

Les obèses en ligne de mire

Réagissant à la décision de la compagnie aérienne Air France-KLM de faire payer aux personnes obèses près du double du prix des places, l'éditorialiste de *L'Express*, Christophe Barbier, écrivait en janvier 2010 : « Il y a ceux qui sont 100 % victimes d'un handicap [...] et ceux qui payent le prix de comportements dérégulés. D'un manque de volonté. D'un manque de violence qu'on se fait à soi-même pour son personnage. » Ces propos, largement critiqués à l'époque, soulignent clairement la distinction entretenue par de nombreux leaders d'opinion entre « mauvais » et « bons » obèses, entre ceux qui respectent les injonctions des messages de prévention et ceux qui ne le font pas. Ceux-ci sont alors perçus comme des irresponsables manquant de respect au reste de la collectivité. La solution pour lutter contre le surpoids semble en effet très simple : « Mangez cinq fruits et légumes par jour. » Ce message de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) constitue la marque la plus visible de la politique de lutte contre l'obésité, et toute publicité alimentaire doit s'accompagner de cette recommandation depuis que l'obésité s'est vue hissée au rang de fléau du XXI^e siècle par les autorités sanitaires.

De multiples facteurs

Depuis le début des années 2000, et particulièrement depuis la forte médiatisation du phénomène

en 2005¹, cette question est au cœur des préoccupations sanitaires. Selon l'enquête ObÉpi 2006, l'obésité concerne 12,4 % de la population adulte française (soit près de 6 millions de personnes), et près d'un tiers des Français présente un surpoids. Toutes les couches de la population sont concernées, avec toutefois de fortes variations selon les catégories sociales : les plus modestes (adultes comme enfants) sont plus largement touchés que les familles aisées. Un coup d'œil aux États-Unis ou chez nos voisins anglais suffit pour se rendre compte de l'importance du phénomène et de sa tendance à s'aggraver. Et le *French paradox* cher aux Anglo-Saxons, qui fait que notre pays est relativement épargné, ne semble pas pouvoir résister longtemps. La prévalence de l'obésité, c'est-à-dire la part de la population concernée, ne cesse d'augmenter depuis 1997, date des premières enquêtes de ce type : + 5,7 % par an depuis neuf ans !

Affolés par ces chiffres, les gouvernements successifs ont affirmé vouloir s'emparer de ce problème, qualifié d'« affection polyfactorielle » par les législateurs². Ce qualificatif un peu barbare est important : il tend à démontrer la prise de conscience de la complexité de cette question de santé publique. L'obésité ne peut en effet, contrairement à ce que déclare Christophe Barbier dans les pages de *L'Express*, se réduire à une seule raison, qu'elle soit génétique ou la résultante de comportements individuels. D'autres éléments entrent

en ligne de compte : les facteurs dits environnementaux, avec une offre pléthorique (les portions plus importantes, l'augmentation du taux de lipides dans les aliments transformés, la modification des packagings, l'élargissement du périmètre des goulots de bouteille, favorisant une plus grande consommation de liquide par prise, etc.) et une alimentation déstructurée, expliquent la prise de poids et inscrivent cette problématique dans le contexte culturel et économique de notre société. De plus, les fortes disparités observées entre les catégories socioprofessionnelles montrent le caractère inégalitaire de ce phénomène : près de 20 % des personnes gagnant moins de 900 euros mensuels sont touchées par l'obésité, contre moins de 7 % de celles recevant plus de 3 800 euros. Plus on est pauvre, plus on a de risques d'être obèse. Le poids et l'apparence physique sont plus que jamais des expressions d'appartenance à un groupe social, et la prévalence de l'obésité le souligne crûment.

Un fossé alimentaire

Moins informés, les plus pauvres sont pénalisés par l'évolution du *coût des calories*. Un seul exemple : alors que le prix des corps gras diminuait de moitié au cours des cinquante dernières années, celui des fruits et des légumes a, lui, été multiplié par trois ! Il n'est donc pas étonnant que les plus pauvres consomment majoritairement des produits très gras et caloriques, les moins chers ! Ce *fossé alimentaire* scinde la population en deux : le quart des Français les plus aisés consomme trois fois plus de légumes que le quart des plus précaires.

Cette première analyse des causes de l'obésité fait tomber la dichotomie entre bons et mauvais « gros »

1. *Obésité : comprendre, aider, prévenir*, rapport n° 8 (2005-2006), de Gérard Dériot, réalisé au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé au Sénat le 5 octobre 2005.

2. Proposition de loi relative à la prévention et à la lutte contre l'obésité, annexe au procès-verbal du 6 mai 2008. Disponible à l'adresse suivante : www.senat.fr/leg/pp107-312.html

exprimée par Christophe Barbier. Mais ce dernier, finalement, ne fait que décrire de manière outrancière la stratégie des responsables politiques pour lutter contre ce phénomène. On pouvait en effet légitimement s'attendre à une réponse globale, tendant à la modification des comportements alimentaires mais aussi à celle de l'offre disponible, et donc à une réflexion sur la chaîne agroalimentaire, afin d'assurer la meilleure accessibilité possible à certains aliments. Dans les différents rapports sur le sujet, les propositions étaient nombreuses : taxation des produits les plus gras et les plus salés ; baisse du prix des fruits et des légumes, notamment par une baisse de TVA ; harmonisation de la fiscalité sur l'alimentaire, qui présente des incohérences (le chocolat et les confiseries relèvent du taux à 19,6 %, mais il suffit d'y ajouter des céréales et/ou des matières grasses végétales pour voir ce taux réduit à 5,5 %, stratagème fréquemment utilisé par les firmes agroalimentaires), afin de favoriser les produits de qualité. Il s'agissait de repenser le système de distribution alimentaire et de l'encadrer, non pas seulement en fonction des contraintes ou des objectifs économiques des producteurs et des distributeurs, mais aussi des nécessités de santé publique. Qu'est-il resté de ces discussions ? L'amélioration de la qualité des repas dans les cantines et cette recommandation répétée à outrance : « Mangez cinq fruits et légumes par jour. »

C'est peu, pour ne pas dire insuffisant. Mais c'est surtout révélateur d'un état d'esprit qui met au centre de la question la seule responsabilité individuelle et son corollaire, la culpabilisation. Aux multiples questions posées par le surpoids et l'obésité, la seule réponse est d'inviter les individus/consommateurs à modifier

leurs achats et leurs habitudes alimentaires, comme s'il suffisait d'asséner un message simple – dont la véracité scientifique pourrait d'ailleurs être discutée – pour lutter contre ce problème en France. Non seulement le message est largement détourné par des publicitaires sans scrupule pour faire passer des jus de fruits et des sorbets très (trop) sucrés en portions de fruits « essentielles » à une bonne alimentation, mais il néglige la difficulté que rencontre une grande partie de la population à répondre à cette injonction. Il ne tient aucun compte du contexte économique et social dans lequel s'inscrit l'obésité, pourtant largement détaillé dans les rapports sur le sujet.

