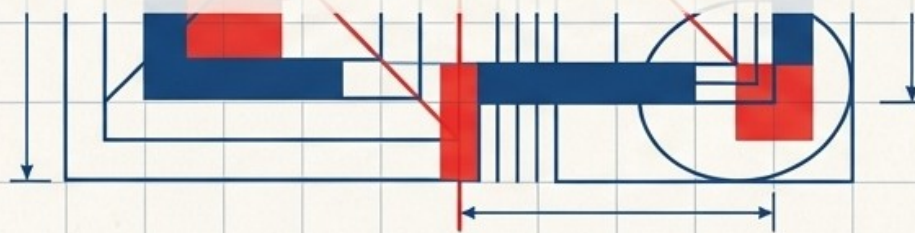




Un plan directeur pour la santé, oublié depuis 40 ans.

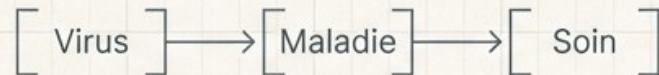
Redécouverte du rapport visionnaire de 1982
sur la politique de prévention en France.



Rapport au Ministre de la Santé, Mars 1982.
Auteurs principaux : G. de Bernis, F. Grémy, B. Pissarro

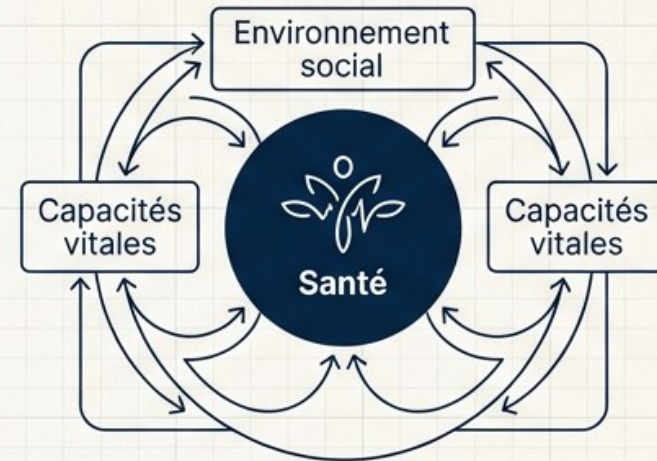
Le rapport proposait une révolution conceptuelle : la santé n'est pas l'absence de maladie, c'est la vie.

La vision dépassée
Une conception négative et statique



La santé comme simple « absence d'infirmité ou de maladie ».
Une vision médicale et réductrice.

La vision du rapport
Une conception positive et dynamique



La santé comme « une harmonie dynamique de l'homme avec lui-même et avec son environnement ». L'objectif est de « permettre à chacun de tirer un parti maximal de ses capacités ». C'est la promotion des « pulsions de vie ».

« Le bonheur, disait Saint-Just, est une idée neuve en Europe ». Il le reste, et la santé [...] en demeure un des aspects majeurs.

Cette nouvelle vision de la santé est née d'un regard lucide sur une réalité inacceptable.

La commission a délibérément choisi une approche par catégories socio-professionnelles, s'écartant de la vision médicale classique. Cette méthode a révélé des constats si brutaux qu'ils ont convaincu les membres les plus sceptiques de sa validité et de sa fécondité.

« ...on ne peut plus dormir tranquille quand on a une fois ouvert les yeux ».

— P. Eluard, cité par la commission.

Le rapport dénonce un constat brutal : la société choisit ses morts.

Loin d'être un phénomène biologique ou une fatalité, la mortalité précoce est massivement déterminée par la catégorie socio-professionnelle. Les données de l'INSEE de l'époque étaient sans appel.

