

Vers une médecine fondée sur l'idée de santé planétaire

Par Marie GAILLE

Directrice de recherche en philosophie, SPHERE (UMR 7219), Université de Paris-CNRS

Dans cet article, nous explorons la manière dont la médecine contemporaine est confrontée aux enjeux de santé environnementale. Tout en considérant le fait que le professionnel de santé, avec pour objectif d'agir au profit de la santé humaine, ne peut répondre seul à ces enjeux, nous nous interrogeons sur les modalités de son action et l'orientation à donner à la médecine. Nous analysons des éléments de réponse formulés à ce sujet au regard des impacts sanitaires du réchauffement climatique. Puis, nous examinons dans quelle mesure la médecine ne pourrait être amenée à réorienter son action sur la base d'une conception écologique de la santé. Nous formulons à ce titre l'hypothèse du nécessaire passage à une médecine fondée sur l'idée de santé planétaire.

Introduction

L'élaboration des connaissances, en particulier de celles qui fondent la compréhension des maladies multifactorielles et/ou associées d'une manière ou d'une autre à l'environnement, est reconnue aujourd'hui comme étant à la fois nécessaire et d'une extrême difficulté. Depuis peu, elles constituent en France l'objet de programmes de recherche financés au niveau européen ou national, qui sont eux-mêmes désormais liés à l'agenda politique des États. Elles font l'objet de débats épistémologiques importants, portant notamment sur la question de la causalité. Dans un article qui fait date consacré à cette question, *Smoking and Carcinoma of the lung*, Austin Bradford-Hill déclara qu'il ne souhaitait pas « s'embarquer dans une discussion philosophique sur la signification de la cause » (Bradford-Hill, 1950). Pourtant, il semble bien initier une telle discussion en posant la question de savoir de quelle manière on détermine la toxicité d'un produit pour la santé humaine ou les effets d'un environnement spécifique sur celle-ci. Dans bien des cas, soulignait-il, nous n'avons d'autres solutions que d'ajouter des observations et des événements qui suggèrent une association entre un environnement et un effet sur la santé humaine, laquelle est plus ou moins forte, continue, spécifique, plausible, cohérente, analogue à d'autres mieux connues, etc. (Bradford-Hill, 1965).

La réflexion d'Austin Bradford-Hill n'a rien perdu de son actualité. Elle s'est enrichie de nombreux travaux qui ont pointé le caractère déterminant, pour élaborer des connaissances relatives aux effets de l'environnement sur la santé humaine, du choix des données étudiées, des méthodes privilégiées, de la possibilité d'accéder aux informations nécessaires pour les établir, de la sélection des substances supposées nocives et étudiées à l'exclusion

d'autres, ou encore de la détermination du seuil qui signale un niveau de danger pour la santé humaine.

Cette réflexion nous intéresse aussi parce qu'elle accorde une place au regard du médecin. Austin Bradford-Hill distingue ainsi deux regards : celui du chercheur, pour lequel « les données sont là pour être jugées selon leur mérite et, dans ce sens, le jugement doit être complètement indépendant de ce qui peut en dépendre – ou de qui peut en dépendre », et celui du médecin, qui a pour but d'agir et désire « intervenir pour supprimer ou réduire la mortalité ou la morbidité » (Bradford-Hill, 1965). Que peut faire, ou plutôt que doit faire le médecin des connaissances dont il dispose ? Cette question ne reçoit pas de réponse simple. Elle continue à se poser aujourd'hui, mais peut-être dans des termes un peu différents de ceux choisis par Austin Bradford-Hill pour la formuler. En effet, cette question est abordée avec le souci de resituer l'exercice de la médecine vis-à-vis d'autres métiers, d'autres institutions ou entités qui peuvent avoir un effet sur la santé, et spécialement sur la relation entre celle-ci et l'environnement. Il ne va pas de soi, en effet, de considérer que « tout problème de santé a nécessairement ses solutions en médecine », selon le propos du médecin Nicolas Senn (Senn, 2019), et ce d'autant plus qu'une telle vision peut être perçue comme une forme discutable de la « médicalisation de la santé de la population » (Lantz, 2019). L'hypothèse est formulée d'une nécessaire réinscription des professionnels de la santé dans un ensemble élargi de métiers et de compétences, qui ont tous, à des degrés divers, une incidence sur la relation entre l'environnement et la santé humaine : « ce qui va clairement dans ce sens, c'est que l'on considère en général qu'une part mineure (10 à 20 %) de la santé peut être attribuée aux interventions médicales, le reste étant lié à des facteurs autres, généralement dépendants de la

société dans son ensemble » (Woolf, 2019). Qui plus est, des pratiques sociales, associant santé et environnement, que celles-ci se déploient sur la base d'initiatives individuelles, au sein des familles ou dans des collectifs plus larges, sont aussi à prendre en compte parmi les éléments qui ont un effet sur la santé humaine (voir, par exemple, les travaux sociologiques de Laura Centemeri (2019) sur la permaculture).