Des messages inefficaces

Manifestement, dans cette histoire, les législateurs ne veulent pas se mettre à dos l'industrie agroalimentaire. Le rejet, lors des discussions sur le volet santé publique de la loi Bachelot, de l'amendement destiné à interdire la publicité pour les produits trop riches en sucre et en graisse pendant les émissions pour la jeunesse en est un exemple frappant.

En agissant ainsi, les législateurs entretiennent l'idée, comme l'explique Thibaut de Saint Pol, spécialiste des questions de l'obésité³, que nous sommes considérés comme « responsables de notre corps », donc de notre corpulence. La stratégie de l'INPES entretient l'illusion que notre corps est un outil modifiable par la seule force de notre volonté, échappant aux règles biologiques et génétiques, capable de se

3. « L'Obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent », www.paris.inra.fr/aliss/content/download/2901/28833/version/1/file/SaintPol20070607.pdf. Thibaut de Saint Pol, *Le Corps désirable*, PUF, 2010.

fondre dans les modèles physiques socialement valorisés. Dans une société qui idolâtre les corps fins et musclés, les contraintes sont intériorisées par chacun d'entre nous dans une logique très simple : si je suis gros ou grosse, c'est ma faute. Les habitudes alimentaires liées à la catégorie sociale, le prix élevé des fruits et des légumes tout comme le matraquage publicitaire des grandes firmes agroalimentaires sont évacués par cette approche simpliste de la question. Seule compte la responsabilité individuelle.

L'idéologie de la culpabilité

Le traitement de l'obésité illustre bien le discours sur la responsabilité tenu par le conseiller de Nicolas Sarkozy, discours qui trouve sa source dans la profonde mutation des représentations de la pauvreté et de l'exclusion qui s'est diffusée aux États-Unis à partir des années 1970 et en Europe dans les années 1990-2000. Ce mouvement s'est déroulé de façon concomitante à celui de la fin du modèle de l'État keynésien et à l'émergence du néolibéralisme, dans un contexte de précarisation des populations (montée du chômage, accroissement des contrats à durée déterminée et de l'intérim, baisse du pouvoir d'achat, travailleurs pauvres).

La montée de ce que Robert Castel appelle « l'insécurité sociale⁴ » et ses corollaires ont progressivement disloqué les liens de solidarité institutionnalisés par l'État providence, cette fameuse « main gauche de l'État » décrite par le sociologue Pierre Bourdieu, constituée par l'éducation, le droit au travail, l'assistance et la santé⁵. À ces mécanismes protecteurs s'est substitué un État libéral, dont le rôle n'est plus de réguler les effets néfastes de l'économie sur la société mais de juguler les désordres générés par l'insécurité sociale. Pauvres,

4. Robert Castel, *L'Insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, « La République des idées », Seuil, Paris, 2003.

5. Pierre Bourdieu (dir), *La Misère du monde*, Seuil, Paris, 1993, p. 218-228.

exclus, chômeurs, qui apparaissaient encore il y a peu comme les victimes d'un système économique discriminant et inégalitaire, sont perçus aujourd'hui comme maîtres de leur destinée dans une société d'opportunités à saisir, et donc responsables de leurs éventuels échecs – quand, par un tour de passe-passe sémantique, ils ne deviennent pas les *responsables* des maux de notre époque. Tout à la fois assistés, fraudeurs, violents, ils sont relégués aux marges de la collectivité, légitimant des politiques répressives et sécuritaires de plus en plus strictes, dont les soutiens dépassent le traditionnel clivage droite/gauche.

La société, en panne d'une grille d'analyse alternative à l'ultralibéralisme, n'est pas parvenue à opposer à ces représentations individualistes des valeurs de solidarité et de protection collective réactualisées. Ainsi n'est-il pas étonnant d'entendre en 2002 Julien Dray, député socialiste et spécialiste de la sécurité au PS, défendre l'idée qu'on « choisit sa vie [et que], à un moment donné, on choisit de devenir délinquant. Dès lors, la société ne peut trouver d'autre solution que la répression de tels actes⁶ ». On ne peut mieux marquer la connivence idéologique de la gauche avec l'approche sécuritaire portée par la droite.

Le culte de la responsabilité individuelle

Au contexte social, économique et politique, qui hier encore participait à éclairer les raisons poussant les individus à adopter des comportements de fraude

6. Compte rendu de la discussion du projet de loi d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure (n° 36 et 53) à l'Assemblée nationale, première séance du mardi 16 juillet 2002, présidée par Jean-Louis Debré. Cité par Loïc Wacquant, *Punir les pauvres*, éditions Agone, Paris, 2004, p. 33.

et de délinquance, se substitue la seule responsabilité individuelle. Dans cette logique, il s'agit de ne surtout pas chercher de circonstances atténuantes aux malfrats en « sociologisant » la délinquance, de ne pas ergoter sur les critères multiples et complexes qui éclaireraient la genèse de comportements illégaux ou violents. Bref, il s'agit de suivre un précepte simple (pour ne pas dire simpliste) : la culpabilité, nouvelle idéologie moderne, réponse politique à tous les problèmes, notamment dans le domaine de la santé.

