



FRANCE STRATÉGIE
ÉVALUER. ANTICIPER. DÉBATTRE. PROPOSER.

Les Cahiers des soutenabilités

Comment repenser
notre système de santé
face aux risques nouveaux ?

N° 5 – novembre 2021



Présentation des Cahiers

Une collection thématique

La publication des premiers opus de la collection des *Cahiers des soutenabilités* vient clore le deuxième cycle d'un séminaire lancé par France Stratégie au début de l'année 2020 avec l'ambition de construire un **cadre d'élaboration et de conduite de politiques publiques « soutenables »**.

Ces cahiers thématiques visent à « ouvrir le capot » de la fabrique de l'action publique pour la passer au crible du concept de soutenabilités. Chaque cahier est conçu comme un recueil d'enseignements issus de l'analyse d'un objet de politique publique sectorielle à l'aune de sa capacité à intégrer les défis du long terme : durabilité environnementale, sociale, économique et démocratique. La matière ainsi rassemblée a vocation à préparer et à nourrir un référentiel d'action publique, dont l'élaboration constituera l'objectif du troisième cycle du séminaire.

Le séminaire Soutenabilités en quelques mots et quelques chiffres

- › Un projet mené par une équipe issue de l'ensemble des départements de France Stratégie et de la plateforme RSE.
- › Des centaines de contributeurs aux séminaires.
- › Une démarche pluridisciplinaire associant économistes, politistes, géographes, sociologues, historiens, philosophes, acteurs de la société civile, élus, responsables publics, etc.
- › Des séances en partenariat avec des institutions expertes : Haut Conseil pour le climat (HCC), Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), Direction générale du travail (DGT) et Fondation internet nouvelle génération (FING).
- › Trois cycles de réflexion aux formats et aux objectifs pluriels, après un lancement au Lieu de la transformation publique en présence d'une centaine d'acteurs.
 - › **Cycle 1 – Cadre conceptuel et cartographie des soutenabilités** : les notions, les modèles, les indicateurs, les arènes (2020) : cinq conférences
 - › **Cycle 2 – Des politiques publiques au prisme des soutenabilités** (premier semestre 2021) : treize ateliers thématiques et trois séances ouvertes (sur le temps, les ressources, l'espace)
 - › **Cycle 3 – La transformation de l'action publique au service des soutenabilités** (quatrième trimestre 2021)
- › Un appel à contributions « Pour un après soutenable : sept questions pour préparer demain » (avril 2020) et une synthèse des 450 contributions reçues.
- › Un forum des plateformes pour mettre en discussion notre synthèse avec six plateformes de consultations citoyennes.
- › Des publications et des podcasts.

Cette première série de cahiers **synthétise les échanges qui se sont tenus lors d'ateliers organisés au premier semestre 2021**. Consacrées aux champs de la santé, de la protection sociale, du nucléaire, du numérique et du travail, ces séances de travail ont réuni acteurs et témoins des politiques publiques – représentants d'administration nationale et territoriale, experts, chercheurs, responsables associatifs, chefs d'entreprise, élus, etc. Pour favoriser la circulation et la liberté de parole des participants, les ateliers organisés sous la règle de Chatham House étaient fermés au public.

L'approche par les soutenabilités dans les politiques publiques

Les contours du concept de « soutenabilités », au cœur de l'approche retenue ici, ont été défrichés lors du premier cycle du séminaire. Cette notion traduit plus précisément que « durabilité » le terme anglais « sustainable ». Les préoccupations auxquelles elle fait écho sont aussi anciennes que les premières interventions de la puissance publique dans l'allocation et la préservation des ressources, guidées par la nécessité d'en garantir l'approvisionnement et donc la renouvelabilité. Depuis la seconde moitié du XX^e siècle, le concept de soutenabilités désigne « un mode de développement [économique] qui répond aux besoins des générations présentes sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs¹ ».

Sont soutenables les processus de production qui n'épuisent pas les ressources qu'ils utilisent, mais aussi, plus généralement, les configurations qui permettent à la société humaine d'assurer sa pérennité. Pour saisir toute la portée de cette notion dans le cadre de l'analyse des politiques publiques et de la prospective, le recours à la définition littérale, large mais éclairante, est précieux. Selon le Larousse en effet, est soutenable ce qui peut être supporté, enduré, mais aussi ce qui peut être défendu, appuyé par des arguments sérieux. De ces éléments de définition on peut tirer le tableau suivant, qui donne à voir les principales caractéristiques de situations ou de trajectoires soutenables – ou insoutenables.

SOUTENABLE	INSOUTENABLE
<ul style="list-style-type: none"> • Durable • Pérenne • Renouvelable • Réversible • Contrôlable 	<ul style="list-style-type: none"> • Éphémère, obsolète • Précaire • Épuisable • Irréversible • Incontrôlable
<ul style="list-style-type: none"> • Stable • Résilient • Coexistant • Cohérent • Harmonieux 	<ul style="list-style-type: none"> • Instable • Fragile • Conflictuel, antagonique • Contradictoire • discordant
<ul style="list-style-type: none"> • Justifiable • Supportable / acceptable • Légitime 	<ul style="list-style-type: none"> • Injustifiable • Insupportable / inacceptable • Illégitime

Ces caractéristiques permettent d'ébaucher une première grille d'analyse des politiques publiques selon les différentes dimensions des soutenabilités. Elles dessinent en creux une approche des politiques publiques qui prend acte des impasses de notre trajectoire de développement et des limites d'une simple adaptabilité aux crises. Elles comportent donc « une part de radicalité² » en visant des transformations structurelles de notre modèle.

