

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

X V <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## **Commission d'enquête sur l'impact économique, sanitaire et environnemental de l'utilisation du chlordécone et du paraquat comme insecticides agricoles dans les territoires de Guadeloupe et de Martinique, sur les responsabilités publiques et privées dans la prolongation de leur autorisation et évaluant la nécessité et les modalités d'une indemnisation des préjudices des victimes et de ces territoires**

– Audition, ouverte à la presse, de M. le professeur Luc Multigner, directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).....2

– Présences en réunion ..... 18

Lundi

1<sup>er</sup> juillet 2019

Séance de 15 heures 50

Compte rendu n° 3

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

**Présidence de  
M. Serge Letchimy,  
Président de la commission  
d'enquête**



**COMMISSION D'ENQUÊTE SUR L'IMPACT  
ÉCONOMIQUE, SANITAIRE ET ENVIRONNEMENTAL  
DE L'UTILISATION DU CHLORDÉCONE ET DU PARAQUAT  
COMME INSECTICIDES AGRICOLES DANS LES TERRITOIRES  
DE GUADELOUPE ET DE MARTINIQUE, SUR LES RESPONSABILITÉS  
PUBLIQUES ET PRIVÉES DANS LA PROLONGATION DE LEUR  
AUTORISATION ET ÉVALUANT LA NÉCESSITÉ ET LES MODALITÉS D'UNE  
INDEMNISATION DES PRÉJUDICES DES VICTIMES ET DE CES TERRITOIRES**

**Lundi 1<sup>er</sup> juillet 2019**

*La séance est ouverte à quinze heures cinquante.*

*(Présidence de M. Serge Letchimy, président de la commission d'enquête)*

---

*La commission d'enquête procède à l'audition du professeur Luc Multigner, directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).*

**M. le président Serge Letchimy.** Nous allons entendre le professeur Luc Multigner, directeur de recherche à l'INSERM, Monsieur le professeur, je vous souhaite la bienvenue.

Je vous informe que nous avons décidé de rendre publiques nos auditions et que, par conséquent, celles-ci sont ouvertes à la presse, diffusées en direct sur un canal de télévision interne, et qu'elles seront consultables en vidéo sur le site internet de l'Assemblée nationale.

L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter serment de dire la vérité, toute la vérité rien que la vérité. Je vous invite donc, Monsieur, à lever la main droite et à dire « je le jure ».

*(M. Luc Multigner prête serment.)*

**M. Luc Multigner.** Je suis directeur de recherche à l'INSERM, un établissement public à caractère scientifique et technologique. Étant épidémiologiste, je m'intéresse aux populations. Par un concours de circonstances, j'ai appris l'existence du chlordécone en 1997, en Guadeloupe, par Alain Kermarrec, à l'époque directeur de recherche à l'INRA (Institut national de la recherche agronomique), malheureusement décédé depuis. Cela correspondait à un moment où je souhaitais, alors que je résidais à Paris, poursuivre mes études sur les conséquences sanitaires des expositions aux pesticides. Je m'étais intéressé aux Antilles parce que les cultures tropicales sont connues pour être très exposées à des nuisances de tout type, et de ce fait conduisant à l'usage intensif de produits phytosanitaires et de pesticides. En épidémiologie, pour mettre en évidence des conséquences sanitaires, il faut bien sûr travailler sur des régions où l'exposition est importante : pour pouvoir conclure. C'est donc au moment où je m'intéressais d'une façon générale à la problématique des pesticides, en particulier chez les travailleurs agricoles de la banane, qu'Alain Kermarrec m'a demandé si j'avais déjà entendu parler du chlordécone. Je lui répondis : « Dieu sait si je connais des pesticides, mais celui-là, je n'en ai jamais entendu parler. » Il me communiqua alors un exemplaire, que je conserve toujours, du rapport qui, au nom de l'INRA, fut remis en 1980 au Ministère chargé de l'environnement. Sa lecture m'a laissé pratiquement tétanisé lorsque j'ai découvert le

niveau de contamination de la faune sauvage, terrestre, aquatique et volatile par différents produits phytosanitaires de type persistant. La colonne qui correspondait à celle de cette molécule, le chlordécone, dépassait d'un facteur dix, cent, parfois mille, celles des autres pesticides. Lorsqu'Alain Kermarrec me demanda si je pensais que cela pourrait finalement conduire à des problèmes chez l'homme, je me suis dit, qu'étant donné la nature de ces molécules, qui se bio-accumulent dans la chaîne eutrophique, il y avait de fortes chances pour qu'effectivement, tôt ou tard, la population soit concernée.

J'ai alors découvert qu'à l'époque déjà, en 1980, il existait sur la dangerosité du chlordécone un corpus de connaissances scientifiques absolument extraordinaires, d'autant qu'il y avait eu aux États-Unis, dans l'usine de Hopewell en Virginie, qui en assurait la production, un incident qui avait fait la une de tous les médias. D'ailleurs, cet événement est considéré comme l'une des plus grandes catastrophes environnementales qu'aient connues les États-Unis. Il fut à l'origine de la prise de conscience, en particulier par les agences sanitaires américaines, de ces problèmes de pollution. Dans ce cas précis, le problème était lié aux conditions de production industrielle de la molécule.

En ce qui me concerne, cette découverte remonte donc, je pense, en 1997. Ce n'est que deux ans plus tard, lorsque la direction de la santé et du développement social – équivalent alors de l'agence régionale de santé – de la Martinique mena, notamment grâce à l'action d'Éric Godard, des contrôles de la qualité des eaux, que le chlordécone apparut dans les eaux de consommation. Ce contrôle avait été fait en application des normes européennes : il s'agissait de rechercher toutes les molécules, non seulement celles qui étaient utilisées à l'époque, mais également celles qui avaient pu être utilisées dans le passé. Très rapidement, je fus informé de cette étude.

Bien sûr, à partir du moment où se trouve une molécule dans les eaux de consommation, elle finit tôt ou tard dans les organismes humains. Nous avons commencé, avec différents acteurs locaux, à nous intéresser aux éventuelles conséquences sanitaires d'une exposition des populations à cette molécule.

Cette inquiétude fut confirmée quelques années plus tard, lors d'une étude réalisée parmi les travailleurs agricoles de la banane en Guadeloupe, au cours de laquelle nous avons, avec des collègues belges, mis en place le dosage du chlordécone dans le sang. Et les premières observations, qui datent donc de la période 1999-2001, nous ont montré que, sur approximativement 80 % de la population d'étude – tous des travailleurs salariés, du secteur agricole ou non agricole – on était en capacité de détecter le chlordécone. Cela fut le point de départ des travaux dont – je tiens à le préciser car souvent mon nom est cité – je n'ai été que l'humble coordinateur et qui ont été menés par des très nombreuses personnes, chercheurs de l'INSERM mais également médecins, médecins hospitaliers, personnels de santé aux Antilles.

**Mme la rapporteure Justine Benin.** Quelles sont les pathologies pour lesquelles un lien direct et essentiel entre l'exposition à la chlordécone et leur survenance a été démontré ?