Malades « in » versus malades « out »

Hier, les malades étaient perçus comme des victimes du sort, donc dignes d'une prise en charge par la société, institutionnalisée par la création en 1945 de la Sécurité sociale. Ils sont aujourd'hui des fraudeurs en puissance coupables d'être malades. Derrière les termes de Raphaël Radanne, qui reprend quasiment à l'identique ceux tenus par les gouvernements successifs depuis 2002, il faut saisir la mutation qui fait sortir la maladie du champ de la fatalité pour la faire entrer dans celui du risque et de sa gestion. Cette notion – élaborée dans les années 1970 pour marquer l'inflation des risques inhérents à notre société – aboutit aujourd'hui à la responsabilité de l'individu, devenu seul gestionnaire des risques qu'il est amené à courir tout au long de sa vie.

À la fin du siècle dernier, François Ewald et Denis Kessler, chantres du libéralisme, écrivent qu'« il y va de toute éternité du principe de la dignité de l'homme⁷ » d'assumer la responsabilité de ses prises de risque. C'est toute la force de la vision libérale que de réduire au seul niveau individuel la responsabilité de soi-même et de sa santé, comme s'il suffisait d'affirmer sa volonté d'être en bonne santé pour que cette assertion se réalise dans un mouvement performatif. Nous ne sommes pas loin

7. François Ewald, Denis Kessler, « Les noces du risque et de la politique », *Le Débat*, n° 109, mars-avril 2000.

des mécanismes de la pensée magique, bien connus des psychologues et des pédagogues.

Une morale sanitaire

La « prévention » est l'expression de cette approche dans le champ de la santé. Au gré des messages définissant les comportements à risque, elle propose une nouvelle définition du bien et du mal, sous-tendue par une sorte de morale sanitaire⁸. Michel Foucault parlait d'une « biopolitique du corps », en soulignant les injonctions sociales qui prescrivent plus ou moins explicitement nos comportements et notre rapport à nous-mêmes, et donc à notre santé. En cela, le philosophe explicitait la dimension normative qui se cache derrière tout discours idéologique et qui enferme nos comportements jusqu'au plus profond de notre intimité. Le discours sur la culpabilisation des malades relève d'une politique du corps qui, si nous n'y prenons pas garde, fera de la maladie un phénomène anormal, objet de stigmatisation et de répression, dont la responsabilité sera entièrement portée par chacun d'entre nous. Car la maladie ne sera plus une fatalité, mais bien le résultat d'une prise de risques inconsidérés, irresponsables.

Vous êtes malade ? Vous saviez pourtant qu'il ne fallait pas manger trop gras, fumer, vous droguer, qu'il fallait bien dormir, cesser de jouer à la console de jeux, ne pas trop utiliser votre voiture et changer régulièrement de marque d'eau minérale ! Vous avez failli... à vos risques et périls.

8. Voir à ce sujet Jean-Paul Moatti et Patrick Perreti-Wattel, *Le Principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, « La République des idées », Seuil, Paris, 2009.

Des laboratoires tout-puissants

On a trop tendance à penser que la santé ne représente qu'un coût. Or, comme toute économie, elle génère aussi de la valeur financière. Et quelle valeur ! Quand on connaît les chiffres d'affaires des groupes pharmaceutiques, qui, même en période de crise économique, engrangent d'immenses profits, avec des marges parmi les meilleures du monde⁹, on ne peut imaginer qu'une quelconque réflexion sur la santé puisse laisser de côté ces géants industriels. Ils bénéficient d'un immense marché porteur (rien qu'en France, en 2006, près de 164 milliards d'euros ont été dépensés par les Français pour leurs soins médicaux, soit 2 580 euros par habitant¹⁰), financé en très grande partie par les systèmes de protection sociale (77 % des dépenses de santé sont prises en charge par l'Assurance-maladie).

Malgré un contexte de resserrement des financements publics et l'émergence de nouveaux enjeux (fin des *blockbusters*¹¹, expiration des brevets, utilisation de plus en plus forte des biotechnologies et de la thérapie génique), la puissance de frappe de l'industrie

9. En 2006, la valeur ajoutée hors taxe de l'industrie du secteur du médicament était de 12,6 milliards d'euros en France. Source : les Entreprises du médicament (LEEM), www.leem.org

10. Idem.

11. Les laboratoires tirent une grosse partie de leurs revenus de la vente de quelques médicaments, les *blockbusters*, qui génèrent plus d'un milliard d'euros de chiffre d'affaires par an. Par exemple, le Viagra ou le Prozac.

pharmaceutique reste énorme. Sa stratégie marketing, qui intègre des actions de lobbying au plus haut niveau, intervient de manière incontestable dans le jeu complexe du champ de la santé.

L'affaire Abbott en Thaïlande

Considérer ces entreprises comme de simples acteurs économiques relève au mieux de la naïveté, au pire du mensonge. Les laboratoires influencent très largement les politiques de santé, usant et abusant de moyens contestables à tous les niveaux. Leur politique commerciale sur le plan international est le prétexte à des pressions très fortes auprès d'États qui ne satisfont pas leurs exigences.

En 2007, la Thaïlande en a fait les frais en utilisant son droit d'émettre des licences obligatoires, qui permet à un pays d'importer et/ou de produire des médicaments génériques pour certaines catégories de substances. Ce mécanisme d'exception aux règles de la propriété intellectuelle est légal depuis les accords de Doha de 2001. Mais, en décidant d'émettre des licences obligatoires sur plusieurs médicaments utilisés dans les trithérapies, dont le Kaletra, produit phare du laboratoire américain Abbott, le gouvernement thaïlandais s'est attiré les foudres de ce dernier.

En répression, l'entreprise a retiré ses demandes d'autorisation de mise sur le marché présentes et à venir pour tous ces produits. Or, sans ces autorisations, attribuées après une évaluation, impossible pour la Thaïlande de produire ou d'importer une version, même générique, des médicaments concernés ! Plus de Kaletra, dont la nouvelle version comprimée présentait l'avantage de ne pas devoir être conservée au réfrigérateur (point non négligeable dans un pays

comme la Thaïlande), et, cerise sur le gâteau, plus de génériques équivalents : voilà les risques à s'opposer à un laboratoire dont le slogan, « *A promise for life* », résonna étrangement aux oreilles des séropositifs du monde entier. Car, avant que la pression internationale ne parvienne à infléchir la position du laboratoire, c'est bien les malades qui furent les victimes du chantage auquel s'est adonné Abbott avec la Thaïlande. On est loin de la défense de l'intérêt général dont se prévalent ces géants dans leur communication.