1. Gro Harlem Brundtland, Premier ministre norvégien (1987).

2. Comme nous y ont invité les participants de la séance zero du séminaire.

Les politiques publiques sectorielles au prisme des soutenabilités

Confronter cette grille de lecture à des objets de politiques sectoriels concrets, de périmètre et de granularité volontairement diversifiés, devait permettre d'en valider l'intérêt et d'en mesurer la robustesse. L'organisation des séances comme la diversité des objets de politique publique abordés nous ont de fait conduit à adopter des approches variées. Tous les Cahiers répondent cependant à une problématique commune : comment les enjeux de soutenabilité sont-ils intégrés, explicitement ou non, dans la conception, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques considérées ? À travers l'expérience de terrain et l'approche opérationnelle des porteurs et responsables de ces politiques publiques, nous avons notamment cherché à répondre aux questions suivantes :

- Comment sont pris en compte les risques d'insoutenabilité et leurs interactions dans la conception des politiques étudiées ?
- Comment sont mobilisés des modèles, outils, méthodes et leviers – de financement notamment – susceptibles de garantir ou d'accroître la soutenabilité de ces politiques ?
- Comment sont évalués les impacts de ces politiques au regard de ces enjeux ?
- Comment sont pensés et activés les processus de participation et de délibération permettant de garantir la légitimité et la soutenabilité démocratiques de l'action publique ?
- Quels sont les freins qui empêchent effectivement la prise en compte des soutenabilités ?
- Sur quels leviers concrets et opérationnels construire une politique soutenable dans le domaine étudié ?

Vers un référentiel de l'action publique **soutenable**

Ces Cahiers constituent un vivier dans lequel puiser des pistes pour (re)fonder un référentiel des politiques publiques intégrant les enjeux de soutenabilités à chaque étape de leur « fabrique ».

L'exploitation des enseignements dont les Cahiers rendent compte doit en effet nous permettre de dessiner des perspectives d'évolution des politiques publiques. *Il s'agit de tout repenser : outils, modèles, instruments, procédures et méthodes.*

Il s'agira donc dans une troisième phase de réflexion d'élaborer des pistes pour : anticiper un futur soutenable ; diagnostiquer les insoutenabilités/les impasses ; délibérer face à la défiance ; administrer des temporalités longues, des ressources limitées, des espaces vulnérables ; pérenniser à travers le développement d'une culture publique de la soutenabilité.

Consulter les autres numéros des *Cahiers des soutenabilités*

- N° 1.** Quels enjeux pour une protection sociale soutenable ?
- N° 2.** Comment débattre du nucléaire pour tracer des voies soutenables ?
- N° 3.** Comment construire un numérique soutenable ?
- N° 4.** Quels défis pour une politique de santé au travail plus soutenable ?

Comment repenser notre système de santé face aux risques nouveaux ?

Sommaire

- 1. Un système de santé qui peine à s'inscrire dans une dynamique soutenable** 3
- 2. Repenser le système de santé existant pour construire un modèle soutenable** 6
- 3. Quels moyens et quels outils mobiliser** 9

Le deuxième cycle du séminaire Soutenabilités avait pour ambition d'appliquer à des champs spécifiques des politiques publiques les éléments de réflexion abordés lors du premier cycle et notamment les différents sens possibles du mot « soutenabilités ».

Deux séances ont été consacrées aux politiques de santé. Elles ont permis de réunir une quinzaine de participants, experts des politiques de santé en France et à l'international : anciens responsables politiques ou hauts fonctionnaires, directeurs d'administrations centrales ou d'institutions publiques, professionnels de santé, chercheurs. L'objectif de ces séances n'était pas de fournir une analyse exhaustive des forces et faiblesses de notre système de santé. Il était question de réfléchir aux risques auxquels celui-ci pourrait être confronté en termes de soutenabilités, dans ses différentes dimensions (environnementale, sociale, économique, démocratique, temporelle).

Plusieurs questions ont guidé les débats dont on tente ici de tirer les principaux enseignements : notre système de santé est-il « durable », autrement dit a-t-il les capacités techniques, financières, humaines pour faire face aux risques sanitaires actuels et émergents ? Notre système de santé, entendu au sens large du terme comme la prise en compte des enjeux de santé dans toutes les politiques publiques, est-il « justifiable », dans le sens où il serait en mesure de limiter les inégalités sociales et environnementales de santé ? Enfin, notre système de santé est-il « adaptable », notamment en y associant de nouveaux acteurs citoyens et une nouvelle manière d'aborder la santé ?

