

Collection

Working
paper

Santé et développement durable :
quels enjeux prioritaires ?

Tiphaine Delhommeau

Mai 2011

Avec le soutien de
la Communauté française de Belgique

Le Think tank européen ***Pour la Solidarité*** (asbl) – association au service de la cohésion sociale et d'un modèle économique européen solidaire – travaille à la promotion de la solidarité, des valeurs éthiques et démocratiques sous toutes leurs formes et à lier des alliances durables entre les représentants européens des cinq familles d'acteurs socio-économiques.

À travers des projets concrets, il s'agit de mettre en relation les chercheurs universitaires et les mouvements associatifs avec les pouvoirs publics, les entreprises et les acteurs sociaux afin de relever les nombreux défis émergents et contribuer à la construction d'une Europe solidaire et porteuse de cohésion sociale.

Parmi ses activités actuelles, ***Pour la Solidarité*** initie et assure le suivi d'une série de projets européens et belges ; développe des réseaux de compétence, suscite et assure la réalisation et la diffusion d'études socioéconomiques ; la création d'observatoires ; l'organisation de colloques, de séminaires et de rencontres thématiques ; l'élaboration de recommandations auprès des décideurs économiques, sociaux et politiques.

Pour la Solidarité organise ses activités autour de différents pôles de recherche, d'études et d'actions : la citoyenneté et la démocratie participative, le développement durable et territorial et la cohésion sociale et économique, notamment l'économie sociale.



Think tank européen **Pour la Solidarité**

Rue Coenraets, 66 à 1060 Bruxelles

Tél. : +32.2.535.06.63

Fax : +32.2.539.13.04

info@pourolasolidarite.be

www.pourolasolidarite.be

Les cahiers de la Solidarité

Collection dirigée par Denis Stokkink

Vieillessement actif et solidarité intergénérationnelle : constats, enjeux et perspectives, Cahier hors - série, Mars 2011

Services sociaux d'intérêt général : entre finalité sociale et libre-concurrence, Cahier n° 27, Mars 2011

Logement vert, logement durable ? Enjeux et perspectives, Cahier n° 26, Mars 2011

Agir pour une santé durable - Priorités et perspectives en Europe, Cahier n° 25, Janvier 2011

La lutte contre la pauvreté en Europe et en France, Cahier n° 24, Novembre 2010

Inclusion sociale active en Belgique, Cahier hors-série, Novembre 2010

Responsabilité sociétale des entreprises. La spécificité des sociétés mutuelles dans un contexte européen, Cahier n° 23, 2010

Concilier la vie au travail et hors travail, Cahier hors-série, 2010

Faut-il payer pour le non-marchand ? Analyse, enjeux et perspectives, Cahier n° 22, 2009

Mobilité durable. Enjeux et pratiques en Europe, Série développement durable et territorial, Cahier n° 21, 2009

Tiphaine Delhommeau, *Alimentation : circuits courts, circuits de proximité*, Cahier n° 20, 2009

Charlotte Creiser, *L'économie sociale, actrice de la lutte contre la précarité énergétique*, Cahier n° 19, 2009

Europe et risques climatiques, participation de la Fondation MAIF à la recherche dans ce domaine, Cahier n° 18, 2009

Thomas Bouvier, *Construire des villes européennes durables*, tomes I et II, Cahiers n° 16 et 17, 2009

Europe, énergie et économie sociale, Cahier n° 15, 2008

Introduction

Alors que le développement durable est sur toutes les lèvres, comment pourrait-on faire l'impasse sur la santé, condition sine qua non de tout bien-être humain ?

Allergies, affections respiratoires, cancers, impacts des hausses des prix alimentaires...nombreux sont les phénomènes qui en témoignent : la santé humaine dépend de celle de son écosystème, la Terre. Les atteintes à l'environnement et aux milieux naturels ont des répercussions sur le bien-être individuel et collectif. De même, à l'heure où l'espérance de vie continue de croître en Europe, de profondes inégalités face à la maladie persistent, voire se renforcent. L'équité en matière de santé est un facteur fondamental de la justice sociale. Or, sans justice sociale, vanter le développement durable en marche dans nos sociétés n'est que poudre aux yeux.

Cette étude analyse les enjeux actuels qui se posent en matière de santé durable en faisant le point sur les inégalités sociales et écologiques, obstacles à une justice sociale réelle, fondement nécessaire de toute idée de durabilité.

I. Pas de développement durable sans bonne santé

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé, « *la santé est un état de complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Au-delà des caractéristiques physiques et physiologiques de chaque individu, la santé est intrinsèquement liée à des facteurs sociaux, économiques, environnementaux. Elle nécessite un environnement social et écologique viable.

Le Sommet de Rio, en 1992, avait fortement mis l'accent sur la place de la santé dans le développement durable, au même titre que la lutte contre la pauvreté, lui consacrant une longue réflexion, le chapitre 6 d'Action 21 (agenda de la conférence), et rappelant que la santé et le développement sont étroitement liés. Le premier article de la Déclaration de Rio affirme d'ailleurs que « *les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature* ». Ainsi, dans le cadre du développement durable, la santé est un objectif, mais également un préalable indispensable.

Le revenu, l'éducation, les conditions de vie et de travail, le comportement en matière de santé et l'accès aux soins sont quelques-uns des principaux facteurs de bonne santé. L'environnement, tout particulièrement, est de plus en plus considéré comme la clé d'une meilleure santé. Certaines pathologies, telles que la tuberculose, l'asthme, le saturnisme ou encore les troubles nutritionnels, peuvent être perçus comme le reflet d'un environnement « malsain » : environnement bio-physique (insalubrité du logement, humidité, air ambiant) ; habitudes de vie malsaines (tabagisme, malnutrition, manque d'activité physique), ou encore intégration sociale difficile (isolement, chômage, etc.). Les actions purement thérapeutiques ne suffisent pas pour lutter contre ces facteurs de mauvaise santé. Leur prévention dépasse largement le champ de la médecine.