Dans cet ensemble élargi de compétences, de métiers et de pratiques, que peut (encore) faire le médecin ? De premiers éléments de réponse sont à rechercher dans la réflexion contemporaine du monde médical sur la prise en compte des effets du réchauffement climatique. Nous allons, dans un premier temps, présenter les pistes explorées dans le cadre de cette réflexion. Puis, dans un second temps, nous nous demanderons dans quelle mesure la médecine ne serait pas contrainte de réorienter son action sur la base d'une conception écologique de la santé et nous chercherons à préciser le sens de celle-ci. L'idée de santé planétaire retiendra ici particulièrement notre attention.

Impacts sanitaires du réchauffement climatique : le rôle des professionnels de santé

Selon Nicolas Senn, l'on peut identifier aujourd'hui quelques approches qui cherchent à tirer les conséquences, pour la pratique de la médecine, des connaissances acquises sur les impacts sanitaires du réchauffement climatique. Une première approche consiste à « s'adapter » – ce que, observe-t-il, les professionnels et les services de santé ont d'une certaine manière toujours fait au cours de l'histoire, en tentant de guérir les maladies qui survenaient ou d'accompagner les personnes atteintes de pathologies chroniques (Walker *et al.*, 2011 ; Parker *et al.*, 2019).

Cette première approche renvoie au rôle classique de la médecine : intervenir pour soigner et guérir des malades dans la mesure du possible. Une intervention qui peut être complétée par des actions préventives. Nous pensons, par exemple, dans le cas d'une hausse inhabituelle des températures, aux campagnes de santé publique ou aux recommandations que les médecins peuvent adresser à leurs patients sur l'hydratation, la nécessité de rester à l'abri du soleil et de la chaleur, de réduire leurs déplacements, indépendamment des soins médicaux qu'ils peuvent leur prodiguer lorsqu'une telle hausse survient.

Une seconde approche, toujours selon Nicolas Senn, consiste pour les médecins à jouer un rôle dans la diffusion de l'information sur le lien entre réchauffement climatique et santé, qui est loin d'être évident pour une majorité des patients et de la population (y compris chez les soignants).

Une troisième approche consiste pour eux à contribuer de façon directe à l'atténuation (on parle souvent de « mitigation » à ce sujet) des effets du changement climatique, en réformant l'organisation des services de santé pour qu'ils émettent moins de dioxyde de carbone (Gonzalez-Holguera, Niwa et Nicolas Senn, 2020) et en incitant les patients à modifier leurs comportements, par exemple alimentaires ou en termes de mobilité.

L'on pourrait vouloir, à des fins de clarté, distinguer ces deux derniers volets, car cette approche semble réunir des actions de nature très différente : d'un côté, la perspective d'une évolution des services de santé vers des modes de fonctionnement s'accompagnant d'une moindre émission de dioxyde de carbone ; de l'autre, celle de contribuer à une modification des comportements.

Soulignons aussi la complexité de cette deuxième tâche. Tout d'abord, la notion de « comportement » ne fait pas consensus – elle est adoptée par certaines épistémologies sociales, mais reste problématique pour d'autres. En outre, la population est si diverse, qu'un message unique court le risque d'avoir peu d'effets. Diverses difficultés ont déjà été identifiées au sujet de cette deuxième tâche :

- la difficulté à dépasser la fiction de *l'homo medicus* éduqué et l'insuffisante prise en compte du récepteur du message ;
- la difficulté des pouvoirs publics à connaître, entendre et accepter d'autres hiérarchies de valeurs que celles qui fondent les politiques de santé publique ;
- la difficulté à informer dans un contexte de mise en cause de l'expertise et de la démarche scientifique ;
- la difficulté à alerter sur des risques invisibles ou lointains ;
- la difficulté à élaborer un discours qui touche de façon directe et efficiente les personnes concernées (Gaille, 2019).

Finalement, toutes les difficultés déjà identifiées au sujet des campagnes d'information en matière de santé publique sont comme décuplées dans un contexte transnational, où les inégalités dites « Nord-Sud » conduisent certains pays à assumer, au nom de leur propre développement, des modes de production très pollués, ce qui aggrave le changement climatique, et où, dans certains contextes, ce sont les conditions socio-économiques mais non l'ignorance, qui semblent empêcher une prise de décision favorable à la santé (Maurice *et al.*, 2019).

Enfin, une quatrième approche réside dans le fait d'assumer une certaine exemplarité et une forme d'engagement, comme le fait Richard Horton, rédacteur en chef du *Lancet*, en apportant publiquement son soutien à la désobéissance civile du mouvement Extension Rebellion et en prônant une mobilisation collective dans la lutte contre le réchauffement climatique (Horton, 2019).