Méthode de travail

Les réflexions qui alimentent ce cahier sont directement tirées des travaux préparatoires et des échanges qui ont eu lieu lors des séances de séminaire. Ils n'en constituent pas à proprement parler un compte rendu. Conformément à la règle de Chatham House, les propos ne sont pas attribués et sont intégrés à la réflexion générale ; ils n'engagent pas les acteurs sollicités ni leurs organisations. Cette synthèse n'a pas non plus pour ambition d'aborder de façon exhaustive les politiques de santé, ni d'en faire le bilan ou l'évaluation. Elle est conçue comme un recueil d'enseignements sur la fabrique des politiques publiques au regard des soutenabilités et des enjeux posés par leur intégration. Elle a vocation à préparer et à nourrir ce qui sera le troisième cycle de ces travaux, consacré à l'élaboration de pistes pour construire un référentiel d'action publique soutenable. À cet effet, comme dans les autres cahiers de la série et pour en souligner les points de convergence, ces enseignements sont mis en exergue dans le document par un # indiquant à quel « moment » de la fabrique des politiques publiques ils se rapportent.

L'équipe du séminaire remercie vivement les participants à cet atelier pour leur contribution à ces travaux (voir liste en fin de cahier).

1. Un système de santé qui peine à s'inscrire dans une dynamique soutenable

1.1. La persistance d'inégalités de santé importantes : une insoutenabilité qui sape notre modèle de santé #Diagnostiquer

La France présente un gradient social de morbidité et de mortalité marqué, et apparaît comme l'un des pays d'Europe de l'Ouest présentant les plus fortes inégalités de mortalité. Elles sont très marquées en fonction du niveau d'éducation ou de revenus et sont plus fortes chez les hommes. Ainsi, entre 2012 et 2016, l'écart d'espérance de vie entre les 5 % les plus aisés et les 5 % les plus modestes était de 12 ans pour les hommes et de 8 ans pour les femmes. D'une manière générale, les inégalités d'espérance de vie sont aussi marquées en 2010 qu'elles l'étaient en 1980. Les constats débattus lors de la séance soulignent la persistance des inégalités de santé, de mortalité et d'espérance de vie en fonction du sexe, du niveau d'éducation, de l'origine sociale ou géographique, des conditions de travail et des catégories socioprofessionnelles. Partant du postulat que de telles inégalités ne sont pas justifiables – dans l'absolu et dans notre société –, le modèle de santé actuel ne peut être qualifié de soutenable.

L'origine sociale joue un rôle dans la formation de ces inégalités. La notion d'« incorporation biologique du social », qui correspond à la manière dont l'expérience de la vie en société altère le développement biologique humain, illustre ce lien. Les différences d'expérience sociale conduisent à des états biologiques différents, mesurables par le suivi d'indicateurs moléculaires ou de constantes physiologiques. Cette incorporation biologique du social débute pendant la grossesse ou dans les premières années de vie et se poursuit tout au long de l'âge adulte. Au début des années 1990 un lien a été établi entre retard de croissance intra-utérin et augmentation du risque de pathologies cardiovasculaires et métaboliques à l'âge adulte. L'incorporation biologique se traduit par des mécanismes physiologiques d'altération de plusieurs systèmes biologiques (système immunitaire, système nerveux) qui prédisposent l'organisme à la maladie. Ces altérations peuvent influencer sur la santé, le bien-être, l'apprentissage et les comportements tout au long de la vie. Des mécanismes épigénétiques entrent également en jeu¹. Des études ont montré un lien entre l'environnement socio-économique, notamment précoce, et le niveau de méthylation de l'ADN qui constitue l'un des marqueurs de vieillissement de l'ADN. L'adversité pendant l'enfance et une position socioéconomique défavorisée au cours de la vie ou à l'âge adulte sont associées à une plus forte méthylation.

La mise en évidence de l'incorporation biologique et des inégalités sociales en matière de santé a différentes implications en termes de politiques publiques. Il s'agit en premier lieu d'aborder la santé dans toutes ses dimensions (« biologie sociale ») : l'existence de racines communes pour de nombreuses maladies chroniques appelle à un renforcement de la prévention, fondée sur une approche large de la santé, c'est-à-dire qui ne soit pas uniquement centrée sur les comportements ou le système de soins mais aussi orientée vers les origines des pollutions, des expositions aux perturbateurs, etc. Ces enjeux devraient être abordés dans les négociations de la COP sur le climat par exemple, mais également de manière plus générale et plus approfondie qu'actuellement dans

¹ L'épigénétique désigne l'influence de l'environnement sur l'expression de nos gènes.

d'autres ministères que ceux de la santé et de l'écologie (transports, économie, énergie, etc.). En outre, il faut intervenir le plus tôt possible pour être le plus efficace. D'une manière générale, cette approche ne couronne pas un déterminisme social. Elle encourage le développement d'une approche à l'échelle des populations, et non pas uniquement à l'échelle des individus. Un deuxième axe des politiques publiques doit être l'amélioration des conditions de vie et de l'environnement notamment de travail. Si certains éléments de l'environnement social (cohésion sociale, criminalité, pauvreté) sont déjà identifiés comme influençant le fonctionnement biologique, peu d'actions sont initiées. Il y a nécessité de favoriser la recherche interventionnelle² et de passer d'une science des problèmes à une science des solutions, ainsi que de limiter les inégalités de destin³, qui restent très marquées en France.

