

À propos de la 23e université d'automne de la Ligue des Droits de l'Homme : « La santé dans tous ses états : penser et agir pour les droits ! », Paris, 2 et 3 décembre 2017

Fabien Provost et Carine Périgard

Mots-clés : Ligue des Droits de l'Homme, santé, crise sanitaire, inégalité d'accès aux soins

1. Les 2 et 3 décembre 2017, s'est tenue à l'Espace Reuilly (Paris 12^e) la 23^e université d'automne de la Ligue des droits de l'homme (LDH). Cette rencontre était intitulée « La santé dans tous ses états : penser et agir pour les droits ! »¹ Organisée autour de quatre thématiques (droits à la santé et à la citoyenneté, santé et mondialisation, discriminations et inégalités, avancées technologiques et questions éthiques), elle a rassemblé des praticiens, des responsables associatifs et des chercheurs autour des analyses de la situation française et des préoccupations identifiées par la LDH.
2. La définition de la santé la plus couramment mentionnée est celle qui a été adoptée en 1946 par les représentants de 61 États, réunis à New York à l'occasion d'une conférence internationale sur la santé. Les participants se sont accordés sur la nécessité d'envisager la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social », qui « ne consisterait pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation mondiale de la Santé 1948). Les termes utilisés par les auteurs de cette définition reflètent une volonté de « penser au-delà de l'accent primordial de la médecine conventionnelle sur la maladie et son éradication » (Levin et Browner 2005 : 745).
3. Dans le contexte français, cet holisme sanitaire a pris la forme d'un « plan complet de sécurité sociale visant à assurer, à tous les citoyens, des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail » (Conseil National de la Résistance 1944). Concrétisant les réflexions et aspirations du Conseil National de la Résistance (CNR), les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 ont créé la sécurité sociale. Parallèlement à des changements socioculturels liés à une rapide réorganisation

¹ Le programme de cette manifestation est consultable à l'adresse suivante : <https://www.ldh-france.org/wp-content/uploads/2017/10/UA-LDH-PROGRAMME-20175.pdf> (consulté le 10.04.2018)

démographique du pays, cette mesure a contribué à de nombreuses avancées sanitaires parmi lesquelles, une amélioration de la santé materno-infantile et un allongement de la durée de vie moyenne. Pourtant, l'absence de maladie persiste comme référent essentiel dans les pratiques médicales et les sciences de la santé. L'ancrage institutionnel de cette conception reste profond alors même que se produisent désormais, en France comme dans plusieurs pays d'Europe, un renouvellement des attentes des patients ainsi qu'une reconfiguration des structures de santé.

4. L'expression « transition sanitaire » a été forgée pour désigner « la dynamique des facteurs qui ont conduit au progrès durable de l'espérance de vie » (Meslé et Vallin 2000). En France comme ailleurs, cette transition s'est caractérisée par un recul des maladies infectieuses, une diminution du taux de décès à la naissance et de la malnutrition, mais aussi par l'apparition de maladies chroniques — cancers et maladies cardiovasculaires — et de « maladies de société » telles l'exposition aux facteurs environnementaux, les troubles liés au travail, à l'alcool et au tabac. Ce phénomène repose sur un substrat biologique, mais aussi sur une plus forte capacité des médecins à identifier et à traiter des pathologies non mortelles, enfin, sur une élévation des attentes des patients (Johansson 1991).
5. Par ailleurs, des mesures de restriction ont lieu depuis les années 1980 sur l'ensemble des budgets publics. Ces mesures financières ont engendré une remise en cause du modèle de l'État-providence dans le champ de la santé au profit de l'apparition d'acteurs privés, de la transformation des modes de gestion dans les établissements publics, d'une réorganisation spatiale de l'offre de santé, etc. En d'autres termes, les structures mises en place à la sortie de la Seconde Guerre mondiale semblent aujourd'hui en voie de reconfiguration, si ce n'est de délitement.
6. De nombreux thèmes et débats abordés lors de cette université d'automne s'inscrivent directement dans ce contexte. Cette recension n'a pas vocation à restituer le contenu de l'ensemble des interventions. Elle propose plutôt de réfléchir à ce que certains nomment « crise sanitaire ». Celle-ci pourrait constituer une crise conceptuelle, celle d'un modèle de la santé hérité de la biomédecine et peinant à faire face à la fois aux pathologies chroniques, aux nouvelles attentes des patients en matière de santé et aux enjeux posés par les transformations en cours des structures sanitaires.