**M. Luc Multigner.** S'agissant de questions relatives à des contaminants de l'environnement, l'approche épidémiologique, c'est-à-dire la recherche dans le domaine médical, est telle, qu'il est très difficile de prouver ou de démontrer les liens d'une façon formelle et absolue. À l'heure actuelle, on ne pourrait utiliser la terminologie que vous venez d'employer, que dans les cas du tabac, de l'alcool, voire de l'amiante. Pour ces trois agents, un lien direct a été avéré, mais après près de quatre-vingt-dix ans d'observations répétées... On en est loin de cela concernant le chlordécone.

J'ajoute qu'il faut distinguer nos recherches de la terminologie juridique, en particulier en ce qui concerne la causalité, directe ou indirecte. C'est une expression que nous, dans le domaine de la santé, n'utilisons pas, alors qu'il est souvent employé en droit pénal. Ce que nous pouvons apporter, ce sont des éléments, et bien sûr, des jugements. Cela doit se faire dans la rigueur scientifique : il y a un certain nombre de règles.

Dans le cas très particulier du chlordécone aux Antilles, en matière d'études sur les conséquences sanitaires, il faut tenir compte d'une situation exceptionnelle en termes de territoires touchés par cette molécule, dont l'usage a été très discret au niveau international. Cela tient au rapport sur le profil toxicologique que, les premiers, les industriels américains producteurs de cette molécule ont déposé aux autorités vers 1960-1961. Rendu public en 1975, dans le cadre des procédures faisant suite aux événements de Hopewell, ce rapport montrait déjà – je dis bien en 1961 ! – que la molécule présentait une dangerosité sur le plan de sa neuro-toxicité, de sa toxicité sur la reproduction, mais aussi de sa cancérogénèse. Les États-Unis ont, à ce moment-là, interdit l'usage de cette molécule pour des cultures alimentaires, considérant que le risque pour les populations était trop élevé.

**Mme la rapporteure Justine Benin.** En 1961, avez-vous dit ?

**M. Luc Multigner.** En 1961 ! Les autorités américaines ont autorisé cette molécule pour des usages non alimentaires, par exemple, pour la culture du tabac, ou pour les plantes ornementales.

Bien sûr, l'interdiction de l'utilisation du chlordécone dans des cultures agricoles a « plombé » l'usage de cette molécule. L'usage en fut donc peu répandu : un peu à Porto Rico dans la culture bananière – à l'époque Porto Rico n'avait pas le statut juridique qu'a aujourd'hui ce territoire par rapport aux États-Unis – ainsi que, dit-on sans toutefois produire d'éléments formels, dans divers pays de la Caraïbe, d'Amérique centrale, voire ailleurs...

Les faits connus, en regardant de près toutes les données, montrent qu'une très grande partie de ce qui fut produit aux États-Unis, fut en fait exporté en République fédérale d'Allemagne, pour être transformé en une autre molécule, le kelevan. Celui-ci fut ensuite exporté par la République fédérale d'Allemagne dans de nombreux pays de l'Est, derrière le rideau de fer, pour lutter contre le doryphore de la pomme de terre. J'insiste sur cet usage très discret.

Pour sa part, la France refusa son utilisation, en 1968, si je ne me trompe, se fondant sur le caractère persistant de cette molécule. Il y eut ensuite une première décision d'autorisation provisoire en 1972. Les Antilles françaises ont commencé à utiliser cette molécule en grandes quantités lorsqu'elle a été autorisée à la vente, en 1981. Les États-Unis avaient décidé d'interdire production, vente et distribution de la molécule en 1975. Ensuite, à partir de 1981, une société française a procédé à un rachat du brevet.

Pour résumer, c'est une molécule finalement peu utilisée dans le monde, par l'intermédiaire d'un produit phytopharmaceutique, et un concours de circonstances a conduit à ce que, à ma connaissance, les seuls territoires au monde ayant subi son impact sont les Antilles françaises : la Guadeloupe et la Martinique.

Cette introduction un peu longue est très importante pour la suite. Pourquoi ? Vous savez qu'en matière de conséquences sanitaires, la recherche exige que des travaux soient produits et reproduits : la méthode est essentielle dans le domaine scientifique. Mais on se

trouve face à un petit territoire, peuplé de 800 000 habitants, où l'on réalise des études que l'on ne peut pas dupliquer ailleurs. C'est une difficulté. Et c'est la raison pour laquelle nous avons, nous chercheurs, pris conscience dès le départ qu'il nous fallait des études sérieuses, robustes, avec des effectifs importants, et des outils méthodologiques tout à fait appropriés.

Il en est résulté les conséquences que je vais vous présenter. Certes je ne détiens pas la vérité absolue. Mais ces travaux ont abouti à des conclusions publiées dans la littérature scientifique internationale. Or nous, chercheurs, sommes évalués régulièrement, y compris sur nos activités et nos projets. Et, outre la validation sous forme de publication scientifique internationale, il nous faut présenter notre projet lorsque nous recherchons un financement. C'est tout cela qui donne une crédibilité, raisonnable, à la production des connaissances.

Beaucoup de travaux ont donc été menés ces vingt dernières années. On évoque beaucoup, bien sûr, les aspects négatifs, par exemple lorsqu'on parle de cancers de la prostate. Mais on parle beaucoup moins – surtout dans les médias – des aspects sur lesquels nos conclusions sont plutôt rassurantes. Certes des travaux montrent qu'il y a parfois des surrisques, mais d'autres montrent que les surrisques sont moindres, sur certains aspects.

Je commencerai précisément par les travaux qui montrent qu'il n'y a pas – en tenant compte des niveaux d'exposition de la population ces vingt dernières années – de surrisques pour un certain nombre d'événements de santé.

Nous allons très prochainement publier un article sur le risque de malformations congénitales. Il y a quelques années, beaucoup de bruits ont circulé à ce propos. Pourtant, nous n'observons pas de surrisques de malformations congénitales, y compris de malformations de l'appareil reproducteur masculin. Il n'y a pas non plus de surrisques, en lien avec le diabète gestationnel ou l'hypertension gestationnelle, qui sont des problèmes fréquents chez la femme enceinte et ont une prévalence importante aux Antilles, en tenant compte de l'hypertension et du diabète en général.

Une autre publication, sous presse, porte sur certains aspects du neuro-comportement des enfants à l'âge de sept ans. Elle montre que l'on n'observe pas de lien avec le chlordécone. Je pourrais en citer d'autres.

En revanche, nous avons pu constater chez la femme enceinte, à travers la cohorte mère-enfant Timoun, que l'exposition maternelle au chlordécone entraîne un surrisque de prématurité. Et, dans d'autres travaux, nous avons identifié de multiples facteurs de risques concernant la prématurité. Le chlordécone apparaît quant à lui comme un facteur de risque supplémentaire. Ces travaux se sont poursuivis avec un suivi sur le plan neurocomportemental chez les nourrissons à l'âge de sept et dix-huit mois, qui montrait de moins bons scores de neurodéveloppement. Des « moins bons scores », cela revient pour nous à des feux jaunes qui clignotent : il se passe quelque chose, sans en connaître les raisons, ce qui motive un intérêt à poursuivre nos travaux. C'est ce que nous sommes en train de faire, en exploitant une masse de données acquises lors du suivi des enfants de cette cohorte, à l'âge de sept ans. Cette année et l'année prochaine seront très riches en termes de productivité scientifique. Toutefois, la recherche prend du temps, j'en appelle donc à votre patience.