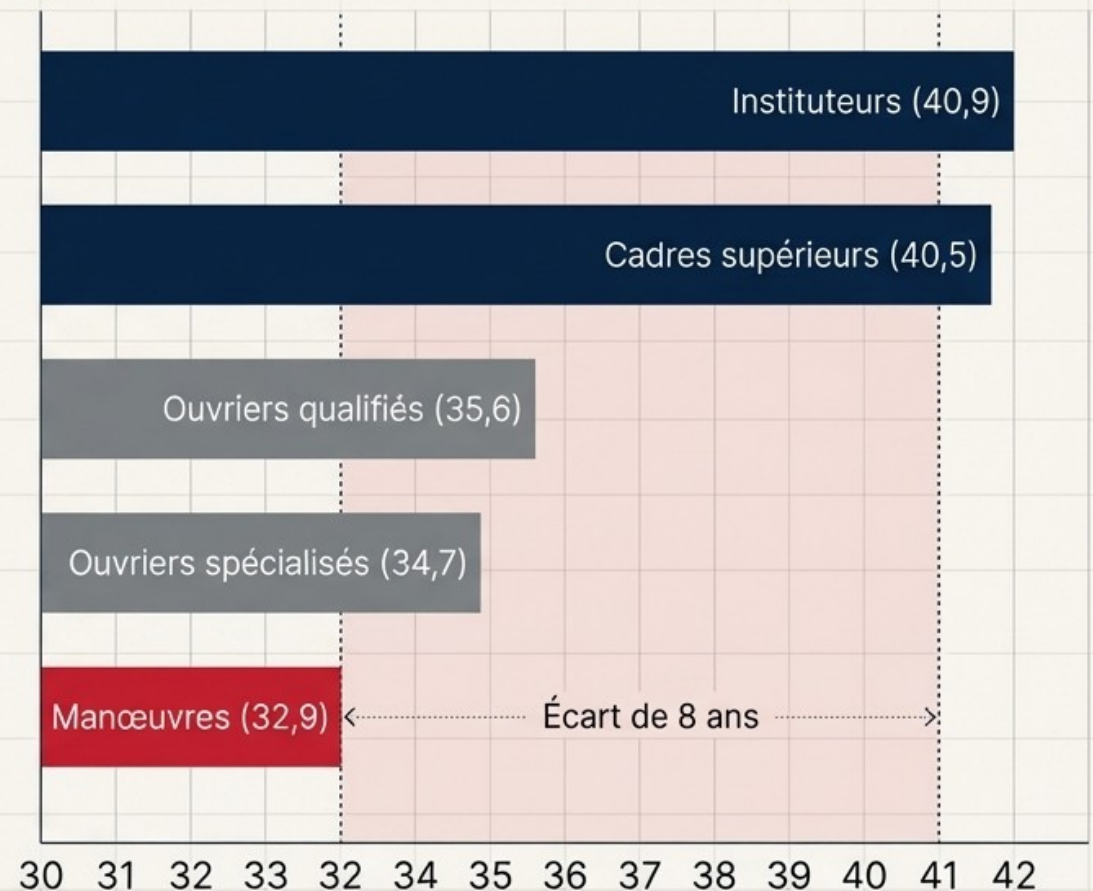
8 ans

C'est l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre un manœuvre et un instituteur.

Espérance de vie à 35 ans :

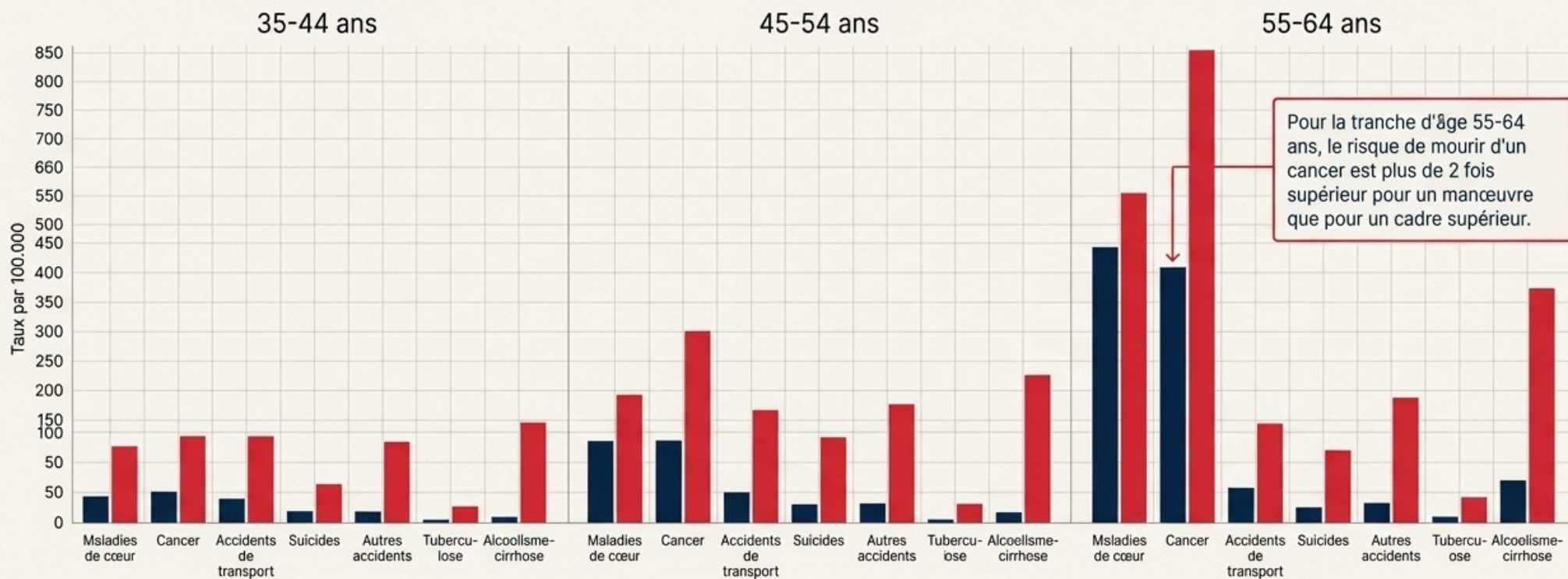
- Instituteurs : **40,9 ans**
- Cadres supérieurs : **40,5 ans**
- Ouvriers qualifiés (privé) : **35,6 ans**
- Ouvriers spécialisés (privé) : **34,7 ans**
- Manœuvres : **32,9 ans**