Les inégalités de santé à Mayotte : un reflet des déficiences du système de soins actuel

L'une des premières difficultés rencontrées à Mayotte réside dans l'estimation de la population, qui fait l'objet de polémiques entre élus et administrations. La population était de 256 000 personnes en 2017 selon l'Insee et autour de 400 000 pour les élus, soit une densité de population de 700 habitants au km². Selon l'Insee, la population pourrait atteindre de 500 000 à 700 000 habitants en 2050, avec une croissance de population alimentée par la natalité. Le taux de natalité est compris entre 6 et 8 enfants par femme. De plus, la moitié de la population a moins de 18 ans, 70 % de la population vit sous le seuil de pauvreté, un tiers des logements sont sans eau courante, l'espérance de vie à la naissance est inférieure de 8 ans pour les femmes et de 5 ans pour les hommes par rapport à la métropole.

Les attentes y sont donc différentes en termes de soins. Elles portent sur la santé primaire pour les plus pauvres et sur les soins spécialisés pour les plus riches (diagnostic prénatal). Se développent les maladies de surcharge (une personne sur deux est en surpoids, une personne sur cinq est obèse), de carence (malnutrition infantile) et celles liées à l'environnement. Les maladies chroniques sont développées mais peu connues (diabète, hypertension) car non visibles.

Pour faire face à ce constat, le système de santé mahorais se compose d'un unique hôpital de 415 lits, de 4 centres médicaux de référence et de onze dispensaires avec seulement une vingtaine de médecins libéraux, un cardiologue, un ophtalmologue, 10 lits de psychiatrie. Tout y est gratuit, y compris les médicaments.

Les insoutenabilités observées impliquent de dresser une cartographie des risques et de les prioriser. Le Covid a permis de mettre en place des expérimentations qu'il faudrait perpétuer. Parmi ces expérimentations, trois pistes sont suggérées : i) développer la santé communautaire ou de proximité, il est possible de faire beaucoup de choses en identifiant des personnes ressources sur le terrain et en les formant (exemple des médiateurs de santé) ; ii) déléguer les tâches, que les infirmiers soient formés à effectuer des soins ophtalmologiques primaires, que la vaccination puisse être effectuée par divers professionnels, ce qui passe par la mise en place de parcours mixtes entre le domaine médical, paramédical, social ; iii) proposer une gestion dynamique des carrières des professionnels qui viennent à Mayotte est nécessaire, avec un tutorat, une formation, un accompagnement au retour.

² La recherche interventionnelle s'intéresse à l'étude des interventions permettant de modifier la distribution des facteurs de risque et des déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé dans une population. Ces interventions peuvent être des stratégies, politiques publiques, programmes, événements ou activités, selon le niveau de gouvernance auquel elles sont associées.

³ La France se caractérise par un niveau relativement faible d'inégalités de revenu, mais un niveau élevé d'inégalités de résultats scolaires d'une part, de santé d'autre part. Il serait intéressant de mener des travaux pour approfondir le lien entre ces trois dimensions.

1.2. La structure du système de santé, potentiel facteur de son inertie #Diagnostiquer

Le système s'est construit après la Seconde Guerre mondiale en se centrant sur le traitement de la maladie, ce qui exclut de fait les déterminants socio-environnementaux. Le patient souffre, le professionnel de santé est là pour le secourir, tandis que l'assurance-maladie est là pour compenser les coûts de traitements et les pertes de revenu liées à la maladie. L'accès aux soins est donc considéré comme l'élément essentiel de l'accès à la santé. C'est sur ce fondement que la politique de santé française s'est construite en ne se focalisant pas sur l'interaction patient-soignant mais sur une approche beaucoup plus descendante de traitement du patient par le soignant. L'industrie de la santé (hôpitaux, vendeurs de soins et de thérapies, assureurs publics et privés) et l'industrie des savoirs de santé (universités, système d'éducation, recherche) se concentrent également sur le patient, et non sur son environnement social et sur les déterminants sociaux de son état de santé (environnement familial, lieu de vie, niveau d'éducation, conditions de travail, etc.). Une autre caractéristique de notre système de santé qui a généré des progrès indéniables en matière d'espérance de vie est d'avoir produit de la vulnérabilité, de la culpabilité, de la fatigue chez les patients, en écho à une organisation du système qui s'est hyper-complexifiée et surmédicalisée au détriment d'une approche plus collective, préventive et positive de la santé.

En se centrant sur le patient et la maladie, le système de soins s'est détourné de la définition de la santé apportée par l'OMS non plus comme une absence de maladie mais comme un état complet de bien-être physique, mental et social. La déclinaison des politiques de santé en plans multiples, parfois peu ou mal évalués et coordonnés, traduit cette mauvaise allocation des moyens publics et une incapacité à lutter contre ces déterminants et *in fine* à réduire les inégalités sociales de santé.