Si nous nous sommes intéressés aux pathologies tumorales, dites hormono-dépendantes, c'est parce le potentiel cancérigène de la molécule était établi, depuis fort longtemps. On sait également, depuis le milieu des années 1970, que cette molécule a des propriétés hormonales, qui en font un perturbateur endocrinien. Il s'agit essentiellement, du

cancer de la prostate et du cancer du sein. Pour différents motifs, en particulier la présence en Guadeloupe d'un grand urologue, le professeur Pascal Blanchet, qui présentait des avantages logistiques, nous avons orienté nos recherches vers le premier cancer. Les premiers travaux publiés en 2010 ont montré un lien d'ordre statistique entre l'exposition au chlordécone et un surrisque de cancer de la prostate. Pour simplifier, les hommes, dont l'exposition au chlordécone a été estimée par la mesure de la concentration de chlordécone dans le sang, présentaient plus de risques d'avoir un cancer de la prostate que ceux qui avaient moins de chlordécone dans le sang. On est ainsi passé du danger, c'est-à-dire de la potentialité, connue depuis cinquante ans, au risque, dans les conditions réelles, c'est-à-dire de l'exposition de la population. On le savait, puisque dès 2002-2003, d'autres travaux ont montré que cette population était exposée au chlordécone : outre l'étude que j'ai citée sur les travailleurs agricoles de la banane et d'autres salariés, l'étude Hibiscus, réalisée en partenariat avec l'Institut national de veille sanitaire, a porté sur la prévalence d'exposition chez la femme enceinte et le nourrisson. On a pu y voir que la majorité des femmes enceintes, comme des nouveau-nés, étaient contaminés par le chlordécone, ce qui nous a fait dire qu'on trouve la molécule de chlordécone dans le sang de pratiquement l'ensemble de la population. Le simple fait de détecter la molécule, ne signifie pas qu'on soit malade mais qu'il y a un risque.

Revenons au risque de cancer de la prostate. En 2010, nous avons répondu à la demande de la direction générale de la santé de réaliser une étude similaire en Martinique. Même si je n'étais peut-être pas très allant, car un chercheur fait rarement deux fois la même étude, j'ai accepté. Par un concours de circonstances, cette étude n'a pas pu être menée, mais cela n'a pas découragé les chercheurs que nous sommes : en 2015, les données de 2010 ont été analysées de façon un peu plus approfondie. Ces travaux ont abouti aux mêmes conclusions. À la fin du premier trimestre de cette année, une nouvelle publication s'est intéressée non pas à la survenue de la maladie, mais à son évolution une fois qu'elle est traitée et soignée. Elle a montré que le chlordécone est associé à un risque plus élevé de la récurrence biologique du cancer de la prostate.

L'ensemble de ces éléments a étayé notre sentiment que nous étions face à une substance susceptible d'accroître le risque de survenue du cancer de la prostate.

**M. le président Serge Letchimy.** L'étude qui n'a pas pu être menée jusqu'au bout, c'est Madiprostate ?

**M. Luc Multigner.** Oui.

**M. le président Serge Letchimy.** Quand Karuprostate a été réalisée en Guadeloupe, quelles ont été ses conclusions ? Et qu'elles étaient déjà les explications possibles, s'agissant notamment du lien entre chlordécone et cancer de la prostate ?

**M. Luc Multigner.** Karuprostate montre que l'exposition au chlordécone, estimée par ce que l'on observe dans le sang, est associée à un risque augmenté de survenue de la maladie. Je ne peux pas le dire plus simplement. Cela a fait l'objet d'une publication internationale, à partir de laquelle d'autres multiples analyses ont été conduites, prenant en compte par exemple les facteurs de susceptibilité individuelle, d'ordre génétique, intervenant dans le métabolisme de la molécule, et bien d'autres facteurs. Mais la conclusion demeure.

Si j'étais un peu réticent à dupliquer la même étude en Martinique, c'est parce que, en ce qui concerne l'environnement comme la problématique du chlordécone, Guadeloupe et Martinique sont similaires. D'ailleurs, les données de distribution de chlordécone dans la

population générale relevées par Santé publique France avec l'étude Kannari ont montré que les niveaux et les taux de contamination de la population martiniquaise étaient exactement les mêmes que ceux de la population guadeloupéenne. Parfois on oublie de dire que parmi les hommes qui ont participé à l'étude Karuprostate – de Karukera, qui signifie Guadeloupe en langue caraïbe –, il y avait aussi des Martiniquais.

**M. le président Serge Letchimy.** En quelle année l'étude Karuprostate a-t-elle été réalisée ?

**M. Luc Multigner.** L'étude Karuprostate a été menée sur des patients entre 2004 et fin 2007-début 2008. Le temps d'analyser les résultats, elle a été publiée en 2010.

**M. le président Serge Letchimy.** Pour que nos collègues comprennent bien : pour quelle raison l'État décide-t-il de demander une deuxième étude, identique, dans un pays pratiquement identique, sur des populations identiques pratiquant toutes deux la culture de la banane. Pourquoi l'État s'est-il montré aussi prudent ? Quelle était l'utilité scientifique d'une telle demande ?

Autre question : pour quelle raison, Madiprostate – de *Madinina*, Martinique pour les Amérindiens – n'a-t-elle pas été mise en œuvre ?

**M. Luc Multigner.** La situation aurait été différente aux États-Unis ou dans d'autres pays. Reprenons : une étude est conduite par des chercheurs au sein d'un institut public de recherche, dans une structure labellisée, évaluée. Elle est réalisée dans un petit territoire, peuplé seulement de 800 000 habitants. Elle est publiée dans une revue d'excellence – peut-être la meilleure revue de cancérologie au monde. On pourrait penser que c'est suffisant. Je rappelle que le projet Karuprostate a été financé par un programme hospitalier de recherche clinique national, par le ministère de la Santé, par un plan pluri-formations du ministère de l'enseignement et de la recherche, par des subventions du ministère chargé de l'Outre-mer, mais aussi par des associations privées, telles l'Association pour la recherche contre le cancer et la Ligue nationale contre le cancer. Bien sûr, la critique scientifique est normale, et je suis le premier à l'accepter. Néanmoins, il y avait un corpus de connaissances, appuyé bien sûr par d'autres données sur la cancérogénicité de la molécule, par des travaux effectués par nombre d'institutions dans le monde et d'autres chercheurs. On pouvait considérer que ce corpus de connaissances suffisait pour guider l'action publique, car tel est bien l'objectif que poursuivent les chercheurs de l'INSERM.

Donc oui, on aurait pu se passer de cette étude identique en Martinique. J'ai toutefois demandé à pouvoir m'intéresser à d'autres facteurs que le chlordécone, car pour le cancer de la prostate, de nombreux autres facteurs interviennent, en particulier dans les populations dites d'ascendance africaine où l'incidence est plus élevée.

**M. le président Serge Letchimy.** Je prends la responsabilité d'interpréter votre réponse : il n'était pas fondamentalement utile de demander une deuxième étude et les résultats de Karuprostate donnaient des indicateurs suffisants pour aiguiller l'État dans des stratégies de lutte contre la chlordécone, des mesures de prise en charge, etc.

**M. Luc Multigner.** À titre personnel, je pense en effet que ces travaux déjà menés étaient suffisants pour accélérer, continuer...