L'écologie contemporaine de la santé

7. Les campagnes menées par le Réseau Environnement, Santé² reviennent en quelque sorte à une préoccupation ancienne d'origine hippocratique : l'intégration conceptuelle de l'organisme humain dans son écosystème. Plusieurs intervenants, membres de ce groupe, ont proposé dans cette logique de réfléchir aux conditions d'une politique de santé publique intégrant le savoir interdisciplinaire acquis sur les relations entre environnement et santé.
8. Un autre ensemble d'interventions s'est concentré sur les liens entre santé et conditions de travail. La psychologue Marie Pezé et l'ergonome Sophie Prunier-Poulmaire (Université Paris Nanterre) se sont toutes deux intéressées à l'épidémie actuelle de troubles psychiques liés au travail. Pour la seconde, certaines formes d'organisation professionnelle (le travail en « 3 x 8 », l'usage intensif des télécommunications, les « open spaces », etc.) affectent profondément la qualité de vie. Des études visant à mesurer l'impact sur les corps au travail de la violation des rythmes biologiques tendent à établir une relation entre ces modifications et des perturbations du sommeil, des problèmes gastro-intestinaux ou cardiovasculaires, des troubles de la fertilité et des cancers (ANSES 2016).
9. Cette université d'automne a également posé la question des déterminants de la « santé sous contrainte », en s'intéressant à la situation sanitaire des personnes âgées dépendantes, des personnes atteintes de handicaps et des détenus. Romain Gizolme, directeur de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA), a souligné que l'environnement social constitue un paramètre important pour la santé des seniors. Celles-ci sont, plus que d'autres, exposées à la dépression et à l'isolement social. L'importance d'un accompagnement humain et de l'accessibilité des structures a également été évoquée par Pascale Ribes au sujet de la santé des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Pour ce qui concerne le monde carcéral, Adeline Hazan, contrôleur générale des lieux de privation de liberté, a rappelé que, tandis que les prisons connaissent des taux de morbidité élevés, elles ne permettent pas systématiquement aux détenus d'accéder aux soins qui leur seraient prodigués en dehors. Son intervention a notamment souligné les difficultés liées à la prise en charge des maladies mentales.
10. Si plusieurs interventions ont montré la pertinence d'une conception étendue de la santé, tenant compte de la physiopathologie individuelle et de l'influence du milieu de vie, d'autres se sont plus expressément penchées sur les diverses formes d'inégalités dans la santé et l'accès aux soins. La relation à un milieu de vie, envisagée sous l'angle de son façonnement par les structures économiques dominantes, a mis en évidence les

² Collectif regroupant des associations professionnelles, des collectifs de malades et des ONG, travaillant à plusieurs niveaux à promouvoir la santé environnementale.

déterminants spatiaux et sociaux de la santé.

Des dynamiques sociospatiales inégalitaires

11. La santé en France se caractérise par des inégalités géographiques considérables. Le géographe Stéphane Rican (Ladyss, Université Paris Nanterre) a rappelé, cartes à l'appui, que l'augmentation de l'espérance de vie qu'a connue la population française au cours du XXe siècle a davantage concerné les zones touchées par des vagues d'urbanisation intensive au cours des années 1950 et 1960. Ces disparités à l'échelle du pays sont aujourd'hui discutées sous l'angle des « déserts médicaux »³. Cette problématique se combine à celle des inégalités dans l'accès aux soins à l'échelle d'une ville, d'un quartier ou d'un bloc résidentiel. Rican a pris pour exemple le cas de la ville de Trappes, marquée par d'importantes inégalités territoriales intra-urbaines. Selon Anne Gervais, hépato-gastro-entérologue (Assistance Hôpitaux - Hôpitaux de Paris), les inégalités tiennent notamment à la répartition de l'offre de soins. Elle a formulé plusieurs recommandations dont l'ambition est la mise en place d'un maillage territorial fin grâce à des innovations techniques (recours à la télémédecine), politiques (régulation des installations), structurelles (réseaux « ville-hôpital ») et économiques (généralisation du tiers payant).
12. Les interventions de Rican et Gervais invitent à réfléchir à l'enchâssement des paramètres sociaux dans ces inégalités spatiales. Antoine Math (IRES), économiste de la santé, a insisté sur cette articulation de l'économique, du social et de la santé grâce à des résultats chiffrés. Selon lui, malgré la généralisation des assurances complémentaires, le montant des « restes à charge », l'ignorance des tarifs demandés, les avances de frais, etc. expliquent en grande partie le renoncement au soin. L'économiste Philippe Batifoulier (CEPN, Université Paris 13) a, lui aussi, évoqué les difficultés du système sanitaire français à réduire les inégalités d'accès aux soins et les disparités de morbidité. Il en a donné plusieurs raisons, au premier rang desquelles il place le glissement progressif des dépenses de santé du secteur public vers le secteur privé.
13. Les renoncements aux soins sont en voie d'exacerbation du fait, notamment, de la pérennisation du rôle des acteurs privés et de leurs méthodes de gestion dans le champ de la santé. Les chaînes de cliniques sont apparues dans le cadre de la restructuration de l'hôpital conduite à la fin des années 1990 en France. Dans certaines zones, ces cliniques privées se trouvent aujourd'hui en situation de monopole. De surcroît, les groupes privés

