

# Marc Billaud et Pierre Sujobert

## Le discours qui réduit les causes du cancer aux comportements individuels prend une place croissante

**V**oici venu le «cancer backlash» [*retour de bâton sur le cancer*]. Une offensive idéologique qui réduit les causes du cancer aux seuls comportements individuels. Le tabagisme et la consommation d'alcool sont évidemment des facteurs de risque majeurs qui doivent faire l'objet de politiques de prévention ambitieuses, mais, une fois cette priorité reconnue, a-t-on pour autant tout dit? Certainement pas. Pourtant, ce discours occupe une place croissante dans le débat public. Cette rhétorique est aujourd'hui relayée par des hebdomadaires généralistes, des blogs pseudo-démystificateurs, des réseaux sociaux, des revues se réclamant

**CETTE VISION  
RÉACTIONNAIRE  
BANALISE  
L'EXPOSITION  
À DES SUBSTANCES  
TOXIQUES POURTANT  
RECONNUES COMME  
CANCÉROGÈNES**

En minorant les déterminismes environnementaux, industriels et sociaux de la maladie, les tenants du «cancer backlash» légitiment la régression des politiques de santé publique, alertent le chercheur en cancérologie et le professeur d'hématologie

du rationalisme. Elle est aussi portée par certains acteurs du champ de la cancérologie.

Elle occulte les déterminismes environnementaux, industriels et sociaux du cancer au profit d'une lecture centrée sur les habitudes de vie, la génétique ou le hasard. La mise en évidence du rôle des conditions matérielles d'existence, environnementales comme professionnelles, relèverait ainsi d'une interprétation alimentée par une prétendue «hystérie médiatique». Le cancer backlash a pris de l'ampleur avec l'accumulation des preuves scientifiques sur les causes environnementales du cancer. Il s'est intensifié en réaction à l'engagement des scientifiques, des médecins et d'associations contre l'arrêt du plan Ecophyto, à l'adoption par les parlementaires de la loi sur l'interdiction progressive des substances polyfluoroalkylées (PFAS) et à la mobilisation de plus de 2 millions de citoyens contre la loi Duplomb.

La question du cancer est ainsi devenue un enjeu politique, au-delà de sa di-

mension sanitaire, ce que le discours du cancer backlash cherche précisément à neutraliser en rabattant la responsabilité sur les individus. Cette vision structure le discours politique, qui présente les cancers dits «évitables» comme relevant avant tout de «comportements vertueux», pour reprendre les mots du président de la République. La prévention se résume ainsi à une moralisation des conduites individuelles.

**La preuve absolue, instrument de déni**  
Les tenants de cet argumentaire exploitent les contraintes épistémiques de l'épidémiologie environnementale. Celui-ci doit analyser des expositions multiples, difficiles à quantifier à l'échelle individuelle, mais susceptibles de produire une morbidité importante à l'échelle de la population. Elle doit aussi tenir compte de longs délais de latence, d'effets cumulatifs tout au long de l'existence et de l'absence de dose seuil clairement définissable pour de nombreux cancérogènes. Cela ouvre la voie à un argument bien rodé: tant qu'un lien causal

irréfutable n'est pas établi, ou que le niveau de risque n'atteint pas celui du tabac, restreindre les expositions est jugé irrational. Sous ces faux-semblants de doute méthodologique, l'exigence de preuve absolue devient un instrument de déni des expositions environnementales et de disqualification de toute action de politique publique. Or, le Centre international de recherche sur le cancer a classé la pollution atmosphérique comme un cancérogène certain, et les programmes de biosurveillance de Santé publique France révèlent une exposition généralisée de la population à de nombreuses molécules cancérogènes. Ces données ne couvrent qu'une fraction des composés chimiques mis sur le marché, laissant entrevoir l'ampleur de la contamination des corps, des sols, de l'eau et de l'air, qui frappe d'abord les populations les plus vulnérables.