1.3. La question de la gouvernance ou en quoi notre administration de la santé n'est pas durable #Administrer

Des enjeux en termes de gouvernance se posent en ce qui concerne les capacités d'action aux échelles territoriale, nationale, européenne et internationale d'une part, en ce qui concerne l'articulation et la mise en cohérence des politiques menées à ces différents échelons d'autre part. Ce nécessaire décloisonnement territorial s'ajoute à la nécessité de décloisonner les champs disciplinaires, notamment pour l'enjeu d'« une seule santé », souvent cité mais rarement mis en œuvre. En pratique, il représente un enjeu de décloisonnement en termes d'éducation, de formation professionnelle et d'élaboration de politiques publiques.

Une meilleure lisibilité du système de santé, qu'il s'agisse du système de soins ou du système d'évaluation scientifique des risques sanitaires, apparaît également nécessaire. Cela implique notamment de s'appuyer sur une expertise scientifique interdisciplinaire, indépendante et collégiale. L'objectif est de partir des éléments scientifiques disponibles pour forger des recommandations, en exposant en toute transparence les certitudes et les incertitudes, les bénéfices et les risques, pour permettre aux pouvoirs publics et à la population de débattre des solutions possibles⁴.

Se pose par ailleurs la question du rôle des parties prenantes dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques environnementales et des politiques de santé. Il apparaît indispensable de s'appuyer sur les instances de dialogue idoines avec les représentants de la société civile, d'être tout à la fois à

⁴ Les choix doivent être les mieux éclairés possible mais ils conservent une dimension politique qu'on ne peut évacuer en invoquant une « neutralité scientifique ». Voir par exemple Scott J. C. (2021), *L'Oeil de l'État. Moderniser, uniformiser, détruire*, Paris, La Découverte (*Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*, Yale University Press, 1998).

l'écoute des attentes sociétales et de concevoir les politiques réellement adaptées. En ce sens, le rôle des lanceurs d'alerte doit être reconnu pour mieux détecter les signaux faibles et concevoir les dispositifs de vigilance pertinents. Cette consultation/ intégration des voix des patients dans l'élaboration des politiques de santé est essentielle pour sortir des approches descendantes *top down* inadaptées à l'intégration d'un certain nombre d'enjeux locaux⁵.

Repenser le système de santé existant pour construire 2. un modèle soutenable

2.1. Promouvoir un modèle de santé prospectif #Anticiper #Administrer #Pérenniser

Pour mettre en œuvre un système de santé qui réponde aux défis cités dans la première partie, il est d'abord nécessaire de prendre en compte les dettes du passé : ces dettes sont épidémiologiques (les malades que le système de soins n'a pas pu éviter en luttant contre les déterminants d'un certain nombre de maladies), organisationnelles (les surcoûts liés à l'inadaptation des organisations en place) et financières.

La dette épidémiologique ne peut être réduite à zéro et apparaît en ce sens inévitable. Elle varie selon le genre, les catégories sociales et les territoires. Néanmoins, il est possible d'agir sur son niveau et les dépenses de santé constituent les intérêts de cette dette pour chaque génération. Cette notion de dette épidémiologique est relative dans le temps et dans l'espace, dans « l'expression des besoins » et la « demande » qu'elle occasionne et en fonction des « normes » retenues. Les conditions de solvabilisation pèsent sur l'expression des besoins, les modalités de réponse et donc sur la dette épidémiologique. Elles concernent les modalités de financement des établissements et équipements, des nomenclatures des actes et les modalités de remboursement des patients.

La dette organisationnelle est d'autant plus grande que les modalités d'organisation répondent mal à la situation épidémiologique et sociale. Elle concerne les structures et les équipements, les personnels, les processus. Elle est « traçable » avec un certain nombre d'indicateurs synthétiques : perte de chances, taux de vaccination insuffisant, délai d'attente (rendez-vous, urgence, etc.), perte d'attractivité, déséquilibre de l'offre (trop ou pas assez), « maltraitance » de l'utilisateur, du patient, du professionnel.

Les dettes épidémiologiques et organisationnelles s'imposent à l'action publique : l'assurance maladie doit « assumer » la dette pour insuffisance d'action sur les déterminants de santé en amont des soins et pour inadaptation de l'organisation. En conséquence, concevoir un système de santé soutenable implique de lever ces dettes car nous prenons en charge aujourd'hui tout ce que nous n'avons pas su éviter hier et tout ce que nous n'évitons pas aujourd'hui devra être pris en charge demain. Cela implique également de se situer dans un continuum stratégique. Agir pour empêcher la survenue des problèmes de santé (prévention primaire) et en cas de problème de santé, agir pour en limiter la gravité (prévention

⁵. Voir également, à ce sujet, le Cahier dédié à la protection sociale.

secondaire) et les conséquences (prévention tertiaire). Cela pose de fait la question de l'**investissement** dans la santé et des arbitrages entre les coûts qu'ils représentent et la temporalité des retours sur investissement. Par exemple, la santé scolaire présente des coûts à court terme et des bénéfices sur le long terme, à l'inverse de la santé au travail qui permet d'améliorer les rendements à court terme avec une réduction des arrêts maladie et une hausse de la productivité. Ces deux territoires de santé apparaissent pourtant aujourd'hui largement en déshérence et nécessiteraient des investissements conséquents cohérents avec une véritable politique publique de prévention et avec le système de santé en général. D'une manière générale, si les investissements en santé sont comptabilisés l'année où ils surviennent et apparaissent donc comme une charge, les retours sur investissement ne sont jamais objectivés.

