues celui de la confiance en des systèmes et en des experts (les données chiffrées sont au cœur des rapports sociaux). Mais le besoin de prévoir les comportements de « l'autre » se retrouve dans toute organisation récente où aucun modèle n'est élaboré antérieurement et où le degré d'incertitude reste élevé. En réaction, pour un fonctionnement « correct », un réseau de relations et d'informations se met en place pour un contrôle « acceptable » de la situation vécue.

Aujourd'hui, dans un monde mouvant, l'organisation bureaucratique est déterminante (Bagla, 2003 ; p. 40)¹ : « L'emplacement des services et la répartition spatiale des bureaux visent à favoriser certains types d'interactions et à en décourager d'autres. »

La caractéristique de l'organisation et de la division du travail, mais aussi l'existence ou l'absence d'autres préoccupations, influencent grandement les rapports de forces entre partenaires.

B) Les comparaisons européennes et internationales

C'est, tout d'abord, le domaine des VTR qui nous ramène sur des comparaisons européennes ou internationales. Pour nous français (IFEN, 2002 ; p.257), le risque chimique pose problème par rapport, par exemple, à certaines données néerlandaises disponibles² :

« Au niveau national, on manque de données précises et différenciées selon les régions sur les paramètres d'exposition (habitudes de vie, habitudes alimentaires...). Pour celles qui existent, aucun document de synthèse ne les rassemble sous une forme facilement accessible. »

Au niveau européen, le principe de précaution en matière de protection de l'environnement et de la santé des personnes (art. 130-R du traité de Maastricht) est à la source de certains règlements et directives : aussi, en France, les données spécifiques aux modes de vie nationaux doivent être disponibles pour être pris en compte dans le respect de ce principe.

¹ BAGLA L. *Sociologie des organisations*. Paris : coll. Repères, La découverte, 2003. 2^{ème} ed. 122 p.

² IFEN : Institut français de l'environnement.
IFEN. *L'environnement en France, édition 2002*. Paris : La Découverte. Orléans : IFEN. 606 p.

La consommation européenne et mondiale produit, entre autre, des déchets à risque toxiques. Il apparaît que l'évaluation des déchets toxiques, à fort risque pour les populations, reste encore très incertaine¹. Dans le domaine des ERS liés aux perturbations de l'environnement, les travaux qui restent à accomplir sont donc très importants.

L'origine historique des EIE se situe aux États-Unis lors du *NEPA (National Environmental Policy Act)* de 1969. Puis les législations nationales sur les EIE ont été élaborées dans divers pays (en Europe et au Canada) au cours de la décennie 1970-1980.

Pour prendre un exemple, nous pouvons signaler, qu'en Grande-Bretagne, les EIE recueillent une large adhésion aux niveaux local et régional. De nombreux documents nationaux anglais assurent cette promotion : en 2003, la Grande-Bretagne mettait au point un guide pratique sur l'évaluation des EIE à l'attention des spécialistes. Une évaluation partielle de certaines EIE a été réalisée en Grande-Bretagne² et présentée en 2003 par l'agence officielle anglaise, *HDA (Health Development Agency, London)*³.

Le rapport d'étude d'impact sur l'environnement (en anglais : *EIS, Environmental Impact Statement*) est loin d'être une simple pièce à verser au dossier administratif d'un projet ; bien au contraire, l'étude d'impact contribue à l'amélioration du projet pour une meilleure intégration de celui-ci dans son environnement.

Cependant, les exemples étrangers ne fournissent pas de modèle opérationnel applicable directement en France. Il est donc nécessaire que le mouvement impulsé en France depuis 1996 par l'article 19 de la « LAURE » puisse continuer à se développer tout en prenant la mesure de l'évolution des pratiques professionnelles effectives dans un contexte de bouleversement du champ sanitaire⁴.

¹ DOMENACH H., PICOQUET M. *Population et environnement*, n° 3556. Paris : coll. « Que sais-je ? », PUF, 2000. 127 p.

² QUIGLEY R.-J., TAYLOR L.-C. "Health Impact Assessment. Evaluation as a key part of health impact assessment : The English experience". *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, vol. 81, n° 6, pp. 415-419.

HIA : Health Impact Assessment [Évaluation de l'impact sur la santé].

³ *HDA : Health Development Agency* [Agence de développement sanitaire (Londres, Grande-Bretagne)].

⁴ Voir les trois lois publiées en août 2004 touchant le domaine sanitaire : la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

CONCLUSION

Dans le cadre de la sécurité environnementale, l'action sur l'environnement s'effectue en amont des impacts sanitaires liés à la dégradation des milieux et des équilibres écologiques ; la lecture des dossiers d'ERSEI par les services déconcentrés du ministère chargé de la santé s'intègre dans cette problématique. L'action de l'État consiste à se prononcer sur les implications sanitaires des projets proposés, par les industriels ou les entrepreneurs, dans les études d'impact.

Les pratiques professionnelles des binômes référents départementaux et le dispositif de soutien régional ont été analysés (enquête statistique, avis à partir de questions ouvertes ou lors des entretiens préalables, etc.). En ce qui concerne la lecture des dossiers d'ERSEI, le constat initial effectué en région Languedoc-Roussillon a permis de rédiger un questionnaire afin d'examiner la situation générale dans d'autres régions et départements. L'enquête nationale, réalisée en avril 2005, montre l'hétérogénéité des fonctionnements des binômes référents et souligne les axes de progrès à accomplir. Parmi les DDASS répondant à cette enquête, un tiers d'entre elles, environ, ont un binôme référent opérationnel, c'est-à-dire ayant examiné au moins un dossier d'ERSEI au cours de l'année. La problématique liée à la valeur ajoutée du MISP mise à mal notamment par un manque de disponibilité n'est qu'un des axes principaux de progrès retenus ; il en existe d'autres plus ou moins prioritaires.

D'après l'enquête, le dispositif de lecture des dossiers d'ERSEI a donc « évolué » aux marges des normes édictées par les circulaires au sein des services déconcentrés du ministère chargé de la santé en prenant en compte la quotidienneté « de terrain » (manque de disponibilité, de formations, etc.) et les possibilités offertes par le tissu environnant (par exemple, recours aux autres DDASS et adaptations diverses). Ainsi, le constat local effectué dans la région Languedoc-Roussillon peut donc être considéré comme un « indicateur » de l'hétérogénéité de la pratique de lecture des dossiers d'ERSEI.

Dans le cadre d'une prospective (établie à partir de l'avis des répondants), il ressort une nécessaire « spécialisation » des binômes départementaux : il existe une relation hautement significative entre la désignation de binômes départementaux actuels et celle de groupes spécialisés par activité (ou par secteur d'activités) pour un travail en commun des référents. A l'issue de l'enquête nationale, les préconisations possibles sont axées également sur le développement d'un partenariat, sur la réalisation des formations

spécifiques et sur la mise à disposition d'une « boîte à outils » pratique (référentiels, VTR, jurisprudence, etc.). Toutefois, il est nécessaire de poser un regard critique sur la faisabilité des préconisations possibles et de considérer celles-ci, tout d'abord, en regard des recommandations des circulaires DGS du 11 avril 2001 et du 4 février 2004, mais également, en regard des constats « de terrain ». En effet, des aspects de sociologie des organisations entrent en jeu et le contexte européen ou international sur les EIE pourrait aussi amener à redéfinir, dans un proche avenir, la lecture des études d'impact et de leur volet sanitaire.

Le développement du concept d'évaluation des risques sanitaires (ERS) impose l'appropriation d'une culture commune par l'ensemble des acteurs concernés, c'est-à-dire les MISP et les ingénieurs des services déconcentrés du ministère chargé de la santé. Cette appropriation exige une rigueur accrue dans la gestion des dossiers d'ERSEI, qui repose notamment sur une méthodologie stricte d'analyse et sur une connaissance approfondie des risques en santé environnementale ainsi que sur une démarche logique de résolution des problèmes.

Ce qui, à moindre coût, pourrait être réalisé dépend en grande partie de la possibilité de réunir les acteurs de santé impliqués dans la lecture des dossiers d'ERSEI et, bien entendu, les binômes référents autour d'un objectif technique consensuel comme, par exemple, émettre un avis conjoint ou bien d'un projet commun oeuvrant pour le service public, l'intérêt général.

Sources et bibliographie

1. TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES, 1993. – Directive 93/67/CEE de la commission du 20 juillet 1993 établissant les principes d'évaluation des risques pour l'homme et pour l'environnement des substances notifiées conformément à la directive 67/548/CEE. JOCE (L) 227, 8 septembre 1993.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1996. – Loi n°96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1976. – Loi n°76-629 du 10 juillet 1976 relative à la protection de la nature. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1997. – Décret n°77-1141 du 12 octobre 1997 pris pour application de l'article n°2 de la loi n°76-629. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 2002. – Arrêté du 1^{er} juillet 2002 portant création d'un groupe de travail à caractère permanent « Observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact » au sein de la section des milieux de vie du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 2004. – Circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004 relative à l'organisation des services du ministère chargé de la santé pour améliorer les pratiques d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact [Bulletin officiel Santé n°8/2004]. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 2001. – Circulaire DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001 relative à l'analyse des effets sur la santé dans les études d'impact. Annexe de la

circulaire DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>.

DIRECTION DE LA PRÉVENTION DES POLLUTIONS ET DES RISQUES, 2000. – Circulaire DPPR/BPSE/EN/CD/10 n° 00-317 du 19 juin 2000 relative aux demandes d'autorisation présentées au titre de la législation sur les installations classées. Étude de l'impact sur la santé publique. Disponible sur Internet : <<http://aida.ineris.fr/textes/circulaires/text4132.htm>>.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 2000. – Circulaire DGS/VS3/2000 n° 61 du 3 février 2000 relative au guide de lecture et d'analyse du volet sanitaire des études d'impact. Disponible sur Internet : <<http://aida.ineris.fr/textes/circulaires/text4083.htm>>.

MINISTÈRE DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE ET DE L'ENVIRONNEMENT/DIRECTION DE LA NATURE ET DES PAYSAGES, 1998. – Circulaire MATE/DNP du 17 février 1998 relative à l'application de l'article 19 de la loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie complétant le contenu des études d'impact des projets d'aménagement. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>.

2. OUVRAGES IMPRIMÉS, MONOGRAPHIES...

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE ENVIRONNEMENTALE. *Glossaire* [en ligne]. AFSSE, 2004 [visité le 27.12.2004]. 4 p. Disponible sur Internet : <<http://www.afsse.fr/glossaire.php>>.

ANCELLE T. *Statistique, Épidémiologie*. Paris : coll. « Sciences fondamentales », Maloine, 2002. 300 p.

ASCHIERI A., GRZEGRZULKA O. *Propositions pour un renforcement de la sécurité sanitaire environnementale. Rapport au Premier ministre*. Paris : coll. des rapports officiels, La documentation française, 1999. 183 p.

