

## La santé environnementale et le difficile changement de paradigme en santé publique

YORGHOS REMVIKOS

CEARC – OVSQ  
Université de Versailles  
Saint-Quentin-en-Yvelines  
11, boulevard d'Alembert  
78280 Guyancourt  
France  
<yorghos.remvikos@gmail.com>

Tirés à part :  
Y. Remvikos

Cinquante ans après l'adoption aux États-Unis d'une loi novatrice, le *National Environmental Protection Act*, révélant la place de « l'environnement » comme source d'impacts sur la santé humaine, et trente ans après que le bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'ait lancé les conférences interministérielles Environnement et Santé, la santé environnementale s'est constituée comme domaine nouveau, comme en témoignent les créations institutionnelles<sup>1</sup>. C'est d'ailleurs au sein des conférences interministérielles que naît le concept de plan d'actions en santé et environnement, traduit en France par les plans nationaux santé-environnement (PNSE) et leurs déclinaisons régionales (PRSE).

Mais où en sommes-nous réellement aujourd'hui ? Je m'appuierai sur la présentation du bilan à mi-parcours du PRSE3 Ile-de-France de décembre dernier, afin d'en tirer quelques enseignements. Mon but est bien de montrer comment, par une série de choix conceptuels et théoriques réducteurs, nous en sommes revenus à des approches traditionnelles, limitant la portée de l'action et les possibles améliorations pour la santé des populations. Je prendrai comme point de départ une publication remarquable de 2010 [1], dont je recommande vivement la lecture, afin d'en prolonger les messages et dresser quelques éléments de bilan neuf ans plus tard.

### La fiction (mal)commode de l'environnement

Sans nier la pertinence du concept, il nous faut aborder les limitations théoriques et pratiques qu'entraîne le choix de considérer quelque chose d'extérieur à nous et au vivant de manière générale. Ce dualisme<sup>2</sup> intérieur/extérieur, analogue à celui de corps et d'esprit, du psychique et du somatique, sans cesse réactivé, passe complètement à côté des relations intimes et bidirectionnelles qui sont en réalité à l'œuvre. Y a-t-il vraiment quelque chose d'extérieur à nous, alors que :

- nos corps sont en continuité physique permanente avec l'environnement, le modifiant par nos activités et notre métabolisme et subissant, en retour, les conséquences de ces modifications ;
- le processus d'adaptation aux changements n'est pas unidirectionnel (les organismes, dont les humains, s'adaptent à leur environnement), mais bien une interrelation, du

<sup>1</sup> On peut citer le *National Institute for Environmental Health Sciences* aux États-Unis comme un exemple parmi d'autres.

<sup>2</sup> Par dualisme, j'entends la conception selon deux registres distincts, étanches, que l'on pourrait étudier séparément.

Pour citer cet article : Remvikos Y. La santé environnementale et le difficile changement de paradigme en santé publique. *Environ Risque Sante* 2019 ; 18 : 100-104. doi : 10.1684/ers.2019.1285

fait de la faculté de constructeur de niche (construction tant physique que culturelle ou symbolique), singulièrement puissante chez l'humain.

La théorie de construction de niches (voir par exemple [2]), nous invite, au contraire, à ne pas considérer les organismes comme simples corps, « véhicules » de leurs gènes, car ils modifient les conditions de pression et de sélection liant inséparablement processus développementaux et changements culturels. Il y a, de ce fait, de nombreuses rétroactions par la capacité à transformer l'environnement au travers de processus culturels ou sociaux.

## **La santé environnementale comme branche de la santé publique s'intéressant aux « déterminants environnementaux »**

Une des conséquences de ce qui précède, pour la santé environnementale, pourrait nous conduire à la faire reposer sur les environnements ou milieux de vie, comprenant les populations humaines et les écosystèmes, dans une perspective socio-écologique, comme c'est le cas dans d'autres initiatives et propositions. Ainsi, dans un ouvrage piloté par le *National Health Institute* des États-Unis, essayant d'expliquer le moins bon état de santé des citoyens américains par comparaison aux autres pays développés, un cadre bien plus large et systémique est déployé, mettant en œuvre un schéma de déterminants dans un cadre socio-écologique, en y ajoutant la perspective du cours de la vie. Les auteurs abordent les facteurs sociaux comme un environnement, en lui donnant ses dimensions culturelle et politique comprenant les champs économique et psychosocial [3], en cohérence avec les travaux de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (CSDH) [4].

Pour autant, si l'on consulte le dernier PRSE de la région Ile-de-France<sup>3</sup>, il est expressément indiqué qu'il s'agit d'un plan de gestion des risques environnementaux, considérés de manière classique un par un. Certes, la thématique des inégalités sociales de santé (ISS) y est citée, comme l'est aussi le terme *empowerment*, mais si ce sont les facteurs de risque que l'on tente de gérer dans les plans, comment pourrait-on réduire les ISS au travers des expositions physiques ? C'est de cette façon que l'action est réduite au traitement des points de multi-expositions, sans pouvoir intégrer les mécanismes à l'origine de la ségrégation socio-spatiale que nous pourrions qualifier d'injustice socio-environnementale, si présente en Ile-de-France, pourtant la région la plus riche de France.