³Selon Castaigne et Lasnier, l'expression « désert médical » renvoie à une problématique d'« accès aux soins très difficile selon le lieu de résidence des individus » (Castaigne et Lasnier 2017 : 8).

qui ont pour logique d'augmenter leur taux de rentabilité, revendent ou ferment leurs établissements après quelques années (Pierru et Granger 2012). Les effets à long terme de cette politique auraient mérité une discussion plus approfondie au cours de cette université, tant sont fréquentes les annonces de rachats d'hôpitaux et de groupes.

14. Plusieurs interventions basées sur des expériences concrètes suggèrent que certaines des difficultés du modèle sanitaire français pourraient être dépassées grâce à des initiatives reposant sur une vision plus holiste de la santé. Si elles sont le fait de praticiens formés et revendiquant une médecine allopathique, elles montrent cependant les bénéfices d'une approche de la santé qui ne se limite pas à de seules dimensions biomédicales.

La promotion de conceptions étendues de la santé

15. Didier Ménard, ancien médecin généraliste, a évoqué à ce titre les problèmes de santé que présentent spécifiquement les migrants et les personnes en situation de précarité prises en charge à *La place santé*, centre médical situé dans un quartier populaire de Saint-Denis (93). Le public de ce centre, reçu en qualité de « patients », présente la plupart du temps des problèmes partiellement résolus par les approches biomédicales. C'est pourquoi des médiatrices ont été nommées en conformité avec le rôle que prescrit pour elles la loi de santé de 2005. Elles explicitent au médecin les demandes de son patient et informent ce dernier des possibilités médicales et sociales offertes par le centre. L'institutionnalisation d'un centre médical dont les objectifs portent tant sur les dimensions sociales que biomédicales fait de cette initiative une « entreprise de morale » (Becker 1985), dont l'objet dépasse le simple cadre du soin médical. Ce centre promeut une éthique du soin étendue qui rend indissociables les besoins médicaux et non médicaux en matière de santé. De la même façon, en s'appuyant sur l'exemple de la maison de santé de Gennevilliers (92), Martine Lalande, médecin généraliste, a défendu une organisation pluri professionnelle, fonctionnant en réseau avec l'hôpital, tournée à la fois vers des actions de soins et de prévention.
16. « La tarification à l'activité » (T2A) mise en œuvre en 2005 pour financer les établissements de santé en fonction de leur niveau d'activité avait pour objectif avoué de conduire à une réduction des dépenses de santé. Toutefois, en encourageant les hôpitaux publics à favoriser les soins ambulatoires, ce mode de tarification a restreint les possibilités des équipes soignantes de se saisir des différentes problématiques auxquelles les patients font face, au-delà d'une simple hospitalisation. Minoritaires, mais disséminées dans plusieurs régions françaises, les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) échappent

à ce mode de financement. Selon Claire Georges-Tarragano, présidente de l'association Collectif PASS, les PASS défendent l'existence d'un lieu hospitalier où les pathologies chroniques, les psychotraumatismes, les polyopathologies, etc. sont pris en charge en dehors de la T2A, dans une perspective d'individualisation des soins et d'éthique du *care*. Elle a encouragé le développement de recherches montrant les possibilités offertes par ces structures qui intègrent à la fois les acquis de la physiopathologie et de la santé environnementale.