Des pratiques d'influence

Bien sûr, il ne s'agit pas d'être manichéen. L'industrie pharmaceutique ne peut se réduire à une seule de ses composantes, mais, même si les moyens employés ne sont pas aussi grossiers que ceux d'Abbott, force est de constater que les laboratoires usent de pratiques d'influence partout où se trouvent des prescripteurs et des leaders d'opinion – quand ce ne sont pas les associations de malades elles-mêmes. Financement de programmes, de colloques, de voyages de presse, de déjeuners... Tout est bon pour tenter de coller au plus près de ceux qui exercent un pouvoir dans le domaine de la santé.

Les plaintes déposées en avril 2009 par l'association UFC-Que choisir contre neuf médecins pour non-respect de la loi sur la transparence de l'information médicale ne changeront sans doute pas grand-chose. Ces derniers, accusés par l'association de défense des consommateurs de ne pas avoir déclaré leurs liens avec des laboratoires à l'occasion d'expertises, d'articles dans la presse professionnelle et d'interventions dans des colloques, sont les représentants d'un système qui lie intimement praticiens et laboratoires.

Des médecins et des pharmaciens businessmen de la santé

La cible privilégiée de l'industrie pharmaceutique reste en effet de loin les médecins. Ces derniers constituent le point névralgique de la chaîne de soins, sa porte d'entrée principale. À ce titre, ils gardent jalousement leur pouvoir de prescription, qu'ils ne partagent que très marginalement. Il n'est donc pas surprenant de voir les efforts de l'industrie se concentrer sur eux. Une estimation permet d'illustrer cette stratégie : les laboratoires financent la formation des médecins à hauteur de 400 à 600 millions d'euros par an, contre environ 70 millions d'euros pour l'État. Nous sommes presque dans un rapport de 1 à 10 !

Malgré un code de bonnes pratiques signé en 2006 entre les Entreprises du médicament (LEEM) et Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé, l'influence des laboratoires sur les médecins reste énorme. Entre les petits cadeaux des presque 22 000 visiteurs médicaux¹² qui sillonnent les cabinets et la prise en charge pour la participation à des colloques internationaux, de trop nombreux médecins se sont progressivement transformés en VRP de l'industrie pharmaceutique. Leur position de prescripteurs fait d'eux des cibles choyées par des laboratoires soucieux d'écouler au mieux leurs produits. Beaucoup de praticiens, arc-

12. Source : LEEM, www.leem.org

boutés sur leur position centrale du système de soins et leur statut libéral, se complaisent dans cette relation contre-nature qui ne peut qu'entamer leur indépendance. Mais qui pourrait résister à l'attrait de voir sa rémunération augmenter sous forme de cadeaux et, pour quelques-uns, de rétributions en tant qu'experts, chercheurs ou consultants dans des comités scientifiques¹³ ?

Les praticiens hospitaliers ne sont pas épargnés

Une partie du corps médical s'est muée en *businessmen de la santé*, profitant à la fois de la générosité des laboratoires et du marché des malades, constamment alimenté par les remboursements de l'Assurance-maladie, que des pratiques de dépassements d'honoraires n'en finissent pas de saigner. La consultation d'un ophtalmologiste à Paris coûte rarement moins de 50 euros (pour un seuil de remboursement fixé à 28 euros). Et que dire des radiologues, dont la moyenne annuelle des honoraires bruts atteints quasiment 690 000 euros¹⁴ ? La figure du médecin libéral comme soignant indépendant dévoué à l'intérêt général se dévalorise au profit d'hommes d'affaires aux yeux rivés sur des indicateurs de rentabilité.

Les praticiens hospitaliers, un temps épargnés par cette dérive commerciale, n'échappent plus à la règle. Aujourd'hui, un anesthésiste hospitalier gagne 4 120 euros net par mois selon le SNPHAR (Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes

13. Ces compléments de rémunération peuvent aller de 765 euros à 600 000 euros annuels ! Cf. *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), janvier 2009.

14. Idem.

réanimateurs), contre en moyenne 12 000 euros pour un libéral. Mais, pour ne pas faire de l'exercice en milieu hospitalier un sacerdoce, il reste aux praticiens la possibilité d'utiliser pour des consultations dites privées les installations de l'hôpital où ils travaillent.

Cette pratique, exercée par environ 10 % des médecins, accroît significativement leur rémunération... et réduit l'égalité d'accès aux soins. Car, pour rencontrer le grand spécialiste de l'hôpital de votre région, il est préférable de prendre un rendez-vous pour une consultation privée plutôt que publique, vous expliqueront ses secrétaires. Quelle différence ? Aucune, à part des délais plus courts et le coût de la consultation, parfois largement gonflé ! Philanthropes, certains vous proposeront, si votre mutuelle est insuffisante pour prendre en charge le surcoût d'une telle consultation, de faire passer votre rendez-vous comme deux visites, afin d'obtenir deux remboursements. C'est donc la Sécurité sociale qui pâtit de ce tour de passe-passe et donc, *in fine*, chacun d'entre nous. Mais, après tout, pourrait-on se dire, c'est à ce prix que l'on se garde en bonne santé...

Le pharmacien, un simple commerçant ?

La transformation des acteurs de soins en hommes et femmes d'affaires a fini par toucher tous les niveaux de la chaîne médicale. Il suffit d'entrer dans une pharmacie et de constater à quel point elle est de plus en plus réduite à un point de vente sans conseil ni valeur ajoutée médicale. La multiplication des références « forme et bien-être » en libre accès, tout droit issues des départements marketing des groupes de cosmétologie, et de médicaments non remboursés,

dont l'un des intérêts majeurs est de présenter une marge commerciale importante¹⁵, contribue à faire perdre à l'officine sa spécificité de santé. Accaparée par des fabricants qui voient là des débouchés pour leurs produits moyenne et haut de gamme, cette dernière ne semble plus une caution de sérieux.