Espérance de vie à 35 ans (Hommes)



Pour chaque grande cause de décès, le risque est systématiquement plus élevé pour les classes les plus défavorisées.

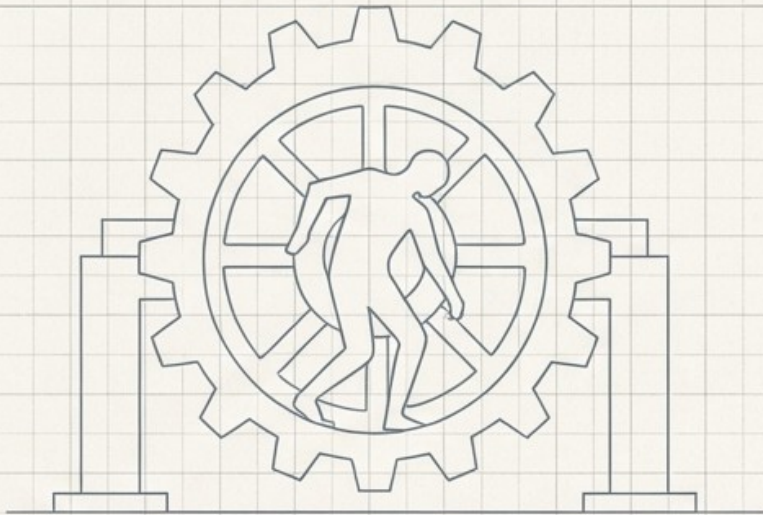
L'analyse des causes de mortalité révèle une surmortalité écrasante des manœuvres par rapport aux cadres supérieurs pour les maladies cardiaques, le cancer, les accidents, le suicide, la tuberculose et l'alcoolisme-cirrhose.



Au-delà de la mort, le rapport identifie un cumul d'inégalités qui touchent la liberté et l'éducation.

L'aliénation au travail

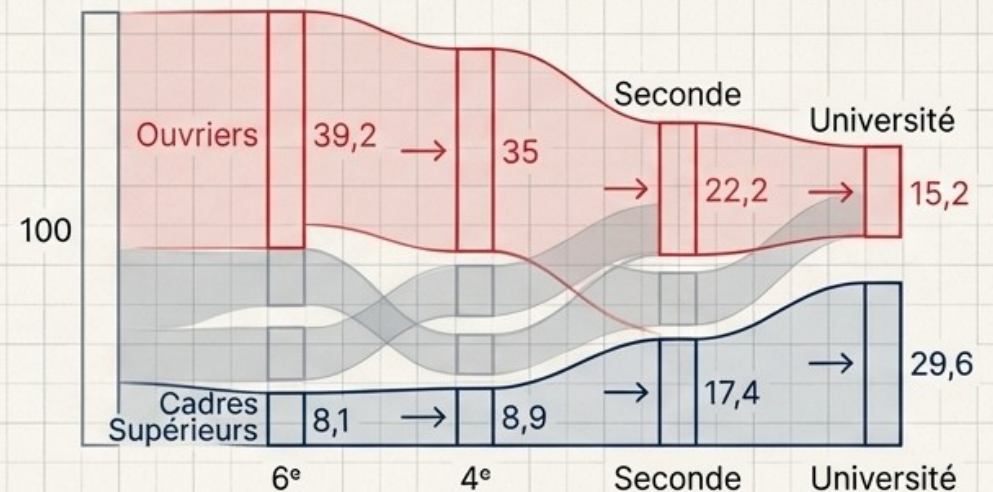
L'organisation taylorienne du travail impose aux OS et manœuvres une « désappropriation de son savoir-faire, de sa liberté, de sa créativité ». Le temps, l'espace et les relations sont maîtrisés par une volonté extérieure, source d'une « authentique aliénation ». Le temps libre est amputé par une fatigue accumulée.