**M. le président Serge Letchimy.** Je demande à mes collègues de bien le noter. Nous ne comprenons pas que de telles décisions aient été prises, pas seulement sur un plan scientifique, mais aussi sur un plan administratif. Et la population demande des éclaircissements.

Il est souvent dit que le cancer de la prostate n'est pas lié uniquement à la chlordécone, qu'il y a d'autres facteurs... Mais on dit aussi que nous sommes les champions du monde dans ce domaine. Il n'y a pas de quoi être fier !

Disposez-vous d'éléments, par exemple en Côte d'Ivoire, en Guinée, au Sénégal, en Amérique du sud, qui montrent que le fait d'être noir prédispose à devenir champion du monde du cancer de la prostate ? Quelle est la part de notre négritude, et quelle est celle de la chlordécone, qui nous font développer le cancer de la prostate ?

**M. Luc Multigner.** Il est important de répondre de façon complète à cette question récurrente : oui, il y a des éléments de réponse. Tout d'abord, sachez que nous ne sommes pas tous égaux face à la maladie, en fonction de nos origines. Une maladie génétique comme la drépanocytose est ainsi très fréquente parmi les populations d'origine africaine. En revanche, une maladie génétique comme la mucoviscidose est très peu fréquente dans cette même population, alors que sa prévalence est très élevée en Hexagone. Nous ne sommes pas tous égaux... En matière de cancer, nous ne le sommes pas davantage. L'incidence de différents cancers varie en effet selon les populations. Les populations d'ascendance africaine ont des taux d'incidence de cancer de la prostate beaucoup plus élevés que les populations blanches. Et parmi ces dernières, je ferai encore une distinction entre Nordiques et Méditerranéens, les Nordiques ayant une incidence beaucoup plus élevée. Ce sont les populations asiatiques qui présentent l'incidence la plus faible de ce type de cancer.

Un autre contre-exemple : le cancer du testicule, autre organe de l'appareil génital est exceptionnel aux Antilles et très rare dans les populations d'ascendance africaine. En revanche, il est dix fois plus fréquent chez les Caucasiens.

En 2010, j'ai expliqué au professeur Didier Houssin, alors directeur général de la santé de l'époque, qu'il fallait ramener les choses à leurs justes proportions. Certes, les études montraient un surrisque lié à la chlordécone, mais il fallait quantifier ce surrisque. Dès cette date, nous étions d'accord pour que l'on cherche à estimer ce qu'on appelle une fraction attribuable. Cela ne relevait pas de l'INSERM, mais des agences sanitaires, en particulier de l'Institut national de la veille sanitaire. Nous sommes en 2019, et cela n'a toujours pas été fait ! Très souvent, en Guadeloupe ou en Martinique, on me demande ce que cela représente quantitativement, puisque, bien sûr, l'intégralité des cancers de la prostate n'est pas due au chlordécone. D'après un calcul fait sur le coin d'une table, je suis arrivé à une estimation, très grossière : mettons que sur cinq cents nouveaux cas annuels de cancer de la prostate en Guadeloupe et autant en Martinique, vingt-cinq, trente, quarante seraient imputables au chlordécone. Ce qui signifie, car il y a plusieurs lectures possible, que quatre-cent-soixante au moins n'ont rien à voir avec le chlordécone. Mais, bien évidemment, quarante, c'est quarante de trop !

On ne peut bien sûr pas savoir pour quel individu en particulier le chlordécone est imputable ou pas à son cancer. Si ce message avait été transmis en 2010, il aurait, je pense, remis les choses à leurs justes proportions, sans rien enlever à la question de l'imputabilité du chlordécone dans les cancers de la prostate. Malheureusement, la traduction de la recherche est un exercice trop peu répandu. Très souvent, nous les chercheurs, nous exprimons dans un



langage un peu technique, peu accessible au citoyen. Mais il ne faut pas avoir peur de dire que, à partir des travaux réalisés par l'INSERM conformément aux règles de l'art, on peut estimer que vingt, trente, quarante cancers de la prostate sont annuellement imputables au chlordécone.

C'est un langage simple, un langage de vérité. Je suis de ceux qui pensent que quand on dit la vérité, les esprits se calment. Les inquiétudes viennent lorsqu'on tergiverse. Certes, les scientifiques peuvent débattre, mais à partir du moment – c'est le cas aujourd'hui – où ces travaux n'ont pas été réfutés, il faut avoir une approche pragmatique. D'ailleurs, s'il y a eu polémique par la suite sur le cancer de la prostate, curieusement, bien que les outils, les méthodologies, les chercheurs soient les mêmes, tel n'a pas été le cas sur d'autres aspects, tel le risque de prématurité !

**Mme la rapporteure Justine Benin.** Vous avez expliqué qu'il n'y a pas, à cause du chlordécone, de surrisques de malformations congénitales, de diabète ou d'hypertension gestationnels. Vous n'en avez pas non plus constaté lorsque vous avez observé l'enfant avant sept ans. C'est important, parce qu'on disait que l'enfant pouvait présenter des problèmes au niveau du cerveau...

**M. Luc Multigner.** Il y a eu beaucoup de *fake news*...

**Mme la rapporteure Justine Benin.** En revanche, vous dites que vous avez observé des surrisques de cancer et de prématurité. Toutefois, il n'y aurait pas de lien de cause à effet entre le chlordécone et le taux et le nombre exceptionnels de cancers de la prostate en Guadeloupe et en Martinique. Je vous ai entendu le dire dans une conférence à Saint-Claude : je vous repose donc la question, pour être bien sûre de votre réponse et pour que les populations qui nous regardent entendent bien une réponse claire de votre bouche, vous qui êtes un scientifique.

**M. Luc Multigner.** Votre question est pertinente et mérite des éclaircissements. On confond très souvent incidence de la maladie – c'est-à-dire le fait qu'une maladie soit très fréquente à un moment donné, à un endroit donné – et le fait qu'un facteur, un agent extérieur X ou Y (chlordécone, virus, alimentation...) soit associé au risque de survenue de la maladie. Lorsqu'on a un facteur de risque très puissant – par exemple le tabac : le lien qui existe entre tabac et cancer du poumon est très fort. Donc on sait que, dans les populations où le tabagisme est important, l'incidence du cancer du poumon est élevée. Et lorsque les populations diminuent leur consommation de tabac, l'incidence diminue, et de façon massive... Pour le chlordécone, comme pour beaucoup d'agents environnementaux, – on est loin tout de même de la situation de l'amiante en exposition professionnelle, je tiens à le préciser – on est face à ce que l'on appelle dans notre jargon professionnel, des risques environnementaux faibles. Faibles, ne veut pas dire qu'ils n'existent pas. Faibles, signifie que l'intensité du lien est relativement petite. Mais comme elle concerne une large population, le nombre de cas peut néanmoins être important. J'en reviens à l'incidence : l'incidence est élevée. Lorsqu'on compare ce qui est comparable, on est dans les mêmes ordres de grandeur d'incidence observée dans les populations afro-américaines aux États-Unis et parmi les populations caribéennes ou d'origine africaine continentale résidant au Royaume-Uni. Cela ne veut pas dire que le chlordécone n'intervient pas dans l'incidence, mais cela n'explique pas la majeure partie de l'incidence.

