

Une société plus protectrice et plus juste : De l'urgence à redistribuer les cartes en santé publique

Nous, chercheurs, enseignants, professionnels de terrain, décideurs, responsables associatifs considérons que la santé publique telle que mise en œuvre est désormais inadéquate et obsolète. Elle ne répond plus à son objectif de base : la santé pour tous quel que soit son âge, sa condition sociale, son genre, son niveau d'éducation, son origine...

Les stratégies actuelles de santé publique ne sont que des sparadraps incapables d'endiguer la dégradation de la santé et l'accroissement des inégalités.

La protection et le bien-être de toute la population sont des exigences pour tous les responsables politiques, comme rappelée par l'Organisation Mondiale de la Santé ([Charte de Genève/OMS](#)). Deux axes sont fondamentaux pour orienter une politique de santé publique moderne.

La santé publique doit s'exercer au-delà des frontières du système de soins

Notre première proposition s'appuie sur des faits. Les stratégies les plus efficaces pour améliorer la santé mentale des étudiants résident dans l'organisation des enseignements et leur validation ([santé mentale des étudiants](#)). Les actions les plus efficaces pour minimiser les risques psychosociaux en entreprise portent sur l'organisation du travail, la valorisation des tâches et le type de management ([Institut Équité en Santé](#)). La santé et le développement des enfants sont dépendants de la précarité économique des parents, du type d'éducation, du réseau social les entourant, du logement, du quartier d'habitation, de l'accès aux espaces verts ([santé des enfants](#)). Les inégalités de santé se construisent très tôt dans notre propre système éducatif ([PISA](#)). Les configurations urbaines agissent sur la santé dans ces dimensions sociales, mentales et physiques ([urbanisme et santé](#)). Autant de conditions qui contribuent à un meilleur état de santé moyen de la population tout en limitant les inégalités sociales et territoriales de santé ([Déterminants sociaux de la santé, OMS](#)). Il s'agit des déterminants sociaux de la santé.

Or, la **politique de santé publique française se contente de « soigner », y compris de manière préventive.** Les plans de santé publique par pathologie, les stratégies de prévention informatives et éducatives, ou encore la centralisation des compétences en santé génèrent une orientation comportementaliste des politiques de santé publique, sans jamais modifier celles qui altèrent la santé dès l'enfance : éducation, logement, transports, emploi, ressources, etc. Certes, il existe des dispositifs pour croiser enjeux sanitaires et non sanitaires, tels que la politique de la ville, les contrats locaux de santé, le comité interministériel pour la santé (CIS) ou encore les commissions de coordination des politiques publiques. Mais ils sont à ce jour inefficaces, soit parce que leur périmètre est trop étroit, soit parce qu'ils ne font que préserver les intérêts des secteurs non sanitaires au détriment de la santé des populations. Par exemple, la réintroduction de pesticides dangereux ([Neonicotinoïdes](#)), l'allègement des standards d'accueil en petite enfance ([Réforme modes d'accueil](#)) ou encore les mesures restrictives anti-covid n'ont jamais été discutés dans ces arènes malgré leur impact évident sur la santé et les inégalités. À l'inverse, les mesures directement issues du ministère en charge de la santé, comme le plan priorité prévention, sont discutées au sein du CIS de manière à veiller à leur cohérence, voire leur innocuité, vis-à-vis des autres politiques. Ce ne sont donc pas les mesures non sanitaires qui sont régulées au bénéfice de la santé, comme préconisé dans l'approche de « santé dans toutes les politiques » ([Santé dans toutes les politiques](#)), mais les mesures sanitaires qui le sont par les intérêts des autres ministères.

Nous appelons à **révolutionner la santé publique en la rendant intersectorielle, interdisciplinaire et interministérielle.** Concrètement, il s'agit de placer la santé au centre de toute décision politique en faisant du/de la Ministre de la Santé Publique, et de ses représentants sur le territoire, des décisionnaires prioritaires capables d'infléchir avec fermeté les décisions et mesures portées par les autres ministères. L'objectif serait le bénéfice de la santé et du bien-être de la population. Il s'agit aussi de donner aux collectivités locales, qui connaissent les besoins et les ressources et mettent en

œuvre les politiques, une compétence partagée avec l'Etat sur la santé. Enfin, nous demandons que soit obligatoire, ou a minima exigible et rendue publique, la réalisation d'études **d'impact en santé** (ie. Analyse a priori par modélisation des impacts négatifs sur la santé des politiques non sanitaires) pour tous les projets, mesures ou lois issus du secteur non sanitaire que ce soit à l'échelle nationale ou locale, et de donner aux acteurs et décideurs les moyens de les réaliser.