A. Les inégalités écologiques : de multiples impacts sur la santé

1. Contexte et définition

Même si les données en la matière demeurent encore incomplètes, il est clair que de nombreux facteurs environnementaux ont des impacts directs ou indirects sur notre santé. La qualité des milieux de vie (air, eau, sols, etc.) dépend par exemple de la présence ou non de contaminants (biologiques, chimiques, physiques), de nuisances (bruit, insalubrité, etc.), de changements environnementaux (variation climatique, biodiversité, etc.).

Certaines pathologies sont aggravées, voire déterminées, par l'environnement. Les récentes études relayées par la Commission européenne avancent par exemple le chiffre de 400 000 européens mourant chaque année des conséquences de la pollution de l'air. Autre exemple, en France, les autorités publiques estiment que :

- « – *de l'ordre de 30 000 décès anticipés par an sont liés à la pollution atmosphérique urbaine,*
- *un doublement de la prévalence des maladies allergiques respiratoires est enregistré depuis 20 ans,*
- *seules 37 % des ressources en eau potable disposent aujourd'hui de périmètres de protection,*
- *la qualité de l'eau dans le milieu naturel se dégrade de manière continue,*
- *14 % des couples consultent pour des difficultés à concevoir, celles-ci pouvant être liées à des expositions à des substances toxiques pour la reproduction,*
- *7 à 20 % des cancers seraient imputables à des facteurs environnementaux,*
- *près d'un million de travailleurs seraient exposés à des substances cancérigènes,*
- *les risques liés aux expositions dans les locaux sont mal connus alors que la population y séjourne environ 80% de son temps »¹.*

L'urbanisation, le changement climatique, la dégradation d'écosystèmes, la dissémination de polluants, ont des répercussions directes sur la santé. Par ailleurs, dans l'ensemble des pays riches, les maladies chroniques augmentent : cancers, diabète, maladies cardio-vasculaires, obésité, dépressions...L'asthme, les allergies, le stress, sont d'autres exemples de troubles divers affectant la santé des personnes.

Les populations plus pauvres sont particulièrement vulnérables face à ces affections, en étant particulièrement exposées au bruit, à une mauvaise alimentation, à des conditions de travail difficile, à un logement de mauvaise qualité, aux pollutions intérieures, etc. Aux inégalités sociales et financières viennent encore s'ajouter les inégalités écologiques.

Les « inégalités écologiques » renvoient donc à toutes les formes de cumul d'inégalités d'accès à la qualité du cadre de vie et des inégalités dans l'exposition aux nuisances. Cela regroupe des inégalités « *face à l'accès à des ressources naturelles de qualité (eau, air), face à l'exposition aux risques naturels et technologiques, face aux nuisances et aux pollutions, dues au niveau plus ou moins grand d'intégration des préoccupations environnementales dans les politiques urbaines (choix des formes urbaines, transports) »².*

¹ Site internet du Ministère français du développement durable, rubrique Environnement et Santé : <http://www.ecologie.gouv.fr/-Sante-et-environnement-.html>

² « Les inégalités écologiques en milieu urbain », Rapport de l'Inspection générale de l'environnement, Ministère de l'environnement et du développement durable, France, 2005.

On développera ici deux exemples représentatifs, soit la qualité de l'habitat et la question des nuisances sonores.

2. La qualité de l'habitat

Les personnes occupant des logements vétustes sont au premier rang des victimes de pollutions et maux divers affectant la santé : mauvaise isolation, mauvaise ventilation, chauffage défaillant ou inexistant, présence de moisissures, d'acariens, peintures contenant du plomb... Cela se traduit par différentes atteintes à la santé des habitants, depuis les allergies, les maladies respiratoires, jusqu'aux troubles digestifs ou encore troubles neurologiques. Les plus fragiles, enfants et personnes âgées, étant aussi les plus sensibles à ces dangers. N'oublions pas non plus qu'un logement de mauvaise qualité est aussi un milieu plus propice « aux accidents et aux traumatismes, à la violence domestique, au stress lié au bruit (...) à des troubles mentaux tels que la dépression »³.

La précarité énergétique, par exemple, est au cœur de ces problématiques : les populations plus pauvres tendent à choisir un logement de qualité moyenne voir mauvaise, afin de le payer moins cher⁴. Mais ce seront aussi eux qui, alors qu'ils disposent déjà de moyens financiers limités, se retrouveront à devoir payer des factures énergétiques beaucoup plus élevées. Le choix est alors souvent fait de chauffer peu ou pas le logement, ce qui n'est pas sans impact sur la santé.

Impacts sanitaires de la précarité énergétique

Selon sa définition la plus précise, « *Un foyer pauvre en énergie est celui qui ne peut pas se permettre de se chauffer de façon adéquate à un coût raisonnable. La définition acceptée le plus communément pour décrire un foyer pauvre énergétiquement désigne un foyer qui a besoin de dépenser plus de 10% de ses revenus pour se procurer l'ensemble des combustibles utiles et pour chauffer sa maison à une chaleur standard adéquate. Celle-ci est en général fixée à 21°C dans la pièce principale et à 18°C dans les autres pièces occupées – températures recommandées par l'Organisation mondiale de la santé* »⁵.