**Mme la rapporteure Justine Benin.** Pourriez-vous être plus clair ?

**M. Luc Multigner.** C'est un peu technique, je le concède.

**M. le président Serge Letchimy.** Nous y reviendrons peut-être.

**M. Raphaël Gérard.** J'ai bien compris la démonstration, et quelque part, cela me rassure. Mais je me pose en revanche la question de la récurrence. A-t-on étudié cela ? Vous dites que cette étude, publiée en 2010, a été réalisée entre 2004 et 2008. Pendant ces quatre ans, vous êtes-vous concentré uniquement sur la survenue des cancers de la prostate, ou bien avez-vous également pris en considération les potentielles rechutes de la maladie ? Et le cas échéant, peut-on faire un lien entre taux de récurrence plus important et chlordécone ?

**M. Luc Multigner.** Nous avons poursuivi nos travaux, en nous posant une nouvelle question : maintenant que nous avons des informations sur la survenue de la maladie qu'en est-il de la récurrence ? Le cancer de la prostate est un cancer pour lequel on a des possibilités thérapeutiques diverses et variées, dont la chirurgie. L'enjeu est de pouvoir distinguer les formes agressives (celles qui vont malheureusement mettre en danger la vie du patient), de formes qu'on appelle indolentes. La première ligne de traitement classique, c'est tout simplement d'enlever la prostate : c'est ce qu'on appelle une prostatectomie. Malheureusement, on sait que 20 à 25 % des patients récidivent, c'est-à-dire qu'il y a dans l'organisme des cellules qui circulent et qui réapparaissent, et l'on est contraint à une deuxième ligne de traitement. Dans notre publication récente, nous montrons que le chlordécone, et pas un autre polluant, est associé à un surrisque de cette récurrence. Comme c'est un enjeu très important, vu le nombre de cas annuels, et comme tous ces patients vont être traités, nous sommes en train de commencer une nouvelle étude – d'abord en Guadeloupe, mais nous visons ultérieurement la Martinique – qui sera destinée à étudier l'influence du chlordécone et d'autres facteurs, sur l'évolution de la maladie après les différents traitements. Ce nouveau projet s'appelle Cohorte KP Caraïbes, car nous allons essayer de l'élargir dans notre bassin géographique... C'est un vrai enjeu non seulement vis-à-vis du chlordécone mais aussi pour mieux connaître l'évolution de la maladie. Nous répondons à l'avis de la Haute Autorité de santé, lorsque, saisie par la direction générale de la santé, elle a voulu savoir si le dépistage systématique du cancer de la prostate dans des populations à risque – comme les populations antillaises, en prenant de surcroît en compte la problématique chlordécone – était justifié ou pas. La HAS a répondu que, pour l'instant, on n'avait pas suffisamment d'éléments qui justifiaient un dépistage systématique, mais qu'il fallait faire des recherches pour mieux comprendre la maladie dans ces populations. C'est en ce sens que nous orientons actuellement nos travaux.

**Mme Hélène Vainqueur-Christophe.** J'aimerais revenir sur l'étude Madiprostate. Elle a été commencée en 2013 mais ses financements ont été retirés en 2014 à la demande de l'Institut national du cancer (INCa), que présidait alors l'actuelle ministre de la santé, Mme Agnès Buzyn. Vous avez dit que cette étude pouvait faire doublon puisque Martinique et Guadeloupe ont les mêmes caractéristiques.

Dans le cadre de la discussion au Sénat de la proposition de loi portant création du fonds d'indemnisation des victimes des pesticides, la ministre de la santé a déclaré très clairement que c'étaient les protocoles opérationnels qui n'étaient pas satisfaisants. Ces protocoles étant les mêmes que ceux qui ont amené aux conclusions de Karuprostate, cela pourrait remettre en question la qualité de ces conclusions. Qu'en pensez-vous ?

S'agissant de la façon dont l'INCa a justifié l'arrêt de cette étude Madiprostate en 2014, avez-vous des documents écrits qui pourraient être portés à la connaissance de notre Commission ?

**M. Luc Multigner.** Je ne peux pas répondre en détail à tout ; demain on y serait encore car c'est un vrai roman-feuilleton. Néanmoins, comme je savais que cette question me serait posée, je me suis fait une petite fiche synthétique. Je vais vous donner des dates repères. Notre publication Karuprostate intervient en juin 2010. Fin 2010, la direction générale de la santé, saisit l'INCa pour financer en Martinique une étude dénommée Madiprostate similaire. Bien évidemment, nous avons proposé d'utiliser le même protocole – amélioré ; on peut toujours améliorer – parce qu'il était efficace et avait fait ses preuves en termes d'évaluation scientifique, mais aussi *a posteriori* en termes de publications scientifiques... Pendant toute l'année 2011, de nombreux échanges entre l'INCa et moi-même ont lieu, ainsi que des avis d'experts. Finalement, le 1<sup>er</sup> mars 2012, a été signée une convention de subvention pour ce qu'on appelle une première étude de faisabilité : Il est normal qu'on passe par une telle phase pour une étude coûteuse. On arrive ainsi en janvier 2012 pour réaliser l'étude en 2012 2013.

**M. le président Serge Letchimy.** Avez-vous souvenir du coût de l'étude ?

**M. Luc Multigner.** Il y a eu plusieurs budgets, parce qu'on avait beaucoup surestimé le coût. Certes, cela dépend des moyens humains requis, mais le budget oscillait entre 600 000 et 800 000 euros, ce qui correspond d'ailleurs aux moyens investis dans Karuprostate et toutes ces études... Donc en 2012, on obtient ce premier financement pour cette année de faisabilité. Malheureusement vers la fin de l'année, on dresse un constat de difficultés. Vous savez sans aucun doute, monsieur le président qu'en 2012, le CHU de Fort-de-France a été réorganisé, avec l'ouverture du centre hospitalier Mangot Vulcin au Lamentin. Or le premier service hospitalier qui a déménagé a été le service d'urologie, ce qui nous a empêchés de faire quoi que ce soit. Nous avons donc demandé à l'INCa une autorisation de prolongation de cette étude de faisabilité, de mars 2013 à mars 2014, puis nous nous sommes mis au travail. À la fin de l'année 2013, il nous restait trois mois pour la terminer, sachant que nous souhaitions continuer dans ce qu'on appelle la phase de déploiement. J'écrivis donc un courrier à INCA en y joignant un rapport d'avancement pour montrer que les choses se présentaient très bien... Et je reçus un courrier signé le 27 janvier 2014 par la présidente de l'INCa de l'époque. Je vous le lis car la forme m'a surpris : « *Vous m'avez adressé un courrier le 31 décembre 2013 m'informant de l'état d'avancement de la phase de faisabilité de l'étude Madiprostate. Après lecture de votre rapport, j'ai le regret de vous informer que je ne le soumettrai pas au collège d'experts, étant donné que les informations transmises à ce jour ne me permettent pas d'évaluer la pertinence de soutenir un déploiement de cette étude.* » Habituellement, ce sont les experts qui décident en leur âme et conscience qu'il n'y a pas d'éléments qui justifient une étude ; là, c'est la présidente de l'époque qui décide de ne pas soumettre pas au collège des experts. Ainsi, le jugement est rendu par une autorité et non par des experts. C'est cette question de forme qui m'a un peu surpris... En dépit de notre réponse la décision fut maintenue et nous avons transmis, le 30 mars 2014, le rapport final de cette année de faisabilité. Mais bien entendu, l'étude s'est arrêtée là : faute de financement, nous n'avons pas pu prolonger les contrats de travail, et nous avons dû décommander la cinquantaine de volontaires prévus pour le mois d'avril.