BAGLA L. *Sociologie des organisations*. Paris : coll. Repères, La découverte, 2003. 2^{ème} ed. 122 p.

BAUMANN M., DESCHAMPS J.-P., PECHEVIS M., et al. *Projets de recherche et mémoires en santé publique. Guide pratique*. Paris : CIE, 1991. Nancy : Département de Santé Publique, Faculté de médecine, Université de Nancy I, 1991. 159 p.

BERNOUX P. *La sociologie des organisations. Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*. Paris : Seuil, 1985. 5^{ème} ed., 1990. 382 p.

BURGEI E., LEDRANS M., QUENEL P. *Volet sanitaire des études d'impact. Bilan de l'enquête auprès des DDASS* [en ligne]. Paris : InVS, 1998 [modifié le 20.01.2000] [visité le 22.11.2004]. 11 p. Disponible sur Internet : <http://www.invs.sante.fr/publications/bilan_ddass_dse/index.html>.

CHAMBAUD L. *La formation en épidémiologie d'intervention en France : état des lieux et propositions*. Rennes : ENSP, 1994. 86 p.

CHALMERS J., LUTZ W. *Présentation des résultats de l'enquête. Enquêtes sur la santé de la collectivité. Guide pratique destiné aux professionnels de santé*. Edimbourg : Association Internationale d'Epidémiologie, 1986. Rennes : ENSP, 1989 [traduit de l'anglais]. 121 p.

CRESSON G., DRULHE M., SCHWEYER F.-X. *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*. Rennes : ENSP, 2004. 287 p.

DAB W. *Évaluation des risques sanitaires liés à l'environnement et décision en santé publique. Volume I : Matériel pédagogique*. Rennes : Département Environnement Santé, ENSP, 1991. [non paginé].

DAB W., GOLDBERG M., MENGUAL E., et al. *Décideurs tous risques. Du bon usage de l'épidémiologie*. Paris : Frison-Roche, 1993. 192 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. *Dossier : Études d'impact* [en ligne]. Paris : DGS, 2004 [visité le 22.11.2004]. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/etud_impact/sommaire.htm>.

DOMENACH H., PICOUET M. *Population et environnement*, n° 3556. Paris : coll. « Que sais-je ? », PUF, 2000. 127 p.

ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE/ed. *Formation continue 2005*. Rennes : ENSP, 2005. 264 p.

FOUCHER K., ROMI R., HELIN J.-C., et al. *Principe de précaution et risque sanitaire. Recherche sur l'encadrement juridique de l'incertitude scientifique*. Paris : coll. Logiques juridiques, Editions l'Harmattan, 2003. 560 p.

FREUND R.-J. *Epi Info version 6. Guide de l'utilisateur*. Rennes : ENSP, 1997. 563 p.

FREUND R.-J. *Epi Info mène l'enquête*. Rennes : ENSP, 1999. 151 p.

GENDRON C., LEFEBVRE D., MOREAU N., et al. *La gestion environnementale et la norme ISO 14001*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2004. 347 p.

HERMITTE M.-A. *Principes de précaution et risque sanitaire. Recherche sur l'encadrement juridique de l'incertitude scientifique*. Paris : coll. Logiques juridiques, Editions l'Harmattan, 2003. 560 p.

INSTITUT FRANÇAIS DE L'ENVIRONNEMENT. *L'environnement en France, édition 2002*. Paris : La Découverte. Orléans : IFEN. 606 p.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE. *Guide pour l'analyse du volet sanitaire des études d'impact* [en ligne]. Paris : InVS, 2000 [visité le 16.11.2004]. 49 p. Disponible sur Internet : <<http://www.invs.sante.fr>>.

LAMBERT S. *Manuel environnement à l'usage des industriels*. Paris : AFNOR, 1994. 397 p.

LEGEAS M., MAZURET O. *Bilan d'activité en 2004 de l'Observatoire des Pratiques de l'Évaluation des Risques Sanitaires dans les Études d'Impact (OPERSEI). Version de janvier 2005* [en ligne]. Rennes : ENSP, 2005 [visité le 08.06.2005]. 15 p. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/etud_impact/bilan04c_ei3.pdf>.

LEGEAS M., GAUDIN N. *Bilan d'activité en 2003 de l'Observatoire des Pratiques de l'Évaluation des Risques Sanitaires dans les Études d'Impact (OPERSEI). Version de janvier 2004* [en ligne]. Rennes : ENSP, 2004 [visite le 29.03.2005]. 16 p. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/etud_impact/ra03_ei3.pdf>.

LE SITE DE L'ÉTAT DANS L'AUDE. *Dossiers communaux synthétiques* [en ligne]. Préfecture de l'Aude, 2004 [visité le 20.12.2004]. 9 p. Disponible sur Internet : <<http://www.aude.pref.gouv.fr/dcs2000/indexdesmots.htm>>.

MARTIN J.-M., WICKS P., de SANTI G., et al. *Activities of the Institute for Environment and Sustainability in the field of atmospheric emissions, air quality and health* [Activités de l'Institut de l'Environnement Durable dans les domaines des émissions atmosphériques, de la qualité de l'air et des effets sanitaires]. Pollution atmosphérique, Mai 2002, 116 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. *Résumé du Plan national santé environnement 2004 2008. Santé environnement : Franchir une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires dus aux pollutions des milieux de vie*. Paris : PNSE, 2004. 7 p.

OGE F., SIMON P. *Sites pollués en France. Enquête sur un scandale sanitaire*. Paris : coll. Libro Santé, E.J.L., 2004. 93 p.

PHILIPPON J.-F. *Analyse des sources de données sanitaires accessibles en ligne et utilisables pour l'Évaluation des Risques Sanitaires dans les Études d'Impact* [en ligne]. Orléans : DRASS du Centre, 2004 [visité le 22.11.2004]. Disponible sur Internet : <<http://www.invs.sante.fr>>.

QUENEL P., BURGEI E., LEDRANS M., et al. *Guide pour l'analyse du volet sanitaire des études d'impact*. Saint Maurice : InVS, mai 2000, 49 p.

QUIDU F., FERLEY J.-P., FREUND R.-J., et al. *Le questionnaire d'enquête*. Rennes : ENSP, 2004. 24 p.

RYLANDER R., MEGEVAND Y. *Introduction à la médecine de l'environnement*. Paris : Frison-Roche, 1993. 151 p.

SALMI L.-R. *Lecture critique et rédaction médicale scientifique. Comment lire, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologique*. Paris : Elsevier, 1998. 287 p.

SIMOS J. *Évaluer l'impact sur l'environnement. Une approche originale par l'analyse multicritère et la négociation*. Bienne : coll. META, Presses polytechniques et universitaires romandes, 1990. 261 p.

VANDENBERGHE M. *Les médecins inspecteurs de santé publique. Aux frontières des soins et des politiques*. Paris : coll. Logiques Sociales, L'Harmattan, 2002. 358 p.

3. ARTICLES DE PÉRIODIQUES

BOUDET C. "Évaluation du risque sanitaire dans l'étude d'impact des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) : principes méthodologiques et retour d'expérience". *Environnement Risques Santé – ERS*, mai-juin 2002, vol. 1, n° 2, pp. 101-107.

COURRIER DE L'ENVIRONNEMENT INDUSTRIEL/ed. "Organisation des services du ministère chargé de la santé pour améliorer les pratiques d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact". *Courrier de l'environnement industriel* [en ligne]. Mai 2004, n° 244 bis [visité le 22.11.2004]. Disponible sur Internet : <<http://www.acfci.cci.fr>>.

DAB W., MICHELON T., NICOULET I. "L'étude d'impact sanitaire : un outil de gestion des risques sanitaires liés à l'environnement". *Les Annales des Mines – Responsabilité et Environnement* [en ligne]. Janvier 2004, n° 33 [visité le 07.03.2005]. Disponible sur Internet : <<http://www.anales.org/re/2004/re33-01-04.html>>.

HUGLO C., COUPE J., DEBAKRE G. "Installations classées, sols pollués : approche juridique de l'évaluation des risques sanitaires". *Environnement et technique*, juin 2000, n° 197, pp. 50-54.

MICHAUT C. Enquête. "Volet sanitaire des études d'impact: un chemin semé d'incertitudes". *Environnement magazine*, juin 2002, n° 1608, pp. 16-19.

QUIGLEY R.-J., TAYLOR L.-C. "Health Impact Assessment. Evaluation as a key part of health impact assessment: The English experience". *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, vol. 81, n° 6, pp. 415-419.

SOUBELET I. "Réussir le volet sanitaire des études d'impact". *Décision environnement*, mars 2000, n° 84, pp. 1155-1585.

4. MÉMOIRES ET THÈSE

CHEMIN F. *Méthode d'évaluation des effets sur la santé dans le cadre des dossiers de demande d'autorisation d'exploiter* [confidentiel jusqu'en 2001]. Mémoire ENSP d'ingénieur du génie sanitaire : ENSP, Septembre 1999. 115 p.

LEFTAH N. *Faisabilité du volet sanitaire des études d'impact. Cas des dossiers de stations d'épuration. Intérêts et limites de la démarche d'évaluation des risques*. Mémoire ENSP d'ingénieur du génie sanitaire : ENSP, Septembre 1999 [visité le 22.11.2004]. Disponible sur Internet : <<http://ressources.ensp.fr/memoires/1999/igs/leftah.pdf>>.

VENDENBERGHE M. *Les médecins inspecteurs de santé publique. Une conversion identitaire et une transformation de l'action publique dans le champ de la santé*. Th. Doct. sociologie : Université Lille 1, 2001. 2 tomes, 688 p.

5. COMMUNICATIONS DIVERSES

CENTRE TECHNOLOGIQUE EN ENVIRONNEMENT ET MAÎTRISE DES RISQUES/ed. La Réglementation des Installations Classées (ICPE). *CTEMR* [en ligne]. Juin 2005 [visité le 08.06.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.apesa.asso.fr/savinf/regl_icpe.html>.

RÉSEAU D'ÉCHANGES EN SANTÉ ENVIRONNEMENT/ed. Questions/réponses avec Thierry Michelon. *RESE* [en ligne]. Février 2005 [visité le 01.02.2005]. Disponible sur Internet : <http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/actu/i_tm.htm>.

6. SITES INTERNET

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE ENVIRONNEMENTALE/ed. Disponible sur Internet : <<http://www.afsse.fr>>.

AGENCE DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA MAÎTRISE DE L'ÉNERGIE/ed. Disponible sur Internet : <<http://www.ademe.fr>>.

EPI-INFO VERSION 6.04 C – ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE/ed. Disponible sur Internet : <<http://www.ensp.fr/services/default.htm>>.

