



HAL
open science

”Santé environnementale” : la prévention permettra-t-elle d’économiser le soin ?

Frédéric Pierru

► **To cite this version:**

Frédéric Pierru. ”Santé environnementale” : la prévention permettra-t-elle d’économiser le soin ?.
André Grimaldi; Frédéric Pierru. Santé : urgence, Odile Jacob, 2020. hal-03094335

HAL Id: hal-03094335

<https://hal.science/hal-03094335>

Submitted on 4 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

« Santé environnementale » : la prévention permettra-t-elle d'économiser le soin ?

Frédéric Pierru

S'il est une thématique désespérante pour qui s'intéresse aux politiques publiques de santé sur le long terme, c'est bien celui de l'absence de « culture de santé publique » en France ou, dit autrement, de l'insuffisance de la « prévention », mot-valise que celles et ceux qui prétendent la revaloriser se gardent bien de définir avec précision. Ces déplorations vont de pair, depuis quarante ans, avec des déclarations récurrentes de bonnes intentions : il n'y a pas un candidat à la Présidentielle pour ne plaider, main sur le cœur, en faveur de politiques de prévention aussi ambitieuses que destinées à rester lettre morte une fois la séquence électorale passée. Notons, en passant, que souvent les acteurs politiques espèrent de la « prévention » qu'elle permettra de réaliser des économies ce qui, à bien y penser, n'a rien d'évident. La victoire, au moins temporaire, dans les pays dits « avancés », contre les maladies infectieuses et transmissibles dans le troisième quart du XX^{ème} siècle a fait que les systèmes de santé sont aujourd'hui aux prises avec les maladies chroniques, notamment celles liées au vieillissement. 100% d'une classe d'âge étant, jusqu'à nouvel ordre « transhumaniste », mortelle, si l'on ne meurt plus de maladies infectieuses à un jeune âge, on finit par mourir d'une autre maladie à un âge plus avancé... Militer en faveur de la santé publique doit se faire pour une raison qui n'est pas économique mais bien de justice sociale : nous avons des inégalités sociales et géographiques devant la mort qui sont parmi les plus élevées d'Europeⁱ. L'on cite souvent le fait qu'un ouvrier vit en moyenne six ans de moins qu'un cadre et, double peine, en plus mauvaise santé ; hélas, c'est pour passer assez vite sur ce scandale, sinon le ratifier en plaidant pour en tenir pour l'âge de départ en retraite. Or, il n'y a nulle fatalité en la matière : des pays comme la Grande-Bretagne ou les pays scandinaves se sont, en effet, dotés de politiques publiques dotées d'objectifs précis, dûment évaluées, pour réduire ce que les épidémiologistes appellent le « gradient social de santé »ⁱⁱ. En France, en effet, il n'y a pas de politique de santé publique au sens rigoureux du terme : on multiplie les effets d'annonce, on empile les objectifs et les plans, on saupoudre le peu de moyens alloués, sur lesquels lorgnent d'ailleurs les acteurs du système de *soins* afin d'atténuer la contrainte budgétaire. L'état, très inégal, des rapports de force entre ministères, entre administrations centrales et entre les groupes d'intérêt qui leur sont liés font le reste du travail.

D'un autre côté, cependant, des voix s'élèvent, dans le secteur psychiatrique par exemple, pour dénoncer le quadrillage normatif de la société que porterait avec elle la santé publique. Dans une tradition foucaldienne, la santé publique, ce serait la « biopolitique », le gouvernement de la vie par des savoirs et des technologies de plus en plus fins et prégnants. La santé publique serait, autrement dit, potentiellement liberticide car elle imposerait aux individus des normes de vie bonne toujours plus nombreuses et fines. Elle relèverait d'une forme de paternalisme, même si, prenant la forme d'incitations à la fois économiques et informationnelles, ce paternalisme se ferait libéral (ce sont les fameux « *nudges* », les coups de coude destinés à inciter les individus à faire les « bons » choix pour leur santé »ⁱⁱⁱ).

