

Lu: Promenade dans « Les mondes de la santé publique », Excursions anthropologiques.*

Didier Fassin a sous-titré son livre *Excursions anthropologiques*. Allons-y pour l'excursion.

Présenté par **Pierre Volovitch**
Économiste

Les passages en italique sont recopiés dans le livre. Le reste est une tentative de restituer le contenu du livre. Ceux qui ont l'habitude de marcher dans « les mondes de la santé publique » vont retrouver ici des chemins qu'ils connaissent bien. Qu'ils n'hésitent pas à prendre des raccourcis en sautant un ou deux paragraphes.

Dans l'excursion, il arrive que l'on musarde. Mes « musardages » sont justifiés à droite.

J'espère que mes écarts par rapport au chemin balisé n'apparaîtront pas trop saugrenus.

Bon, comme vous l'avez sans doute déjà deviné, l'objectif, c'est de vous donner envie de lire *Les mondes de la santé publique*, et, qui sait, d'y ajouter vos propres « musardages ».

Avec la Covid nous avons *une expérience sans précédent. La Police sanitaire est ici la forme la plus commune qu'a prise la santé publique*. Nous nous sommes familiarisés avec un vocabulaire qui ne nous était pas habituel : *gestes barrières, tests, isolement des malades, recherche des « contacts », annonce de traitements, compétition vaccins, comptage public quotidien, surveillance informatique*.

Naissance de la santé publique

Avec la Covid et, d'un seul coup, *les aspects les plus triviaux comme les plus essentiels de l'existence ont été déterminés en fonction de ce que disaient les experts. Implications considérables sur la vie de millions de gens*.

Or, *pour affronter un tel événement une société doit s'appuyer sur autre chose que des expertises*.

Les champs de la santé publique sont vastes (et souvent mal couverts) : *hygiène collective, éducation sanitaire, surveillance épidémiologique, lutte contre les infections, prévention des maladies, protection de l'environnement, organisations des soins, contrôle des médicaments, vérification des conditions de travail, administrations des professions médicales...*

Didier Fassin décide de commencer ses « excursions » en nous « racontant » l'histoire du saturnisme infantile

qui va lui servir de point d'appui dans plusieurs des chapitres qui viennent. Une histoire française qui commence par le décès d'un enfant en 1987. Il est mort d'une maladie que l'on croyait si bien disparue que le diagnostic n'est établi qu'à la veille de sa mort. La recherche de la cause va être longue. On s'égaré dans des pistes improbables avant d'arriver, enfin, au rôle des peintures écaillées dans des logements vétustes. Nous avons ici la liste longue de toutes les fausses pistes envisagées. Les parents des enfants malades venaient très majoritairement d'Afrique subsaharienne. On a donc été cherché du côté des ustensiles de cuisine « africains », du maquillage des mères, de la pratique religieuse – en soupçonnant l'encre que l'on utilise pour recopier les sourates... –, on a tenté de trouver dans des pratiques « culturelles » la cause de la maladie.

En 1987 on dénombrait 10 enfants victimes de saturnisme dans les hôpitaux. En 1999, un rapport de l'Inserm évalue à 85 500 la population d'enfants menacés. Pour qu'un problème de santé publique existe, il faut qu'il soit porté par des acteurs. Les victimes ici sont des migrants qui n'ont d'autre choix que de loger dans des logements indignes. De la difficulté quand on est dominé d'avoir la parole.

La cause principale est l'usage de peintures au plomb. On connaît depuis le XIX^e siècle les dangers du plomb. En 1948, on a interdit l'usage des peintures au plomb pour les professionnels. On a continué à vendre des peintures au plomb aux particuliers jusqu'en 1993. Grandeur et misère de la mise en place de réglementations sanitaires.

On était parti d'un problème médical repéré à l'hôpital et on arrive à un problème social. On sait le résoudre. Mais combien ça coûte ?

Avec précision – je passe ici sur beaucoup d'épisodes importants – Didier Fassin raconte les difficiles « passages » *d'un raisonnement diagnostique à une rationalité probabiliste, de l'individu à la population, de la biologie à l'épidémiologie, du curatif au préventif et des mobilisations d'acteurs* indispensables pour que

ces « passages » adviennent, pour que le problème devienne *politiquement audible et socialement recevable*.

Conclusion de ce premier chapitre : *Un problème de santé publique n'existe pas en soi, il doit être construit.*

La vérité du chiffre

Les chiffres sont omniprésents seuils, effectifs, fréquences, probabilité, tests statistiques...

Discuter la vérité du chiffre. Les enjeux sont cognitifs et ils sont surtout politiques. Le but ici est de décrire le monde, mais aussi d'agir sur lui. Les chiffres sont réels ET ils sont construits. Avant de calculer un chiffre, on a fait des choix. Les chiffres sont la principale caution scientifique de la santé publique.

Il existe des alternatives : « santé communautaire », les « soins de santé primaire » qui utilisent des méthodes qualitatives et participatives impliquant des ressources humaines locales (y compris les habitants). Mettant en lumière le rôle des déterminants sociaux. L'usage du chiffre est le mode dominant, parfois hégémonique. Ceci pose plusieurs problèmes :

- On ne quantifie que ce qui est quantifiable (le gars qui cherche sa clef non là où il l'a perdu, mais là où il y a de la lumière...). Ce qui ne peut se mesurer ne mérite pas d'être mis en œuvre. On voit bien qu'alors des pans entiers de la vie sociale sont ignorés.