³ OMS Europe, « Environnement et logement », *Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, Budapest (Hongrie), 23-25 juin 2004.*

⁴ Pour plus d'informations sur la précarité énergétique, voir le *Cahier de la Solidarité L'économie sociale, actrice de la lutte contre la précarité énergétique, Cahier de la Solidarité n° 19, série Développement durable et territorial, 2009*

⁵ *UK Fuel Poverty Strategy November 2001* [<http://www.berr.gov.uk/files/file16495.pdf>]

Les racines de la précarité énergétique sont nombreuses : libéralisation des marchés de l'énergie, situation de pauvreté des ménages et ses contraintes, mauvaise qualité du logement, variations des prix de l'énergie, crises du logement, ou encore la question du pouvoir d'achat⁶, en sont autant de causes structurelles et conjoncturelles. L'analyse de ces causes multiples dépasse ici le cadre de notre étude. Reste que les conséquences de la précarité énergétique sont loin d'être négligeables⁷. Concernant la santé physique et mentale, l'eurodéputée Eluned Morgan précise que « *la personne pauvre en énergie est confrontée à de fortes situations de doute, de déconnection et à des problèmes physiques et mentaux* »⁸. Le cercle vicieux est à la fois matériel et psychologique. Le logement symbolise le chez-soi, le refuge ultime pour les personnes déjà fragiles. La dégradation du logement et les conditions de vie « anormales », en n'utilisant que peu ou plus d'eau chaude, de chauffage, de lumière, d'appareils électriques, atteint la santé morale en altérant l'image de soi, et constitue « *un frein à la fois à la vie sociale et à la vie personnelle* »⁹. Le lien direct entre la précarité énergétique et la santé physique a été démontré, notamment chez les enfants et les personnes âgées¹⁰. Les conséquences se manifestent par des allergies et les maladies liées aux poêles à pétrole, au froid et à l'humidité et peuvent même aller jusqu'au décès, particulièrement lors des pics de froid hivernaux. La détérioration de l'hygiène par manque de ressources nécessaires – eau chaude par exemple – est également responsable de maladies et de prolifération de bactéries.

3. Les nuisances sonores

Au travail, dans la rue, à la maison : le bruit est une nuisance extrêmement courante, qui constitue un véritable enjeu de santé publique.

Les zones urbaines sont particulièrement touchées¹¹. À l'heure où environ 75 % de la population européenne vit en ville et où les volumes du trafic sont toujours en hausse, le nombre de plaintes liées au bruit dans l'environnement se multiplie dans de nombreux pays européens¹².

⁶ On se reportera pour plus de détails à la publication « L'économie sociale, actrice de la lutte contre la précarité énergétique », Cahier de la Solidarité n° 19 série Développement durable et territorial, 2009. <http://www.pourlasolidarite.eu/article11012,11012?lang=fr&retour=y>

⁷ id.

⁸ MORGAN E., MEP, Rapport Energy poverty in the EU, 2008

⁹ Diagnostic des causes et conséquences en Belgique, Espagne, France, Italie et Royaume- Uni, WP2-D5, projet EPEE, programme Énergie Intelligente Europe.

¹⁰ Id.

¹¹ La carte interactive NOISE (Noise observation and information service for europe) permet de consulter en ligne les données sur la pollution sonore par pays et par ville :

¹² Agence européenne de l'environnement, www.eea.europa.eu

En France par exemple, l'enquête permanente de l'INSEE¹³ sur les conditions de vie révèle que le bruit est la nuisance la plus souvent citée par les ménages (54%) habitant des agglomérations de plus de 50 000 habitants. Les transports, les travaux et les industries sont les premiers responsables de la pollution sonore environnementale.

Selon le livre vert de l'UE « Politique future de lutte contre le bruit », un européen sur cinq souffre de niveaux de bruit considérés comme excessifs, c'est à dire néfastes pour la santé physique et psychologique. L'Organisation mondiale de la santé estime de son côté qu'environ 40 % de la population de l'UE est exposée au bruit du trafic à des niveaux dépassant 55 dB(A), et que plus de 30 % le sont à des niveaux dépassant 55 dB(A) durant la nuit¹⁴.

L'exposition excessive au bruit peut être chronique et/ou continue. Le bruit a des effets auditifs, sur les organes de l'audition, mais aussi extra-auditifs, pouvant perturber l'organisme en général, et notamment le sommeil, le comportement. L'organisme ne s'habitue pas au bruit. Les personnes soumises à des bruits continus peuvent penser s'être habituées, mais leurs électroencéphalogrammes montrent un sommeil perturbé et non réparateur.

Le système cardio-vasculaire est aussi affecté par l'exposition excessive au bruit, tout comme le système endocrinien et le système immunitaire. La diminution de la vigilance, de l'attention (dans les usines exposée au bruit le taux d'accident de travail est multiplié par 4), et de la capacité de mémorisation, sont aussi des effets immédiats du bruit. Les effets sur la santé mentale sont aussi reconnus, le bruit étant perçu comme la nuisance principale par les personnes présentant un état anxio-dépressif. Le bruit joue alors un rôle de facteur aggravant.

Le bruit a des effets de discrimination sociale. Les personnes seules, celles vivant au seuil de la pauvreté, les retraités et les étrangers représentent une proportion importante d'habitants à proximité des installations industrielles et des voies de communications bruyantes.

Les victimes de ces nuisances constituent alors des groupes de personnes, trop fragmentés pour leur permettre de faire pression et défendre leurs intérêts auprès des autorités autrement que de manière très localisée. Ainsi, le bruit est devenu un problème social causé par tous mais touchant surtout les personnes défavorisées ; voire un problème causé par les uns et touchant les autres.