INSTITUT NATIONAL DE L'ENVIRONNEMENT INDUSTRIEL ET DES RISQUES/ed. Disponible sur Internet : <<http://aida.ineris.fr>>.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE/ed. Évaluation des Risques Sanitaires dans les Etudes d'Impact. Version 1.11 [mise à jour le 24/05/2005 – dernières prises en compte]. [visité le 07.06.2005]. Disponible sur Internet : <<http://wls81sva.devel.ac.intranet.sante.gouv.fr:7070/ersei/>>.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE/ed. Liste Internet des DDASS et des DRASS (répertoire dit "FATOP"). Répertoire DDASS et DRASS [liste de toutes les adresses]. [visité le 16.03.2005]. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/dd-dr/listedddr.htm>>.

OBSERVATOIRE DES PRATIQUES DE L'ÉVALUATION DES RISQUES SANITAIRES DANS LES ÉTUDES D'IMPACT/ed. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/etud_impact/sommaire.htm>.

RÉSEAU D'ÉCHANGES EN SANTÉ ENVIRONNEMENT/ed. Disponible sur Internet : <<http://rese.intranet.sante.gouv.fr>>.

SOURCES D'INFORMATION SUR INTERNET EN SANTÉ ENVIRONNEMENTALE – ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE/ed. Disponible sur Internet : <http://intranet/CDRP/santepublique/index_portail_se.htm>.

THÉSAURUS SANTÉ PUBLIQUE VERSION 3 – BANQUE DE DONNÉES SANTÉ PUBLIQUE/ed. Disponible sur Internet : <<http://www.bdsp.tm.fr/TSP3/Default.asp>>.

Liste des annexes

1. LES CIRCULAIRES DE 2001 ET DE 2004

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 2001. – Circulaire DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001 relative à l'analyse des effets sur la santé dans les études d'impact. Annexe de la circulaire DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 2004. – Circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004 relative à l'organisation des services du ministère chargé de la santé pour améliorer les pratiques d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>.

2. GUIDE DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

3. LISTE EXHAUSTIVE DES PERSONNES RENCONTRÉES OU CONTACTÉES

4. QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

5. ENQUÊTE NATIONALE : CARTOGRAPHIE ET REPÉRAGE SECTORIEL DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

Circulaire DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001 relative à l'analyse des effets sur la santé dans les études d'impact

Date d'application : immédiate

Résumé : Depuis le 1^{er} août 1997, l'étude d'impact doit comprendre une étude des effets sur la santé du projet soumis à autorisation. Il est proposé d'en confier aux DDASS l'analyse, qu'elles effectueront sur la base du guide de l'InVS. La liste des informations devant au minimum figurer dans le dossier pour que les DDASS puissent formuler un avis est jointe en annexe. Les DRASS et un observatoire national de l'étude des effets sur la santé des études d'impact assureront un soutien de 1^{er} et 2^{ème} niveau des DDASS.

Mots clés : Etude d'impact – Effets sur la Santé – Evaluation des risques sanitaires

Textes de référence : loi n° 96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie, loi n°76-629 du 10 juillet 1976 relative à la protection de la nature, décret n° 77-1141 du 12 octobre 1977 pris pour application de l'article n°2 de la loi n°76-629, circulaire MATE/DNP du 17 février 1998 relative à l'application de l'article 19 de la loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie, circulaire DGS/VS3/2000 N°61 du 3 février 2000 relative au guide de lecture et d'analyse du volet sanitaire des études d'impact.

Textes abrogés ou modifiés : Néant

L'article 19 de la loi n° 96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie a modifié le contenu des études d'impact de tout projet d'installations, ouvrages, travaux et aménagements assujettis à l'obligation de telles études selon les critères de l'article 3 du décret n° 77-1141 du 12 octobre 1977. Depuis le 1^{er} août 1997, l'étude d'impact doit comprendre une étude des effets du projet sur la santé ainsi que la présentation des mesures envisagées pour supprimer, réduire et compenser les conséquences dommageables du projet pour la santé.

Je vous suggère de vous appuyer sur les DDASS pour procéder à l'analyse de l'étude des effets sur la santé des projets soumis à étude d'impact. En effet, ces services, du fait de leurs responsabilités dans le domaine de la santé des populations, disposent à la fois d'une bonne connaissance de l'environnement dans lequel s'insèrent les projets et d'une compétence en matière de gestion des risques sanitaires. Par ailleurs, dans chaque DDASS, plusieurs ingénieurs ou médecins ont - ou auront avant la fin de l'année - une formation suffisante pour critiquer l'étude des effets sur la santé des projets soumis à étude d'impact, dont la réalisation reste de l'entière responsabilité des porteurs des projets.

Comme le dispose l'article 2 du décret du 12 octobre 1977, le contenu des études d'impact doit être en relation avec l'importance des travaux et aménagements projetés. Mais l'étude des risques sanitaires doit être proportionnée à la dangerosité des substances émises et à l'importance et/ou à la fragilité de la population exposée à proximité des travaux et aménagements figurant dans la demande d'autorisation.

L'analyse de l'étude des risques sanitaires ne peut être conduite et argumentée que dans la mesure où un certain nombre d'informations essentielles figurent dans le dossier. Mes

services ont donc élaboré une liste de points auxquels toutes les études d'impact devront apporter des réponses claires et qui constitue le contenu minimal exigible pour que la DDASS puisse réaliser une analyse approfondie et formuler un avis motivé sur les risques sanitaires. Même si les réponses à ces points peuvent être disséminées à l'intérieur des différentes parties de l'étude d'impact analysant les effets du projet suivant les grandes composantes de l'environnement (eau, air, sol, bruit, etc.), il m'apparaît indispensable, en termes de lisibilité de l'étude des effets sur la santé et donc de meilleure information du public, que les études d'impact comportent un chapitre spécifique, synthétisant l'ensemble des réponses apportées sur le plan sanitaire.

Après avoir vérifié que ce contenu minimal est présent dans le dossier, la DDASS pourra alors conduire l'analyse approfondie de l'étude des effets sur la santé sur la base du guide diffusé par l'Institut de Veille Sanitaire ci-joint. Ce guide permet de formaliser ce que devrait être le *contenu optimal*.

* *
*

L'analyse de l'étude des effets sur la santé suivant les modalités précisées ci-dessus va générer dans un premier temps un grand nombre de questions. Je vais donc mettre en place un dispositif de soutien aux services départementaux. Avant la fin de l'année, un binôme ingénieur de la DRASS et médecin inspecteur de santé publique référent sera formé par l'Ecole Nationale de la Santé Publique pour y répondre au niveau régional. Je vous invite à faire appel à lui pour les études complexes ou ayant un impact interdépartemental. Par ailleurs, au niveau national, un observatoire national de l'étude des effets sur la santé des études d'impact va être mis en place auprès de la Direction Générale de la Santé pour piloter l'ensemble du dispositif, valoriser les bonnes études, répondre aux questions les plus difficiles et mutualiser les avancées de chacun.

Enfin j'appelle votre attention sur le fait que cette nouvelle mission est intégrée dans la Directive Nationale d'Orientation 2001. Elle me semble déterminante sur le plan de la protection sanitaire des populations. C'est pourquoi, même si une démarche d'analyse des activités des DDASS et DRASS est en cours, il m'est apparu opportun de traiter dès à présent ce volet sans attendre les conclusions de la démarche susvisée afin d'anticiper les évolutions des pratiques professionnelles induites par des actions de formation adaptées.

L'investissement de la DDASS dans cette nouvelle mission implique son désengagement vis-à-vis d'autres missions. Ce redéploiement doit être apprécié afin d'assurer la meilleure efficacité de l'organisation des services de l'Etat en matière de protection sanitaire des populations et de l'environnement. Je pense notamment à la contribution des DDASS à l'inspection des installations classées pour la protection de l'environnement, qui n'est pas une mission dévolue au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et pour laquelle, en conséquence, les DDASS n'ont pu mobiliser que des agents à temps partiel avec un impact forcément limité du fait de leur faible intégration dans le dispositif.

Je vous demande, de me faire part, sous le présent timbre, des difficultés que vous rencontrerez dans la mise en œuvre de la présente circulaire.

Le Directeur Général de la Santé

ANNEXE de la circulaire DGS N° 2001/185 du 11 avril 2001

Domaine d'utilisation de la présente annexe :

Afin de vérifier si tous les éléments indispensables à l'évaluation des risques sont présents dans les études des effets sur la santé des populations d'un projet d'installation

ou d'aménagement soumis à autorisation, vous trouverez ci-dessous une liste des points qui doivent obligatoirement être traités dans les documents qui vous sont soumis. S'ils n'y figurent pas, la DDASS ne pourra donner une suite à l'examen du dossier, ou exprimer un avis favorable. S'ils y figurent, la DDASS pourra alors réaliser l'analyse approfondie de l'étude des effets sanitaires, en s'appuyant sur le guide de l'InVS.

1. Présentation

- Existe-t-il un volet sanitaire individualisé sous la forme d'un chapitre spécifique dans l'étude d'impact ? Dans le cas contraire, les effets sur la santé sont-ils abordés dans des chapitres thématiques (eau, air, sols, transports, déchets, etc.) et synthétisés dans un chapitre spécifique ?

2. Etat initial du site

- Les sources de contamination déjà présentes dans la zone pouvant être touchée par le projet sont-elles décrites (substances émises, voies d'exposition, variabilité, etc.) ?
- Une description sociodémographique de la population concernée est-elle réalisée ? Les sources de données sanitaires locales, si elles existent (registres des cancers, réseaux sentinelles, études épidémiologiques etc.), sont-elles recensées ?
- La description géographique localise-t-elle les lieux et les milieux d'exposition de la population (habitat, commerces, terrains récréatifs, voies de passage, autres infrastructures etc.) ?

3. Identification des dangers

- Existe-t-il un recensement des agents chimiques, biologiques et physiques pouvant être émis dans l'environnement du fait du projet (en fonctionnement normal et en cas de dysfonctionnement) ? Les agents sont-ils recensés, notamment dans les matières premières ainsi que dans les produits finis ou formés au cours du procédé de fabrication ?
- Les critères de sélection des agents étudiés sont-ils définis ?
- Les effets de ces substances sur la santé de l'homme sont-ils décrits (notamment au moyen d'une recherche bibliographique actualisée) qualitativement (types d'atteintes, mécanismes biologiques en lien avec les voies d'exposition) et quantitativement (relation entre les doses et/ou les fréquences d'exposition et les effets compte tenu des voies d'exposition) ?

4. Evaluation de l'exposition des populations

- Les scénarii d'exposition de la population sont-ils décrits en tenant compte du fonctionnement normal de l'installation ou de l'aménagement et en cas de dysfonctionnement ?
- La nature, le volume et le devenir dans les différents compartiments environnementaux des agents générés par l'installation ou l'aménagement sont-ils détaillés ?
- Trouve-t-on dans le dossier une description des populations exposées actuelles (dans la zone concernée par les expositions, cf. " état initial "), ou futures (documents d'aménagements consultés, projections démographiques). Les sous-groupes particuliers sont-ils mentionnés (crèches, écoles, maisons de retraite, établissements de santé, centres

sportifs, etc.) ? Les " habitudes " des populations et les usages sensibles à proximité de l'installation sont-ils décrits (alimentation en eau potable, baignades, zones agricoles, puits, jardins potagers, etc.) ?