« L'escroquerie » de l'égalité des chances

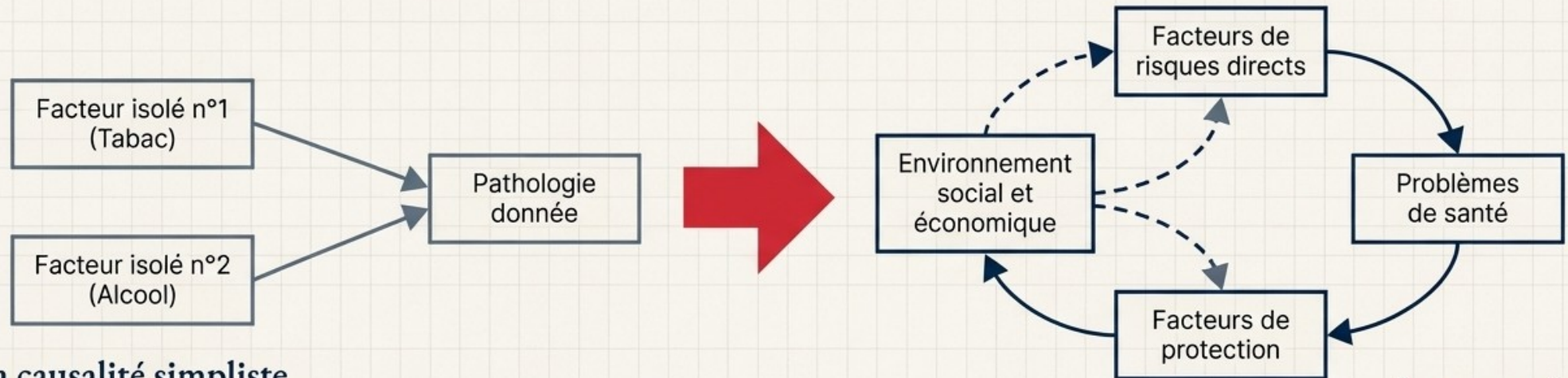
Le rapport dénonce « l'effet de filtre social de l'institution scolaire ».

- **Redoublement** après 3 ans de primaire : **29%** des enfants d'ouvriers contre **2,6%** des enfants de cadres supérieurs.
- **Accès à l'université** : **15,2%** des enfants d'ouvriers s'y inscrivent, contre **29,6%** des enfants de cadres supérieurs.



Ces inégalités ne sont pas un hasard, mais le reflet d'obstacles idéologiques puissants.

Le rapport identifie les modèles de pensée qui freinent une authentique prévention, notamment une pensée « réductionniste et disjonctive » héritée du cartésianisme.



La causalité simpliste

On cherche la cause « terminale » (le tabac, l'alcool) plutôt que de remonter la chaîne des causes socio-économiques.