Je dois encore avouer mon incompréhension devant les propositions de traiter à part les facteurs de risque environnementaux qui se multiplient, tout en appelant à de la transversalité de l'action. Je refuse de leur appliquer le qualificatif de déterminants, perpétuant ainsi la confusion entre facteurs de risque, qui visent la réduction des pathologies, et déterminants dont le sens est celui du soutien de la santé, globale et positive [5]. En conséquence, le champ « Santé et Environnement » est devenu un nouveau silo, comme le confirme tant son organisation en service distinct au sein des agences régionales de santé (ARS) que la teneur de différents PRSE que j'ai consultés. Comment dès lors servir de nouveaux principes fondamentaux, comme la santé dans toutes les politiques devenue un axe majeur du PRSE2 en cours de validation en Ile-de-France ?

En somme, plutôt que l'innovation représentée par les PRSE ne vienne soutenir un changement d'approches, une adaptation de sujets nouveaux à des habitudes historiques semble prévaloir, et j'essaierai de m'en expliquer.

---

<sup>3</sup> L'auteur a eu la chance de participer aux travaux d'élaborations des trois PRSE Ile-de-France successifs ; il a présidé le groupe de travail sur les inégalités lors de l'élaboration du PRSE2.

## Des grands perdants : les inégalités sociales de santé et le complet bien-être

Dans le titre, j'évoquais le possible changement de paradigme dans la suite de l'article cité en ouverture de mon éditorial [1]. J'insisterai ici sur deux points cruciaux en jeu : d'un côté, la mise en œuvre de la définition de la santé comme complet bien-être physique, mental et social et, de l'autre, la plus récente priorité de la réduction des ISS, dans le sens des travaux de la CSDH de l'OMS. Je ne sais comment un plan qui vise la maîtrise des facteurs de risque (des polluants en fait) peut servir la santé comme complet bien-être. Nous restons pleinement dans une compréhension médicale et non sociale de la santé. Des populations vivant dans des quartiers dits défavorisés, à qui l'on attribue des logements sociaux et qui survivent grâce à des aides sociales, peuvent-elles se contenter de l'amélioration (hypothétique) de la qualité de l'air ? Quelle part occupe cette conception de l'environnement dans le vécu des citoyens au sein des zones d'éducation prioritaires ? Peut-on encore aujourd'hui considérer l'état de santé comme résultant de comportements irrationnels ou de l'accès à de « bonnes » informations, énoncées comme des injonctions ? Allons-nous enfin dépasser les erreurs tant substantielles qu'éthiques de l'individualisme méthodologique [6], imposé dans tous les domaines par les conceptions utilitaristes et consuméristes de l'économie ?

Je noterais que les différentes méthodes et démarches évoquées dans le PRSE3 et sur lesquelles se fonde, en grande partie, l'action en santé publique, les évaluations des risques, les études de zones, voire les évaluations quantitatives des impacts sur la santé, correspondent à des stratégies réparatrices, défensives et *ex post*, c'est-à-dire se basent sur les expositions passées sans vraiment anticiper les impacts produits par le changement perpétuel, naturel, culturel et social. Nous sommes très loin des propositions de la charte d'Ottawa qui invite aux expérimentations, dans un sens proactif. Une approche s'en distingue : les évaluations des impacts sur la santé ou EIS, mais elles restent fragiles, car elles peuvent aussi être réduites à un « outil » pour l'étude des facteurs de risque environnementaux.

## Urbanisme et santé, un domaine émergent sous tension

L'engouement récent pour les EIS en France doit aussi être analysé avec attention, car des ARS ont inscrit des financements dans leurs programmes mais se sont heurtées au manque de projets de la part des collectivités. Différentes propositions et cadres théoriques ont été avancés (voir par exemple R-BUS de l'ARS Bretagne<sup>4</sup>), en plus d'une saisine du Haut comité pour la santé publique par le ministère de la Santé<sup>5</sup>. Je ne reprendrai ici ni les débats, ni les différences de compréhension qui sont apparues tant dans l'élaboration du rapport qu'au moment de sa soumission aux commanditaires.

Je me permettrai de reprendre des éléments d'un échange, au sein du groupe de travail sur les ISS de la Conférence régionale de santé et d'autonomie (CRSA) d'Ile-de-France et qui illustrent la difficulté même de compréhension mutuelle. Le sujet était bien celui de l'urbanisme favorable à la santé, que certains conçoivent comme un traitement de l'environnement physique se limitant à la conception et à la gestion des espaces, une abstraction par rapport à la réalité d'un ensemble constitué de dimensions inséparables du milieu, symboliques, affectives et relationnelles [7]. Les populations ne s'inscrivent pas dans des espaces, mais bien dans des lieux de vie, qu'ils contribuent à imaginer et

<sup>4</sup> Consultable ici : [http://rbus-eis.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24&Itemid=435](http://rbus-eis.org/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=435)