¹³ « Enquête permanente sur les conditions de vie de 2002 de l'INSEE », citée dans « Bruits et santé », Ministère de la santé et des sports, France, 2007.

¹⁴ OMS, How many people are affected by noise?
http://www.euro.who.int/Noise/Activities/20030123_1?language=French, consulté le 26.11.09

Pollution sonore et discrimination sociale : l'exemple des avions survolant la région bruxelloise

Après de multiples tiraillements politiques et la montée au créneau d'association de riverains dans des quartiers aisés qui furent un temps survolés, les avions décollant de l'aéroport international de Zaventem suivent aujourd'hui la « route-canal ». Cette route est dite « plus sécuritaire » et survolant des zones « peu peuplées », selon les propos ses partisans. C'est en fait une double aberration, puisque d'une part, un site gazier pourrait être touché en cas d'accident, et que d'autre part la route survole la commune de Molenbeek, soit une des communes les plus peuplées de la Région bruxelloise, et une commune dont la population, fortement issue de l'immigration, se caractérise globalement par un capital socio-culturel faible. En somme, alors que les populations à fort capital social et culturel ont pu s'organiser pour protester contre le survol de leurs quartiers, cela n'a pas été le cas pour les populations de quartiers modestes voire défavorisés.

Les effets du bruit

Effets physiques	Effets psychologiques
<ul style="list-style-type: none">• Lésions auditives• Troubles des fonctions végétatives• Problèmes cardiovasculaires• Augmentation de la pression sanguine• Diminution de la profondeur du sommeil• Maux de tête	<ul style="list-style-type: none">• Sensation de gêne• Stress, nervosité, tension• Abattement• Perturbation du sommeil• Troubles de la communication• Irritabilité• Symptômes psychosomatiques
Effets économiques	Effets sociaux
<ul style="list-style-type: none">• Coûts de la santé• Coûts de la lutte contre le bruit• Coûts de l'aménagement du territoire• Pertes de production dues à la baisse de rendement du personnel• Baisse des loyers et des prix immobiliers	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés de communication• Jugements portés sur les autres• Ségrégation sociale (ghettos de bruit)• Diminution de la solidarité• Agressivité

B. Inégalités sociales de santé : quand les difficultés sociales s'additionnent

1. La santé, bien plus qu'une affaire de soins curatifs

La population des pays industrialisés n'a jamais été en aussi bon état de santé : les maladies infectieuses, qui au début du 20^{ème} siècle étant encore une cause de mortalité majeure, sont aujourd'hui globalement sous contrôle. L'espérance de vie est en constante augmentation.

Mais la médaille a un revers. Le fossé se creuse, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques, entre territoires, dans de multiples domaines. L'indicateur usuel qu'est l'espérance de vie est ainsi à double-tranchant : en 2005, un Italien ou un Suédois âgé de 50 ans pouvait espérer vivre encore 30 ans, contre seulement 21 ans pour un Letton ou un Lituanien. Pour les femmes, l'espérance de vie était la plus importante en France, Italie et Espagne (environ 85 ans), et la plus faible en Lettonie et Hongrie (79 ans)¹⁵. D'un point de vue social, les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2, les troubles de santé mentale, de santé bucco-dentaire, le Sida, sont autant de maux qui, malgré les améliorations globales, se font toujours plus virulents pour les populations moins nanties. Ce sont ces types d'écart, pourtant évitables, que l'on désigne comme des inégalités sociales de santé.

Quelques chiffres qui prennent la mesure des inégalités

...À l'échelle de l'Union européenne :

En Europe, la prévalence des incapacités durables chez les hommes âgés de 80 ans et plus est de 58,8% parmi les moins instruits contre 40,2% parmi les plus instruits¹⁶.

...À l'échelle d'un pays :

En France¹⁷ :

- à l'âge de 35 ans, un cadre supérieur présente une espérance de vie supérieure de 6,5 années à celle d'un ouvrier,
- la détection du SIDA se fait après l'apparition de la maladie, soit trop tardivement pour un traitement efficace, chez 54% des patients d'origine africaine, mais seulement 21% des patients d'origine française ;
- le risque de surmortalité entre la trentième et la quarantième année est aggravé dans les petites villes.

En Belgique¹⁸, selon la place que l'on occupe dans l'échelle sociale, l'âge moyen du décès est entre 3 et 5 ans plus précoce chez les personnes défavorisées et celles qui ont un faible niveau de scolarité vivent en bonne santé en moyenne 18 à 25 années de moins que celles qui ont un haut niveau d'études. Pourtant, le nombre de recours aux soins en hospitalisations et en contacts avec le médecin généraliste est en moyenne 2 fois plus élevé chez les personnes ayant le moins de revenus.

...À l'échelle d'une ville :

Dans la ville de Glasgow (Ecosse), l'espérance de vie des hommes à la naissance est de 54 ans dans le quartier de Calton et de 82 ans dans celui de Lenzie. Soit une différence de 28 ans entre deux quartiers à peine distants de quelques kilomètres¹⁹.

¹⁵ Pour le détail de ces données, voir le site de l'Observatoire européen des espérances de vie : www.ehemu.eu

¹⁶ OMS, « Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé », http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/index.html

¹⁷ Troisième rapport triennal du Haut Comité de la Santé Publique (HSCP), La santé en France, 2002.

¹⁸ Groupe de travail « inégalités en santé » Fondation Roi Baudouin, 2008.