Outre les pressions des fabricants, cette tendance résulte de la concentration de la chaîne de soins autour du médecin, qui dispose quasiment seul du pouvoir de prescription, contribuant à minorer le rôle des autres acteurs, dont le pharmacien. Celui-ci, sous le double effet de la création de la marge dégressive lissée (qui encadre et diminue la marge des produits remboursés¹⁶) et de la sortie des produits de la réserve hospitalière (très chers mais peu rémunérateurs pour les pharmaciens), n'est quasiment plus qu'un commerçant comme les autres. On en oublierait presque que six ans d'études sont nécessaires pour offrir aux usagers un « conseil éclairé »...

Là encore, cette transformation n'est pas anodine. L'introduction en pharmacie de nombreuses références en libre-service tout comme les assauts répétés des grandes surfaces pour obtenir la permission de vendre des médicaments (dont la distribution est à ce jour encadrée par le monopole des pharmaciens) semblent préparer la distribution de médicaments au jeu de la concurrence. Avec un enjeu principal : l'arrivée de grands groupes capitalistiques

15. De 1990 à 2007, le prix des spécialités non remboursables était multiplié par deux, tandis que, pendant la même période, le coût de la vie n'augmentait que de 40 %. Source : www.leem.org

16. Les marges des médicaments remboursés sont déterminées par palier de prix. Plus ce dernier augmente, moins la marge est importante.

dans la dispensation au public¹⁷ et la mise en place, en France, de chaînes de pharmacies, avec le risque de voir le médicament se vulgariser davantage et le patient transformé en pur consommateur. Cette menace est tellement importante qu'elle a conduit l'Ordre des pharmaciens – pourtant guère réputé pour la vigueur de ses prises de position – à contester les projets tendant à remettre en question les principes qui régissent la distribution des médicaments.

17. Aujourd'hui, il est impossible pour un pharmacien de posséder la majorité des parts dans plus d'une officine. Cette règle rend le marché extrêmement atomisé, au contraire d'autres pays, comme le Royaume-Uni, qui présente des chaînes de distribution telles que Boots.

Cette pollution qui nous rend malades

Si on se réfère au rapport⁷ qui a servi de base à l'élaboration du plan cancer lancé en 2003 par le Président Jacques Chirac, l'alimentation, le tabac et l'alcool représentent les premières causes du développement de cancers, contre moins de 2 % pour la pollution. Cette étude s'oppose aux travaux qui, depuis plus de trente ans, mettent en évidence le rapport de causalité entre l'augmentation du nombre de cancers et la dégradation de notre environnement. L'exposition longue et répétée à certaines substances chimiques ou à des sources d'ondes magnétiques augmente la probabilité de survenue de la maladie. Ainsi, des études scientifiques internationales tendent à montrer que l'utilisation intensive de téléphones portables pendant plus de dix ans (la téléphonie mobile s'est installée massivement à la fin des années 1990) augmente significativement l'apparition de tumeurs malignes, notamment du côté de la tête où l'utilisateur a l'habitude de positionner l'appareil⁸.

On est loin d'un phénomène marginal : en Israël, le lien a été fait entre la très forte augmentation du nombre de cancers des glandes salivaires et

l'utilisation de téléphones portables⁹. Ce fameux mobile, devenu en quelques années indispensable à notre existence, tout à la fois outil professionnel, console de jeux, GPS et objet de mode, participe donc lui aussi à la détérioration de notre santé. Il augmente de manière considérable les facteurs de risque, n'en déplaise aux opérateurs téléphoniques, toujours prompts à financer des contre-expertises, malgré une accumulation de données à charge. Et c'est compter sans l'installation du Wifi dans tous les foyers ! Le Grenelle des ondes a été l'occasion pour les associations d'alerter l'opinion publique sur ces nouveaux risques, relayé par la préconisation de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) de réduire les expositions aux ondes électromagnétiques¹⁰.

Une multiplication des risques

Les champs magnétiques ne sont en effet qu'un exemple parmi d'autres, très (trop) nombreux. Ainsi, l'absorption de produits chimiques, présents dans les matériaux que nous utilisons pour faire les travaux de nos appartements ou dans notre alimentation (on note la présence de pesticides dans plus de 90 % des cours d'eau¹¹), induit de nombreux effets, notamment sur le système endocrinien. Ce n'est donc pas simplement au cours d'événements spectaculaires et médiatiques que nous sommes soumis à

7. Catherine Hill, Françoise Doyon et Hélène Sancho-Garnier, *Épidémiologie des cancers*, Flammarion, Paris, 1997.

8. Voir études Interphone, Reflex, Biolinitiative et TNO.

9. Le Monde.fr, « Cancer des glandes salivaires, le portable mis en cause », 16 juillet 2009.

10. Voir l'avis sur le site de l'Afsset : http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/403036549994877357223432245780/09_10_ED_Radiofrequences_Avis.pdf

11. Cf. dossier de l'Institut français de l'environnement (Ifen), « Les pesticides dans les eaux », données 2005, n° D9, décembre 2007.

des variables environnementales. C'est tout au long de notre vie que, petit à petit, les risques se multiplient : ondes des téléphones portables, alimentation issue de l'agriculture productiviste et présentant des traces de pesticides, pollution de l'air que nous respirons ou rayons des cabines UV, c'est tout notre environnement qui devient potentiellement dangereux pour notre santé.

La vaste étude « Évaluation des risques de la pollution urbaine sur la santé » (Erpurs), publiée en 1997, souligne que non seulement il existe une corrélation entre les pics de pollution et le nombre d'hospitalisations le même jour, mais que les effets négatifs de la pollution atmosphérique jouent sur notre santé de façon continue. Il n'est donc pas étonnant que le pourcentage d'enfants atteints par l'asthme ait littéralement explosé, et qu'en France on estime à près de 30 000 par an le nombre de décès prématurés liés à la pollution atmosphérique¹² !