Ne plus se payer de mots

Comme l'a pertinemment fait remarquer Didier Fassin, c'est donc un étonnant paradoxe que celui des perceptions sociales de la santé publique, lesquelles balancent entre idéologie dangereuse, voire potentiellement « totalitaire »^{iv} d'un côté, utopie vaine de l'autre^v. Du reste, il conviendrait encore à se mettre d'accord sur ce que faire de la santé publique veut dire, au-delà du principe, consensuel car très général, selon lequel la santé serait un bien public ou commun dont l'État serait le garant. C'est lorsque l'on commence à entrer dans les détails que les controverses apparaissent, par exemple sur la question de savoir où l'on met le curseur entre liberté individuelle et obligation au nom de « l'intérêt général ». Il suffit de penser à la vive polémique récente autour de la vaccination obligatoire pour s'en convaincre. Autre sujet de conflit potentiel : se doter d'une véritable politique de santé publique supposerait de hiérarchiser les objectifs et non de simplement les juxtaposer pour ne mécontenter personne. Or « son » problème de santé est toujours plus impérieux que celui du voisin. Hiérarchiser les objectifs en fonction, par exemple, de la prévalence ou de l'incidence de telle ou telle maladie, entraînera immédiatement la mobilisation d'associations de porteurs de maladies rares ou mal définies (par exemple, la maladie de Lyme) qui estimeront qu'il s'agit là d'une décision collective injuste.

Enfin, il convient d'observer que le sens que prend le terme de « santé publique » varie selon les époques et les lieux. La contribution de François Buton dans le présent ouvrage a montré qu'au tournant des années 1990, le dispositif de santé publique français a été profondément remanié, tant du point de vue « conceptuel » (avec la consécration de la notion de « facteurs de risque ») qu'institutionnel (avec la création de nombreuses agences sanitaires). S'est alors imposée une définition de la santé publique comme préparation stratégique (élaboration de plans nationaux) et, surtout, comme gestion des crises et des alertes sanitaires, laissant en déshérence l'action de long terme sur les environnements de vie ou sur ce que l'on appelle les « déterminants sociaux de la santé » (travail, logement, alimentation, lien social, etc.).

Aussi bien, la santé publique semble être « dans une insatiable quête d'elle-même, une inlassable recherche de sa définition et de son territoire, une incessante dénonciation de ses insuffisances et de ses échecs, un éternel retour de la « nouvelle santé publique » comme solution à ces difficultés de mener à bien ses ambitions. La santé publique est une affaire de mots » qui contraste avec la modestie de ses réalisations, son côté pragmatique qui réside dans « l'art d'accommoder les restes »^{vi}.

« Revaloriser la santé publique », dans les faits et non seulement dans les intentions, supposerait donc d'abord que l'on se mette d'accord sur le sens des mots et donc que l'on tranche dans des débats politiques potentiellement explosifs. « Quand c'est flou c'est qu'il y a un loup » disait aimablement une ancienne ministre des affaires sociales à propos du programme du candidat désigné par son parti à l'élection présidentielle. Version politicienne de la célèbre phrase de Marx : « l'Humanité ne se donne jamais que les problèmes qu'elle est capable de résoudre ». Or il est loin d'être acquis que la société française – pour être plus précis, les catégories sociales politiquement actives – ait envie de résoudre le problème des inégalités devant la maladie et la mort, tant cette résolution supposerait des remises en cause radicales de nombre de politiques publiques. Nous allons y revenir.

La santé publique au défi de l'épidémie de maladies chroniques

Doit-on s'en tenir à ce constat assez désespérant ? Cela n'est pas certain. En effet, la montée en puissance des préoccupations environnementales pourrait changer la donne. Les mobilisations sociales qui ont pour objet et enjeu le changement climatique pourraient permettre de sortir des

ambiguïtés et des consensus de façade. La jonction entre préoccupations environnementales, sociales et sanitaires porte un nom : l'épidémie de maladies chroniques.

En 2008, au plan mondial, le rapport maladies non transmissibles/maladies transmissibles pour les causes de décès était de 63/37, et les projections à l'horizon 2030 sont de 88/12. Sur 57 millions de décès survenus dans le monde cette même année, 36 millions étaient imputables aux maladies non transmissibles, principalement les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires et le diabète. Cet immense défi sanitaire et économique, comme nous allons le voir, a incité l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à organiser en 2011 une grande conférence à New-York sur le sujet... qui n'a débouché sur rien de concret hormis des déclarations volontaristes et la fixation d'un objectif de réduction de la mortalité par maladies chroniques de 25% d'ici 2025, avec un accent mis sur les épidémies d'obésité et de diabète. Rien de comparable à la mobilisation à laquelle avait donné lieu l'épidémie de sida. D'une façon générale, le défi environnemental et le défi de l'épidémie de maladies chroniques sont les deux faces d'une même médaille ; et les deux supposent de revoir – c'est ici que cela se complique sévèrement – le modèle de développement occidental que prennent pour modèle les élites et les catégories moyennes des pays dits « émergents ».