<sup>5</sup> Le rapport et la lettre de saisine sont consultables par le lien : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=638>

fabriquer au quotidien. On pourrait, au contraire, reformuler le problème comme le droit de tout un chacun, indépendamment de son origine, sexe ou statut social, à bien vivre dans son cadre de vie. Se dégageraient ainsi deux marches à suivre, se distinguant sur deux aspects : le premier, portant sur le processus et l'approche par l'extérieur, *top-down*, et reposant sur la vision de l'expertise plutôt qu'une approche partant du vécu des citoyens, d'une grande diversité, des obstacles et des difficultés qui forment leur expérience et qu'il s'agit de surmonter ; le second, reposant sur une différence de finalité, d'un côté, un cantonnement à des réparations, déconcentration de la pauvreté, destruction ou ravalement des immeubles, travail sur les ambiances (air, bruit, îlots de chaleur urbains, etc.), de l'autre, dans un sens proactif, une insistance sur le développement du pouvoir d'agir<sup>6</sup> des citoyens, l'appropriation des lieux, collectivement et non individuellement, ce qui reviendrait à soutenir les démarches communautaires inspirées par les pratiques québécoises (voir par exemple [8])<sup>7</sup>. La reconnaissance<sup>8</sup> ou l'estime de soi qui peuvent en résulter offriraient alors des pistes pour la réduction des ISS.

## Quelques mots de conclusion

Mon commentaire se veut critique, alors qu'est annoncée la mise en chantier du PNSE4, mais j'essaie aussi d'esquisser une voie de sortie de ce que je ressens comme une impasse. Il vise à montrer que malgré les progrès dans les concepts, ceux-ci figés ou réduits à des choses, interprétés et réinterprétés selon des schémas de pensée anciens, ne permettent pas de renouveler le cadre de l'action. Le recadrage de la santé environnementale, en donnant un sens plus ouvert aux deux termes – santé comme complet bien-être et environnement comme une multiplicité de milieux de vie, où vivent, travaillent, cherchent à s'épanouir différentes populations – pourrait permettre de revoir tant les approches que les finalités, en recherchant plus d'équité. La perpétuation de la séparation nature-culture, l'environnement physique et les expositions d'un côté, les comportements de l'autre, semble non seulement conceptuellement erronée mais occulte les bénéfices de l'ouverture à plus d'interdisciplinarité, en particulier en matières de sciences humaines et sociales, vaste sujet qui nécessiterait une contribution dédiée. ■

## Remerciements et autres mentions

**Financement** : aucun ; **liens d'intérêts** : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

L'éditorial n'engage que son auteur.

## Références

1. Le Moal J, Eilstein D, Salines G. La santé environnementale est-elle l'avenir de la santé publique ? *Sante Publique* 2010 ; 22 : 281-9.
2. Laland KN, Boogert N, Evans C. Niche construction, innovation and complexity. *Environ Innov Soc Transit* 2014 ; 11 : 71-86.
3. National Academies Press. In : Woolf SH, Aron L, editors. *U.S. health in International perspective: shorter lives, poorer health*. Washington : National Research Council (US), Institute of Medicine (US), National Academies Press, 2013.

<sup>6</sup> Le sens même du terme *empowerment*.

<sup>7</sup> Ce texte sous forme d'interview est accessible à : [http://www.andadpa.fr/?page\\_id=3895](http://www.andadpa.fr/?page_id=3895)

<sup>8</sup> Thème central des théories contemporaines de la justice sociale.

4. Commission des déterminants sociaux de la Santé. *Comblant le fossé en une génération – instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS, 2009.
5. Legendre AL, Remvikos Y. Évaluation des impacts sur la santé : d'une évaluation de l'évaluation à l'ouverture d'une discussion sur les impensés de la démarche. *Environnement Risques Santé* 2018 ; 17 : 505-16.
6. Goldberg D. Social justice, health inequalities and methodological individualism in U.S. health promotion. *Public Health Ethics* 2012 ; 5 : 104-15.
7. Chaix B. Geographic life environments and coronary heart disease: a literature review, theoretical contribution, methodological update and research agenda. *Annu Rev Public Health* 2009 ; 30 : 81-105.
8. Le Bossé Y. *Sortir de l'impuissance : invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. Fondements et cadres conceptuels. Tome 1*. Québec : ARDIS, 2012.



Collection *Méthodo*

- Septembre 2016
- 16 x 24 cm / 208 pages
- ISBN : 978-2-7040-1471-2

## Les essentiels de la recherche bibliographique en santé

Chercher • Organiser • Publier

S'adressant à tous les acteurs de santé, cet ouvrage leur apprend à :

- **conduire une recherche documentaire pertinente,**
- **sélectionner les documents utiles,**
- **gérer une veille bibliographique,**
- **connaître les règles de la rédaction bibliographique.**

**Evelyne Mouillet**  
Bibliothécaire, chargée d'enseignement / Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED), Université de Bordeaux

**Les +**

- points importants à retenir
- recommandations de lecture
- exemples illustrés
- 28 exercices avec corrigés de mise en pratique pour s'entraîner et s'auto-évaluer
- glossaire anglais/français rassemblant les termes spécifiques les plus fréquemment rencontrés

|

Ouvrage disponible sur [www.jle.com](http://www.jle.com)

