



## Séminaire « Soutenabilités »

### Cycle 2 : les politiques publiques au prisme des soutenabilités

#### **Politiques de santé : repenser notre système de santé à l'aune des risques nouveaux.**

Note de contexte

Co-pilotage des séances avec le HCAAM

Le [premier cycle du séminaire](#), composé de séances ouvertes, s'est attaché à poser les concepts, à caractériser les problématiques de soutenabilités et à dresser un état des lieux des outils tant conceptuels qu'opérationnels de prise en compte de ces enjeux de soutenabilités.

L'objectif de ce [deuxième cycle](#) est de passer au crible une série de champs d'action publique dont il apparaît qu'ils présentent plusieurs risques d'insoutenabilités en réunissant autour de la table plusieurs acteurs de ces champs (ceux déjà engagés dans des démarches de soutenabilités et ceux responsables de politiques sectorielles – administratifs, chercheurs, associatifs...), et de demander à chacun de contribuer à un partage des constats sur les risques d'insoutenabilité de l'existant, un passage en revue des politiques publiques actuelles et des tentatives déjà engagées sur une transition vers la soutenabilité dans toutes ses dimensions, une identification des freins et des obstacles à cette transition et un exercice de prospective permettant d'identifier des pistes susceptibles de dénouer les nœuds identifiés et d'être « soutenable » sur les différents plans analysés tout en conservant la dimension systémique.

Le point de départ de la séance sera l'état des lieux des interactions entre les différentes santé (santé humaine, santé animale, santé de l'environnement, santé-alimentation) et les facteurs de risques socio-économiques auxquels notre système de santé est confronté – une mise de jeu pourra rassembler ces constats, aujourd'hui largement documentés :

- vieillissement de la population et maladies chroniques favorisant l'apparition de maladies intercurrentes (obésité, diabète, cancers),

- multiplication des altérations des milieux de vie favorisant ou conduisant à l'apparition de maladies chroniques (pollution de l'air, présence de perturbateurs endocriniens tout au long de la chaîne alimentaire, etc...),
- inégalités sociales, pauvreté, disparités dans l'accès aux soins (disparités régionales liées aux déserts médicaux et disparités financières, disparités d'accès aux formations relatives à la santé),
- fragilités structurelles des industries de la santé et du système de soins face aux risques émergents,
- cloisonnement des disciplines médicales et poids de la culture du curatif au détriment des approches prophylactiques,
- mondialisation et multiplication des échanges de biens, de personnes, d'animaux contribuant à la diffusion d'agents pathogènes,
- destructions des écosystèmes favorisant l'apparition d'agents pathogènes,
- financement du système de santé dans le cadre d'un modèle de croissance économique respectueux de l'environnement, etc.

Sur la base de cet état des lieux « une seule santé » pourrait être établie une analyse des risques pesant sur le système de santé français, à laquelle serait mise en miroir l'analyse de quelques politiques de santé en vigueur. Pourraient ainsi se dégager des axes de travail permettant d'élaborer des politiques de santé « soutenables », centrées sur l'anticipation des risques et l'intégration des vulnérabilités, adaptées aux spécificités des territoires. Cette séance est co-construite avec le HCAAM.

## 1) Des maladies chroniques de plus en plus fréquentes

Comme la très large majorité des pays occidentaux, notamment européens, l'espérance de vie de la population française a très longtemps crû, pour atteindre en 2019, avant la crise de la covid-19, près de 80 ans chez les hommes et 85 ans chez les femmes. Cet accroissement continu témoigne de l'amélioration générale de la qualité de vie, ainsi que de l'amélioration de notre système de santé ; à noter cependant que cet accroissement est nettement ralenti depuis quelques années, en lien avec un certain écrasement social à l'œuvre dans nos sociétés occidentales (stress, suicides, consommation d'alcool, de drogues, etc.)<sup>1</sup>. Cet accroissement a néanmoins pour corollaire de voir également augmenter le nombre de cas de maladies chroniques non infectieuses dont la probabilité de survenue augmente avec l'âge, comme le cancer. Par ailleurs, ces progrès dissimulent de fortes disparités d'espérance de vie en fonction des catégories socio-professionnelles. En comparaison internationale, les inégalités de santé apparaissent, tout comme les inégalités scolaires, élevées en France, contrairement aux inégalités de revenus. Ainsi, les salariés les plus qualifiés vivent plus vieux, et plus particulièrement les femmes cadres, qui, en France, ont une espérance de vie à 35 ans de 53 ans, contre 49 ans pour les hommes. Pour les métiers les plus pénibles comme ceux de la catégorie ouvrier, l'espérance de vie à 35 ans est à 49,8 ans pour les femmes et 42,6 ans pour les hommes. Parmi les facteurs explicatifs de ces différentiels, les questions de pénibilité au travail mais également d'inégal accès aux dispositifs de santé et de prévention des risques sont notables.