¹⁹ OMS, « Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé », *ib.cit.*

Les populations issues de classes socio-économiques aisées – détenant un diplôme d'étude supérieure, disposant d'un revenu élevé et vivant dans des « beaux quartiers » – vivent plus longtemps et sont en meilleure santé que les personnes appartenant aux classes socio-économiques basses. Le phénomène est même plus nuancé et plus gradué : en fait, chaque fois qu'un individu gravit un échelon de l'échelle sociale, il réduit son risque de maladie et de mort prématurée²⁰.

La santé est donc bien loin de se résumer au traitement des maladies. Le système de soins est *un* des déterminants de la santé des populations : bien d'autres existent. Privation matérielle (mal ou sous-nutrition, conditions de travail difficiles, etc.) mais aussi immatérielles (stress, angoisse, moindre estime de soi, effritement des liens sociaux), sont autant de facteurs négatifs pour la santé physique et mentale. Le contexte de crise économique en fournit d'ailleurs une démonstration malheureusement bien actuelle :

L'impact de la crise économique sur la santé mentale

La crise économique a provoqué depuis un an un véritable bond de la demande en services de santé mentale en Grande Bretagne, indique une récente étude menée dans ce pays.

Licenciement, dettes, saisies immobilières : les menaces pesant sur les ménages en ces temps de récession sont source d'angoisse et de stress pour les individus. L'impact psychologique de la crise met les services de santé sous pression, alors même que les gouvernements tendent à couper dans les dépenses publiques, services de santé compris. Grave erreur : les listes d'attente s'allongent, les coupures de budget provoquent retards et difficultés de prise en charge par les services psychiatriques. Si les gouvernements européens sont tentés de limiter ainsi les dépenses de court terme, cette attitude promet d'être catastrophique à plus long terme : le constat semble si évident que l'on se désole que l'urgence semble empêcher de penser en termes égalitaires et plus novateurs.

À l'inverse, les auteurs du rapport appellent à répondre aux besoins engendrés par la crise et à prévenir la croissance de ce mal-être. Deux pistes notamment sont avancées pour rendre le système plus efficace : (1) réorganiser profondément les services afin de faire en sorte que les patients soient suivis de manière plus continue et personnelle, et non pas par une série de différents professionnels – situation actuelle qui n'aide pas la guérison – ; (2) mettre en place des mesures de soutien pour les employeurs afin d'éviter le licenciement des personnes présentant déjà des fragilités mentales²¹.

²⁰ Pour un résumé plus détaillé concernant la Belgique, voir « Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes », coll., MC Information numéro 233, Juillet 2008.

²¹ *Mental health and the economic downturn, National priorities and NHS solutions, London School of Economics, the Royal College of Psychiatrists in the UK and the NHS Confederation's Mental Health Network, nov 2009.*
http://www.lse.ac.uk/collections/PSSRU/pdf/mental_health_downturn121109.pdf

L'environnement professionnel est un bon exemple de ces facteurs sociaux pouvant au quotidien affecter la santé physique et/ou mentale des personnes. Les relations entre l'état de santé et les conditions de travail ont été maintes fois étudiées. Les horaires décalés, les expositions au bruit, aux vibrations, aux substances toxiques, les postures pénibles portent préjudice à la santé. Mais ce n'est pas tout : un faible pouvoir de décision, une hiérarchie pressante et aux attentes fortes, la répétition des tâches et la stagnation par défaut d'apport de nouvelles connaissances, le manque de reconnaissance pour le travail fourni, la précarité des contrats, ont aussi des effets néfastes sur la santé²².

Comme le souligne l'Observatoire français de la pauvreté, ces conditions de travail sont *« plus fréquentes dans les professions non qualifiées qu'occupent plus généralement les plus démunis lorsqu'ils travaillent »*. Cela augmente encore les risques de problèmes de santé pour ces personnes : *« par exemple, les accidents du travail sont plus fréquents dans les professions manuelles, lorsque les conditions de travail sont pénibles (posté, horaires, charges lourdes...), lorsque les contraintes sont nombreuses et que les travailleurs manquent d'expérience et qu'ils débutent sur un poste »* (...); *« ainsi les hommes jeunes, sans qualification et peu formés, polyvalents ou en contrat de courte durée (multipliant les situations de «nouveau poste») sont de fait fortement exposés aux accidents du travail, d'autant plus qu'ils constituent par ailleurs le vivier de recrutement de métiers qui présentent des conditions de travail à risque »*²³.

Les personnes en difficultés sociales sont majoritairement au chômage ou sans activité ; or, les risques de maladies, de troubles et de décès sont plus importants pour les chômeurs. Ceux-ci sont plus susceptibles d'être atteints de symptômes dépressifs. En outre, l'alcoolisation excessive, le tabagisme et la prise de psychotropes sont plus courantes pour ces populations. A cela s'ajoute la baisse des revenus, mais aussi la baisse d'estime de soi et la perte en terme relationnels, liés à une perte d'emploi.

En somme, les personnes en situation sociale difficile sont tout au long de leur vie davantage exposées à des risques de santé: *« que ce soit par leur histoire familiale, leurs conditions de vie, des comportements directement ou indirectement préjudiciables pour leur santé, un recours moindre à des examens préventifs »*²⁴.

²² CAMBOIS E., « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé », Les Travaux de l'Observatoire, Observatoire de la pauvreté, 2004.

²³ Id.

²⁴ id.

2. La question de l'accès aux soins

Les inégalités de santé sont également présentes en matière d'accès aux soins. On peut distinguer trois obstacles principaux à l'accès aux soins: (1) les disparités d'accessibilité géographique, (2) le manque de moyens financiers, (3) l'opacité du système de santé. Une enquête sur la qualité de vie en Europe²⁵ souligne qu' « *un nombre non négligeable d'Européens signale avoir des difficultés à accéder aux services de soins. Par exemple, plus de 25% des gens estiment qu'ils sont trop éloignés de leur médecin ou de l'hôpital, plus de 38% mentionnent des délais trop longs pour obtenir des rendez-vous chez les médecins, et plus de 27% ont des problèmes à assumer les frais de la consultation médicale* ».