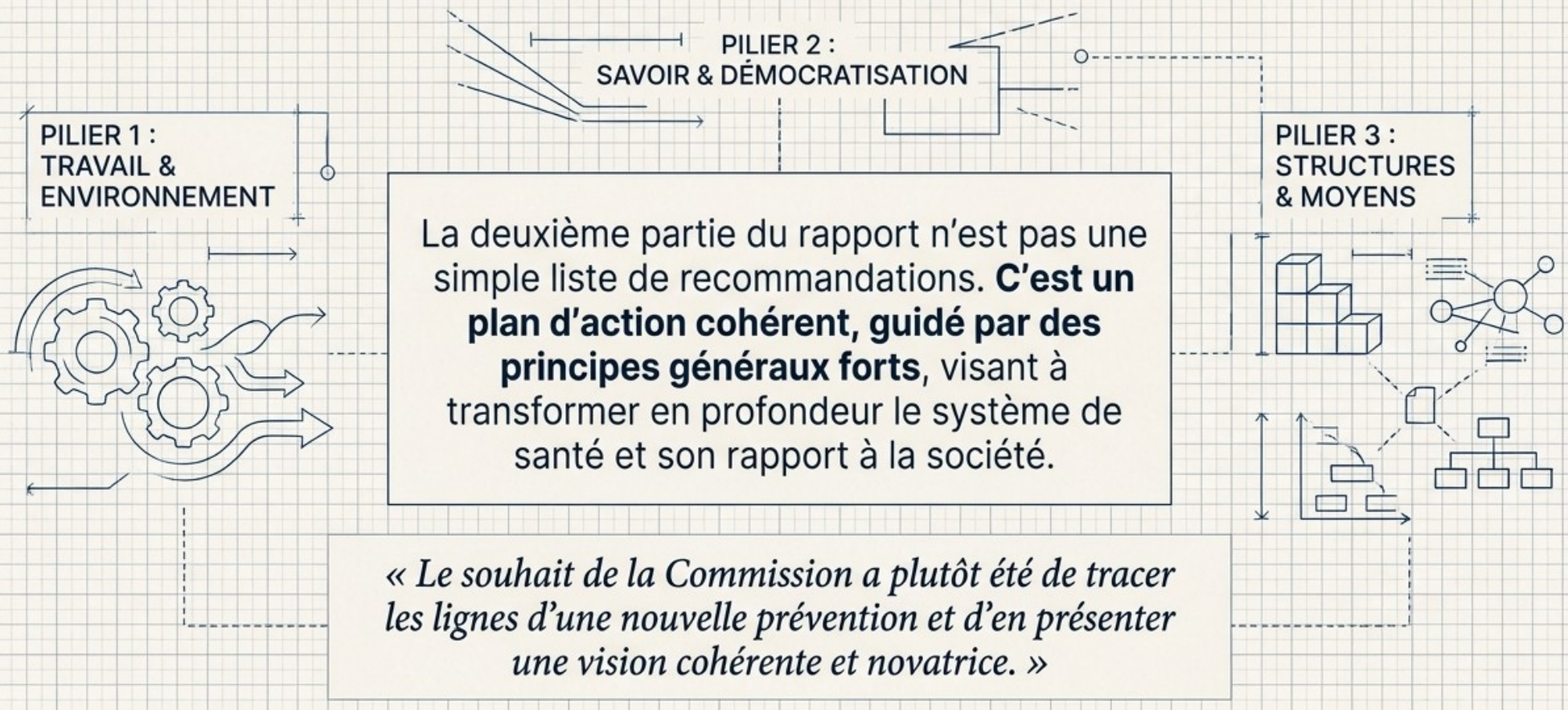
Le primat de l'individu

On culpabilise les comportements individuels (« changer certaines habitudes personnelles ») en occultant les déterminants sociaux.

La perversion en contrôle social

La prévention risque de devenir un outil de « normalisation » des comportements des classes défavorisées, au lieu d'un outil de libération.

Face à ces constats et obstacles, la commission a élaboré une « nouvelle stratégie de la prévention ».



Les propositions s'appuient sur des principes généraux radicaux et intemporels.



1. La Démocratie Sanitaire

La politique de prévention doit partir de l'expression des besoins par la population elle-...

« La promotion de la santé ne peut aller sans démocratie. »



2. Une Politique Inégalitaire pour l'Égalité

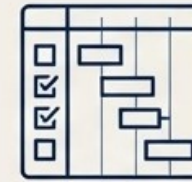
La population n'est pas homogène. Pour réduire les inégalités, il faut des actions et programmes prioritaires orientés vers les groupes les plus défavorisés.

« Seule une politique inégalitaire pourra réduire les inégalités. »



3. Remonter à la Source

L'action doit se situer le plus en amont possible dans la chaîne des causes, en se concentrant l'environnement plutôt que de se limiter aux comportements terminaux.



4. L'Action par Programmes

L'outil essentiel est le « programme », avec des objectifs clairs, des moyens définis, et une évaluation scientifique rigoureuse.



5. Le Rôle Actif de la Population

Les citoyens doivent être des agents actifs à toutes les étapes : élaboration, exécution, et évaluation des programmes.

Pilier 1 : Réformer les conditions, l'organisation et la législation du travail.

Le rapport affirme que le travail est l'élément structurel essentiel de la vie et donc un levier majeur de la promotion de la santé. L'essentiel est de « créer les conditions du débat sur l'organisation du travail ».

Propositions concrètes

Droits collectifs

- Étendre les droits d'intervention des comités d'hygiène et de sécurité pour interrompre le travail en cas de danger.

Médecine du travail

- Supprimer la dépendance du médecin du travail vis-à-vis de l'employeur et garantir son « tiers temps » pour l'analyse des postes de travail.