<sup>1</sup> Voir <https://press.princeton.edu/books/hardcover/9780691190785/deaths-of-despair-and-the-future-of-capitalism> (en version courte, <https://www.health.org.uk/news-and-comment/podcast/episode-04-deaths-of-despair>). Voir également les travaux de Wilkinson et Pickett sur les effets physiologiques des inégalités.

D'autres pathologies chroniques pèsent sur l'état de santé de la population générale : c'est notamment le cas des maladies nutritionnelles, qu'il s'agisse d'obésité – aujourd'hui très répandue puisqu'elle affecte près de 15 % des adultes en France (Matta J. et al., 2016) - ou de carences nutritionnelles pour les catégories de populations les plus pauvres. Ces affections sont à l'origine de maladies intercurrentes graves, comme le diabète de type 2, qui concernait 3,3 millions de cas en 2015 (Mandereau-Bruno L. et al., 2017) et qui induit lui-même d'autres pathologies au long cours. Ces pathologies chroniques augmentent également dans le domaine de la santé mentale : aujourd'hui en France, la santé mentale (regroupant les maladies psychiatriques et l'ensemble des traitements chroniques par psychotropes) représente 20,6 Md€, soit 14,5% des dépenses totales de santé, et touche 7,2 millions de personnes<sup>2</sup>. Nous le verrons ci-dessous, une grande partie de ces pathologies chroniques sont imputables aux conditions de vie des individus (logement, travail, tabac, alcool, alimentation, éducation, activité physique, environnement, etc.).

Enfin, à ces maladies chroniques non infectieuses doivent être ajoutées des pathologies infectieuses chroniques, pouvant être liées au niveau de vie (cas de la tuberculose, par exemple, plus fréquente chez les populations pauvres et immigrées) ou aux modes de vie (cas du VIH/SIDA, dont les nouveaux cas d'infection restent plus fréquents chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes – HSH – et chez les travailleurs du sexe). Ces maladies chroniques impliquent de développer des dispositifs de suivi au long cours, ainsi que des actions de prévention adaptées aux populations les plus vulnérables. Leur persistance, malgré l'augmentation tendancielle du niveau de vie en France et le développement de traitements / prophylaxie adaptés, pose la question de leur origine multi-factorielle et donc de la prise en compte dans notre système de santé des déterminants non médicaux (lutte contre les inégalités sociales et inégalités d'accès au système de soin, inégalités d'exposition aux facteurs de risques professionnels et environnementaux, prise en compte des déterminants comportementaux et sociologiques, etc...).

En outre, le développement de ces maladies chroniques est à lier fortement aux enjeux sanitaires de la transition environnementale, certaines pathologies relevant directement de facteurs environnementaux croissants, qu'il s'agisse de maladies infectieuses (toxi-infections alimentaires, paludisme dans les pays en voie de développement), ou de pathologies non infectieuses (asthme, infections des voies respiratoires inférieures, cancers, etc.), et dont les expositions sont fortement hétérogènes et socialement différenciées. Ces pathologies constituent également des facteurs de risques de formes graves de maladies comme la Covid<sup>3</sup>.