(1) Tous les territoires ne sont pas également desservis, en Europe comme ailleurs : ceci est vrai entre les différents États, mais aussi à l'intérieur des États. Pour ce qui est de l'accès aux soins, l'enquête sur la qualité de vie en Europe²⁶ révèle « *un déficit d'équipements médicaux, principalement dans le sud de l'Europe (à l'exception de l'Espagne) et dans les zones rurales* ». Ces disparités spatiales se reproduisent largement à l'intérieur des États. Exemple en Île-de-France : « *en ce qui concerne les établissements hospitaliers de court séjour (...), Paris concentre toujours un tiers des lits et places pour 19% de la population régionale* »²⁷. Dans certains territoires, en milieu rural surtout, les délais de rendez-vous médicaux s'allongent jusqu'à atteindre des mois ou même une année²⁸.

(2) Le manque d'accès peut être lié à un manque de moyens, pour la consultation de spécialistes, les soins, l'achat de médicaments. En Belgique par exemple, on estime que 60 % des personnes pauvres ne peuvent intégrer les coûts liés aux soins de santé dans le budget du ménage, et que 17 % doivent reporter les soins dont ils ont besoin²⁹.

²⁵ « Deuxième enquête sur la qualité de vie en Europe », Eurofound, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Publications Europa, 2008.

<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/52/fr/1/EF0852FR.pdf>

²⁶ Eurofound, ib.cit.

²⁷ « Disparités spatiales de l'offre de soins en Île-de-France », Note Rapide Population-Modes de vie, numéro 435, Institut d'Urbanisme de la Région Île-de-France, septembre 2007.

²⁸ Enquête IPSOS Secours Populaire, septembre 2008.

²⁹ Source : DE BOYSER K., « Armoede, sociale ongelijkheid en gezondh », MC Informations numéro 231, juillet 2008.

La Couverture maladie universelle : quand l'accès financier ne résout pas tout.

La Couverture maladie universelle (Cmu), en France, est destinée à permettre l'accès au soin, le remboursement des soins, prestations et médicaments à toute personne résidant en France et qui n'est pas déjà couverte par un autre régime obligatoire d'assurance maladie.

Selon les études menées sur l'impact de ce système mis en place en 2000, « *l'effet Cmu est réel puisque, parmi les personnes qui ont déclaré avoir renoncé à des soins dans le passé, deux sur trois ont eu recours à des soins depuis l'accès à ces droits (...)* »³⁰. Cependant, l'accès financier ne résout pas tout. Il arrive même que la consultation ait lieu mais sans effet : « *les traitements préconisés, les recommandations pour des examens complémentaires peuvent rester sans effet parce qu'inadaptés aux conditions de vie ou de travail de ces personnes ou encore ou parce qu'ils ne leur paraissent pas indispensables alors que coûteux, tant financièrement qu'en temps et en démarches diverses* »³¹.

Se posent également des difficultés en matière d'information : certaines couches de la population n'ont en effet pas connaissance des avantages et services de soins qu'elles peuvent mobiliser. Cela peut être le cas par exemple pour les populations immigrées maîtrisant trop peu la langue de leur pays d'adoption.

C. L'apport de la démarche développement durable

Les déterminants de la santé sont loin d'être purement biologiques. La cohésion sociale, la préservation des écosystèmes, l'amélioration des milieux de vie quotidienne, sont bien les voies à privilégier pour améliorer la santé des populations.

« Think global, act local » : la devise sous-tendue par la notion de durabilité permet d'apporter un début de réponse à ces constats : « Penser globalement » la santé, c'est bien prendre en compte ces multiples déterminants de la santé, adopter une vision holistique de la santé. Quant au « Agir localement », il consiste à construire des solutions au plus près de l'utilisateur, dans son environnement quotidien, et en créant des liens avec sa communauté. « Penser globalement, agir localement », c'est en somme se poser à l'encontre de tendances poussant à réduire les coûts et dépenses publiques, avec ses évidents corollaires en termes d'accroissement des inégalités. Le développement durable identifie des problèmes universels et les prend en charge au plus près des populations : « *il se situe aux antipodes d'une économie de casino* »³².

³⁰ RAYNAUD D., « *L'impact de la Cmu sur la consommation individuelle* », *Études et Résultats*, 2003.

³¹ CAMBOIS E., « *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé* », *Les Travaux de l'Observatoire, Observatoire de la pauvreté*, 2004.

³² LORACH JM., « *Inégalités de santé et action territoriale: situation et perspectives offertes par les principes du développement durable* », *Développement durable et territoires, Points de vue*, mis en ligne le 05 mars 2004, Consulté le 13 janvier 2010. URL : <http://developpementdurable.revues.org/index1032.html>

Améliorer le bien-être des personnes et tâcher de vivre dans une société plus solidaire : ce sont en soi des raisons bien suffisantes pour combattre les inégalités de santé. Mais pour en favoriser le passage à l'acte, l'argument économique n'est pas à négliger, surtout en période de crise économique. Une étude européenne a ainsi démontré que s'attaquer aux inégalités de santé, qui coûtent l'équivalent de 1,4% du PIB européen, donnerait sur le long terme un coup de fouet à l'économie européenne³³. Cette étude intervient au moment où les gouvernements tendent à couper dans les dépenses publiques de santé, ce qui a été dénoncé comme dangereusement contreproductif par la commissaire européenne à la santé, Androulla Vassiliou.