17. Les interventions n'envisagent pas exclusivement les politiques de santé et les espaces du soin comme les lieux du renouvellement des conceptions de la santé. Plusieurs d'entre elles suggèrent aussi comment le judiciaire peut y participer. Prenant appui sur le cas des entreprises concernées par l'amiante, Annie Thébaud-Mony (INSERM) a décrit les enjeux d'une pénalisation des employeurs en cas d'exposition délibérée des travailleurs à des substances toxiques. Le juriste Michel Miné (CNAM), quant à lui, a évoqué l'obligation légale des employeurs d'assurer la santé et la sécurité de leurs employés. Il a mentionné plusieurs exemples de recours juridiques à la notion de « faute inexcusable » commise par l'employeur et à l'interdiction du maintien de formes d'organisation s'avérant nuisible. En conduisant à la suppression d'outils de surveillance et d'évaluation de la performance des employés qu'ils jugent pathogène, des tribunaux ont joué un rôle dans l'interprétation et la mise en œuvre de politiques de santé.
18. Pour conclure, la Ligue des droits de l'homme prône une santé globale avec des structures renouvelées, tant dans leur conception que dans leurs modes de fonctionnement. Afin de proposer des solutions à la « crise sanitaire », les intervenants de ces deux journées se sont largement appuyés sur des questions anciennes de la sociologie et de l'anthropologie de la santé, telles que les inégalités d'accès aux soins.
19. À nos yeux, ils ont également soulevé une autre question, celle de la pluralité des conceptions de la santé représentées dans ces différentes initiatives, et de leurs convergences et divergences avec le système de santé en place. La définition de la santé à l'œuvre en France prolonge l'idée ancienne de la « bonne santé » définie comme une absence de maladie. Cette définition se heurte aujourd'hui à d'autres pratiques qui véhiculent leur propre vision de la santé. Dans le seul domaine biomédical, on peut mentionner la médecine préventive, centrée sur les modes de vie et une conception d'un corps humain toujours « à risque ». D'une autre manière, la santé environnementale, liée à ce même modèle, insiste sur les liens unissant tout être humain à son milieu de vie. Ces deux exemples confirment l'indissociabilité de la santé et des configurations sociales et économiques. Les attentes des usagers des services de santé sont en partie influencées par ces courants, mais la médecine allopathique n'est pas l'unique moyen de leur apporter des

réponses. De nombreux prestataires de service ont bien compris la nature de ces attentes et ont contribué à la formation de ce que Pordié (2011) a nommé une « industrie du bien-être ». Du point de vue de ceux qui y ont recours, les médecines alternatives, l'aromathérapie, le yoga, l'ayurveda, l'acupuncture, l'homéopathie, différentes formes de méditation, etc. contribuent à un meilleur état de santé. Les thérapies proposées dans ce cadre « incarnent des valeurs morales et une certaine vision du monde qui exercent un pouvoir de séduction remarquable dans les sociétés urbaines » (*ibid.* : 4)

20. À l'exception de certaines interventions, les invités se sont principalement focalisés sur l'accessibilité et le financement des soins qui relèvent de la médecine allopathique. Pourtant, l'expérience européenne en la matière montre que des pratiques non allopathiques du bien-être ont été introduites au sein de certains espaces qui lui sont traditionnellement réservés. Par exemple, homéopathie, yoga, massages et aromathérapie sont pratiqués et pris en charge dans plusieurs hôpitaux publics reconnus par le *National Health Service* en Grande-Bretagne (Blanchard et al. 2006). En Suisse, l'assurance obligatoire des soins couvre les « médecines complémentaires », à titre expérimental depuis la fin des années 1990 et de façon définitive depuis le 1^{er} août 2017 (Office Fédéral de la Santé publique 2017). En France, un décret récent, promulgué le 1^{er} mars 2017, prévoit la prescription du sport dans le traitement des affections longue durée. Toutefois, les recommandations de la Haute Autorité de Santé mentionnent seulement certaines « thérapies complémentaires ». Par ailleurs, si certaines mutuelles remboursent partiellement l'homéopathie, la chiropraxie et l'ostéopathie, l'assurance maladie ne prend en charge que certains traitements homéopathiques et ne couvre pas les deux dernières. En France, les pratiques non allopathiques du bien-être n'ont pas encore une place bien définie aux côtés de celles relevant du biomédical. Si la santé peut raisonnablement être envisagée, comme le souhaite l'OMS, comme « un état de complet bien-être », un long chemin reste à parcourir pour que cette conception soit effective en France. Dans cette perspective, les études sociologiques et anthropologiques sur la santé qui s'intéressent, à partir de contextes occidentaux et non occidentaux, au large éventail de pratiques et de ressources grâce auxquelles les individus pensent et recherchent leur bien-être, peuvent avantageusement enrichir les politiques de santé.