## **2) Des risques émergents et des crises sanitaires appelées à se multiplier**

Depuis un an, le monde traverse une crise sanitaire majeure, caractérisée par la contamination de plus de 80 millions de personnes et le décès de plus de 1,7 million d'entre elles à la fin de l'année 2020, auxquelles doivent être ajoutées l'ensemble des victimes des maladies intercurrentes, notamment les affections psychologiques provoquées par le confinement. Les conséquences sociales de cette crise sont également catastrophiques : arrêt de pans entiers

---

<sup>2</sup> Voir [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/2020-07\\_rapport-propositions-pour-2021\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf)

<sup>3</sup> Voir la prévalence des facteurs de risque de forme grave de la Covid, par âge, pathologie et département : [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/2020-07\\_rapport-propositions-pour-2021\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf)

de notre économie, restrictions à la libre circulation des populations, chômage, chute du pouvoir d'achat, faillites d'entreprises... Autant de facteurs d'accentuation de la précarisation des plus démunis, et plus largement de déstabilisation de notre société, dont notre système de santé. Une crise provoquée par l'émergence puis la diffusion à l'échelle globale d'un agent pathogène jusqu'alors inconnu, dont l'origine est probablement zoonotique. En résumé, nos sociétés tournent au ralenti depuis plusieurs mois à cause d'un virus probablement apparu en Asie chez un animal, chauve-souris ou pangolin, qui s'est répandu ensuite très rapidement à la surface de notre planète. Et malgré la production, dans des délais records, de vaccins, cette situation de crise sanitaire et de ralentissement socio-économique risque de perdurer encore plusieurs mois.

Cette crise souligne la vulnérabilité de nos modes de vies face à un aléa « naturel » majeur. Elle souligne également les interactions fines existant entre santé de l'homme et santé des écosystèmes, l'activité humaine constituant un élément avéré de fragilisation de l'environnement facilitant l'émergence d'agents pathogènes. Cette crise est certes majeure par son ampleur, sa gravité et la rapidité de sa diffusion à l'échelle de la planète, mais elle n'est en rien exceptionnelle. Notre époque contemporaine a en effet été marquée par de multiples crises sanitaires, dont certaines ont profondément bouleversé notre système de santé. C'est par exemple le cas du VIH/SIDA, apparu au début des années 1980, dont aucun traitement curatif n'a été développé à ce jour, qui reste l'une des principales causes mondiales de mortalité. Une maladie, d'origine zoonotique, qui fut à l'origine du scandale du sang contaminé au cours des années 1990 et qui a ouvert la porte à la judiciarisation des décisions relatives à la santé publique. Ce fut également le cas des grandes crises sanitaires alimentaires des années 90 (vache folle, listéria, poulet à la dioxine, etc...) qui ont conduit à une remise à plat des dispositifs d'évaluation scientifique des risques et à l'élaboration d'une doctrine de stricte séparation des étapes d'évaluation, de gestion et de communication sur les risques sanitaires, concrétisée par la création des grandes agences sanitaires d'évaluation des risques en 1998 (AFSSA devenue Anses, InVS devenu Santé Publique France). C'est enfin, plus près de nous, la crise du Médiateur qui a conduit en 2011 à l'adoption d'une loi dédiée à l'expertise sanitaire visant à mettre fin aux conflits d'intérêt en santé publique<sup>4</sup>.

Ainsi, l'histoire récente a vu se multiplier des crises sanitaires qui ont conduit à repenser nos systèmes de prévention et de gestion des risques sanitaires, parfois fondamentalement. Or, beaucoup de ces risques avaient fait l'objet d'alertes, comme la nécessité de développer les approches systémiques de santé, mobilisant les concepts *One Health*<sup>5</sup> ou *Eco Health*<sup>6</sup>, pour anticiper l'émergence et prévenir la diffusion d'agents pathogènes d'origine animale ou environnementale. Ce sont également les approches de prévention des risques qui ont les plus grandes difficultés à être portées, comme par exemple dans le domaine nutritionnel avec les débats autour de la mise en œuvre du Nutriscore, malgré l'importance de l'obésité – maladie multifactorielle combinant déterminants sanitaires et sociaux - et de son impact économique et social en France. Ou enfin les débats d'ordre éthique concernant l'essor des

---

<sup>4</sup> Sur la multiplication des maladies d'origine animale, voir les cours au Collège de France de Philippe Sansonetti : <https://www.college-de-france.fr/site/philippe-sansonetti/course-2016-12-14-16h00.htm>

<sup>5</sup> L'initiative *One Health* (« une seule santé ») est un mouvement créé au début des années 2000 par la FAO et l'OMS qui promeut une approche intégrée, systémique et unifiée des enjeux de santé publique, animale et environnementale aux échelles locales, nationales et planétaire. Elle vise notamment à mieux affronter les pandémies émergentes.