L'exposition professionnelle aux substances cancérogènes n'est ni marginale ni répartie au hasard: parmi les 2,73 millions de salariés concernés, plus de la moitié sont des ouvriers. Chaque année, en France, on estime qu'entre 16 000 et 34 000 cancers sont liés à des expositions professionnelles, un chiffre très probablement sous-estimé, dont à peine 1800 sont reconnus en maladies professionnelles. Les protagonistes du cancer backlash concèdent volontiers le rôle cancérogène de l'amiante, désormais incontestable, mais gardent le si-

lence sur l'ensemble des autres expositions professionnelles, pourtant massives et bien documentées. Silence aussi sur les fortes inégalités face à la maladie. Sur les six années d'écart d'espérance de vie entre cadres et ouvriers, près de 40% de la surmortalité masculine et 30% de la surmortalité féminine sont imputables au cancer. A localisation et stade équivalents, les personnes issues des milieux modestes meurent du cancer plus souvent et plus rapidement.

Le cancer backlash se pare d'un vernis scientifique, mettant en scène de prétenues controverses. Derrière cette façade se déploie une vision réactionnaire qui légitime la régression des politiques de santé publique, en France comme en Europe. Elle banalise l'exposition à des substances toxiques pourtant reconnues comme cancérogènes: pesticides, PFAS, chlorure de vinyle monomère, oxyde d'éthylène, cadmium, édulcorants de synthèse ou aliments ultra-transformés.

Ce discours discrédite les scientifiques alertant sur les risques environnementaux, qualifie leurs interventions de militantes, relègue toute mise en cause des responsabilités industrielles au rang de propagande et assimile l'invocation du principe de précaution à une forme de cancérologie punitive. Nommer ce cancer backlash, c'est dénoncer une stratégie qui voudrait faire croire qu'un bénéfice économique peut justifier un risque sanitaire, que tout serait choisi et rien subi.

Si la science est attaquée ouvertement outre-Atlantique, elle l'est plus insidieusement en France, notamment lorsque les connaissances scientifiques se traduisent en politiques de prévention susceptibles de menacer des intérêts économiques. Les mêmes logiques productivistes qui dérèglent le climat et dégradent la biodiversité fabriquent aussi une partie des cancers. Le nier, c'est choisir l'inaction au détriment de la santé publique. ■

**Marc Billaud** est directeur de recherche émérite au CNRS et dépend du Centre de recherche en cancérologie de Lyon. **Pierre Sujobert** est professeur d'hématologie à l'université Claude-Bernard Lyon-1 et aux Hospices civils de Lyon

## Hélène Rossinot En matière de santé publique, les injonctions blessent et culpabilisent

La spécialiste de médecine sociale souligne l'importance des liens entre inégalités socio-économiques et santé publique. Elle appelle l'Etat à agir pour modifier les conditions de vie plutôt qu'à multiplier les injonctions sur les pratiques individuelles

**L**es données s'accumulent. Rapport après rapport, le constat se répète. Le dernier baromètre de Santé publique France, paru le 11 décembre 2025, ne fait que confirmer ce que chercheurs, soignants et observateurs attentifs savent depuis longtemps: la santé est étroitement liée à la situation sociale.

L'écart est vertigineux, constant. Il suffit d'ouvrir ce rapport pour apprendre qu'en 2024 seuls 10,1% des plus aisés fument quotidiennement quand 30 % des moins aisés sont concernés, ou encore que les personnes se déclarant comme les plus à l'aise financièrement perçoivent plus souvent leur santé comme de bonne à très bonne (82,5 %), contre 50,4 % chez ceux rencontrant des difficultés financières, déclarent moins de limitations d'activité (16,3 %, contre 40,1 %) et présentent des prévalences plus faibles d'hypertension artérielle (18,6 %, contre 24,1 %) et de diabète (4,5 %, contre 9,5 %).

**Impact des politiques publiques**  
La France mesure ces inégalités. Elle les nomme, quantifie, documente avec sérieux. Mais, une fois les chiffres établis, quels choix en découlent? La réponse est aussi simple que désespérante: aucun, trop peu ou trop tard. Dans notre pays, tous nos espoirs reposent sur le système de santé et le système social. Le premier soigne, accompagne, compense. A ses côtés, le second soutient, indemnise, amortit. Mais tous deux n'interviennent bien trop souvent qu'en aval, lorsque la maladie est déjà là, lorsque la meilleure volonté du monde ne fait pas tout.

point critique, lorsque l'on ne peut plus faire autrement. Pendant ce temps, les politiques publiques qui influencent directement les conditions de vie – emploi, logement, environnement, finances, mobilités et tant d'autres – continuent à s'élaborer sans évaluation systématique de leur impact sur la santé.