La France est, comme les autres pays, confrontée à ce défi. Quelles que soient les maladies chroniques, la progression de l'incidence sur la période récente (1990 – 2013) est beaucoup plus rapide que l'évolution de la population : + 124% pour les maladies cardio-vasculaires, + 102% pour le cancer, + 240% pour le diabète, + 71% pour les affections psychiatriques. Ni le vieillissement, ni le dépistage ne peuvent expliquer à eux seuls une telle progression. Les causes sont en effet à rechercher dans les changements des modes de vie (sédentarité) et de l'environnement (pollution) survenus au cours des dernières décennies.

Cette épidémie emporte des coûts économiques considérables : si on ajoute au coût des affections de longue durée, le coût des maladies chroniques non ALD repérées par leur consommation médicamenteuse, la Nation aura dépensé, en 2014, 65 milliards d'euros de plus qu'en 1994, chiffre à rapprocher des 5 milliards de déficit de la branche maladie du régime général en 2017.

Les scientifiques ont dû élaborer de nouveaux concepts pour appréhender cette grande transition épidémiologique, comme celui d'« exposome » qui repose sur le fait qu'une partie importante des maladies chroniques trouvent leur origine dans une exposition aux stress environnementaux pendant la période de la gestation (consommation de tabac, d'alcool, troubles nutritionnels). De même, via la redécouverte de l'épigénétique, ils sont en train de sortir du réductionnisme génétique – on a longtemps cru qu'il suffisait de « décoder » le génome pour le réparer – pour investiguer les interactions entre environnements et facteurs génétiques. En quelque sorte, la génétique serait comparable à l'écriture d'un livre et l'épigénétique à l'interprétation qu'en fait le lecteur^{vii}.

Une fois encore, il convient d'être rigoureux et précis dans l'emploi des mots : il ne saurait être question de reconduire les ambiguïtés de la « santé publique » avec l'usage vague du terme « environnement ». En effet, le toxicologue André Cicoletta, l'un des principaux lanceurs d'alerte sur les conséquences délétères de la dégradation de l'environnement sur la santé, en appelle à une « seconde révolution de santé publique » qui consisterait d'abord à remplacer le terme de santé publique par celui de « santé environnementale »^{viii}. Il s'agirait ainsi de « prendre en considération le fait que la santé de l'être humain ne dépend pas seulement d'un bon système curatif, mais aussi d'une bonne relation à l'écosystème »^{ix}. Un tel déplacement terminologique

– que l’on qualifiera d’écologique, voire d’écologiste – inviterait à mieux cibler les relations multiples et complexes entre santé et « environnement ». Car c’est peut-être ici que le bât blesse : l’« environnement » dans lequel il conviendrait de chercher les causes des maladies chroniques est pour le moins très vaste : environnement au sens écologique bien sûr (pollutions diverses par diverses substances chimiques), mais aussi économique et social (dégradation des conditions de travail, surexploitation des salariés, agriculture productiviste, montée des inégalités), « culturel » (malbouffe, sédentarité, etc.). Au terme de son analyse, André Cicoella ne propose ni plus ni moins qu’un changement de « modèle de développement qui n’oublie[rait] pas la santé ». Dont acte. Tout un chacun un minimum lucide sera *a priori* convaincu par la thèse de l’insoutenabilité du modèle de développement actuel – et, pour employer un terme peut-être plus précis, le capitalisme néolibéral et financiarisé – tant du point de l’écosystème que de la santé, sans parler des dimensions sociales et politiques.

Mais André Cicoella s’interroge lui-même sur le caractère « utopique » d’un tel souhait. En effet, on se demande si la portée utopique de la « vieille » santé publique soulignée précédemment n’est pas purement et simplement reconduite avec la notion de « santé environnementale ». Il s’efforce, dans son ouvrage, de faire preuve d’un certain optimisme, voire d’un optimisme certain, en évoquant les diverses mobilisations de la société civile ou encore les promesses d’une Europe qui romprait avec les dogmes du libre-échange et de la « concurrence libre et non faussée » pour se faire le héraut de biens publics mondiaux comme la santé. Sans nier les quelques avancées ici ou là (par exemple, le rôle moteur de la France sur la question du bisphénol A), force est pourtant de constater que, pour l’instant, les faits invitent plutôt à la prudence, sinon au pessimisme.

Que faire ?