<sup>6</sup> L'*EcoHealth* ou écosanté est un domaine d'étude émergent qui étudie comment les changements dans les écosystèmes de la terre affectent la santé humaine. Elle a de nombreuses perspectives. *EcoHealth* examine les changements dans les environnements biologiques, physiques, sociaux et économiques et relie ces changements à la santé humaine.

biotechnologies qui ont conduit à élaborer des dispositifs réglementaires et législatifs très complexes de contrôle et d'autorisation des biotechnologies vertes ou biomédicales par exemple. Or notre système de santé ne peut se réduire à évoluer uniquement sous l'effet de crises, le plus souvent brutales, ou de débats sociétaux clivants ; l'enjeu aujourd'hui est sa capacité à prévenir les risques de vulnérabilité, dont l'origine est souvent multifactorielle.

Enfin, la crise de la covid-19 a souligné les vulnérabilités de notre système de soin : l'élaboration des politiques de santé doit désormais intégrer les déterminants profonds des émergences sanitaires au risque que ces politiques soient inadaptées et obligent à gérer dans l'urgence les conséquences sans en traiter les effets, qu'il s'agisse de conséquences directes ou indirectes (conséquences psychologiques du confinement par exemple). Ainsi, ce sont des choix politiques affirmés qui ont conduit la puissance publique à se dégager des politiques de prévention des risques sanitaires pour finalement être contrainte de financer massivement des options thérapeutiques ou prophylactiques. Ce choix politique a un coût, dont il faut interroger la soutenabilité dans un contexte économique défavorable qui pourrait conduire demain la puissance publique à limiter ses capacités d'investissement, volontairement ou involontairement. La crise de la covid-19 invite également à interroger la manière dont les corps constitués, les territoires et les citoyens peuvent être associés à la refonte de notre système de santé, comme le réclame certains acteurs, ainsi qu'à la revalorisation – pécuniaire ou symbolique – des professions de santé et des métiers du *care*.

### 3) Un modèle de société à repenser

Les systèmes de santé ont historiquement toujours été en cohérence avec la société dans laquelle ils s'inscrivaient : alors que le système des hospices au XIXe siècle était le miroir de la société charitable et très inégalitaire que l'on connaît, notre système actuel de santé, hérité des réformes Debré durant les années 1960 et 1970, est cohérent avec le modèle de croissance des Trente Glorieuses<sup>7</sup>. Ces réformes sont le fruit d'une approche systémique, réunissant l'organisation des soins et les conditions de formation et de recherche biomédicale ; c'est ce modèle qui continue aujourd'hui de structurer le système de santé français.

La transformation des besoins de santé et celle du contexte économique, social et environnemental nous amènent à nous questionner sur la pertinence de ce modèle, en ce qu'il a constitué un cadre global de pensée et de mise en œuvre des modes de régulation, des formes institutionnelles, ainsi que de compréhension des crises qu'il a traversées et de ses perspectives d'évolution<sup>8</sup>. Aujourd'hui ce modèle, malgré les efforts d'adaptation entrepris, connaît un désajustement de plus en plus flagrant nourrissant la mise en doute de sa capacité à répondre aux besoins et aux enjeux du XXIe siècle :

- la mise en place du modèle dans les années 1970 s'est accompagnée d'une forte augmentation des dépenses, en lien avec les volontés de moderniser et de généraliser l'accès aux soins ; ces évolutions sont cohérentes avec la progression de la consommation de masse à la même période. Cette période a été suivie d'une période dans laquelle l'augmentation des dépenses a été contenue, en lien avec la maîtrise générale des dépenses publiques, les dépenses de santé étant largement socialisées ;

---

<sup>7</sup> Voir notamment <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/hcaam-innovation-systeme-sante-tome-1-web.pdf>

<sup>8</sup> Voir notamment la séance 3 du séminaire Soutenabilités et la force des modèles pour penser et structurer les insoutenabilités.