Le directeur général de la santé de l'époque, M. le professeur Vallet, a insisté pour que l'INCa délivre un vrai rapport d'experts – qui, à ce jour, sont restés anonymes –, que je n'ai reçu qu'en novembre 2014. J'ai été assez surpris de son contenu, en particulier de certains propos, notamment d'un d'entre eux, que je ne tolérerai pas de la part d'un étudiant

en licence dans ma discipline. Donc, je me suis posé des questions – je ne m’en pose plus : c’est de l’histoire ancienne. Surtout, nous avons décidé de nous tourner vers d’autres objectifs de recherche.

**M. le président Serge Letchimy.** Acceptez-vous de nous remettre ces courriers ? Pour nous, il est très important d’analyser cela, parce que ce n’est pas de l’histoire ancienne, c’est de l’histoire au présent, puisque l’étude n’a toujours pas été réalisée. Nous voulons savoir pour quelles raisons ces études n’ont pas été réalisées. Je veux dire pour quelles vraies raisons, pas des raisons « habillées ». Si cette étude avait été lancée, il est fort probable que les instances publiques auraient été mieux informées et que certaines thèses auraient été vérifiées ou non.

Mme Benin a raison de vouloir être très précise à ce propos : selon vous, il n’y a pas de surrisque concernant les malformations congénitales, notamment pour l’appareil masculin, mais vous n’avez pas parlé de l’appareil féminin... Il n’y a pas non plus de surrisque pour le diabète gestationnel des femmes enceintes et pour les enfants, sur le plan neurologique comportemental. Il y a en revanche surrisque pour les femmes enceintes en ce qui concerne les naissances prématurées. Quant aux nourrissons, les choses ne sont pas très claires et des questions doivent encore être posées.

En revanche, vous avez été très clair à propos des pathologies tumorales, notamment à propos du caractère cancérigène de la molécule : il n’y a pas de doute. C’est important de le dire. Il y a aussi des liens entre le cancer de la prostate et la chlordécone, en tant que perturbateur endocrinien avéré. Vous avez ajouté qu’il y a des possibilités sérieuses de liens avec le cancer du sein.

**M. Luc Multigner.** Des interrogations, monsieur le président.

**M. le président Serge Letchimy.** Je note : des interrogations... Vous avez ensuite donné une estimation : sur les cinq cents nouveaux cas annuels de cancer de la prostate, bien sûr, il y a une part certainement liée à nos origines génétiques ; il y a probablement des enjeux liés au « cocktail », appelons cela comme cela, c’est-à-dire le fait qu’on subisse les effets de plusieurs pesticides sur le plan santé ; et il y a un lien établi avec la chlordécone. Ce lien, vous estimez qu’il pourrait concerner autour de vingt, trente, quarante individus sur les cinq cents. C’est une estimation sans certitude absolue, mais cela signifie qu’il existe bien un lien – que vous établissez – avec la chlordécone. C’est bien cela ? Souhaitez-vous reprendre pour que les choses soient parfaitement claires ?

**M. Luc Multigner.** J’ai bien précisé que ce chiffre de vingt, trente ou quarante sur cinq cents, est une estimation grossière. Ce travail devrait être fait par les agences et les institutions, qui en ont les capacités et disposent de tout l’environnement scientifique nécessaire. Si je me suis permis de lancer cette estimation, c’est parce que cela fait des années que la question est posée. Je me permets, à titre personnel, de lancer un chiffre : il sera confirmé ou infirmé, mais il faut bien commencer...

J’en viens à votre question plus générale. Vous avez parlé du cancer de la prostate et des facteurs génétiques, mais il existe d’autres facteurs : environnementaux, par exemple, qui sont très mal étudiés, aux Antilles et ailleurs. D’autres facteurs tiennent à l’alimentation, à l’activité physique, qui jouent également un rôle dans la survenue des cancers, notamment le cancer de la prostate. En tant que chercheur de l’INSERM, j’ai été souvent interrogé sur le lien de causalité entre la chlordécone et le cancer de la prostate. En raison de son expertise

collective, les autorités ont récemment sollicité l'INSERM, afin d'actualiser les données de l'expertise de 2013. Son rapport a été transmis aux autorités de tutelles et aux demandeurs en début d'année, puis rendu public et mis en ligne, il y a quelques jours. C'est un document de soixante-dix pages avec tous les détails, un travail collectif d'experts dont vous trouverez les noms. Je puis vous en lire la conclusion, en commençant par la fin, pour poser le contexte : *« Établir scientifiquement une relation de causalité entre l'exposition aux xénobiotiques et un événement indésirable pour la santé chez l'homme est un exercice difficile, surtout si cet événement se produit, longtemps après le début de l'exposition – c'est le cas du cancer de la prostate, en particulier. L'évaluation d'une relation de causalité ne procède pas de la démonstration, mais d'un jugement et c'est la convergence des conclusions issues d'études épidémiologiques de données toxicologiques et mécanistiques qui permet d'apprécier la vraisemblance d'une relation causale. En accord avec les conclusions d'expertises collectives de 2013, et à la lumière des données scientifiques existantes à ce jour, il apparaît que la relation causale entre l'exposition au chlordécone et le risque de survenue de cancer de la prostate est vraisemblable. »* Cette expertise, finalisée fin février, n'a pas pu tenir compte de la plus récente publication sur la récurrence qui date du mois de mars, qui n'infirme toutefois pas les propos qui ont été tenus.

**M. Didier Martin.** Je suis député de la Côte-d'Or et j'ai été médecin dans une vie précédente. Je reviens sur le point qu'a soulevé le président et que vous venez de développer : la relation causale. Je crois qu'on a une pensée pour tous ces malades, et que par respect pour eux, il faut préciser le plus possible les choses. Je vais donner des phrases, puis vous direz si vous êtes d'accord ou pas.

Premier point : l'incidence du cancer de la prostate en Caraïbe serait environ deux fois supérieure à l'incidence en Hexagone Deuxième point : sur les cinq cents nouveaux cas annuels dans la zone, vous estimez, grossièrement, que 5 à 8 % de ces nouveaux cas pourraient être imputables à l'exposition, avec cette relation causale entre chlordécone et cancer de la prostate. Si nous sommes d'accord, j'ai une première question, mais je me doute de votre réponse, et je vous en poserai ensuite une seconde : peut-on identifier, isoler, ces patients ? Y a-t-il une trace possible ? Je ne doute pas de votre réponse : votre jugement me laisse supposer qu'il est difficile d'identifier ces patients parmi tous ceux, nombreux, qui souffrent d'un cancer de la prostate.

Deuxième question, en relation avec la vulgarisation de vos travaux sur la récurrence : un taux sanguin supérieur à 1 microgramme de chlordécone par litre serait corrélé à un risque de récurrence, multiplié par trois. Cette affirmation est-elle correcte ? Y a-t-il une méthode pour essayer d'identifier ces patients parmi ceux qui sont atteints de cancer de la prostate ?