Les coûts d'investissements ciblés pour agir sur les déterminants sociaux des inégalités de santé seraient bien moindres que ceux engendrés à terme par une absence d'action, ou pire encore, par une réduction des budgets telle qu'opérée actuellement. Autrement dit, réduire les inégalités de santé est non seulement une question de justice sociale, mais cela participe aussi à la santé économique des Etats.

II. Le changement climatique, une nouvelle donnée d'envergure

A. « Plus de carbone, moins de santé ; moins de carbone, plus de santé »³⁴

Le changement climatique³⁵ affecte la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est formelle : « *Le problème essentiel peut se résumer en quelques mots: le changement climatique met directement en péril la santé. La planète va se réchauffer progressivement mais les effets des phénomènes climatiques extrêmes (...) seront brutaux et durement ressentis* »³⁶.

Les modifications et la plus grande variabilité du climat sont cause de maladies et de décès. Les phénomènes météorologiques extrêmes et les modifications locales du climat (inondations, sécheresses, tempêtes, vagues de chaleurs, etc.) se font plus intenses, plus fréquents, et affectent directement la santé. Indirectement, les modifications dans l'eau, l'air, la qualité et la quantité de nourriture, les écosystèmes, l'agriculture, les moyens de subsistance et les infrastructures, forment aussi des menaces pour la bonne santé.

³³ *Economic arguments for addressing social determinants of health inequalities, DEtErminE – an Eu consortium for action on the socio economic Determinants of Health, December 2009.*

³⁴ *Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « Les effets du Changements climatiques doivent être pris en compte », note du 11 mars 2009, http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2009/climate_change_20090311/fr/index.html*

³⁵ « *Europe et risques climatiques* », *Cahier de la Solidarité n°18*, <http://www.pourlasolidarite.be/Europe-et-risques-climatiques?lang=fr&retour=y>

³⁶ *Margaret Chan, Directrice Générale de l'OMS, avril 2008, Journée Mondiale de la Santé, «Le changement climatique va ébranler les fondements de la santé ».*

Les effets du climat sur la santé humaine ne sont et ne seront pas également ressentis sur toute la planète. Les personnes pauvres, très jeunes, âgées et/ou malades, y sont plus exposées. Les populations des pays dits « en développement », notamment celles des petits états insulaires, les populations de zones arides, de haute montagne ou de zones côtières densément peuplées sont tout particulièrement vulnérables. Dans les pays à plus faibles revenus, l’OMS estimait en mars 2009 que 150 000 décès par an étaient liés aux effets du changement climatique, principalement du fait de mauvaises récoltes et de malnutrition, de maladies diarrhéiques, de paludisme et d’inondations. Si globalement les pays occidentaux, dont l’Europe, font partie des régions « moins touchées » par les effets directs du changement climatique, ces régions ne sont pas pour autant à l’abri des phénomènes climatiques d’envergure. Rappelons-nous que la canicule de 2003 a causé 35 000 décès en Europe, et qu’en 2005, l’ouragan Katrina a fait 1 800 morts aux Etats-Unis. Et notons en parallèle que si rien n’est fait, la température moyenne des étés en France en 2050 pourrait être la même que la température maximale vécue durant l’été 2003³⁷. Cela étant, les effets du changement climatique sur la santé vont bien au-delà encore de ces chiffres. Des points d’incertitudes subsistent, mais l’on peut déjà prévoir un certain nombre d’effets sur la santé.

B. Effets du changement climatique pour la santé humaine.

1. L’impact des risques climatiques et des catastrophes naturelles

La hausse du niveau des mers, l’augmentation de la fréquence et de l’intensité des événements météorologiques extrêmes auront nécessairement des impacts en termes de santé, de manière directe ou indirecte. A nouveau, pensons à la vague de chaleur caniculaire qui a touché l’Europe en 2003 ; aux impacts des tempêtes sur les habitats, etc.

2. Des pathologies plus virulentes et plus nombreuses

La plus grande variabilité météorologique et les modifications des équilibres naturels ont un impact sur les maladies infectieuses. La majeure partie des pathologies les plus meurtrières dans le monde est aussi très sensibles aux conditions climatiques. C’est le cas notamment de maladies à transmissions vectorielle, comme le paludisme et la dengue. Les vecteurs (moustiques, parasites) sont sensibles à la hausse moyenne des températures. Celle-ci sera de plus combinée à la hausse de la pluviométrie en certaines régions, un autre critère qui favorise la propagation des maladies infectieuses.

³⁷ *Dr Michael Wilks, Président du Comité Permanent des Médecins Européens ; propos relayé par Euractiv, « Health 'forgotten' in climate talks », 7 octobre 2009, <http://www.euractiv.com/en/health/health-forgotten-climate-talks/article-186161>*

Des pathologies supposées éradiquées dans certains pays européens pourraient y réapparaître, du fait de ces perturbations climatiques.

Sauf mesures d'envergure pour limiter le changement climatique –mesures que le récent fiasco de Copenhague ne laisse pas plus poindre à l'horizon–, ces pathologies seront donc de plus en plus présentes et virulentes, difficiles et coûteuses à combattre.

Par ailleurs, sous l'effet de la chaleur, les pics de pollution seront plus nombreux, augmentant ainsi la mortalité des personnes cardiaques ou ayant des problèmes respiratoires. La croissance de la quantité de pollen dans l'air favorisera une recrudescence des allergies. Les personnes les plus vulnérables et les enfants devraient être les plus touchés les personnes allergiques seront en outre plus susceptibles de développer de l'asthme.