Quelle écologie de la santé pour la médecine ?

Ces approches constituent autant de pistes pour appréhender, en tant que professionnel de santé, les impacts sanitaires du changement climatique. La question se pose de leur portée. On peut considérer qu'elles peuvent être reprises face à d'autres phénomènes que le réchauffement climatique. Mais l'on peut aussi, de façon plus générale, se poser la question de l'orientation qui peut être proposée à la médecine contemporaine compte tenu des connaissances dont nous disposons aujourd'hui pour attester, de façon massive, des effets de l'environnement sur la santé humaine tant en termes de maladies infectieuses que de pathologies chroniques.

La perspective « One health », qui met en avant les interdépendances entre la santé des humains et celle du vivant en général, est une bonne candidate pour étayer une telle orientation. Cette perspective a été énoncée par la Wildlife Conservation Society en 2004 à la fois pour lutter contre les maladies et maintenir l'intégrité de l'écosystème. Elle propose une vision « holistique » de la santé humaine, laquelle est intrinsèquement liée au respect de la biodiversité et au souci de la préservation du vivant en général et du devenir de la planète Terre comme de la biosphère (Oneworldonehealth, 2004). Selon cette perspective, la dimension holistique renvoie aux interdépendances multiples mises en évidence par l'écologie depuis la fin du XIX^e siècle. Elle débouche sur un repositionnement de l'être humain, envisagé comme un élément parmi d'autres du monde du vivant.

Sur le plan conceptuel, on peut cependant vouloir préciser les choses et adopter une distance critique à l'égard de certains usages terminologiques susceptibles de brouiller le sens de cette perspective. Ainsi, comme le souligne la philosophe Catherine Larrère, un point de vue holiste est potentiellement subordonné, ce qui va à rebours d'une vision qui met l'accent sur les relations : « l'étude des relations ne débouche pas sur une hiérarchie, elle permet plutôt d'établir une cartographie des dépendances et des attachements » (Larrère, 2020). Ainsi, il importe de comprendre que l'être humain n'occupe pas une place centrale dans un schéma de représentation de type « One World, one health ». De ce point de vue, certaines représentations de l'exposome, qui placent l'être humain au centre du schéma, ou celle mise en avant par Göran Dahlgren et Margaret Whitehead pour représenter l'ensemble des déterminants sociaux de la santé et rendre compte visuellement des multiples influences externes et internes de ceux-ci sur l'humain (Dahlgren et Margaret Whitehead, 2021), recèlent une certaine ambiguïté.

La notion de santé planétaire est peut-être plus prometteuse, car elle met l'accent sur les relations et l'interdépendance entre la santé humaine et le devenir des systèmes naturels de la planète Terre, sans être sous-tendue par une hiérarchie entre les entités en relation. Cette perspective fondée sur l'idée de santé planétaire n'a pas encore nécessairement trouvé une traduction en clinique et constitue à cet égard un véritable chantier de réflexion.

Cependant, les réflexions d'André Gorz dans les années 1970 (Gorz, 2020) jusqu'aux réflexions contemporaines sur les effets sanitaires de l'anthropocène (The Rockefeller Foundation–Lancet, 2015) et sur les causes de la pandémie de Covid-19 (Morand, 2020) permettent d'esquisser les implications de l'idée de santé planétaire pour la médecine. Elles mettent en avant les modes d'exploitation des ressources, de production, de consommation, de mobilité des sociétés humaines et invitent à concevoir une « gouvernance de la santé », qui doit intégrer, selon Serge Morand, l'écologie de la santé. En suivant une telle analyse, l'on peut argumenter l'idée selon laquelle il convient de passer d'une médecine de l'être humain, considéré isolément du vivant et de la planète Terre, à une médecine écologique ou fondée sur l'idée d'une santé planétaire, au sens où l'être

humain qu'elle se propose de soigner est un vivant parmi d'autres, et dont la propre santé dépend de l'inscription des sociétés humaines dans le respect des limites des systèmes naturels de la planète Terre (Steffen, 2015).

Conclusion

En guise de conclusion, nous mettrons en avant plusieurs points. Du point de vue de l'histoire de la médecine, tout d'abord, la question très discutée de la continuité de la pensée médicale et de son héritage hippocratique semble ici rencontrer un point de butée : en effet, on a pu défendre l'idée d'une certaine continuité, du moins celle de la permanence d'« intuitions hippocratiques », en dépit de l'évolution des connaissances et des modalités d'élaboration de celles-ci (Bourdelaïs, 2010). Avec l'invitation qu'adresse l'écologie de la santé à la médecine, on va au-delà de la considération de l'environnement pour rendre compte de la santé et de la maladie par la médecine : émerge l'idée d'une médecine fondée sur le concept de santé planétaire, dans lequel la personne malade est désormais un être humain se réinscrivant au sein du vivant.