5. Conclusion

- Le dossier présente-t-il une caractérisation des risques avec une discussion critique des principales conclusions ?
- Dans le cas contraire, l'absence d'une telle caractérisation est-elle justifiée (insuffisance des connaissances, difficultés de mesure de l'exposition, etc.) ? L'exploitant propose-t-il des modalités de surveillance sanitaire pour pallier cette absence ?

Direction générale de la santé
Sous-direction de la gestion
des risques des milieux
Bureau air, sol, déchets

Circulaire DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004 relative à l'organisation des services du ministère chargé de la santé pour améliorer les pratiques d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact

SP 4 436
594

NOR : SANP0430034C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Article L. 122.3 du code de l'environnement (loi n° 96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie ; article 19 et loi n° 76-629 du 10 juillet 1976 relative à la protection de la nature) ;

Décret n° 77-1141 du 12 octobre 1997 pris pour application de l'article n° 2 de la loi n° 76-629 modifié par le décret n° 2003-767 du 1er août 2003 ;

Circulaire MATE/DNP du 17 février 1998 relative à l'application de l'article 19 de la loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie ;

Circulaire DGS/VS3 n° 2000-61 du 3 février 2000 relative au guide de lecture et d'analyse du volet sanitaire des études d'impact ;

Circulaire DGS n° 2001-185 du 11 avril 2001 relative à l'analyse des effets sur la santé dans les études d'impact.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution]) L'article 19 de la loi n° 96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie a modifié le contenu des études d'impact. Depuis le 1er août 1997, l'étude d'impact doit comprendre une étude des effets du projet sur la santé ainsi que la présentation des mesures envisagées pour supprimer, réduire et compenser les conséquences dommageables du projet pour la santé. La circulaire du 11 avril 2001 suggérait aux préfets de s'appuyer sur les DDASS pour procéder à l'analyse de l'étude des effets sur la santé des projets soumis à étude d'impact. La liste des informations devant au minimum figurer dans le dossier pour que les DDASS puissent formuler un avis était jointe en annexe. Cette circulaire définissait également l'organisation des services du ministère chargé de la santé.

1. Un bilan positif mais insuffisant

Deux ans après la mise en place de ce dispositif, un bilan de son fonctionnement réalisé par mes services a révélé les efforts effectués en termes de formation et de mobilisation des services déconcentrés autour de cette thématique. Cependant ont été observées :

- des disparités de fonctionnement, d'implication et de formation des agents des services santé environnement des DDASS ;

- la persistance de missions assumées par les DDASS qui ne relèvent pas du ministère en charge de la santé, comme l'inspection de certaines installations classées ;
- une faible reconnaissance des référents régionaux ;
- une faible implication des médecins inspecteurs de santé publique.

Une évaluation de la qualité des dossiers reçus par les DDASS a montré :

- d'une part, la disparité des problématiques industrielles au sein d'un même département ;
- d'autre part, les progrès réalisés mais aussi la qualité insuffisante des dossiers, ce qui rend difficile l'analyse critique effectuée par les DDASS.

L'ouverture du site Internet de l'observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact, dès le mois de novembre 2002, a permis le regroupement, sur un site unique, d'informations disséminées du fait de la diversité du champ balayé et est accessible à tous. Cependant, cet observatoire ne peut traiter qu'un nombre limité de dossiers.

2. La nécessité d'un nouvel élan

Devant ces différents constats, je souhaite vous rappeler l'importance que j'accorde à la démarche d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact. Il s'agit d'un outil essentiel de la politique de santé publique du ministère dans le domaine de la prévention des risques sanitaires liés aux activités humaines.

Cette thématique permet aussi de structurer les DDASS selon une démarche transversale aux différents milieux (eau, air, etc.) et aux différents corps de métier (ingénieurs, médecins, pharmaciens) qui les composent pour protéger la santé humaine en travaillant à la réduction des expositions ponctuelles ou cumulées des populations.

L'étendue et la diversité du champ couvert imposent un travail actif en réseau pour atteindre une qualité technique homogène et reconnue sur tout le territoire. Pour cela, une mobilisation accrue est nécessaire ; je souhaite donc :

- au niveau départemental :
 - l'émission systématique d'un avis sur les dossiers qui vous sont soumis. Pour cela, je vous rappelle qu'il est impératif que le désengagement des agents des missions d'inspection d'installations classées soit effectif, de sorte que les DDASS disposent de la capacité de travail nécessaire à l'accomplissement de cette mission prioritaire ;
 - l'orientation des pétitionnaires vers les sources de données sanitaires existantes lorsqu'ils vous sollicitent. Les différentes sources de données doivent être rendues accessibles ;
 - une meilleure structuration d'une équipe projet au niveau départemental. Je vous demande, à cet effet, de désigner un ingénieur sanitaire et un médecin inspecteur de santé publique comme binôme référent départemental. Leurs rôles respectifs sont décrits en annexe I ;
- au niveau régional (annexe II), il me paraît nécessaire de vous demander :
- un renforcement du fonctionnement en réseau des référents régionaux et un développement d'une expertise technique coordonnée au niveau national ;

- une intensification des liens avec les services instructeurs des projets soumis à étude d'impact (DRIRE, DDSV, DDE...) afin de partager les expériences et la culture de santé publique ;
- un recours facilité à une expertise toxicologique en sollicitant les centres anti-poison et de toxicovigilance ainsi que les centres de toxicovigilance

Je vous informe qu'au niveau national (annexe III) il est prévu en 2004 de poursuivre, d'une part, le renforcement de l'expertise interne de l'observatoire et le recours plus important à une tierce expertise pointue et, d'autre part, le travail de déclinaison de la méthodologie d'évaluation des risques sanitaires par secteur industriel ou type d'infrastructure.

Enfin, une application informatique sur l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact en cours de réalisation sera testée dès le deuxième trimestre 2004. Sa mise en oeuvre effective vous permettra, en capitalisant les expériences, de vous aider à argumenter vos avis. J'attire votre attention sur la nécessité d'investissement que je vous demande sur cette phase de test. En effet, ce sont vos remarques qui permettront la réalisation de l'outil répondant le mieux à vos besoins.

Ces différentes dispositions devraient permettre d'améliorer la prise en compte de la santé dans les études d'impact.

Je vous demande de me faire part, sous le présent timbre, des difficultés que vous rencontrerez dans la mise en oeuvre de la présente circulaire.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
W. Dab

ANNEXE I RÔLE DU NIVEAU DÉPARTEMENTAL

Le rôle attendu de la DDASS sur ce dossier est d'émettre un avis sur les dossiers d'étude d'impact. La prise en compte de cette nouvelle et importante mission suppose en parallèle d'un désengagement des agents des DDASS dans les missions d'inspection des installations classées pour la protection de l'environnement qui ne sont pas des missions dévolues au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

L'avis de la DDASS repose sur l'instruction du dossier d'étude d'impact. L'organisation de la DDASS doit permettre l'instruction du dossier par un agent du service santé environnement et lorsque cela est nécessaire par un agent du service de santé publique, agents agissant sous la responsabilité de l'ingénieur du génie sanitaire et du médecin inspecteur de santé publique ou dans le cadre plus large du pôle santé.

Les DDASS n'ont pas à faire de pré-instruction des dossiers et ne donnent pas d'avis sur la recevabilité des dossiers. Des liens avec les DRIRE doivent permettre de préciser les documents attendus par les DDASS, documents dont les éléments essentiels sont listés dans l'annexe de la circulaire du 11 avril 2001.

Sans préjuger de l'organisation des DDASS, il est cependant demandé que soit désigné au sein de chacune d'entre elles un agent du service santé environnement et un médecin inspecteur de santé publique référents départementaux avec lesquels les référents régionaux et le niveau central seront préférentiellement en contact.

L'avis de la DDASS porte sur la compréhension générale du dossier (process, effets sur l'environnement) et sur les estimations fournies sur les impacts potentiels du projet sur la santé des populations.

Concernant les dossiers nécessitant un avis central de la DGS (Instruction mixte à l'échelon central des infrastructures routières ou ferroviaires ainsi que sur les installations nucléaires de bases), les DDASS doivent vérifier les informations sur les milieux et sur les populations (populations sensibles, lieux sensibles tels que écoles, hôpitaux, maisons de retraite, terrains de sport, zones bruyantes) contenues dans les dossiers et faire remonter toutes données pertinentes complémentaires sur la situation locale (plaintes, connaissance d'épisodes de pollution, ...) afin de permettre d'étayer l'avis de la DGS sur ces dossiers.

Les DDASS participent systématiquement à une enquête annuelle menée par la DGS permettant l'évaluation des DDASS dans ce domaine et de la qualité des dossiers analysés.

Les DDASS transmettent une copie des avis aux référents régionaux.

Les DDASS doivent répondre aux demandes qui leur sont faites par les pétitionnaires concernant les données sanitaires afférentes à une zone géographique, non pas en fournissant les données sanitaires mais en orientant les pétitionnaires vers les responsables des registres de mortalité (Inserm), de morbidité (observatoire régionaux de santé, registres de cancers départementaux...) ou de consommation de soins (URCAM).

ANNEXE II

1er NIVEAU : SOUTIEN RÉGIONAL

1. Rôle des référents régionaux

Le niveau de référence régional est composé d'au moins un ingénieur sanitaire et d'un médecin inspecteur de santé publique fonctionnant en binôme et désignés au niveau régional. Le temps imparti à cette mission est évalué à un tiers temps par référent. Les rôles de ce binôme sont les suivants :

Soutien des DDASS

Les DDASS sollicitent par écrit (sauf en cas d'urgence), le niveau régional quand elles le jugent nécessaire. Les questions peuvent porter sur des points de méthodologie ou d'état des connaissances ou sur un dossier particulièrement difficile.

La réponse du binôme référent (ingénieur + médecin) doit se faire par écrit sur les questions soulevées. Il peut aussi signaler une erreur ou un problème important qui n'aurait pas été vu par la DDASS.

Le binôme référent n'émet pas d'avis sur le dossier en lieu et place de la DDASS.

Le binôme référent peut faire appel à une expertise complémentaire interrégionale (CIRE, CAP) ou nationale.

Analyse technique régionale

Le binôme (ingénieur + médecin) doit réaliser une analyse régionale qui porte au minimum sur les points suivants :

- synthèse des questions récurrentes et des réponses apportées ;
- repérage des insuffisances (scientifiques, techniques ou réglementaires) des dossiers ;
- suivi et synthèse des avis sur les dossiers, avis systématiquement transmis par les DDASS ;
- études des dossiers reçus par les DDASS sur une thématique sectorielle précise.