Les leviers à mobiliser pour une meilleure prise en compte conjointe des contraintes de court terme et de la nécessité d'inscrire dans le long terme des politiques publiques peuvent être de trois ordres :

- Appliquer les principes de l'universalisme proportionné aux politiques de prévention, en définissant des interventions fondées sur des actions universelles mais dont l'intensité est proportionnelle au niveau de défaveur sociale des populations. La prise en charge doit également tenir compte des spécificités individuelles puisque les effets des traitements peuvent dépendre des expériences vécues par l'individu. Enfin, les inégalités de santé doivent continuer à être prises en compte dans le système de soins et les études doivent se poursuivre à ce sujet. La collecte d'informations éclairant le parcours socioprofessionnel dans les dossiers médicaux devrait être plus systématique ; l'appariement récent de l'Échantillon démographique permanent avec les données du Système national de santé est un beau progrès.
- Rééquilibrer la logique prévalant actuellement entre les objectifs et les moyens en partant des besoins, de leur évolution et d'une réflexion d'ensemble sur les besoins de santé que nous souhaitons couvrir⁶. Ceci est vrai de manière générale dans le système de protection sociale et pourrait servir de préambule pour définir les moyens nécessaires afférents⁷.
- Renforcer et systématiser les évaluations économiques de court, moyen et long terme en mesurant les retours sur investissements même lointains de nos politiques de santé.

2.2. L'approche « One Health » invite à sortir d'une logique en silos pour faire advenir un modèle intégré #Anticiper #Administrer #Pérenniser

Le concept de *One Health* n'est pas nouveau même si le nom est apparu tardivement, et renvoie à l'idée d'un rapprochement entre les réflexions sur la santé humaine, la santé animale et l'environnement. Ce rapprochement entre les sciences existait déjà sous l'Antiquité et a été repris avec les travaux de Pasteur et la création des académies scientifiques. À titre d'illustration, l'académie de médecine a intégré une section vétérinaire dès sa conception. Malgré cette ancienneté, le cloisonnement est resté l'approche dominante jusque ces dernières années. Or le vivant est une matière complexe et il est crucial de travailler de manière interdisciplinaire et ce à toutes les échelles. On sait déjà que près de 75 % des maladies émergentes sont associées aux animaux et que l'effondrement de la biodiversité comme le changement climatique impacte également notre santé.

6. Tout en ayant conscience que les besoins sont infinis, et qu'il est compliqué d'assumer de ne pas les satisfaire.

7. *Ibid.* Voir également Foucault M. (1983), « Un système fini face à une demande infinie », entretien avec R. Bono, in *Sécurité sociale : l'enjeu*, Paris, Syros, p. 39-63.

L'approche *One Health* a donc pour ambition de proposer une approche globale des enjeux de santé, combinant santé humaine, animale et environnementale, ce qui implique de décloisonner les disciplines. La mise en œuvre du concept a plusieurs implications pour construire un modèle de santé soutenable :

- › en termes de recherche pour fonder un modèle résilient et justifiable fondé sur des preuves scientifiques ;
- › en termes de fabrication des politiques publiques : il s'agit d'aller chercher la santé partout où elle se trouve et d'interroger sa place dans d'autres politiques publiques sectorielles (modèle énergétique, urbanisme, transports publics, alimentation, santé au travail, santé scolaire, santé environnementale) et de gouvernance, puisque l'approche *One Health* requiert une meilleure coordination entre les ministères de la santé, de la transition écologique, de l'agriculture, etc. Il faut une plus grande logique inter-ministérielle sur ces sujets transversaux, comme l'illustre le livret « santé au travail » pour ce qui concerne la prévention des risques professionnels ;

PNSE 4 – Groupe « Une Seule Santé »

Une quatrième version du Plan national santé-environnement (PNSE 4), co-construite avec l'ensemble des acteurs concernés, a été adoptée, avec vingt actions opérationnelles articulées autour de quatre axes prioritaires :

- › *s'informer, se former et informer sur l'état de notre environnement et sur les bons gestes à adopter pour notre santé et celle des écosystèmes,*
- › *réduire les expositions environnementales affectant la santé humaine, animale, végétale et celle des écosystèmes,*
- › *démultiplier les actions concrètes au niveau territorial,*
- › *mieux connaître les expositions et les effets de l'environnement sur la santé des populations et sur les écosystèmes.*

Les ministères chargés de la Santé et de l'Écologie sont co-pilotes du PNSE et le ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation est associé pour certaines actions.

Le PNSE 4 doit favoriser une approche systémique de la santé-environnement et faire progresser la connaissance pour répondre aux attentes croissantes de la société, notamment en ce qui concerne les effets liés aux expositions combinées.