Transparence

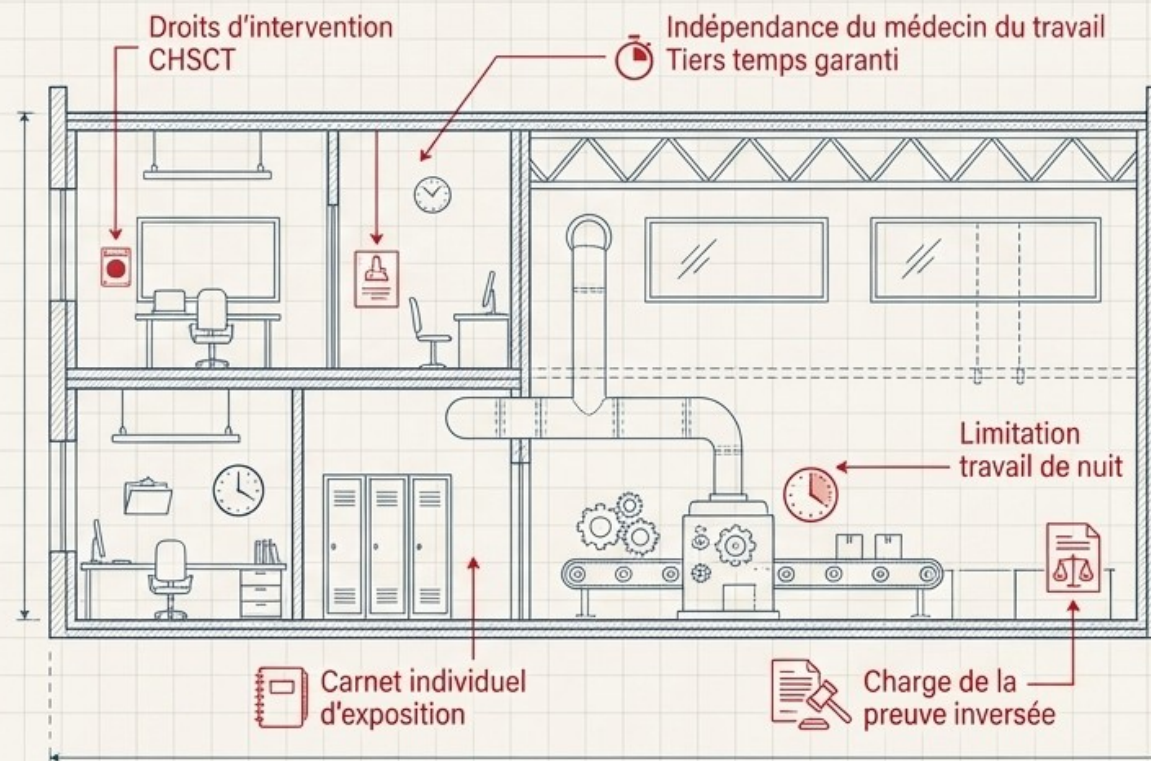
- Créer un « carnet individuel d'exposition aux risques et aux pollutions professionnelles » propriété du travailleur.

Organisation du travail

- Réduire la durée et les cadences, et limiter le travail de nuit et posté au « strict minimum socialement indispensable ».

Preuve de la maladie professionnelle

- Déplacer la charge de la preuve dans un sens comparable à celui de l'accident du travail.



Pilier 2 : Assurer la mise à disposition et la démocratisation du savoir.

La commission considère le partage du savoir comme une exigence politique majeure pour créer un « contre-pouvoir personnel et collectif dans le domaine de la santé ».

Objectifs clés

Autonomie

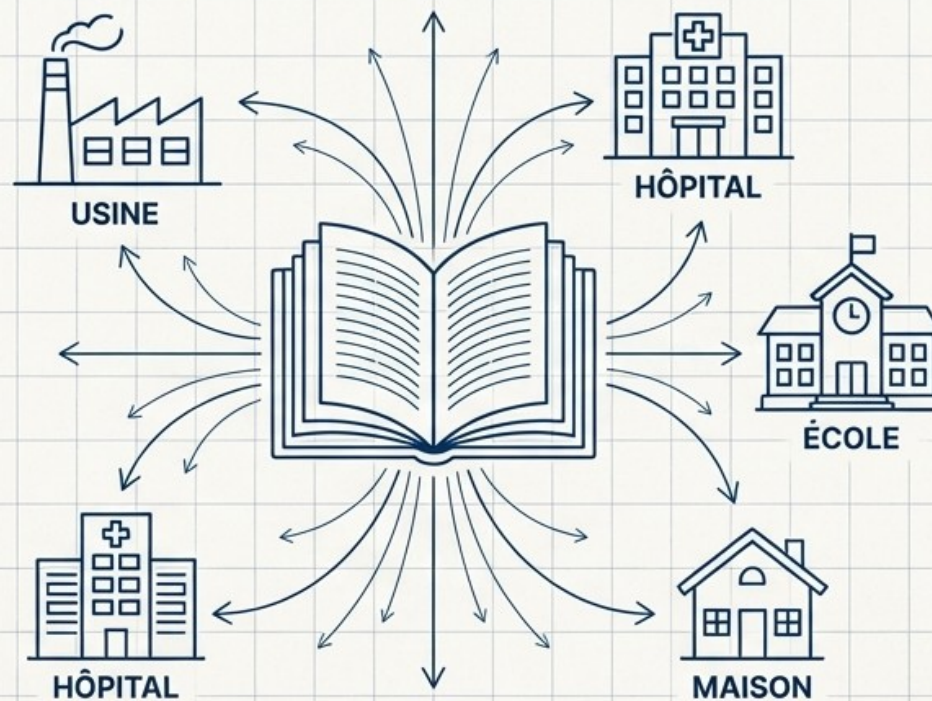
Permettre à chacun de participer activement à la promotion de sa santé.
« Le sujet s'éduque plus qu'il n'est éduqué ».