Un bilan est demandé annuellement aux référents régionaux par la DGS sur ces 4 points.

Organisation et animation technique

Les points analysés doivent être portés impérativement à la connaissance :

- des départements de la région par des notes de synthèse et par l'organisation d'au moins une réunion régionale par an ;
- des formateurs relais de la zone pour alimenter les formations et pour définir les nouveaux besoins de formation des services ;
- de l'observatoire national par le biais de son secrétariat assuré par la DGS sous la forme d'un bilan d'activité annuel.

Par ailleurs, les référents ont un rôle majeur dans l'impulsion de la méthodologie auprès de leurs partenaires des DRIRE, DDE, DDSV, auprès de publics extérieurs en charge de la réalisation des dossiers d'impact (industriels, bureaux d'études) ou amenés à les lire (commissaires enquêteurs, conseils généraux, mairies...) par la diffusion d'informations (plaquettes) et l'organisation ou la participation à des formations sur ce thème.

Des relations directes entre les référents régionaux et les autres partenaires (DRIRE, DDE, DDSV) doivent être favorisées en particulier sur les dossiers pour lesquels les avis sont divergents.

Développement de pôle de référence

Les référents doivent être impérativement capables de mobiliser des ressources spécialisées dans de nombreux domaines, afin d'apporter une réponse au binôme départemental. Faute d'expertise approfondie, il est aisé de passer à côté d'un risque sanitaire. Le développement d'un fonctionnement en réseau entre les référents sera l'une des façons de partager les compétences et les expériences. Il est donc important que les référents régionaux puissent développer une compétence particulière dans un domaine spécifique (technique ou méthodologique après discussion avec le niveau central).

S'il le souhaite, un référent peut piloter ou suivre un groupe d'experts national sur des secteurs particuliers.

2. Les CIRE

Les cellules interrégionales d'épidémiologie, du fait de leur capacité technique à faire des évaluations sanitaires, doivent être préférentiellement sollicitées par les référents régionaux en accord avec les DDASS pour toute expertise complémentaire concernant un dossier d'étude d'impact ou des points précis de l'évaluation sanitaire.

En raison de leur rôle de formation, les cellules interrégionales d'épidémiologie ont été largement impliquées dans la formation de base à l'évaluation des risques sanitaires. Elles doivent continuer à être sollicitées pour participer aux formations de base interrégionales et développer des formations plus spécialisées.

3. Les CAP-CTV et les CTV

Les centres anti-poison et de toxicovigilance ainsi que les centres de toxicovigilance ont des compétences reconnues dans le domaine de la toxicologie. Ils doivent être sollicités par les référents régionaux en accord avec les DDASS pour toute expertise complémentaire d'un dossier d'étude d'impact concernant les effets sanitaires, les relations dose réponses et les modalités d'exposition aux substances chimiques. Ces expertises sont à envisager dans le cadre des conventions entre les CAP-CTV et les DRASS.

ANNEXE III

2e NIVEAU : SOUTIEN NATIONAL

1. L'observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact

Au sein du groupe de travail de l'observatoire, un sous-groupe, nommé « comité technique », comprenant des experts (de l'INERIS, l'InVS, l'AFSSE, l'AFSSA, le CERTU, le CNAM, l'INRS, l'ENSP, ...), animé par la présidente de l'observatoire et pouvant être

complété en tant que de besoin par toute personne qualifiée nécessaire, se réunit tous les deux mois pour analyser les questions d'ordres scientifique et méthodologique et proposer des éléments de réponse (pouvant prendre la forme d'avis formalisés ou de recommandations d'études à initier ou de groupes de travail plus spécialisés à initier). Le groupe dans son ensemble dont la composition est fixée par l'arrêté du 1er juillet 2002 ne se réunit que deux fois dans l'année pour évaluer le travail effectué par le comité, définir et réajuster le plan de travail pour les six mois suivants.

La sollicitation de l'observatoire par les services déconcentrés doit se faire par l'intermédiaire des référents régionaux et être adressée au secrétariat de l'observatoire (secrétariat assuré par la DGS, bureau 7 B) par écrit sur des points méthodologiques ou de connaissances. Un avis global sur un dossier sans question précise ne relève pas de l'observatoire. Par ailleurs les questions qui ne relèveraient pas de l'observatoire de l'avis de ses experts seront retournées pour réponse à la DGS.

Le secrétariat de l'observatoire consiste :

- à gérer les nouvelles questions remontant à l'observatoire ;
- à prendre les contacts avec des experts et des professionnels (du groupe ou extérieurs au groupe) pouvant être sollicités pour répondre aux questions ;
- à assurer une relance systématique des personnes chargées de la réponse à une question ;
- à réaliser une première synthèse des éléments de réponse reçus ;
- à réaliser les comptes rendus de réunion du comité technique et du groupe de travail plénier ;
- à coordonner la diffusion des informations avec le RESE ;
- à assurer le soutien logistique du comité technique et du groupe de travail plénier de l'observatoire.

2. Le dossier de l'observatoire sur le site Internet du ministère de la santé

Pour permettre aux professionnels concernés par les études d'impact, que ce soit pour leur réalisation (bureaux d'études, industriels) ou pour leur lecture critique (services de l'Etat, juristes de l'environnement, associations de protection de l'environnement ou/et de la santé) d'améliorer leurs pratiques, l'observatoire diffuse ses productions ainsi que des documents de référence sur le site Internet du ministère de la santé. La maintenance de ce dossier spécifique est assurée en collaboration avec le réseau d'échange en santé environnementale.

3. La Direction générale de la santé (DGS)

Il y a lieu de dissocier le rôle de secrétariat de l'observatoire qui consiste en la gestion des questions et des réponses de l'observatoire et le suivi logistique, du rôle de pilotage des services déconcentrés sur la thématique de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact.

Dans le cadre de son rôle de pilotage des services déconcentrés, la DGS :

- organise un colloque national tous les deux ans et des réunions trimestrielles des référents régionaux ;
- participe à la définition des besoins de formation des agents ;
- participe ou pilote des groupes de travail sectoriel, les groupes en cours portent sur la rédaction des guides suivants :
- évaluation de l'impact non nucléaire des industries nucléaires ;
- évaluation de l'impact de l'épandage des boues (DGS) ;
- évaluation de l'impact sur la santé des projets d'installations de stockage des déchets ménagers et assimilés (DGS) ;
- évaluation de l'impact sur la santé de l'incinération (DGS) ;

- évaluation de l'impact sur la santé du compostage (DGS) ;
- évaluation de l'impact sur la santé des GIC (DGS) ;
- suivi et actualisation du guide Raffinerie (DGS) ;
- volet sanitaire dans les infrastructures routières et ferroviaires (volet air et volet bruit) (DGS) ;
- inventaire des dangers et des VTR s'y rapportant pour les substances des traitements de surface (DGS) ;
- recommandations pour prendre en compte les effets des expositions cumulées (DGS) ;
- évaluation de l'impact sur la santé des élevages à partir d'une bibliographie sur les risques sanitaires liés aux élevages (déléguée aux référents régionaux de Bretagne et des pays de la Loire) ;
- évaluation des risques sanitaires des carrières (déléguée aux référents régionaux de Midi-Pyrénées).

4. L'Ecole nationale de santé publique

L'ENSP en raison de sa mission principale de formation doit assurer la formation initiale et continue des agents des services déconcentrés en ce qui concerne les méthodologies d'évaluation des risques sanitaires de base et appliquées au domaine des études d'impact pour l'ensemble des agents en charge des dossiers dans les services déconcentrés sur la base des besoins recensés par la DGS. Par ailleurs, elle doit apporter une formation spécialisée, dans un premier temps, aux référents régionaux sur les domaines tels que les modèles, les méthodologies d'élaboration des VTR, l'évaluation probabilistique des expositions ou la toxicologie. L'ENSP est également un expert sur la thématique de l'évaluation des risques sanitaires.

5. Le Réseau d'échange en santé publique (RESE)

Le RESE assure le soutien logistique du dossier du site Internet de l'observatoire. Par ailleurs, il assure la veille documentaire internationale et favorise les échanges et les retours d'expériences des services dans la rubrique dédiée du site intranet RESE.

6. Le projet de mise en place d'une application informatique sur l'évaluation des risques sanitaires dans études d'impact

Ce projet copiloté par la DRASS Rhône-Alpes et la DGS permettra :

- d'une part, une meilleure gestion administrative des dossiers, de leur avis et de leur suivi afin notamment de simplifier les bilans annuels demandés par la DGS ;
- d'autre part, une harmonisation des avis des DDASS, en facilitant la disponibilité des données actuelles de la science (DAS) et le retour d'expérience de l'ensemble des agents des pôles santé (en particulier, services santé environnement et services de santé publique).

Une version pilote de cette application devrait être testée dans le premier semestre de l'année 2004 et sa mise en place opérationnelle dans tous les départements pourrait se faire fin 2004.

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF.

Les entretiens semi-directifs ont été préalables à l'élaboration du questionnaire d'enquête.

1. OBJECTIFS PRINCIPAUX DE L'ENTRETIEN ET INFORMATIONS RECHERCHÉES

Entretiens avec les binômes référents régionaux (de la région Languedoc-Roussillon) pour les dossiers d'ERSEI.

Entretiens avec les responsables du RESE.

Entretiens avec le médecin inspecteur de santé publique et l'ingénieur du génie sanitaire exerçant à la DDASS de l'Aude.

2. PRÉSENTATION DU BUT DE L'ENTRETIEN (JUSTIFIER LE CHOIX DE LA PERSONNE INTERVIEWÉE)

3. CONSIGNE INITIALE

« *Pouvez-vous me raconter comment s'effectue la lecture des dossiers d'ERSEI ?* »

« *Pouvez-vous me raconter comment fonctionnent les binômes référents au sein des DDASS pour la lecture des dossiers d'ERSEI ?* »

« *Pouvez-vous me dire quelles sont les relations entre les binômes départementaux et les référents régionaux en DRASS ?* »

4. THÈMES À EXPLORER AU COURS DE L'ENTRETIEN

- **Formation** : la formation de base et la formation spécifique. Les inadéquations, les carences, etc.
- **Compétences** : les différents champs de compétences.
- **Transversalité** : le travail du binôme formé par le MISp et le référent du service santé environnement.

- **Outils techniques** de l'un et de l'autre :
- **Représentations** (par exemple) : le champ de compétences de l'autre, la vision du rôle des binômes référents, la possibilité d'une collaboration, etc.
- **Communication** :
- **Fonctionnement des services** : le temps disponible, etc.

5. PLUSIEURS CONSIGNES DE RELANCES (PASSAGE D'UN THÈME À UN AUTRE).

- Utilisation de la consigne initiale : l'une des deux questions du 2°.
- Reformulation progressive des différents points abordés : les thèmes à explorer.

6. CLÔTURE DE L'ENTRETIEN.

- Faire la synthèse orale de l'entretien (la reformulation est souhaitable pour montrer ce qui a été compris).