On agit. On observe. On répare les dommages. Mais jusqu'à quand le tolétera-t-on? Et quand comprendra-t-on que la prévention ne peut fonctionner tant que l'Etat ne donne pas à ses citoyens les conditions nécessaires pour réussir?

Car, si dans le discours public, la prévention est devenue centrale, dans les faits, elle se traduit surtout par une responsabilisation accrue des personnes: mieux manger, mieux dormir, bouger davantage, éviter les conduites à risque... Les injonctions à modifier les comportements sont pleines. Sont-elles pour autant efficaces? Les sciences comportementales démontrent depuis de nombreuses années que la motivation individuelle ne suffit pas. Même la meilleure volonté du monde ne fait pas tout.

Le modèle de changement de comportement, dit «COM-B» – un des piliers du domaine – repose sur un constat simple: un comportement dépend à la fois de la capacité à agir, de la motivation et de l'opportunité réelle. Faire ses 10 000 pas par jour dans une ville où la température excède 30 °C et qui dispose de peu de trottoirs ou de transports en commun est bien plus qu'une simple question de motivation.

**FAIRE 10 000 PAS PAR JOUR DANS UNE VILLE OÙ LA TEMPÉRATURE EXCÈDE 30 °C ET QUI COMPTE PEU DE TROTTOIRS EST PLUS QU'UNE QUESTION DE MOTIVATION**

Si la motivation reste un facteur important, les conditions de vie peuvent rapidement dé-saccorder le piano du quotidien. De même, qui peut s'étonner que quelqu'un qui lutte pour avoir assez d'argent afin de nourrir ses enfants chaque mois ne priorise pas une alimentation saine, dont le coût augmente encore et toujours?

On répète inlassablement aux aidants de «prendre soin d'eux», tout en les abandonnant bien souvent dans des situations complexes où ils se retrouvent écartelés entre les soins à leur proche malade, âgé ou handicapé, un emploi à temps plein, qui est parfois sacrifié, et nos systèmes de santé et social, qui ne savent plus où mettre des panses bien insuffisants face à l'ampleur de la blessure. Comment imaginer que leur objectif soit autre chose que la survie? Ces injonctions blessent et culpabilisent, comme si la faute de leur souffrance était leur incapacité à faire mieux avec les maigres moyens qui leur sont donnés.

Ce constat est aujourd'hui bien documenté. Il ne relève ni de la psychologie individuelle ni de

l'idéologie. Il rappelle simplement que demander à chacun d'agir sans modifier les conditions dans lesquelles l'action est possible revient à déplacer la responsabilité sans transformer la réalité et interroge surtout la cohérence globale de nos choix collectifs.

### L'exemple de la Finlande

Certaines collectivités ont tenté d'adopter cette logique avec plus ou moins de succès. Le réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé demande, par exemple, à ses membres d'intégrer la santé dans les politiques locales d'urbanisme, de logement, de mobilité ou de cohésion sociale. L'idée consiste à ne pas exhorter les habitants à «faire mieux», mais à modifier les environnements pour rendre ces comportements possibles.

A l'échelle nationale, la Finlande est aujourd'hui le pays le plus avancé en la matière. L'intégration des impacts sur la santé fait partie du processus d'élaboration de leurs politiques publiques, y compris hors du champ sanitaire, selon le principe du «Health in All Policies» («la santé dans tou-

tes les politiques»). Pas question de retirer le pouvoir au politique, mais de rendre politiquement coûteuse l'ignorance d'un impact sanitaire documenté. La santé y est devenue un critère d'arbitrage, pas seulement un résultat à corriger après coup.

La France n'est pas en retard sur la connaissance. Elle dispose de données robustes, d'institutions solides, de stratégies explicites. Ce qui interroge n'est donc pas ce que l'on sait, mais ce que l'on accepte de faire de ce savoir. La vraie question n'est donc plus de savoir s'il faut faire de la prévention, mais plutôt de se demander pourquoi nous continuons de faire porter l'essentiel de la responsabilité de la santé de la population aux seuls citoyens, tandis que les choix publics qui façonnent les conditions de vie échappent largement à toute exigence de redévolabilité. ■

**Hélène Rossinot** est médecin spécialiste de santé publique et de médecine sociale. Elle est notamment l'autrice d'*Aidants, ces invisibles* (L'Observatoire, 2019) et de *Revivre malgré la douleur* (Robert Laffont, 2025)