L'insécurité professionnelle

À ces sombres données s'ajoutent celles liées aux conditions de travail. Si les enquêtes menées en France par le ministère du Travail montrent une faible évolution de la pénibilité due aux facteurs physiques (bruit, posture, etc.)¹³, on constate une évolution des pathologies professionnelles. Depuis les années 1980, de nouvelles formes d'organisation du travail sont venues compléter le taylorisme qui prédominait pendant les Trente Glorieuses. Axées sur l'amélioration

continue de la qualité des produits et services, et une plus grande flexibilité des salariés, ces organisations dites maigres (en anglais, *lean organization*, pour qualifier le souci constant de réduire les coûts et d'éviter les dépenses inutiles ou, de façon métaphorique, le « gras ») se sont imposées dans les processus industriels. Les coûts sociaux de cette transformation sont importants : le dégraissage implique des réductions d'effectifs et une inflation de la pression à la productivité sur les salariés. Ces effets n'ont été que partiellement compensés par les politiques sociales. La modification des organisations de production a été accompagnée – et largement favorisée – par les politiques libérales conduites ces vingt dernières années. Celles-ci ont marqué le délitement des protections sociales et l'explosion des contrats précaires. L'apparition d'un précaire dans la population des chômeurs, stagiaires, travailleurs pauvres en est la conséquence la plus brutale. Le cadre juridique du travail s'est profondément dégradé pour les salariés, provoquant chez une grande partie d'entre eux un sentiment d'insécurité professionnelle, particulièrement fort pour les victimes du chômage.

En termes de santé, ces transformations favorisent l'anxiété, la dépression et les troubles cardiovasculaires. Les facteurs psychosociaux dans le cadre de l'environnement professionnel sont devenus prédominants : le temps de travail parcellisé, les relations parfois difficiles avec les collègues et la hiérarchie, l'insatisfaction ou la monotonie du travail, le nomadisme favorisent le développement de nouvelles pathologies, pouvant aller jusqu'au suicide. La recherche de l'excellence a un coût, celui d'une souffrance au travail et des pathologies qui lui sont

12. Cf. André Cicoella, *Le Défi des épidémies modernes*, op. cit.

13. Enquête Sumer 2003 sur les expositions professionnelles des salariés du privé en France.

associées¹⁴. Comme le dit le psychiatre Christophe Dejours : « Il y a une bascule dans l'ordre social, dans le fonctionnement de la société, c'est aussi le signe d'une rupture dans la culture et la civilisation : les gens se tuent pour le travail¹⁵. »

Environnement/social : le croisement des inégalités

La santé ne peut donc s'expliquer sur le mode simpliste « mauvais comportement = maladie = faute ». L'environnement, tout comme les inégalités sociales et professionnelles, augmente les facteurs de risques. Il suffit de se pencher sur quelques chiffres pour prendre la dimension des inégalités qui prévalent dans les risques liés à l'exposition professionnelle. Avec une règle simple – et malheureusement reproductible dans beaucoup de situations : plus les salariés sont précaires, peu diplômés, peu ou pas autonomes dans les tâches qu'ils effectuent, plus ils sont fragilisés et susceptibles de subir des pathologies liées à leur cadre de travail. Un exemple : la proportion d'ouvriers non qualifiés soumis à un bruit supérieur à 85 décibels (considéré par les experts comme un seuil à ne pas dépasser, qui correspond au bruit d'un baladeur dont le volume est poussé à son maximum) est sept fois supérieure à celle des cadres¹⁶ !

Plus généralement, les expositions aux risques environnementaux sont liées à la situation sociale des individus. Plusieurs études révèlent l'accumulation d'effets négatifs sur la santé de certaines catégories de population. Aux États-Unis, une enquête a souligné que les industries polluantes, notamment chimiques, ont tendance à être localisées dans les comtés où

14. Cf. Christophe Dejours, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Points Essais, Paris, 2009 ; et Nicole Aubert et Vincent de Gaulejac, *Le Coût de l'excellence*, Le Seuil, Paris, 2007.

15. *Le Monde*, 16 septembre 2009.

16. Enquête Sumer 2003, *op. cit.*

vivent les populations noires. De la même manière, en France, l'explosion de l'usine AZF à Toulouse, en 2001, a montré que les populations des quartiers proches de l'épicentre de l'explosion présentaient une proportion plus importante que la moyenne d'employés, d'ouvriers, de chômeurs et de personnes étrangères¹⁷. Ces études confirment le fait que les populations les moins favorisées sont concentrées dans des zones présentant le plus de risques : usines, antennes-relais, incinérateurs, centres de tri des déchets, etc.

Les inégalités environnementales répondent aux inégalités sociales, et vice-versa, dans un cercle vicieux infernal. Soumises à des risques plus forts, les populations les plus précaires se retrouvent encore davantage fragilisées. Cette dynamique négative, les politiques de santé publique menées à ce jour l'ont insuffisamment prise en compte, au profit d'une approche fondée sur la responsabilisation/culpabilisation, qui néglige le contexte environnemental et social au sein duquel devrait s'inscrire toute réflexion sur la santé.

Comportements à risques et facteurs sociaux

Le discours de culpabilisation sous-entend que nous sommes tous maîtres de nos comportements personnels de la même manière. On peut penser que chacun dispose d'une part de liberté, de la capacité à décider de sa vie comme il l'entend. Pourtant, nous sommes soumis à de multiples déterminations (sociales, culturelles, personnelles, physiques, physiologiques, génétiques, etc.) qui influent sur nos comportements, et notamment sur ceux dits à risques ; ceux-là même que les campagnes de prévention tentent de nous faire éviter en nous inculquant les « bons » gestes : mettre un préservatif, ne pas boire au volant, arrêter de fumer...

Un exemple parmi d'autres révèle cette réalité. De nombreuses associations de lutte contre le VIH témoignent que les femmes, notamment les plus vulnérables, migrantes ou en situation de prostitution, par exemple, ont plus de difficultés à imposer le port du préservatif dans une relation sexuelle qu'un homme blanc né en France. Ce geste de prévention, qui peut paraître simple et évident, est en réalité très problématique, car tributaire des rapports de pouvoir entre deux personnes. Selon la tradition culturelle, la catégorie sociale et l'histoire personnelle des personnes, on aura un usage différencié de la capote, perçue comme plus ou moins nécessaire lors d'un rapport présentant des risques de transmission du VIH. Et

17. Annette Leclerc, Monique Kaminski, Thierry Lang, *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, La Découverte, Paris, 2008.

c'est sans compter la méconnaissance des modes de contamination d'une grande part de la population, pas ou peu sensible aux campagnes d'information. Très clairement, et au-delà des comportements de chacun, nous ne sommes pas égaux face au sida.