La santé publique fondée sur les données scientifiques et l'expertise des acteurs de terrain

En France, **le fossé entre recherche et pratique est abyssal**. Les actions de santé publique mises en œuvre sur les territoires ne sont que rarement évaluées et basées sur des données scientifiques. Les outils et stratégies ayant montré leur efficacité sont insuffisamment mis en pratique. Par exemple, le rapport périnatalité de 2016 ([Rapport périnatalité](#)) souligne que sur 80% des femmes enceintes interrogées sur leur consommation de tabac, seules 46% des fumeuses ont reçu des conseils ou une orientation pour arrêter. La raison est simple : cette mise en application doit être accompagnée, adaptée aux réalités de terrain. Or, aujourd'hui, si les acteurs sont exhortés à faire de la santé publique « basée sur les preuves », ces preuves ne leur sont pas communiquées ou accessibles. Elles ne sont pas toujours adaptées ou demandent des moyens qui ne leurs sont pas donnés. De l'autre côté du fossé, seul 1% de la recherche française en santé est consacré à la recherche interventionnelle en santé des populations, qui vise à expérimenter, évaluer et transférer sur le terrain les interventions, mesures et politiques les plus efficaces et les plus équitables. En outre, les chercheurs ne sont pas formés aux méthodes qu'exige cette recherche laquelle n'est pas valorisée en termes de progression de carrière ([rapport HCSP](#)).

Nous appelons par conséquent à **investir au moins 10% du budget de recherche en santé** dans le cadre d'un budget global en progression, **réévaluable à la hausse tous les ans, dans la recherche interventionnelle en santé des populations**. Il s'agit de soutenir l'émergence de réseaux de chercheurs travaillant de manière interdisciplinaire sur les interventions, mesures, programmes dans ou hors du système de soins. Cet engagement qui doit être formalisé à travers l'adoption, la dotation substantielle et l'évaluation quinquennale **d'un programme national de recherche en santé publique** digne des enjeux nationaux et mondiaux. Le recours mais surtout l'adaptation et l'appropriation, par les acteurs de terrain et les décideurs, des résultats issus de cette recherche exige de créer des **plateformes locales de transfert de connaissances**.

A travers ces deux axes, les auteurs appellent à **redistribuer les cartes de la santé publique en y intégrant d'autres acteurs indispensables pour enrayer la dégradation de la santé** : élus, responsables des secteurs non sanitaires, associations de citoyens, chercheurs.

Ils espèrent ainsi apporter des éléments aux projets de réformes, aux programmes en cours d'élaboration dans le cadre de la campagne présidentielle, afin que ces derniers ne se limitent pas à redessiner, de manière cosmétique et technique, des responsabilités ou préserver des intérêts qui se situeraient à côté des enjeux aujourd'hui partagés à l'échelle internationale.

Auteurs :

Linda Cambon, Chercheuse (Santé Publique), Université de Bordeaux

Patrick Castel, Directeur de recherche en sociologie à la FNSP

Jean Pierre Couteron, Addictologue Association Oppelia, administrateur Fédération Addiction

Laurent El Ghazi, Président d'honneur de l'association Elus, santé publique et Territoires.

George Kepenekian, Président Institut Santé et Territoires

Didier Meinard, Médecin généraliste, association AVEC Santé

Etienne Nouguez, Chercheur CNRS (Sociologue), Sciences Po

Alain Poirier, Ex-directeur national de santé publique du Québec

Christian Pradier, Professeur de Santé Publique, Université Côte d'Azur, Nice

Valery Ridde, Directeur de Recherche en Santé Publique CEPED (IRD/IP) France et ISED/UCAD Sénégal

Laetitia Satilmis, Médecin de santé publique

François Alla, Professeur de santé publique, Université de bordeaux

Florence Cousson-Gélie, Professeur de Psychologie de la santé, Université Paul Valéry Montpellier 3

Basile Chaix, Directeur de recherche Inserm, équipe Nemesis, Institut Pierre Louis d'Epidemiologie et de Santé Publique

Oulmann Zerhouni, Maitre de conférences HDR en Psychologie Expérimentale