Contre-pouvoir

Contrôler les « tentations permanentes d'abus de pouvoir de la profession » médicale et critiquer la « logique souvent morbide » de la société industrielle.

Savoir utile

L'information doit porter sur les nuisances, les droits juridiques, l'alimentation, mais aussi, au travail, sur la composition des produits ou la carte des risques des ateliers.

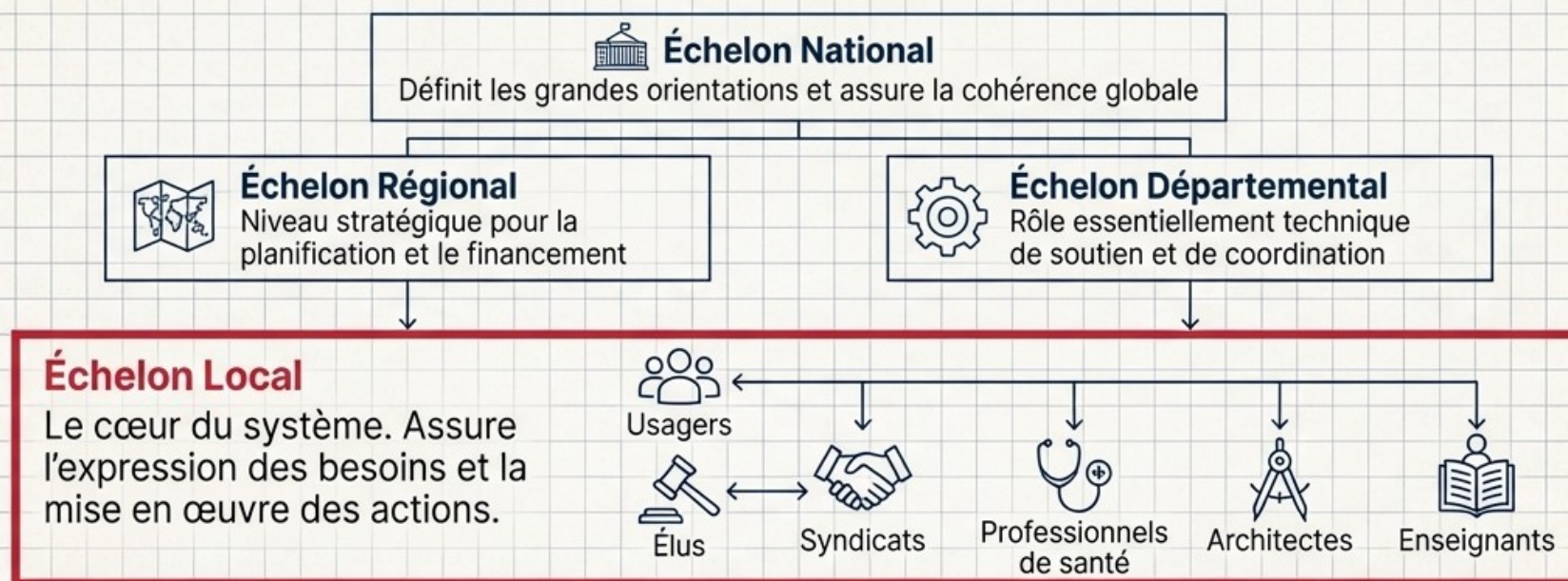


Canaux de diffusion proposés

- Le corps médical (formé à la communication)
- Les syndicats
- Les mutuelles
- Les associations
- Une école repensée pour devenir un lieu « d'initiation à la culture technique, de maîtrise du corps et d'éducation à la responsabilité ».