On l’a dit, la « santé publique » se caractérise par le gouffre qui sépare ses immenses ambitions et la modestie de ses réalisations. Comment faire pour sortir de ce piège infernal qui cantonnerait la « santé environnementale » à se payer de mots ou à n’être qu’une révolution de papier ? Car le risque est grand. Aujourd’hui, tous les partis ou « mouvements » politiques sont en train de pratiquer le *greenwashing*, même celui qui, aujourd’hui au pouvoir, colle le plus au credo de « l’économie sociale de marché », terme particulièrement trompeur car il suggère qu’il s’agirait de domestiquer le marché par le « social » alors que ses inventeurs, les penseurs ordolibéraux allemands et autrichiens, voulaient en réalité promouvoir partout – y compris dans la sphère publique – la concurrence, avec un « filet de protection sociale » minimal pour les perdants. Toutefois, après le mouvement des gilets jaunes, déclenché par la hausse du prix du carburant pour des raisons censément écologiques (la fameuse « fiscalité écologique »), il y a fort à craindre que les gouvernements d’aujourd’hui et de demain se contentent d’ajustements à la marge d’un « modèle de développement » dont l’inertie est très forte.

La reconnaissance de la santé comme « bien public mondial » se heurte, en effet, à d’immenses obstacles, qui sont indistinctement économiques, politiques, sociaux et « culturels ».

LE MONDE. PSE.

Prenons trois exemples.

L’on sait, grâce notamment aux travaux des épidémiologistes britanniques Richard Wilkinson et Kate Pickett, que le creusement, inégal selon les pays, des inégalités socio-économiques a des répercussions négatives majeures sur les indicateurs de santé, notamment parce que plus

une société est inégale, plus elle génère du stress et voit se déliter la cohésion sociale (et donc la qualité du lien social)^x. L'une des premières décisions à prendre serait donc d'adopter des politiques économiques, fiscales et sociales qui réduisent les inégalités. Or c'est exactement l'inverse qui se passe, comme l'a montré l'économiste Thomas Piketty. La France fait en l'occurrence moins mal que la plupart des autres pays développés, grâce notamment à son système de protection sociale, mais les réorientations en cours depuis 2017 semblent plutôt indiquer que cela ne va pas durer. De même, l'on constate une montée des inégalités devant l'éducation, celle-ci étant l'un des principaux déterminants sociaux de la santé : plus on est éduqué et plus l'on vit longtemps et mieux. Or le système éducatif français, déjà particulièrement inégalitaire avec ses filières de reproduction des élites sociales, prend lui aussi un tour de plus en plus ségrégatif (contournement de la carte scolaire et polarisation sociale des établissements, appauvrissement des universités, etc.). Troisième et dernier exemple : la santé au travail. Là encore, il s'agit de l'un des principaux facteurs qui expliquent la force et la persistance du « gradient social de santé ». Des politiques déterminées d'amélioration de la qualité des emplois et des conditions de travail devraient être menées. C'est pourtant l'inverse qui se passe au nom de la « compétitivité » et de la préservation de l'emploi : l'emploi se précarise, ce qui déséquilibre toujours plus le rapport de force entre les patrons et leurs salariés au sein des entreprises, les salariés sont de plus en plus sous pression, pendant que l'on démantèle la médecine et l'inspection du travail... Avec des drames comme celui de France Telecom parmi tant d'autres moins connus. La dégradation des conditions de travail ne concerne en effet pas seulement le « précaire » des entreprises sous-traitantes et des sociétés d'interim, soumis très souvent à de forts risques professionnels (accidents du travail, expositions chimiques ou aux radiations, etc.), mais l'ensemble du salariat, même d'encadrement^{xi}.

On aurait tort de ne voir là que des manifestations d'une « contrainte » économique très souvent naturalisée sous la forme d'une « globalisation » présentée comme une force irrépessible. Il s'agit aussi de choix politiques, impulsés non seulement par des gouvernements convertis, de façon plus ou moins enthousiastes, au néolibéralisme mais aussi par les groupes sociaux qui les soutiennent (pour dire vite, en France, les personnes de plus de 65 ans et les catégories moyennes-supérieures, soit le « bloc bourgeois »^{xii}), voire, et c'est ici que cela devient désespérant, par les groupes sociaux qui sont les perdantes des orientations actuelles. C'est que, par exemple, le consumérisme fait des ravages aussi bien en haut qu'en bas de l'échelle sociale. D'un côté, un consumérisme « haut de gamme » et de distinction, de l'autre un consumérisme de masse, bas de gamme, et souvent délétère pour la santé, les deux étant particulièrement toxiques pour l'écosystème. Les populations ont-elles envie, au-delà de quelques groupes limités, de rompre avec ce consumérisme, comme le suggère André Cicollella ? Rien n'est moins sûr. On en a eu la preuve empirique avec le mouvement des gilets jaunes : des revendications de pouvoir d'achat se sont rapidement manifestées, mais très peu ont porté sur la qualité de l'emploi et des conditions de travail. Tout se passe comme si les catégories populaires et moyennes inférieures avaient ratifié tacitement la dégradation de ces dernières contre un peu plus de pouvoir d'achat afin de continuer à consommer. Aussi bien, le « modèle de développement », à l'origine de l'épidémie de maladies chroniques, et que pourfend à juste titre André Cicollella, n'est pas seulement imposé par le haut. La grande masse de la population y adhère. On peut espérer que la crise écologique s'accroissant, le nombre des défections augmente. Mais, en attendant, faut-il rester les bras ballants dans l'attente de la révolution écologique, économique, sociale et politique qui vient et portera sur les fonts baptismaux un « modèle de développement » alternatif ?