**M. Luc Multigner.** C'est très difficile parce que l'outil qui a été utilisé est la mesure de chlordécone dans le sang. C'est un outil extrêmement intéressant lorsqu'il s'agit de l'étude épidémiologique et pour une vision générale. Cependant, au niveau individuel, et pour utiliser une terminologie médicale que vous connaissez, c'est un outil à valeur prédictive – positive comme négative – très faible : ce n'est pas parce qu'on trouve, beaucoup de chlordécone chez quelqu'un – quand bien même il aurait un cancer de la prostate – qu'on peut affirmer que son cancer est lié au chlordécone ; pas plus qu'on ne peut affirmer que quelqu'un du même âge, qui n'aurait pas de chlordécone détectable dans le sang, soit à l'abri du risque de cancer de la prostate.

Je souhaite faire, là encore, une distinction avec la causalité lorsqu'il s'agit de tabac, alcool ou amiante, agents cancérigènes dont l'intensité du risque est très élevée. Dans le cas

du chlordécone, on est face à ce qu'on appelle les risques faibles environnementaux, c'est-à-dire dans un cas de figure différent, pour lequel ces questions ont été rarement abordées et traitées, notamment pour ce qui a trait à l'imputabilité d'exposition à des substances chimiques et la survenue des maladies chroniques, en particulier le cancer. On l'a étudié essentiellement dans des contextes d'exposition professionnelle, ce qui restreint à une population dont l'activité a conduit à une surexposition. Dans le cas de l'amiante, par exemple, il suffit de reconstituer le passé pour pouvoir dire qu'effectivement, chez cette personne, cancer du poumon, mésothéliome, etc. sont liés à l'amiante.

Pour le chlordécone, les études, telle Karuprostate, visent les sursurrisques au sein d'une population générale, et non au sein d'une sous-population réduite et précise... C'est un cas de figure assez exceptionnel pour la traduction de ces risques environnementaux, mais nous sommes à l'orée de l'évaluation des conséquences et des risques sanitaires, des questions environnementales.

Je ne suis pas compétent pour déterminer qu'elle doit être la réponse à cette situation nouvelle, difficile, complexe, pour dire comment gérer ce risque dans une population générale. À titre personnel, en tant que chercheur, à chaque publication, j'ai pris l'habitude de transmettre une note de synthèse aux autorités sanitaires, bien sûr. Et ma dernière phrase est toujours « *que peut-on en tirer ?* ». En l'espèce, cela ne peut qu'inciter à réduire au maximum l'exposition des populations antillaises au chlordécone, c'est-à-dire faire tout le nécessaire – tâche complexe – pour que tout un chacun ne soit plus exposé. C'est là qu'est le combat, de mon point de vue.

**M. le président Serge Letchimy.** Selon vous, au travers de votre expérience et au-delà même de l'analyse scientifique, les conditions sont-elles remplies et les moyens sont-ils mis en œuvre pour sortir ces populations de ce risque ?

**M. Luc Multigner.** On ne peut pas dire qu'on n'a rien fait. Je suis témoin qu'à partir de 1999, les services décentralisés de l'État en Guadeloupe et en Martinique ont fait face au problème. En contrôlant la qualité des eaux d'abord, puis en avertissant les autorités centrales du problème... Elles en ont pris conscience et progressivement, des mesures ont été prises. Je pense par exemple aux arrêtés préfectoraux – qui commencent à limiter certaines cultures, en particulier les légumes racines, sur des sols contaminés. À partir de 2008, comme vous le savez, les plans d'action chlordécone ont été lancés. Lorsque je porte un regard global, bien sûr des choses ont été faites. Certaines moins bien que d'autres, d'autres mieux que d'autres, mais c'est normal...

Il y a toutefois quelque chose qui m'interpelle, je l'avais évoqué lors de la conférence introductive au colloque sur le chlordécone en Martinique en octobre dernier. J'y avais montré un extrait de presse publié aux États-Unis en 1976, suite à la catastrophe de Hopewell. Je rappelle les faits : une ville de 10 000 habitants, une usine, une centaine de travailleurs exposés, une pollution de la rivière James, de l'estuaire à forte production marine (en particulier le fameux crabe bleu de Virginie), et un bassin populationnel affecté de 400 000 personnes : on est dans des dimensions macroscopiques un peu similaires. Or on trouve dans la presse, la déclaration des autorités de cet État américain, qui disent ; « *on est face à un dossier dont le coût est estimé à deux milliards de dollars.* » Je dis bien deux milliards de dollars ! Je ne sais pas si c'est vrai, mais c'est le chiffre qui était avancé. Eh bien, en trois-quatre ans, les autorités américaines ont réglé ce dossier, tant sur le plan juridique que sur celui des mesures de prévention.

Alors – je répète qu’il s’agit de mon opinion personnelle – oui, on a fait des choses et oui, on peut les améliorer. Peut-être n’a-t-on pas pris la mesure de l’ampleur d’un problème nouveau. Mais je me suis déjà demandé publiquement si on aurait réagi de la même façon si le chlordécone avait été utilisé dans ma région, la Bretagne, pour protéger la culture d’artichauts du Léon et qu’on avait un tiers des surfaces agricoles, un tiers du littoral marin de la Bretagne pollués par un contaminant dont sait qu’il va rester là pendant des décennies. N’aurait-on pas mis un braquet un petit peu plus élevé ?

Mais j’aime regarder de l’avant : avec l’annonce qui a été faite par la ministre des Outre-mer d’un plan Chlordécone IV, on peut espérer qu’on prenne la mesure de l’ampleur du problème. Bien sûr, cela va coûter cher, mais il faut avancer !

**Mme la rapporteure Justine Benin.** Vous dites qu’on n’a pas pris la mesure de l’ampleur du problème. Il n’y a pas si longtemps, il y a eu un avenant du plan Chlordécone III, et peut-être y aura-t-il un plan Chlordécone IV. Que pensez-vous des différents plans Chlordécone. Les objectifs ont-ils été atteints ? Si vous deviez faire des préconisations, quelles seraient-elles ?

**M. Luc Multigner.** Je n’ai ni les moyens ni la prétention d’évaluer les plans Chlordécone, je puis simplement porter mon regard extérieur – et un peu intérieur – sur un certain nombre d’actions, en particulier sur les aspects relatifs à la santé. J’ai plutôt une appréciation positive globale de ce qui a été fait. Mais cela n’a probablement pas répondu à toutes les questions. Le problème de la pêche, par exemple, n’a été mis en exergue que récemment alors que la contamination de la faune aquatique, qu’elle soit d’eau douce ou d’eau marine, avait déjà été déjà estimée par des travaux de l’Ifremer au début des années 2000...

Rétrospectivement, on peut penser que le braquet n’a pas été développé autant qu’il aurait fallu. Mais il n’est jamais trop tard.

Des éléments m’ont un peu – c’est très subjectif et très personnel – interrogé. J’ai eu le sentiment, il y a quelques années, que pour certains, avec le plan chlordécone 3, on avait clos l’histoire. Or, malheureusement, ce problème mérite une action permanente pendant un certain nombre d’années. Mais il est peut-être humain de se dire qu’on a agi et qu’on peut passer à autre chose.

Je pense aussi à ce qui est arrivé ces deux dernières années, au cours desquelles il y a eu des avis, relatifs notamment aux LMR (limites maximales de résidus), ainsi que des déclarations revenant sur la dangerosité du chlordécone – je ne parle même pas du risque, mais bien de la dangerosité du chlordécone en matière de cancers, etc.