Une telle orientation implique l'idée que les professionnels de santé n'ont pas à œuvrer seuls. Selon les termes du philosophe Jean-Philippe Pierron, « à l'approche factorielle – le facteur environnement – et sectorisée des relations entre santé et environnement, il convient d'opposer une dynamique qui embrasse dans un même mouvement la médecine, le soin de l'humain, des non-humains et de la nature, à l'heure de la transition écologique » (Pierron, 2019). L'on a donc affaire à un projet social, politique, écologique et global, dans lequel les professionnels de santé pourraient exercer leurs compétences en articulation avec d'autres, et où les politiques de santé seraient co-déterminées par de nombreux ministères.

Bibliographie

- BOURDELAÏS P. (2010), « Histoire de la santé publique », chapitre 1, in HAURAY B. & FASSIN D., *Santé publique : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte.
- BRADFORD-HILL A. & DOLL Richard (1950), "Smoking and Carcinoma of the lung", *British Medical Journal*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2038856/pdf/brmedj03566-0003.pdf>
- BRADFORD-HILL A. (1965), « Environnement et maladie : association ou cause ? », in BIZOUARN PH., COSTE J. & LEPLÈGE A. (éds.) (2011), *De Galton à Rothman – Les grands textes de l'épidémiologie au XX^e siècle*, Paris, Hermann.
- CENTEMERI L. (2019), "Health and the Environment in Ecological Transition: The Case of the Permaculture Movement", in BRETTELLE ESTABLET F., GAILLE M. & KATOUIAN M. (éds.), *Making sense of health, disease and the environment in cross-cultural history – The Arabic-Islamic world, China, Europe and North America, op. cit.*, pp. 309-331.
- DAHLGREN G. & WHITEHEAD M. (2021), *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up – Part 2*, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf (schéma présenté en page 20 du document).
- GAILLE M. (2019), « L'alerte en santé publique : difficultés anciennes, défis récents et ressources inédites », *Actualité et dossier en Santé publique*, mars, n°106, pp. 43-45.

- GONZALEZ-HOLGUERA J., NIWA N. & SENN N. (2020), « Co-bénéfices santé-environnement », *Revue médicale Suisse*, pp. 704-711.
- GORZ A. (2020), *Leur écologie et la nôtre*, Paris, Le Seuil.
- HORTON R. (2021), "Doctors obliged to protest about Health and Climate", vidéo accessible en ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=2x6sBfV64N4>
- Oneworldonehealth Organization (2004), "Addressing the linkages between conservation, human and animal health, and security", <http://oneworldonehealth.org/WCCresolution2004.pdf>
- LARRÈRE C. (2020), « L'histoire du parc de la Courneuve et du crapaud calamite », in GEFEN A. & LAUGIER S. (éds.), *Le pouvoir des liens faibles*, Paris, CNRS éditions (citation page 152).
- LANTZ P. M. (2019), "The Medicalization of Population Health: Who Will Stay Upstream?", *The Milbank Quarterly* 97(1), pp. 36-39.
- MAURICE L. *et al.* (2019), "Drinking water quality in areas impacted by oil activities in Ecuador: associated health risks and social perception of human exposure", *Science of total Environment* 690, pp. 1203-1217.
- MORAND S. (2020), *L'homme, la faune sauvage et la peste*, Paris, Fayard.
- PARKER C. L. *et al.* (2019), "The Changing Climate: Managing Health Impacts", *Am Fam Physician*, Nov 15;100(10):618-626. PMID: 31730308.
- PIERRON J.-Ph. (2019), *Prendre soin de la nature et des humains – Médecine, travail, écologie*, Paris, Les Belles Lettres (citation page 503).
- The Rockefeller Foundation – Lancet Commission on Planetary Health (2015), "Safeguarding human health in the Anthropocene epoch", report of The Rockefeller Foundation – Lancet Commission on planetary health, *The Lancet*, <https://www.planetary-healthalliance.org/>
- SENN N. (2019), « Traiter la maladie ne suffit pas », conférence prononcée dans le cadre du Forum Santé Le Temps, Lausanne.
- STEFFEN W. K. *et al.* (2015), "Planetary boundaries: Guiding human development on a changing planet", *Science* 347(6223): 1259855.
- WALKER R. *et al.* (2011), "Health promotion interventions to address climate change using a primary health care approach: a literature review", *Health Promot. J. Austr.*, Dec. 22, Spec No:S6-12, doi: 10.1071/he11406. PMID: 22518912.
- WOOLF S. H. (2019), "Necessary But Not Sufficient: Why Health Care Alone Cannot Improve Population Health and Reduce Health Inequities", *Annals of Family Medicine* 17(3), pp. 196-199.