ANNEXE III. LISTE EXHAUSTIVE DES PERSONNES RENCONTRÉES OU CONTACTÉES.

- ***Pour la DDASS de l'Aude :***

Mme le Docteur Emmanuelle ENARD-CLERC, médecin inspecteur de santé publique.

Mme Dominique MESTRE-PUJOL, ingénieur du génie sanitaire.

Mlle Céline THOMPSON, ingénieur d'études sanitaires.

- ***Pour la DRASS de Languedoc-Roussillon :***

M. Gérard COURTOIS, ingénieur du génie sanitaire, responsable du service santé environnement à la DRASS de Languedoc-Roussillon.

Mme Isabelle PLAISANT, ingénieur du génie sanitaire.

M. le Docteur Claude RAZES, médecin inspecteur de santé publique.

Mme le Docteur Odile VIDONNE, médecin inspecteur de santé publique.

- ***Pour la DRASS de Rhône-Alpes :***

Mme Marie-Agnès CHAPGIER-LABOISSIERE, ingénieur d'études sanitaires [par courriers électroniques]¹.

- ***Pour la DGS, la sous direction des risques des milieux :***

Mme le Docteur Isabelle NICOULET, médecin inspecteur de santé publique, membre du groupe de travail à caractère permanent « Observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact » [par entretiens téléphoniques].

- ***Pour le Réseau échange santé environnement :***

M. Pierre DELTOUR, ingénieur du génie sanitaire, responsable du RESE à la DRASS de Languedoc-Roussillon.

Mme Stéphanie BAUD, ingénieur du génie sanitaire, membre de l'OPERSEI.

¹ Pour le projet de mise en place d'une application informatique sur l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact.

- ***Pour le groupe de travail à caractère permanent « Observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact » :***

Mme Michèle LEGEAS, présidente de l'OPERSEI, enseignant-chercheur au département EGERIES/LERES de l'ENSP [par courriers électroniques].

Mme Odile MAZURET, secrétaire de l'OPERSEI.

- ***Autres institutions :***

M. le Docteur Denis BARD, enseignant-chercheur au département EGERIES/LERES de l'ENSP [par l'intermédiaire de l'OPERSEI].



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

Ministère de la parité et de l'égalité professionnelle

**Direction départementale
des Affaires Sanitaires et
Sociales de l'Aude**

Carcassonne, le 20 mars 2005

Dossier suivi par : Dr René-Pierre BUIGUES

Inspection Départementale de la Santé

Tél. : 04.68.11.55.47

Mail : rene-pierre.buigues@sante.gouv.fr

A : Mme M. le Médecin Inspecteur de Santé Publique
Mme M. le référent Service Santé Environnement
Référents pour les dossiers ERSEI – VSEI

Objet: Enquête DD/DRASS sur la
lecture des dossiers d'ERSEI – VSEI.

Madame, Monsieur,

L'enquête qui vous est proposée s'intéresse à la lecture des dossiers d'évaluation des risques sanitaires des études d'impact – ERSEI – par les services déconcentrés du ministère chargé de la santé. Elle s'inscrit dans le cadre d'un mémoire professionnel demandé par l'École nationale de santé publique lors de la formation initiale des médecins inspecteurs de santé publique.

L'objectif principal de cette enquête est d'évaluer vos besoins et de mieux connaître les pratiques d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact. Au sein de chaque DDASS et de chaque DRASS, l'enquête concerne chacun des deux référents du binôme désigné pour les dossiers d'ERSEI.

Le questionnaire proposé requiert environ dix minutes pour être complété ; il s'adresse à la fois aux référents du Service Santé Environnement et aux médecins inspecteurs de santé publique travaillant en santé environnementale.

Je sollicite donc votre collaboration pour cette enquête. Ce questionnaire pourra être retourné courant avril – de préférence sous quinzaine après réception. Si vous souhaitez une rétro-information sous forme de présentation *PowerPoint*, je vous invite à préciser votre adresse e-mail.

Je me tiens à votre disposition pour tout renseignement complémentaire au 06.32.35.13.65 et vous remercie par avance pour la communication de votre expérience et pour votre disponibilité.

Cordialement.

Médecin inspecteur de santé publique
stagiaire
Dr René-Pierre BUIGUES

A – Pratiques professionnelles générales : que vous soyez en DDASS ou en DRASS.

1 - Dans votre expérience actuelle, les compétences au sein du binôme (les compétences du MISP et du référent du Service Santé Environnement) vous paraissent-elles se compléter ?

OUI NON Je ne sais pas

Si non, pourquoi :

2 - Selon vous, les référents du Service Santé Environnement font-ils, en général, suffisamment appel aux MISP pour l'analyse des dossiers d'ERSEI ?

OUI NON Je ne sais pas

Si non, pourquoi :

3 - Selon vous, en ce qui concerne l'analyse des dossiers d'ERSEI, l'avis du référent du Service Santé Environnement pourrait-il être suffisant ?

OUI NON Je ne sais pas

Si non, pourquoi :

4 - À votre avis, la gestion des dossiers d'ERSEI s'est-elle améliorée depuis la circulaire DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001 ?

OUI NON Je ne sais pas

Si oui, pourquoi :

5 - A votre avis, idéalement à quel niveau – et par qui – les dossiers d'ERSEI devraient-ils être analysés ?

Au niveau de la DDASS Au niveau de la DRASS Je ne sais pas

5 bis – Selon le niveau précisé ci-dessus, par qui les dossiers d'ERSEI devraient-ils être analysés ?

Par un groupe sur une thématique spécifique Par les binômes actuels

Par le référent du Service Santé Environnement Par le MISP

Autre Autre, merci de préciser :

B – Dispositif de soutien : que vous soyez en DDASS ou en DRASS.

1 - A votre avis, de quelles formations devrait bénéficier le MISP pour l'analyse des dossiers d'ERSEI ? Indiquer au maximum trois réponses.

Évaluation des risques sanitaires/Écorisque Formation en toxicologie

Gestion des risques environnementaux Épidémiologie

Connaissances industrielles : process, etc. Modélisation des risques

Connaissances des données sanitaires : mortalité, morbidité

Autre Merci de préciser les outils :

2 - A votre avis, de quelles formations devrait bénéficier le référent du Service Santé Environnement pour l'analyse des dossiers d'ERSEI ? Indiquer au maximum trois réponses.

Évaluation des risques sanitaires/Écorisque Formation en toxicologie

Gestion des risques environnementaux Épidémiologie

Connaissances industrielles : process, etc. Modélisation des risques

Connaissances des données sanitaires : mortalité, morbidité

Autre Merci de préciser les outils :

3- Selon vous, est-ce que les binômes – départementaux ou régionaux – disposent d'informations suffisantes sur le corpus juridique (jurisprudence administrative notamment) lié aux dossiers d'ERSEI ?

OUI NON Je ne sais pas

Si oui, précisez à qui vous demandez ce type d'information :

4- Aujourd'hui, que pensez-vous qu'il faudrait améliorer en priorité pour une meilleure analyse des dossiers d'ERSEI ? Indiquer au maximum trois réponses.

DISPONIBILITE : libérer du temps de travail FORMATION

COMMUNICATION : travailler en collaboration ORGANISATION

OUTILS : application informatique, référentiels... AUTRE(S)

Autre(s), merci de préciser :

C – Au niveau départemental : à compléter si vous êtes référent pour un département. Si vous n'êtes pas référent départemental, passez à la partie D.

1– Êtes-vous actuellement satisfait du fonctionnement du binôme MISP/référent du Service Santé Environnement au sein de votre département ?

OUI NON Pas de binôme identifié à la DDASS
Si non, précisez ce que vous souhaiteriez en priorité :

2– Dans votre département, en tant que référent DDASS, avez-vous déjà orienté les pétitionnaires vers les sources de données sanitaires existantes lorsqu'ils sont sollicités ?

OUI NON
Si non, pourquoi :

3– Dans votre département, le binôme départemental a-t-il recours pour la lecture des dossiers d'ERSEI à une « expertise » extérieure (contacts téléphoniques ou autre, hors DRASS) ?

OUI NON Je ne sais pas
Si oui, laquelle :

4– Pour les dossiers d'ERSEI, qui est habituellement dans votre département porteur de l'avis de la DDASS lors des réunions du Comité départemental d'hygiène ?

Référent du Service Santé Environnement MISP
Indifféremment l'un ou l'autre Je ne sais pas

5– Selon vous, pour votre département, le dispositif de soutien pour la lecture des dossiers d'ERSEI (outils techniques, formation...) est-il suffisant ?

OUI NON Je ne sais pas
Si non, pourquoi :

D – Au niveau régional : à compléter si vous êtes référent régional – Habituellement en DRASS.

1 - Dans votre région, les référents régionaux ont-ils renforcé un fonctionnement en réseau (développement d'une expertise technique interne à la DRASS) depuis 2001 ?

OUI NON
Si oui, sur quelle thématique :

2 - Pensez-vous aujourd'hui qu'il y ait une intensification des liens entre les référents régionaux et les services instructeurs des projets soumis à une étude d'impact ? Répondre pour les quatre services suivants – une réponse par service.

• DRIRE :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas <input type="checkbox"/>
• DSV :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas <input type="checkbox"/>
• DDE :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas <input type="checkbox"/>
• DIREN :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas <input type="checkbox"/>

Merci de préciser pour un autre service :

3 - Dans votre région, avez-vous déjà eu recours à une expertise toxicologique (information sur les effets, sur les valeurs toxicologiques de référence) sur une substance chimique ?

OUI NON
Si oui, quelle était la question et qui avez-vous contacté ?
.....

4 – En ce qui concerne la gestion des dossiers d'ERSEI, en tant que référent régional, en 2004 vous avez... Répondre pour les quatre items suivants.

... consulté le dossier du RESE sur les ERSEI :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
... consulté le site de l'OPERSEI :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
... assisté aux réunions organisées par la DGS :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
... suivi une formation spécifique :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Merci de préciser la formation suivie :

IDENTIFICATION

- **Quelle est votre formation professionnelle ?**

Médecin

Pharmacien

Ingénieur du génie sanitaire

Ingénieur d'études sanitaires

Technicien sanitaire

Autre

Autre, merci de préciser :

- **Quelle(s) formation(s) spécifique(s) avez-vous suivie(s) ? Indiquer une ou plusieurs réponses.**

Évaluation des risques sanitaires/Écorisque

Formation en toxicologie

Gestion des risques environnementaux

Épidémiologie

Aide à la lecture des VSEI

Modélisation des risques

Je n'ai suivi aucune formation spécifique

Autre

Autre, merci de préciser :

Merci de faire part de vos suggestions concernant les pratiques d'évaluation des risques sanitaires des études d'impact :

Question n° /_/_/ :

.....
.....

Question n° /_/_/ :

.....
.....