Au cours des quinze dernières années, la population a été informée J’ai moi-même participé à la réalisation de messages audio en Guadeloupe pour le programme Jafa (Jardins Familiaux). J’avais enregistré, à destination de la population, des phrases simples sur les risques connus. Doublé en créole, ce message passait, matin, midi et soir sur toutes les chaînes. À l’époque, personne n’a crié au scandale : les gens comprenaient qu’il y avait un danger, un risque et qu’il était bienvenu de les connaître. Mais lorsqu’on met ensuite tout cela en doute, on crée le désarroi : on ne peut pas changer d’avis toutes les cinq minutes ! Ce sont des événements regrettables, mais extérieurs aux Plans Chlordécone proprement dit. Pour revenir à ces derniers, on peut bien sûr faire mieux, en tout cas leur donner plus d’ampleur.

**Mme Hélène Vainqueur-Christophe.** Afin d'établir, une fois pour toutes, la dangerosité et l'effet cancérigène, pensez-vous que l'actuelle classification par le CIRC (Centre international de recherche sur le cancer) du chlordécone est encore valable ? Et avez-vous entendu parler de demandes de reclassification en cancérigène probable ou possible ?

**M. Luc Multigner.** Le chlordécone a été classifié en 1979 par le CIRC, époque où n'existaient pas les classements « possibles » ou « probables », qui sont intervenus en 1987. Je reprends ce qu'écrivait le CIRC en 1979 : *« Il existe des preuves suffisantes pour considérer que le chlordécone est cancérigène chez la souris et le rat. En l'absence de données adéquates chez l'homme, il est raisonnable, à des fins pratiques, de considérer le chlordécone comme s'il présentait un risque cancérigène pour l'homme. »* Le même constat a ensuite été fait par différents organismes américains, et européens, puisque la classification des CMR (cancérigènes, mutagènes, reprotoxiques) de l'Union européenne s'applique à la France. Le chlordécone est classé, sur ces bases, en catégorie 2 comme cancérigène possible pour l'homme.

Mais, je l'ai dit, cette classification date de 1979 : beaucoup de nouvelles données ont été apportées. Surtout, les règles du CIRC ont changé et, si cette molécule était reconsidérée en tenant compte des connaissances et des critères, peut-être serait-elle reclassée en cancérigène probable, voire en cancérigène avéré sur la base de données mécanistiques et toxicologiques.

Lorsque la ministre de la Santé a dit l'année dernière que le chlordécone n'était qu'un cancérigène possible pour l'homme, ce qui est exact, il fallait préciser que ce classement par le CIRC datait de 1979. La France fait partie des pays qui sont représentés au CIRC et nous pourrions demander à un organisme dans lequel la France a son mot à dire, de reconsidérer le classement de la molécule. Cela étant, classement du CIRC ou pas, les données existent et elles n'ont pas été infirmées par quelque autorité scientifique que ce soit. L'INSERM, en termes d'expertise collective, s'était exprimé en 2013 ; il s'est exprimé à nouveau en 2019 dans cette étude récente avec la phrase de conclusion que j'ai citée. Désormais, il faut acquérir une plus grande connaissance du cancer de la prostate, tout naturellement aux Antilles parce que c'est une maladie qui y affecte de façon importante la population, chlordécone ou pas chlordécone.

**M. le président Serge Letchimy.** Avant de conclure, je ne peux m'empêcher de vous poser quelques questions claires auxquelles je vous demande des réponses très rapides. Vous avez dit que des actions positives ont été faites au cours des 48 dernières années – puisque cela remonte à 1971-1972. La mauvaise chose a été le choix d'utiliser le chlordécone comme pesticide, mais ensuite, il y a eu de bonnes choses de faites... Vous avez également dit que si cela s'était passé en Bretagne, on aurait probablement changé de braquet. C'est important. Parce que nous sommes des représentants des peuples. Et je partage votre point de vue. Si on vous cherche des ennuis demain, je serai à vos côtés. Je partage ce point de vue et vous êtes protégé par le fait que nous soyons dans une commission d'enquête. Il faut vraiment que les choses soient claires. Le principe de précaution a été introduit dans la Constitution, par la révision constitutionnelle de mars 2005. Selon vous l'État a-t-il aujourd'hui suffisamment d'éléments cumulatifs pour pouvoir au moins s'exprimer en tenant compte du principe de précaution. Le Président de la République Emmanuel Macron l'a fait : il a parlé de responsabilité et aussi de réparations. Il a eu le courage de le faire, il faut le saluer. Maintenant il faut arrêter cette sorte de jeu de yo-yo, sur le dos d'un peuple et prendre clairement position : oui ou non, le chlordécone est-il cancérigène ? S'il y a une probabilité forte, il faut en tenir compte. Y a-t-il un lien de cause à effet entre chlordécone et cancer de la



prostate ? Oui, c'est établi, mais, de façon surprenante, on n'en connaît pas le détail de telle sorte qu'on puisse changer le braquet... Ne pensez-vous pas qu'il faille demander à l'État d'arrêter des positions claires. Vous venez de dire que les Américains ont réglé le problème en deux ans ; nous, nous en sommes à 47 ans ! En tant que citoyen, quelle proposition auriez-vous pu faire à l'État sur le thème cancer de la prostate et chlorderécone ?

**M. Luc Multigner.** Sur cette question comme sur celle des impacts sanitaires, on ne connaît pas tout et la recherche doit et va se poursuivre. Mais on en sait suffisamment pour que l'action publique puisse avancer de façon positive et constructive. Bien sûr, il y a beaucoup d'enjeux, et pas seulement sanitaires : les conséquences de cette situation sur le plan social et économique forment un tout, même si on met l'accent sur les questions de santé, qui touchent à chaque individu et qui ont un aspect un peu dramatique.

Il m'est difficile, dans ma position, de faire des recommandations à l'État... Ce que je pense c'est qu'on en sait en effet suffisamment sur les risques sanitaires. Soyons clairs : si effectivement il n'y avait pas de risque sanitaire, si la molécule n'était ni reprotoxique, ni neurotoxique, ni cancérigène, nous ne serions pas là ! Si nous sommes ici, c'est parce qu'il y a une dangerosité – établie –, parce qu'il y a des travaux épidémiologiques qui, de surcroît, ont montré que dans la vie réelle, il y avait des situations de ce risque. On a là tout ce qu'il faut pour pouvoir agir, même si dans l'action les choses ne vont pas être simples : cela va être difficile, mais il le faut.

**M. le président Serge Letchimy.** Merci beaucoup, monsieur le professeur.

*La réunion s'achève à dix-sept heures vingt.*

---

**Membres présents ou excusés**

**Commission d'enquête sur l'impact économique, sanitaire et environnemental de l'utilisation du chlordécone et du paraquat comme insecticides agricoles dans les territoires de Guadeloupe et de Martinique, sur les responsabilités publiques et privées dans la prolongation de leur autorisation et évaluant la nécessité et les modalités d'une indemnisation des préjudices des victimes et de ces territoires**

Réunion du lundi 1<sup>er</sup> juillet 2019 à 15 h 50

*Présents.* – Mme Justine Benin, M. Raphaël Gérard, Mme Claire Guion-Firmin, M. Serge Letchimy, M. Didier Martin, Mme Maud Petit, Mme Hélène Vainqueur-Christophe