Ce serait bien sûr politiquement et moralement irresponsable. En attendant le « grand soir », il est toujours possible de rompre avec les façons de faire actuelles des politiques de santé en France. Récemment, le haut fonctionnaire Pierre-Louis Bras a cruellement comparé le « plan » britannique pour la santé pour la période 2019-2024 et la « stratégie » nationale de santé 2018-2022 de la ministre de la Santé Agnès Buzyn : « Sur tous les sujets traités, on retrouve la même différence. Le plan anglais s’efforce de justifier les objectifs retenus à parti d’un bilan du passé et décrit les voies et moyens qui permettront d’atteindre l’objectif. La stratégie française se borne à juxtaposer des objectifs assez flous ; elle n’en comporte pas moins de 50 dont la longue litanie montre que l’on a bien pris garde de n’oublier aucune problématique. Ils témoignent tous d’une volonté que l’on ne peut qu’approuver. On aurait peine à critiquer la volonté de « promouvoir une alimentation saine », de « promouvoir la santé au travail », « d’assurer la continuité des parcours en santé » ou « d’accélérer l’innovation numérique en santé »... Mais il est difficile de considérer qu’aligner ainsi 50 bonnes intentions constitue réellement une stratégie. »^{xiii} Beaucoup de mots, de slogans et d’incantations, une accumulation non hiérarchisée d’objectifs flous, peu ou pas d’évaluation des politiques passées, aucun intérêt pour l’intendance, alors que toute la science politique montre le caractère décisif du moment de la mise en œuvre des politiques publiques : il serait, en effet, temps d’en finir avec ces mauvaises pratiques.

A l’inverse, se doter d’une véritable politique de santé reviendrait à définir des objectifs clairs et hiérarchisés, c’est-à-dire de faire des choix même s’ils sont difficiles, mais aussi de la construire, au plus près du terrain, avec celles et ceux qui devront la mettre en œuvre, et de prévoir les instruments et les niveaux de financement adéquats. La différence entre le *National Health Service* et le système de santé français ne tient pas seulement au pragmatisme anglo-saxon versus le jacobinisme cartésien français. Il vient, comme le note justement Pierre-Louis Bras à la suite du démographe et anthropologue Emmanuel Todd, d’une inégale maturité démocratique entre les deux pays. C’est sans doute à ce niveau qu’il convient de rechercher la faiblesse chronique de la santé publique dans notre pays.

ⁱ Monique Kaminsky et al., *Inégaux face à la santé : du constat à l’action*, Paris, La Découverte, 2008.

ⁱⁱ Haut Conseil de la Santé Publique, « Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », 2009.

ⁱⁱⁱ Henri Bergeron et al. *Le biais comportementaliste*, Paris, Les Presses de Sciences Po, 2018.

^{iv} Roland Gori, Marie José Del Volgo, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l’existence*, Paris, Denoël, 2005.

^v Didier Fassin, « Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses », dans Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001.

^{vi} *Ibid.*, p. 56.

^{vii} Nous reprenons ici notre contribution « Pour une politique de santé environnementale », avec André Cicoella à l'ouvrage André Grimaldi et al. (dir.), *Les maladies chroniques. Vers la 3^{ème} médecine*, Paris, Odile Jacob, 2017.

^{viii} André Cicoella, *Toxique planète*, Paris, Seuil, 2014.

^{ix} *Ibid.*, p. 264.

^x Richard Wilkinson, Kate Pickett, *Pour vivre heureux, vivons égaux*, Paris, Les Liens qui Libèrent, 2019.

^{xi} Annie Thébaud-Mony, *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, Paris, La Découverte, 2008.

^{xii} Bruno Amable, Stefano Palombarini, *L'illusion du bloc bourgeois*, Paris, Raisons d'Agir, 2019 [2nde édition].

^{xiii} Pierre-Louis Bras, « Politique de santé : plan anglais et stratégie française », *Les Tribunes de la santé*, n° 60, 2019.