Bibliographie

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, 2016, Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit, rapport ANSES Maisons-Alfort, juin [en ligne], <https://www.anses.fr/fr/system/files/AP2011SA0088Ra.pdf> (consulté le 01.04.2018).

Becker Howard S., 1985 [1963], *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris, Métailié.

Blanchard Nicolas, Fagnani Francis et Gadenne Sabine, 2006, *Étude documentaire sur les professions d'ostéopathe et de chiropracteur en Europe : Belgique, Royaume-Uni, Suède, Suisse*. Saint-Denis/Bourg-la-Reine, Haute Autorité de Santé / CEMKA-EVAL [en ligne], https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etude_doc_osteopathe_chiropracteur.pdf (consulté le 01.04.2018).

Castaigne Sylvie et Lasnier Yann, 2017, *Les déserts médicaux*. Avis du CESE, Paris, Les Éditions des Journaux officiels, décembre [en ligne], http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_27_deserts_medicaux.pdf (consulté le 07.07.2018).

Conseil national de la Résistance, 1944, *Charte du Conseil National de la Résistance*. [En ligne], http://cache.media.eduscol.education.fr/file/droits_homme/19/8/

[Programme du Conseil national de la Resistance 319198.pdf](#) (consulté le 01.04.2018).

Johansson S. Ryan, 1991, « The Health Transition: The Cultural Inflation of Morbidity During the Decline of Mortality », *Health Transition Review*, vol. 1, n° 1, p. 39-68.

Levin Betty Wolder et Browner Carole H., 2005, « The Social Production of Health: Critical contributions from Evolutionary, Biological, and Cultural Anthropology », *Social Science and Medicine*, vol. 61, n° 4, p. 745-750.

Meslé France et Vallin Jacques, 2000, « Transition sanitaire : tendances et perspectives », *Médecine/Sciences*, n° 16, p. 1161-1171.

Office Fédéral de la Santé publique, 2017, « Médecine complémentaire : nouvelles règles de remboursement ». Communiqué de l'Office fédéral de la Santé publique. Berne, juin [en ligne], <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-67050.html> (consulté le 11.10.2018).

Organisation mondiale de la Santé, 1948, « Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé », *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n° 2, p.100-109.

Pierru Frédéric et Granger Bernard, 2012, *L'hôpital en sursis. Idées reçues sur le système hospitalier*. Paris, Le Cavalier bleu.

Pordié Laurent, 2011, « Se démarquer dans l'industrie du bien-être. Transnationalisme, innovation et indianité », *Anthropologie & santé*, n° 3 [en ligne], <https://anthropologiesante.revues.org/805> (consulté le 31.03.2018).

Notice biographique

Fabien Provost est doctorant en ethnologie à l'université Paris Nanterre, affilié au Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparée (LESC). Sa thèse, intitulée *Anthropologie de l'expertise médico-légale en Inde du Nord*, s'appuie sur une enquête de terrain de plus d'un an, menée auprès de trois morgues d'Inde du Nord. Son travail porte sur l'écriture des rapports de médecine légale rédigés par des médecins légistes à des fins judiciaires. Il a publié plusieurs articles notamment « Bodily signs and case history in Indian morgues: what makes a medico-legal autopsy complete? » (*Human Remains and Violence*, vol. 3, n° 2, 2017) et codirige un numéro de la revue *Purushartha* sur la problématique du bien-être dans les hôpitaux en Inde (à paraître en 2019).

Carine Périgard est médecin généraliste dans un centre de santé à Paris. Elle est ancienne interne des hôpitaux de Rouen. Sa thèse est consacrée aux indicateurs de qualité dans les systèmes d'information hospitaliers.

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document. Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

Éditeur : Association française d'ethnologie et d'anthropologie

<http://lecturesanthropologiques.fr>

© Tous droits réservés