Le principe de la création d'un groupe transversal garant de la prise en compte du concept « One Health » au sein du plan a été acté. Ce groupe, coprésidé par la députée Sandrine Le Feur et Jean-Luc Angot, s'est réuni pour la première fois en septembre 2021. Il est chargé de gérer directement certaines actions comme celles qui concernent la formation des professionnels et des décideurs sur la santé globale, l'utilisation des produits biocides, les impacts sanitaires des espèces nuisibles et la surveillance de la santé de la faune sauvage.

Le groupe vérifiera en outre la bonne intégration du concept « One Health » dans toutes les autres actions du PNSE 4.

- en combinant plus étroitement les défis de santé aux défis environnementaux. Il faut ainsi changer le modèle énergétique, passer des combustibles fossiles qui entraînent dans le monde jusqu'à 10 millions de morts par an⁸ aux énergies renouvelables propres. En termes de développement urbain, il faut travailler avec les maires, développer des transports publics abordables et non polluants, faire en sorte d'avoir une vie moins sédentaire ;
- en articulant mieux les logiques de coopération aux échelles européenne et internationale. Le volet européen de *One Health* pourrait se décliner dans le *Green Deal* ou la politique agricole commune. Il existe déjà de nombreux outils pour les maladies animales puisque tout est réglementé au niveau européen avec des mesures aux frontières, etc. Au niveau mondial, l'ONU et ses agences travaillent sur les problématiques *One Health*. L'Organisation des Nations unies pour l'agriculture et l'alimentation (FAO), le Programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) se saisissent de ces problématiques mais il faudrait probablement élargir le nombre d'agences en charge de *One Health* (UNESCO, etc.).

3. Quels moyens et quels outils mobiliser ?

3.1. La valorisation de la santé positive : un enjeu d'acceptation et d'efficacité #Administrer #Pérenniser

À partir de la définition de la santé apportée par l'OMS, portant tout à la fois sur le bien-être physique et le bien-être psychologique, il apparaît indispensable de concevoir les politiques de santé fondées sur la valorisation de la bonne santé et non plus sur la promotion de politiques sanitaires coercitives et punitives pour concevoir un modèle de santé justifiable et durable. Cela implique de sortir du modèle curatif et d'une société parfois normative en termes d'inclusion. Concrètement, une telle transition aurait des implications en termes d'éducation à la santé et à la prévention des risques sanitaires, si possible dès le plus jeune âge, contribuant à faire émerger une culture et un rapport à la santé nouveaux. À terme, une nouvelle organisation de la société serait envisageable, en s'affranchissant d'une organisation du système de soins centrée sur l'hôpital et le patient pour mieux intégrer les déterminants de l'environnement de santé et s'appuyer sur les fondements de la santé communautaire et de proximité.

⁸ Vohra K., Vodonos A., Schwartz J., Marais E. A., Sulprizio M. P. et Mickley L. J. (2021), « **Global mortality from outdoor fine particle pollution generated by fossil fuel combustion: Results from GEOS-Chem** », *Environmental Research*, vol. 195, n° 10754, avril.

3.2. Le citoyen comme acteur majeur

#Délibérer #Pérenniser

L'élaboration de ce système de santé soutenable implique de sortir de la logique du patient, du malade avec une pathologie à soigner pour encourager la responsabilisation du citoyen comme acteur de sa bonne santé. Cela nécessite de soutenir l'éducation et la formation à la santé⁹ mais également de remettre à plat la gouvernance du système de santé pour permettre d'associer au mieux les citoyens à l'élaboration des politiques de santé. Il s'agit donc bien d'un enjeu d'ordre démocratique, visant à renforcer la concertation et la co-construction des politiques publiques.

Plusieurs pistes seraient possibles : mettre en place des programmes d'éducation à la santé dès l'école primaire comme en Australie, valoriser les personnes ressources en tant que médiateurs de santé, ou encore s'appuyer sur une politique volontariste d'alimentation saine et durable, dans le prolongement des programmes « Bien manger ».

3.3. La gestion du risque, pilier d'un modèle de santé soutenable

#Délibérer #Pérenniser

Le risque est la combinaison du danger et du degré d'exposition. Une quantification et une délimitation précise des risques serait théoriquement nécessaire pour dépasser l'incertitude qui les entoure, incertitude qui est souvent source d'immobilisme dans la prise de décision. Or le principe selon lequel la dose fait le risque est désormais remis en cause du fait d'une relation dose-réponse non linéaire, par exemple pour les perturbateurs endocriniens. Le risque ne peut donc plus être considéré comme seulement lié à l'exposition mais peut être intrinsèquement lié au danger, ce qui impliquerait de faire évoluer la réglementation pour qu'elle ne se fonde pas uniquement sur l'évaluation des risques mais prenne en compte le danger lui-même.