- alors même que les couvertures maladie de base et complémentaire sont devenues respectivement universelle et quasi-universelle, la question des inégalités sociales de santé demeure paradoxalement une question centrale à laquelle notre système ne parvient à apporter de réponse satisfaisante ni dans le champ des soins, ni dans celui de la prévention<sup>9</sup>. Il a pourtant été prouvé que les pathologies chroniques sont très fortement liées aux conditions de vie, et que les aménagements urbains, environnementaux, des systèmes alimentaires en amont pourraient réduire significativement leur prévalence, en particulier dans les milieux les plus défavorisés ;
- la dimension des inégalités territoriales est devenue une dimension structurante du débat sur la santé : la tendance à la concentration des moyens dans de grands centres hospitaliers (CHU notamment) caractérise le système mis en place, même si le mouvement a été tempéré par des préoccupations d'aménagement du territoire et l'existence d'un secteur hospitalier privé composé en majorité d'établissements de taille moyenne ou modeste. Cette tendance se poursuit, accentuant l'effet de superposition entre établissements de très grande taille, grands équipements, infrastructures techniques et compétences spécialisées. A ce constat s'ajoute celui des déserts médicaux, notamment observé dans les zones rurales ou périurbaines, auquel s'ajoute désormais celui des déserts « vétérinaires » en zone rurale, qui limite les capacités de détection précoce de maladies zoonotiques ;
- face à ce que l'on qualifie parfois d'épidémie de maladies chroniques, l'organisation actuelle s'avère inadaptée pour mettre en place les prises en charge spécifiques nécessaires, la prise en compte de la personne dans sa globalité (au long cours) et dans son environnement (près de chez elle). La structuration des soins primaires reste insuffisante, en lien avec une régulation du système de santé trop centralisé, axée sur la dimension budgétaire et un horizon trop court<sup>10</sup>.

Comme tout modèle, sa cohérence et son caractère autoentretenu rend extrêmement difficile toute évolution radicale : sa force d'intégration explique sa difficile reconversion sociale, technologique, environnementale ou institutionnelle, conduisant à leur échec ou à leur réinterprétation dans le cadre existant. Il est donc nécessaire aujourd'hui de penser, à l'instar des années 60, un changement de modèle.

Des tentatives ont bien entendu été lancées pour réconcilier notre système de santé avec les enjeux de soutenabilité, notamment environnementale ou sociale : se sont succédés des plans nationaux de santé publique, de santé environnementale, de santé au travail, etc., ainsi qu'une vaste refonte du réseau de services déconcentrés avec la création en 2009 des agences régionales de santé (ARS) dans le cadre de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire). Mais depuis les années 70, avec la création des agences sanitaires (AFSSA et AFSSET devenue Anses ; InVS, INCA, etc...) et malgré la création du Comité interministériel sur la santé, l'élaboration de politiques de prévention des risques sanitaires s'est émietlée entre différents ministères (sécurité sanitaire des aliments pilotée par le ministère chargé de la consommation puis de l'agriculture, prévention des risques environnementaux pilotée par le ministère de l'industrie puis du ministère de l'environnement), dissociant ainsi santé publique et protection de l'environnement. La responsabilité sociale et environnementale de notre système de santé s'en est trouvée fragmentée, a manqué de coordination et a segmenté les approches en rendant complexe toute réflexion systémique. Cette séance sera l'occasion de

<sup>9</sup> Voir par exemple les travaux de Wilkinson et Pickett sur les effets physiologiques des inégalités sur la santé.

<sup>10</sup> Voir Arnaud Bontemps, « Accompagner la structuration des soins primaires après la Covid-19 : un nécessaire renversement du fonctionnement des institutions publiques de la santé », Regards, No. 57, septembre 2020.

repenser la politique de la santé, entendue au sens large, comme politique interministérielle et l'un des fondements d'une société soutenable.