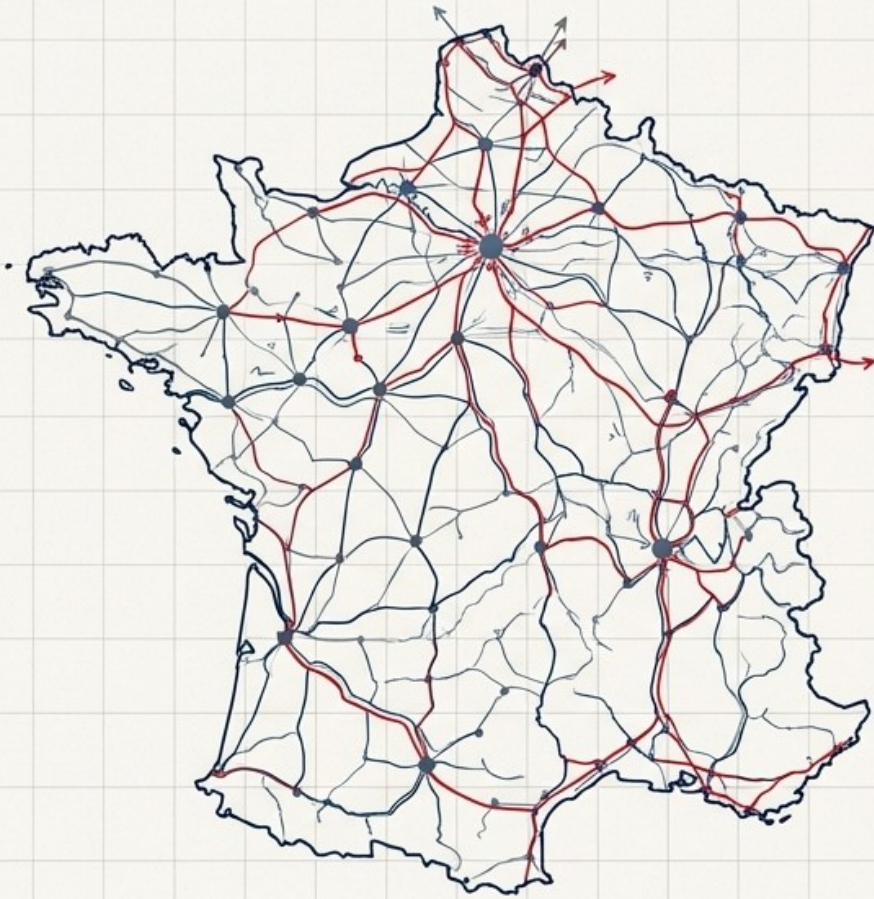
Pilier 3 : Créer des structures de promotion de la santé intégrées et participatives

Face au « pullulement et l'incohérence » des institutions existantes, la commission propose une nouvelle architecture pour décloisonner et coordonner les actions à tous les niveaux.



Éviter de créer de nouveaux services spécifiques pour des « populations à risques ».
Au contraire, il faut « rapprocher, coordonner voire intégrer ceux qui existent ».

Un plan directeur a besoin d'un système nerveux : l'information et la recherche.



Le rapport déplore les « graves lacunes épidémiologiques » et une recherche en santé publique « très sous-développée en France ».

On ne connaît pas bien l'état de santé des Français.

Propositions

Observation

Mettre en place un système d'observation de la santé, incluant des « observatoires de santé » régionaux et nationaux, pour objectiver les problèmes.

Recherche-Action

Favoriser une recherche « sur le terrain, impliquant tous les intervenants intéressés ». « En santé publique, c'est la prévention qui devrait donner sa légitimité à la recherche. »

Multidisciplinarité

Développer des recherches qui intègrent épidémiologie, sociologie, économie et sciences humaines pour appréhender la complexité.

Formation

Créer un corps « d'épidémiologistes de terrain » et réformer en profondeur la formation médicale pour y intégrer biostatistique, épidémiologie et sciences humaines.

1982-2025 : Un plan directeur dont la pertinence et la modernité restent intactes.

Quarante ans avant que ces concepts ne deviennent courants, le rapport de 1982 posait déjà les jalons de ce que nous appelons aujourd'hui :

Les déterminants sociaux de la santé

La démocratie sanitaire et la participation citoyenne

L'approche « Health in All Policies » (La santé dans toutes les politiques)

L'action « en amont » (Upstream intervention)

*Les obstacles idéologiques et structurels dénoncés en 1982 ont-ils vraiment disparu ?
Le constat d'une société qui « choisit ses morts » est-il devenu obsolète ?*

« À relire ce texte pionnier, force est de constater combien ses recommandations restent d'actualité quarante ans après, soulignant la pertinence et la modernité de la pensée qui l'a inspiré. »