L'un des facteurs conditionnant la structure des politiques de santé publique est l'« acceptabilité » du risque sanitaire. Un risque individuel (choisi) dans le domaine de la santé est parfois beaucoup plus accepté qu'un risque environnemental collectif (subi), même si la notion de risque individuel (choisi) est complexe. S'agissant des addictions (au tabac, à l'alcool, etc.), le phénomène de dépendance se couple parfois à la conséquence d'un mal-être inégalement distribué selon la catégorie sociale. S'agissant de l'adoption de comportements favorables à la santé, celle-ci dépend de la perception du degré de maîtrise de sa propre vie, lui-même déterminé socialement (par exemple, les ménages modestes peuvent considérer qu'ils ont peu à offrir à leurs enfants mis à part du temps d'écran, de la *junk food*, etc.)¹⁰. Les citoyens sont aujourd'hui confrontés à des informations environnementales partielles et marquées par la difficulté d'établir une distinction entre ce qui fait le danger et ce qui fait le risque. Dans cette perspective, une nouvelle culture du risque doit émerger, visant à informer et sensibiliser les citoyens à la réalité de l'expertise scientifique et aux limites des évaluations scientifiques des risques. La production indépendante de données et d'indicateurs de suivi constitue un élément-clé pour construire la confiance dans le dispositif d'évaluation scientifique des risques, qui doit également s'appuyer sur une gouvernance plus transparente et donc justifiable.

⁹. L'exemple australien est à ce titre éclairant, puisque les enfants y sont formés dès le primaire au « bien vivre », à l'alimentation, à l'intérêt des activités physiques mais également à se soigner et à soigner les autres.

¹⁰. Voir par exemple Peretti-Watel P. et Moatti J.-P. (2009), *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Seul/république des idées..

Pour les politiques publiques, le risque doit devenir un objet de politique et être gouverné dans un contexte d'incertitude et de risque d'émergences de maladies accru par le changement climatique, l'effondrement de la biodiversité et la mondialisation des échanges de biens et de personnes. Il faut construire une culture du risque qui a aujourd'hui une connotation très négative en les recensant/priorisant et en favorisant l'acceptabilité du risque. Sur quoi reposerait une politique publique intégrant les risques ?

- une cartographie des risques établie avec les experts, les scientifiques, les assureurs, les citoyens, qui distinguerait risques classiques/émergents avec la probabilité d'advenue (risques certains/possibles/controversés) et qui tiendrait compte de la perception des risques de ces différentes parties ;
- une adaptation des procédures d'évaluation des différents risques consécutive à cette cartographie ;
- des actions (territorialisées) en faveur de l'adaptation aux risques ;
- des indicateurs de suivi, de résultats, avec des mesures de type ROP (*return-oriented programming* ou retour sur investissement de la prévention) tenant compte des disparités territoriales en matière de risques ;
- la tenue d'états généraux des risques (en matière d'alimentation, de travail, de logement, etc.) afin de construire un diagnostic partagé et des actions à plusieurs échelles.

Ont contribué aux ateliers

Jean-Luc ANGOT, inspecteur général de santé publique vétérinaire au CGAAER

Régis AUBRY, médecin chef du département douleurs - soins palliatifs du CHU de Besançon

Arnaud BONTEMPS, Cour des comptes

Cécile COURRÈGES, IGAS, ex-directrice générale de l'organisation des soins

William DAB, professeur au Cnam, ex-directeur général de la santé

Cyrille DELPIERRE, chercheur à l'Inserm

Bertrand GARROS, HCAAM, président de la CRSA Nouvelle Aquitaine (jusqu'en octobre 2021)

Roger GENET, directeur général de l'Anses

Tim GREACEN, directeur du laboratoire de recherche en santé mentale et sciences sociales du GHU Paris

Maria NEIRA, directrice du département Santé publique, environnement et déterminants sociaux de la santé de l'OMS

Étienne POT, médecin addictologue, conseiller scientifique au HCAAM

Jean-Luc ROELANDT, directeur adjoint du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale

Dominique VOYNET, directrice de l'ARS Mayotte, ex-ministre de l'Aménagement du territoire et de l'Environnement

et pour **France Stratégie** et le **HCAAM**

Gilles de MARGERIE, commissaire général

Cédric AUDENIS, commissaire adjoint

Julien FOSSE, adjoint à la directrice du DDN

Nathalie FOURCADE, secrétaire générale du HCAAM

Mathilde VIENNOT, cheffe de projet

Ce numéro des *Cahiers des soutenabilités* a été préparé par l'équipe du séminaire Soutenabilités de France Stratégie, composée de **Johanna Barasz**, **Sandrine Cadic**, **Anne Faure**, **Julien Fosse**, **Hélène Garner**, **Maxime Gérardin**, **Emmanuelle Prouet** et **Mathilde Viennot**.

Avec la collaboration de **Nathalie Fourcade** (HCAAM), **Pierre-Yves Cusset**, **Simon Fredon**, **Maxime Gérardin** et **Boris Le Hir** (France Stratégie), **Julien Bueb** (HCC), **Jacques-François Marchandise** et **Mathilde Bras** (FING), et **Joséphine Girardot**, **Iris Guiberteau**, **Eugénie Klein**, **Pierre Miller**, en stage à France Stratégie pendant l'année 2021.

CONTACT

soutenabilites@strategie.gouv.fr

POUR PLUS D'INFORMATIONS

<https://www.strategie.gouv.fr/projets/seminaire-soutenabilites>