La fracture alimentaire

Précédemment, nous avons évoqué la question de l'alimentation et l'approche purement culpabilisante des campagnes de santé publique sur le sujet. Or, qui pourrait affirmer que nous sommes tous armés de la même manière pour décrypter les étiquettes des produits que nous consommons ? La multiplication des normes et logos (AB, Max Havelaar, Label Rouge, NF, etc.) et la complexité des données quantitatives sur les emballages (qui se concentrent d'ailleurs principalement sur le nombre de calories, laissant de côté les qualités nutritionnelles intrinsèques aux aliments) ne permettent qu'une compréhension partielle, surtout lorsqu'on sait que plus de 10 millions de Français ont des difficultés avec la lecture. Et pendant ce temps le marketing continue de guider nos choix au supermarché... Au-delà du prix, les habitudes de consommation, la compréhension des notions d'équilibre alimentaire et l'importance accordée à la nourriture influencent le choix de tel ou tel type de produits. Les consommateurs issus des catégories populaires n'ont globalement ni les mêmes habitudes alimentaires ni les mêmes outils de compréhension face aux opérations de prévention que ceux issus des classes aisées. La fracture sociale se confond avec la fracture alimentaire, et les campagnes actuelles ne pourront gommer ces différences qui font que l'obésité se retrouve principalement chez les ouvriers, les chômeurs et les employés,

tandis que les cadres et les professions intellectuelles supérieures sont relativement épargnés. Six fois plus d'obèses chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres, cela fait une sacrée différence.

La somatisation des rapports sociaux

Des études sur les comportements routiers viennent conforter cette analyse. Ceux-ci ont fait l'objet de nombreuses campagnes de prévention qui, là encore, incitent à penser que nous sommes égaux face aux accidents. Or, l'analyse des données sur les accidents mortels montre une surreprésentation des ouvriers et une sous-représentation des cadres parmi les victimes¹⁸. Elle souligne l'importance du facteur social sur un phénomène qu'on aurait pu croire « socialement neutre ».

L'analyse de la consommation de tabac ou de la pratique sportive (cette dernière étant plus largement le fait de catégories favorisées) conforte cette perspective qui complexifie les questions de santé pour y inscrire la variable sociale. Ainsi, plus les tensions s'accroissent, au travers d'une plus grande violence des rapports entreprise/salariés, de l'exclusion d'une part toujours plus importante de la population, du délitement des outils d'intégration – comme l'école, par exemple –, plus de nouvelles souffrances se développent, comme autant de « somatisations » des rapports sociaux.

18. Annette Leclerc, Monique Kaminski, Thierry Lang, *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, op. cit.

la frilosité politique des gouvernements successifs à entretenir avec eux un dialogue équilibré verrouillent les positions actuelles et occultent une grande part des dimensions du débat. Il est pourtant impossible de répondre aux enjeux de réforme et de transformation dans le domaine de la santé sans que chacun prenne sa part de responsabilité, dans une logique de coopération et de complémentarité.

La parole politique qui, aujourd'hui, stigmatise les malades et en fait des coupables prompts à abuser du système est tout aussi injuste qu'inefficace. Pour rendre effective la coopération, aucune catégorie d'acteurs ne peut être ainsi mise au ban des discours publics. À notre sens, la parole politique dans le domaine de la santé publique ne peut pas conduire à l'exclusion mais, au contraire, devrait permettre l'inclusion ; inclusion des acteurs, inclusion des multiples facettes de la question. Toute parole publique contraire reviendrait à jouer les acteurs les uns contre les autres, les médecins contre les malades, les malades contre l'Assurance-maladie, l'hôpital contre les usagers, participant à générer tout autant de clivages illusoires et grossiers à des fins politiques de court terme, déplacées au regard des enjeux et des chantiers qui s'annoncent.

Une transformation nécessaire

C'est à partir de cette vision d'une société solidaire fondée sur des individus autonomes que des pistes peuvent être esquissées. Car, bien sûr, il faut changer le système actuel, dont l'efficacité est discutable. En 2006, la France a consacré 11 % de son PIB à la santé, soit une dépense généralement plus élevée que dans d'autres pays, alors que, par exemple, elle affichait des résultats médiocres pour les infections nosocomiales ou en matière de mortalité prématurée⁵. De plus, les profondes inégalités que nous avons soulignées marquent la grande difficulté du système à apporter des réponses satisfaisantes à l'ensemble de la population.

Le paysage est complexe. D'un côté, le malaise des personnels hospitaliers, la saturation des urgences, l'inadaptation des petits hôpitaux, les bénéfices des cliniques privées sur le dos de la Sécurité sociale, la gestion approximative de certains centres hospitaliers, le coût toujours plus important des soins (qu'il soit collectif ou individuel), la pénurie et la mauvaise répartition des personnels médicaux et paramédicaux, tout comme la préservation injustifiée d'une médecine libérale favorisée et les tarifs prohibitifs des

5. Brigitte Dormont, « Un système si parfait... », in *Au chevet de la santé. Quel diagnostic ? Quelle réforme ?*, « Regards croisés sur l'économie », n° 5, La Découverte, Paris, avril 2009.

assurances et mutuelles, constituent autant de problèmes qu'il faut intégrer à une réflexion sur l'avenir de notre système de santé. De l'autre côté, le contexte technique, scientifique et médical évolue : l'utilisation d'Internet renforce l'information dont peuvent disposer les usagers et entraîne de nouvelles organisations pour les praticiens, qui ont là l'occasion de travailler en réseau. L'affirmation progressive de l'imagerie médicale et des examens biologiques tend à supplanter les examens cliniques traditionnels ; les biotechnologies modifient profondément l'horizon thérapeutique des traitements ; et le développement des technologies médicales permet d'envisager un accroissement des soins à domicile, participant ainsi à ne pas faire de l'hôpital le seul lieu possible de prise en charge.