1 – Vous êtes référent RÉGIONAL pour la région – DRASS – de

* **Merci de préciser le nombre de dossiers d'ERSEI provenant des départements de votre région adressés aux référents régionaux en 2004 : |_||_||**

2 – Vous êtes référent DÉPARTEMENTAL, vous travaillez à la DDASS de

* **Merci d'indiquer le nombre total de dossiers d'ERSEI que le binôme a traité dans le département en 2004 : |_||_||**

Dans le département il n'y a pas de binôme référent identifié.

Dans le département il y a un binôme référent identifié composé de /_/_/ /réfèrent(s) de Service Santé Environnement et |_||_|| médecin(s) inspecteur(s) de santé publique.

Si vous souhaitez une rétro-information, adresse e-mail :

.....

MERCI DE REMETTRE CE QUESTIONNAIRE COURANT AVRIL 2005 – de préférence sous quinzaine après réception.

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION.

ANNEXE V. ENQUÊTE NATIONALE : CARTOGRAPHIE ET REPÉRAGE SECTORIEL DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

Figure 1. Fonctionnement pour l'année 2004 des binômes référents pour les dossiers d'ERSEI dans les départements.

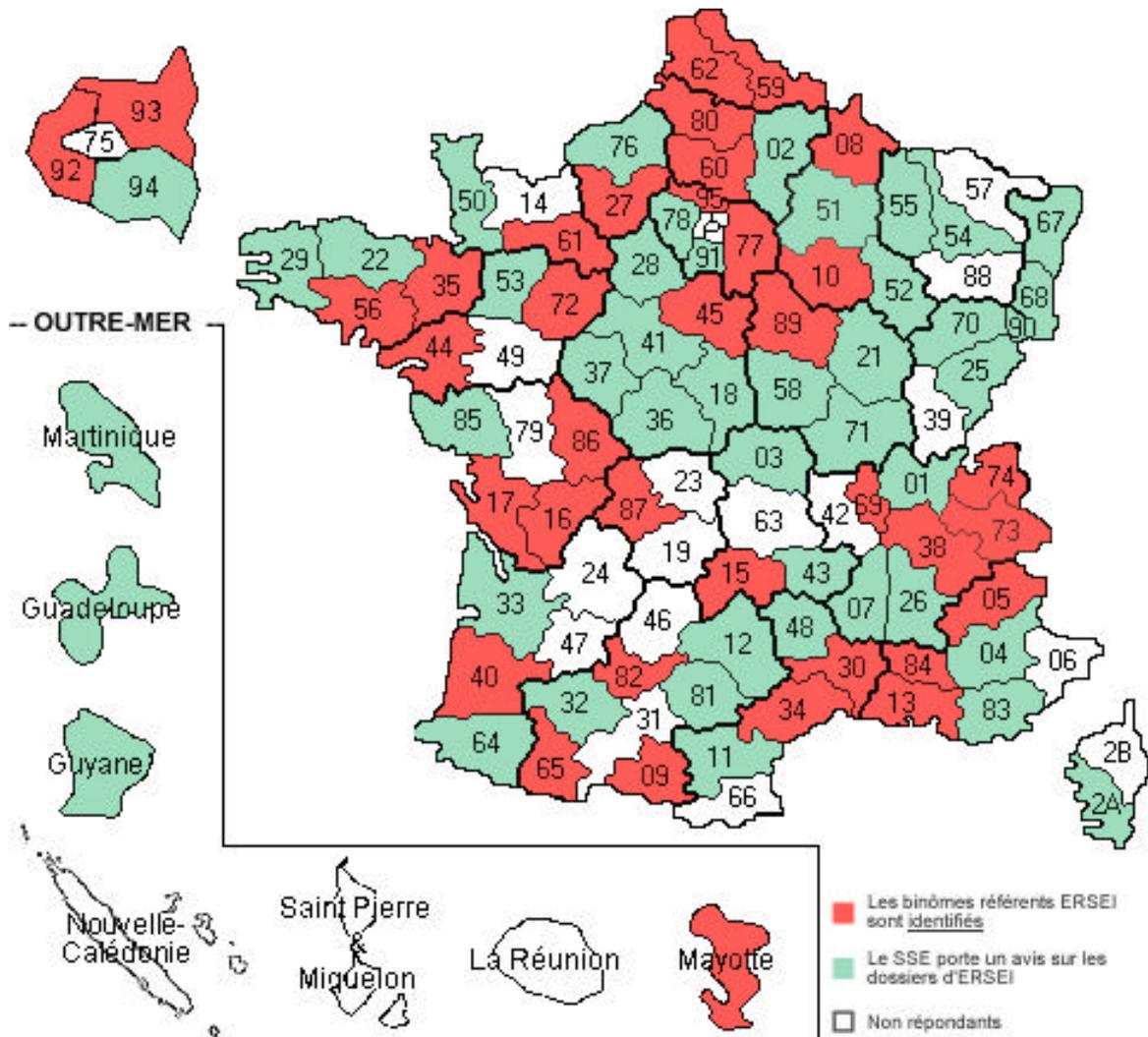
Figure 2. Fonctionnement pour l'année 2004 des binômes référents pour les dossiers d'ERSEI dans les régions.

Figure 3. Nombre total de dossiers d'ERSEI que le binôme (opérationnel) a traité dans le département en 2004.

Figure 4. Nombre de dossiers d'ERSEI provenant des départements de la région adressés aux référents régionaux en 2004.

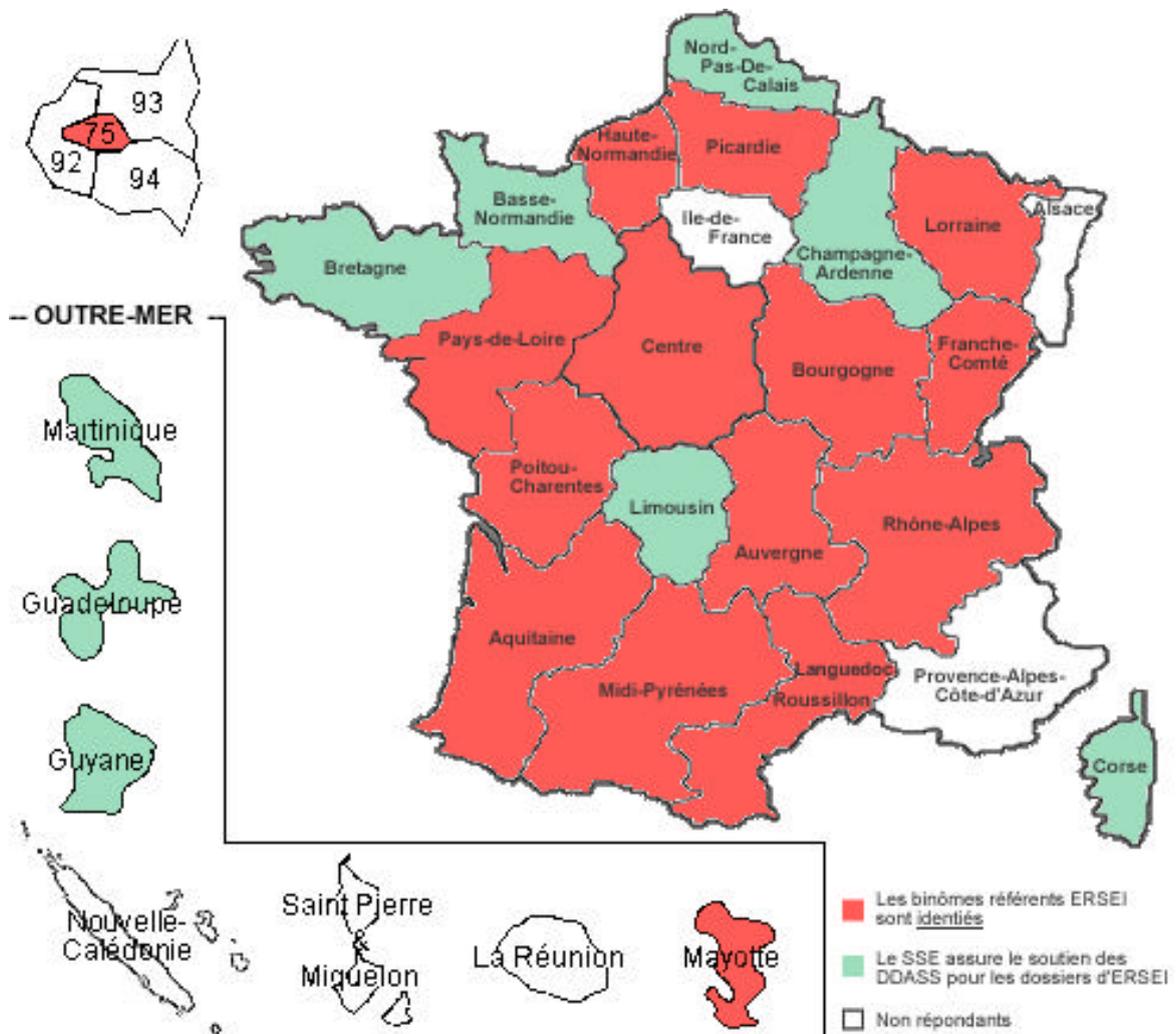
Tableau VIII. Repérage sectoriel des activités soumises à autorisation.

Figure 1. Fonctionnement pour l'année 2004 des binômes référents pour les dossiers d'ERSEI dans les départements¹.