Le nombre de cancers de la peau pourrait augmenter, du fait de l'appauvrissement en ozone, gaz qui par sa présence dans la stratosphère absorbe une grande partie du rayonnement solaire ultraviolet, nocif pour la peau.

Enfin, de manière globale, de nouvelles maladies et épidémies pourraient voir le jour. Il est donc essentiel de réagir, car si rien n'est fait, le coût matériel et humain pourrait être colossal³⁸.

3. Hausse du niveau des mers

Le réchauffement climatique provoque une fonte de la calotte glaciaire et des glaciers et une hausse du niveau des mers. Cela menace la qualité de vie et la santé des personnes vivant dans des régions côtières. C'est aussi problématique pour les habitants de villes où les eaux douces proviennent uniquement de la fonte saisonnière des glaciers. Alors que celle-ci peut faire l'objet de prévisions, le volume d'eau douce devient beaucoup plus aléatoire avec le changement climatique. Par ailleurs, le changement climatique se caractérise par des pluies moins prévisibles, et un réchauffement global qui entraîne une plus grande évaporation. Cela affecte la qualité et la quantité d'eau douce, entraîne des sécheresses, et finalement menace la santé de millions de personnes.

³⁸ *Dr Patrice Halimi, Secrétaire Général de l'Association santé environnement France (Asef), in Les impacts du changements climatique sur la santé, dossier, France-Soir, 12 novembre 2009.*

4. Impacts sur la production alimentaire

La production alimentaire sera fortement affectée par le changement climatique. La répartition des ressources agricoles sera modifiée notamment par les changements de pluviométrie et l'augmentation de catastrophes naturelles. Les filières d'approvisionnement alimentaires pourraient en outre se voir fragilisées par l'accélération potentielle du développement de bactéries et micro-organismes.

Le tout peut provoquer des échecs de cultures, maladies du bétail, modification de rendements et de la productivité, disparition de ressources génétiques utilisées pour les productions agricoles³⁹.

Conjugués à la raréfaction de l'eau douce, ces phénomènes risquent d'engendrer une baisse de la productivité et une hausse des prix des denrées alimentaires. Olivier De Schutter, Rapporteur spécial des Nations-Unies sur le droit à l'alimentation, qualifie le changement climatique de « *bombe à retardement pour la sécurité alimentaire* », ajoutant que le réchauffement du climat sera ressenti de manière disproportionnée par certains pays parmi les plus pauvres et, au sein de ceux-ci, par les plus populations les vulnérables.

Selon les prévisions, l'Europe sera nettement moins touchée par la baisse des rendements agricoles. Il est même probable que les rendements augmentent dans une large partie du territoire. Mais l'UE n'en sortira pas indemne pour autant. Les secteurs de productions se décaleront très probablement vers le Nord tandis que le Sud souffrira davantage de stress hydriques. Surtout, l'impact sur le prix des denrées alimentaires se fera sentir : le système d'approvisionnement alimentaire actuel étant largement basé sur des flux internationaux d'importation-exportations, l'Union se trouve fort dépendante de productions étrangères qui, elles, sont directement affectées par le changement climatique. De plus le prix de l'énergie fossile allant croissant du fait de la raréfaction du pétrole, matière première nécessaire aux modes de production ainsi qu'au flux commerciaux internationaux, l'approvisionnement tel qu'il s'organise actuellement se verra confronté à certaines entraves. Et le prix des transports d'approvisionnement se reportera sur le prix des denrées en magasin.

³⁹ FAO, *changements climatiques et production alimentaire*, 2008.

Conclusion

Étant donné l'ampleur et la variété de ces probables effets du changement climatique sur la santé, il est clair que la santé ne relève pas de la seule compétence des professionnels de la santé ; pas plus que les défis environnementaux n'intéressent que les écologistes. Il importe d'autant plus d'adopter une approche systémique, des politiques intégrées : toute politique qui est bonne pour l'environnement est bonne pour la santé. Un exemple simple : laisser sa voiture au garage et se rendre au travail à vélo, cela vaut pour la planète (réduction des émissions de gaz à effet de serre) et donc pour la santé humaine globale. De plus cela contribue à diminuer la circulation routière, donc le nombre de décès et de traumatismes graves consécutifs aux accidents de la route. Par ailleurs, contrairement à l'utilisation de la voiture, qui isole les gens, la marche à pied, le vélo et les transports en commun stimulent les contacts sociaux. Enfin le fait de faire de l'exercice physique améliore la condition physique et psychologique individuelle.

Encourager ce type de geste, par des infrastructures ou encore des incitatifs financiers adaptés, c'est donc faire « d'une pierre trois coups » : pour la santé individuelle, collective, environnementale.

Le Dr Mike Gill⁴⁰ précisait en octobre 2008 qu'il est du devoir des décideurs politiques de lier ces deux problématiques, de manière à encourager la compréhension par le grand public de l'urgence de l'action et des changements dans nos modes de vie. À voir cependant la cacophonie à la Conférence de Copenhague en décembre 2009, et à noter à l'opposé les nombreux mouvements citoyens appelant à l'action face au changement climatique, on peut supposer que l'affirmation inverse pourrait être tout aussi vraie : une frange importante du grand public prend conscience des risques, alors que le greenwashing et l'inaction poursuivent pour le moment leur route en haut lieu.

⁴⁰ Bureau du Climate and Health Council; propos relayé par Euractiv, « Health 'forgotten' in climate talks », 7 octobre 2009, <http://www.euractiv.com/en/health/health-forgotten-climate-talks/article-186161>