Quatre questions primordiales

Ce décor planté, il ne s'agit pas de s'arc-bouter sur des principes idéologiques réducteurs, qui n'auraient pour résultat que d'aboutir à l'immobilisme. Il nous faut donc trouver les pistes, forcément imparfaites, pour actualiser le principe de solidarité en incluant les différents acteurs, qu'ils soient publics ou privés, et les multiples facettes de la question. C'est donc bien, comme l'écrit Pierre Rosanvallon, professeur au Collège de France, d'une « solidarité démocratique renouvelée » qu'il nous faut dessiner les contours.

Les questions que pose la construction de cette nouvelle solidarité sont nombreuses. Sans prétention à l'exhaustivité, nous en formulerons quatre, qui nous semblent primordiales dans l'optique d'un nouveau projet de santé. La première concerne l'efficacité du système, et sa nécessaire mesure. Cette question est récurrente dans les débats sur la santé, mais elle

est réduite à une approche quantitative et financière de la « production » du système. Or, l'évaluation doit s'opérer en prenant en compte la qualité des soins, leur accessibilité, mais aussi la capacité du système à permettre à chacun de choisir en toute connaissance de cause – autant de « productions » peu ou pas mesurables selon les critères actuels. À force de vouloir évaluer uniquement la production de soins, on oublie la santé dans son ensemble, cet espace qui ne se réduit pas au seul traitement de la maladie mais qui devrait offrir à chacun la possibilité d'effectuer ses choix de vie par rapport à son corps et à ses habitudes. L'évaluation de l'efficacité ne doit donc pas, pour reprendre les termes du philosophe Ivan Illich, aboutir à un système « contre-productif⁶ » qui verrait le système de santé corrompu par la volonté folle de soigner à tout prix, sans considération des usagers eux-mêmes.

La deuxième question renvoie à la définition du panier de soins, c'est-à-dire à la délimitation de ce que doit prendre en charge notre système de santé. Si l'OMS définit ce panier comme l'ensemble des « soins essentiels », il revient à chaque État de décider ensuite ce que recouvre cette terminologie. Certes, le besoin de « bien-être » est illimité, mais il est clairement

6. Jean-Pierre Dupuy synthétise la notion de contre-productivité d'Illich en ces termes : « Passé les seuils critiques, plus la production hétéronome [c'est-à-dire la production mesurable, quantifiable, NDA] croît, plus elle devient un obstacle à la réalisation des objectifs mêmes qu'elle est censée servir : la médecine corrompt la santé, l'école bêtifie, le transport immobilise, les communications rendent sourd et muet, les flux d'information détruisent le sens, le recours à l'énergie fossile, qui réactualise le dynamisme de la vie passée, menace de détruire toute vie future et, *last but not least*, l'alimentation industrielle se transforme en poison. » Jean-Pierre Dupuy, *Pour un catastrophisme éclairé*, Le Seuil, Paris, 2002.

impossible qu'un système de santé, aussi performant soit-il, puisse prendre en charge l'ensemble des demandes allant dans ce sens. La délimitation de ce qui relève de sa responsabilité et de ce qui n'en relève pas, et la façon dont cette limite peut être collectivement débattue, constitue un point essentiel à toute réflexion sur les transformations à mener⁷.

La troisième question concerne le financement d'un système solidaire, sans l'hypothéquer sur les générations futures. Sur ce sujet, nous ne parlerons pas des déficits de l'Assurance-maladie, mais de ses besoins de financement. Ce changement de terminologie permet d'aborder la question sous un angle nouveau. Pour nous, l'Assurance-maladie souffre plus de financements insuffisants que de dépenses exorbitantes⁸. N'en déplaise à ceux qui hurlent devant l'ampleur du « trou de la Sécu », les dépenses de santé en France sont dans la moyenne de celles enregistrées dans les autres pays, et largement en dessous de celles des États-Unis ; tout cela avec des frais de gestion très bas – moins de 4 % du budget global de l'Assurance-maladie.

Enfin, dernière question de ce rapide tour de piste : comment maintenir un système de protection sociale au niveau national dans un environnement marqué par l'accroissement des échanges mondiaux ? Le cadre national ne semble plus adapté dans un environnement international où l'organisation du travail est construite sur le différentiel des systèmes de protection, qui constituent une variable concurrentielle

7. Les débats sur la délimitation du panier de soins sont très complexes. Généralement, on considère qu'il comprend les soins « dont l'efficacité est démontrée ». Tout le problème réside donc dans la définition de cette efficacité.

8. Cf. Julien Duval, *Le Mythe du « trou de la Sécu »*, op. cit.

entre les territoires. Ainsi, les pays émergents, ne disposant pas (ou peu) de protection sociale, offrent aux entreprises une main-d'œuvre très bon marché, certes violemment exposée aux accidents de la vie, mais très compétitive sur le marché mondial, et donc attractive pour des firmes mobiles et internationalisées. Cette tension, que les tenants d'une diminution des charges sociales pour les entreprises et de la voilure de l'Assurance-maladie ramènent dans la discussion pour justifier leurs positions, nous nous devons de l'aborder afin d'y apporter des éléments de réponse.

Cinq voies à explorer

Pas de remède miracle, donc. La santé, objet politique complexe, n'appelle que des solutions forcément partielles, toujours insuffisantes. Mais nous faisons le pari qu'un changement du cadre d'action des politiques publiques envers l'Assurance-maladie en particulier et la santé en général permettrait de transformer le système sans remise en question du principe de solidarité. Au contraire ! C'est dans ce principe que résident les fondements de toute proposition d'amélioration. De notre point de vue, cinq voies sont à explorer pour esquisser un nouveau projet de santé : la gouvernance élargie, notamment aux acteurs de la société civile ; l'augmentation des ressources financières, par une modification des mécanismes de financement de l'Assurance-maladie ; l'organisation coopérative ; la réaffirmation de la notion de santé au détriment de celle, plus réductrice, de soins ; et, enfin, une meilleure articulation entre les échelons régionaux, nationaux et européens.