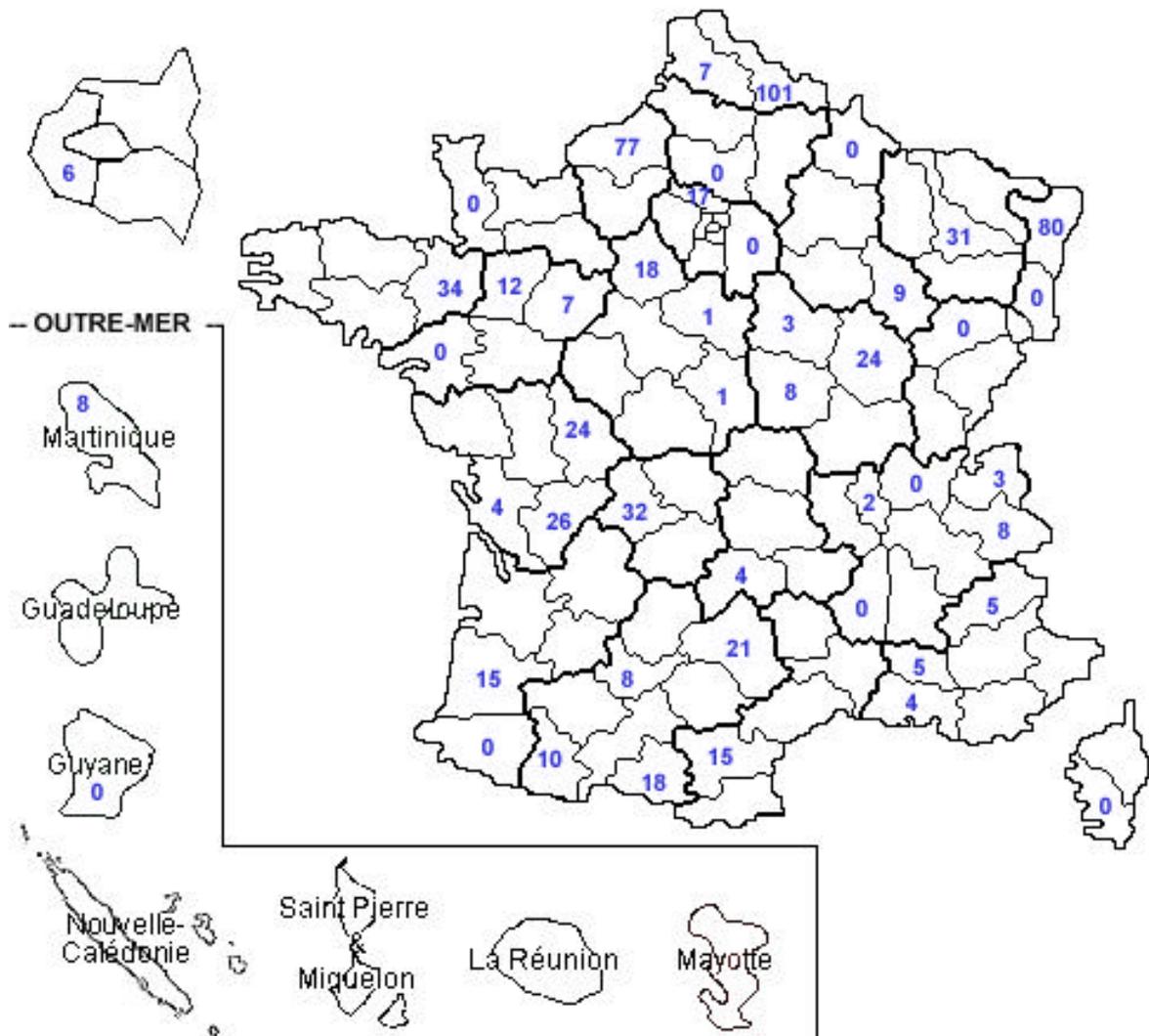
¹ Précisons le critère retenu : DDASS ayant participé à l'enquête déclarant avoir un binôme identifié (le référent SSE ne travaille pas seul) **même si** aucun dossier d'ERSEI n'a été examiné dans le département (le binôme identifié n'est pas toujours opérationnel).

Figure 2. Fonctionnement pour l'année 2004 des binômes référents pour les dossiers d'ERSEI dans les régions¹.



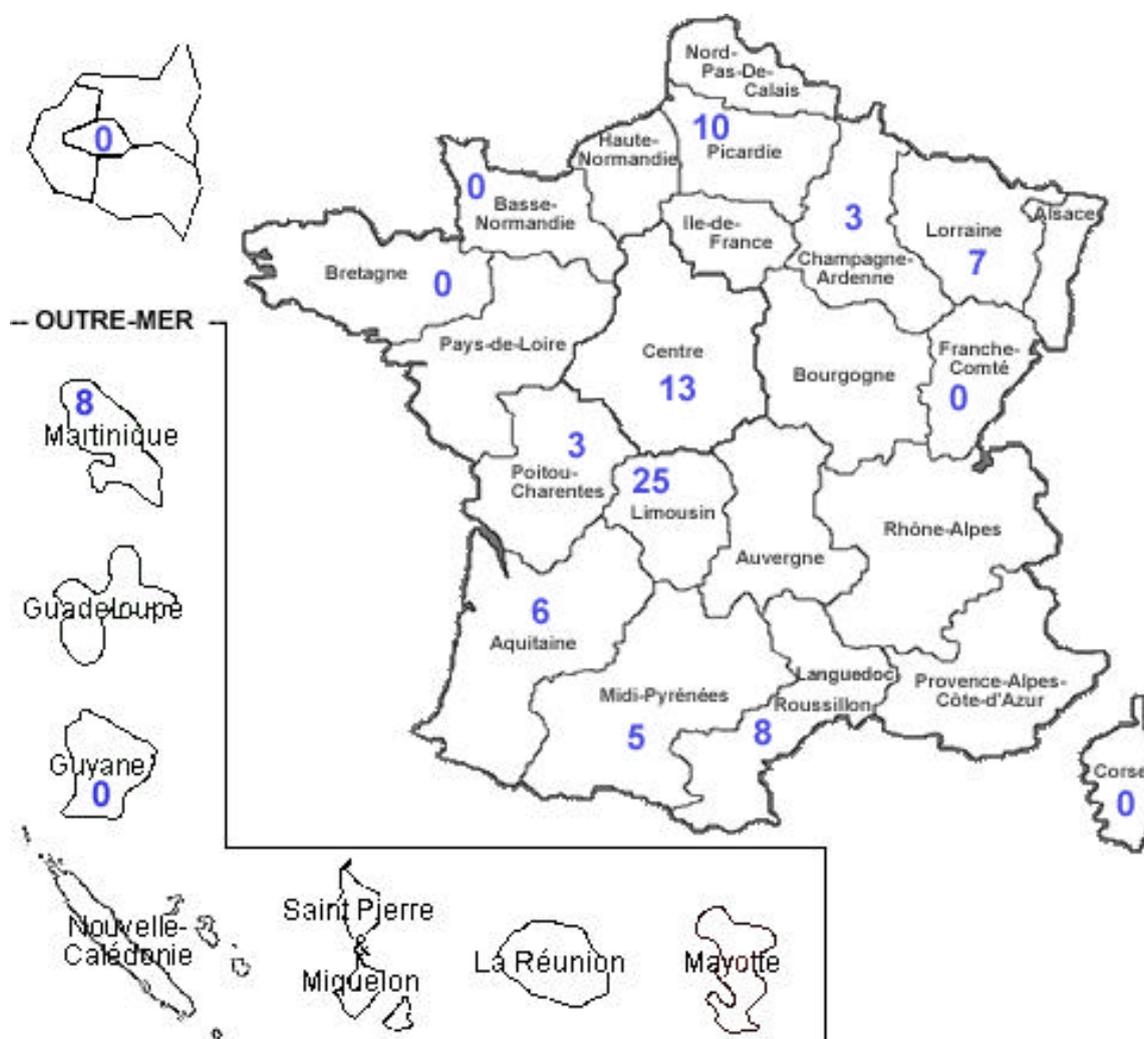
¹ Précisons le critère retenu : DRASS ayant participé à l'enquête déclarant un binôme identifié même si aucun soutien des DDASS n'a été demandé pour les dossiers d'ERSEI.

Figure 3. Nombre total de dossiers d'ERSEI que le binôme (opérationnel) a traité dans le département en 2004¹.



¹ [Pas de numéro] : nombre de dossiers d'ERSEI traités non indiqué ou bien DDASS n'ayant pas répondu.

Figure 4. Nombre de dossiers d'ERSEI provenant des départements de la région adressés aux référents régionaux en 2004¹.



¹ [Pas de numéro] : nombre de recours aux référents régionaux non indiqué ou bien DRASS n'ayant pas répondu.

Tableau VIII. Repérage sectoriel des activités soumises à autorisation.

Intitulé du secteur*	Activité soumise à autorisation†	% des dossiers selon l'enquête InVS de septembre 1998
Elevages :	Elevages agricoles, piscicultures, etc.	17,4 %
Traitement de déchets :	Activités de traitement de déchets ménagers ou industriels par procédés biologiques, physico-chimiques, incinération, etc.	13,4 %
Chimie, parachimie, pétrole :	Toutes activités de fabrication ou de transformation de substances chimiques organiques ou minérales, y compris le raffinage et le stockage d'hydrocarbures, la fabrication d'explosifs, la fabrication d'engrais, la fabrication de pigments, la fabrication de peintures, de vernis ou de résines, la fabrication de produits phytosanitaires, la régénération de solvants, la carbonisation du bois, la production ou la transformation de matières plastiques...	12,0 %
Agro-alimentaire :	Toutes activités agro-alimentaires telles que : conserveries, production de boissons alcoolisées ou non alcoolisées, sucreries, distilleries, production de produits amylacés, levureries, malteries, laiteries et activités dérivées, abattoirs, équarrissage, biscuiteries, huileries, confiseries, plats cuisinés, traitement et transformation du tabac, etc.	9,7 %
Industries extractives :	Activités extractives (minerais de fer, de potasse, d'uranium, de fluorine, ...), y compris les activités connexes de concassage, lavage, stockage de stériles, etc.	9,4 %
Prises d'eau, forage, rejets d'eau pluviale, déversoir d'orage... :	Réalisation de plan d'eau, prise d'eau, forage...	7,3 %
Mécaniques et traitement de surfaces :	Activités mécaniques et de traitement de surfaces (la notion de traitement de surface étant ici élargie à l'application de peintures, de vernis, d'encres d'impression, ainsi qu'au traitement de surfaces photosensibles).	4,3 %
Sidérurgie et métallurgie :	Activités liées à la fabrication ou à la transformation des métaux ferreux ou non ferreux telles que : hauts fourneaux, aciéries, fonderies, cokeries, laminage, électrolyse de l'aluminium de première fusion, fabrication d'accumulateurs, etc.	4,0 %
STEP‡ :	Station d'épuration urbaine ou industrielle.	3,7 %
Infrastructures routières :	/	3,3 %
Production d'énergie :	Production d'électricité à partir de centrale nucléaire ou thermiques, chaufferies, etc.	2,0 %
Bois, papier, carton :	Transformation du bois, fabrication de pâte à papier ou de carton à partir de fibres primaires ou recyclées, etc.	1,7 %
Industries minérales :	Fabrication de ciment ou de chaux, fabrication de céramique, fabrication d'amiante ciment, verreries, briqueteries, centrale de béton, etc.	1,7 %
Textile :	Activités liées à la fabrication ou à la transformation de fibres textiles naturelles ou synthétiques telles que ennoblissement, blanchiment, apprêts, teintureries, filatures, blanchisseries, etc.	1,3 %
Cuir et peaux :	Tanneries et mégisseries.	0,0 %
Autres :	Diverses activités non décrites ci-dessus.	8,8 %

Source : Volet sanitaire des études d'impact – Bilan de l'enquête auprès des DDASS.

* Principaux rejets industriels en France, bilan de l'année 1996 – Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, Direction de la prévention des pollutions et des risques, décembre 1997.

† Le repérage sectoriel ne correspond pas toujours à une activité principale mais favorise une approche par type de rejets. Toutefois l'approche par activité est importante à prendre en compte (un site industriel présentant plus d'une activité peut être classé dans plusieurs secteurs).

‡ STEP : Station d'épuration urbaine ou industrielle.