- L'évaluation chiffrée si elle est adéquate en un lieu ne l'est pas nécessairement dans un autre.

- La quantification va vers des solutions simples et strictement techniques. On écarte alors les réponses plus profondément transformatrices.

Ici, en illustration, Didier Fassin « la guerre des vers » en Afrique. Quels choix « rentables » pour les « campagnes de déparasitage » des enfants. Et l'illustration est très instructive.

Conclusion : *les statistiques ne décrivent jamais simplement le réel. Elles le construisent, l'interprètent, le manipulent. Elles le racontent.*

Frontières épistémiques

Que faire des affections revendiquées par des patients, récusées par les médecins ?

Nous sommes ici face à l'*émergence disputées de nouvelles affections. Qui détient la légitimité et l'autorité de définir le territoire de la pathologie. Les malades arguent de leur subjectivité, les médecins la récusant au nom de l'objectivité*

Ici, de nouveau, à partir d'une situation concrète : le « syndrome de la guerre du golfe », Didier Fassin approfondit. Après la guerre d'Irak, des soldats *se plaignent de symptômes variés non rattachés à une pathologie connue*. Pour savoir quelles pourraient être les causes, il faudrait rendre public *la vérité au sujet des armes et des produits utilisés*. Et s'il y a un lien entre les armes, les produits et les symptômes il faudrait... indemniser. *La loi des frontières épistémiques*

est celle de l'autorité. Savoir du côté de l'objectivité, expérience du côté de la subjectivité. Il faut constituer une légitimité, des mobilisations et des alliances.

Là aussi, il va falloir des acteurs, il va falloir qu'ils passent des alliances avec des scientifiques, et il va falloir qu'ils aient accès aux médias.

Thèses conspirationnistes

Revenant sur l'exemple du Saturnisme, Didier Fassin pose la question. Quand est-on face à de l'ignorance, à partir de quand est-on face à une véritable conspiration du silence ?

Le mot complot a perdu sa capacité de dénonciation. Le mot complot ne sert plus guère à critiquer ceux qui conspirent mais ceux qui proclament de fausses conspirations.

Didier Fassin voit dans la dénonciation des thèses conspirationnistes une tentative de s'attaquer à la pensée critique.

Et j'avoue ne pas être totalement convaincu par la distinction qu'il tente.

Plutôt que de traiter les thèses conspirationnistes par la dénonciation, l'étonnement, l'indignation, la moquerie, il pense qu'il faut les prendre au sérieux – elles comportent parfois une part de vérité, elles éclairent souvent une vérité plus profonde sur la société qui les produit. Comprendre ce qu'elles signifient, ce qu'elles nous disent du monde

À l'appui de cette démarche, il revient sur les débats provoqués par l'arrivée du Sida en Afrique du sud. Débat qu'on ne peut comprendre sans prendre en charge *l'héritage historique de la santé publique particulièrement lourd en Afrique du Sud*. Et c'est tout à fait intéressant.

Mais que nous « disent sur le monde » tel qu'il est les thèses conspirationnistes ici et aujourd'hui ?

Ce n'est pas ici que l'on aura la réponse.

Critiques éthiques

Comment passe-t-on de d'une situation critique à une crise ? Poursuivant dans la démarche du livre Didier Fassin détaille la lutte pour la qualité de l'eau à Flint (Michigan – États-Unis) et la « crise des opiacés » (États-Unis).

Flint : une situation économique désastreuse : fermeture des usines Général Motors. Une ville que les couches moyennes (majoritairement blanches) quittent et dans laquelle les couches populaires (ici majoritairement noire) s'entassent. Une « nécessité », dans une ville qui s'appauvrit, de faire des économies. La remise en route d'un ancien réseau de canalisation. Les maladies liées à la mauvaise qualité de l'eau... Ici encore, il va falloir des acteurs. Des acteurs au départ faibles puisqu'ils sont issus d'une population dominée...

Qui a autorité de faire exister une crise ?

Opiacés : après 2010, les données démographiques américaines montrent que l'espérance de vie des ou-

vriers blancs diminue ! Situation jamais enregistrée. Ici aussi il faudra des acteurs et du temps pour que le rôle de l'usage des opiacés dans le traitement de la douleur – puissamment promue par les trusts pharmaceutiques – soit clairement identifié.

Exils précaires

Revenant, comme dans chaque chapitre du livre, sur le saturnisme infantile, Didier Fassin revient sur l'apparente cécité des professionnels de santé face à l'évidence de l'origine africaine de la quasi-totalité des enfants malades. Cette cécité s'accompagne de la multiplication des interprétations culturalistes.

Comment prendre en compte le fait que les victimes ne sont pas seulement des sous prolétaires, mais que leur condition est aussi déterminée par leur couleur de peau. Dès lors ce n'est pas l'immigration qui est en cause, c'est la ségrégation.

Penser les relations immigration/santé ne peut se faire sans inclure la question raciale. Et la question n'est pas quelle est leur race, mais quel comportement social est lié à leur « race ».

Didier Fassin revient sur le fait que dans ce domaine, la santé publique a longtemps été instrumentalisée. Les immigrés étant perçus tout à la fois comme vecteurs de maladie, fardeau pour l'économie, menace pour l'identité.

Ne pas s'attacher à la qualité des personnes mais aux formes de vie que les circonstances leur imposent.

Épreuves carcérales

Dans ce chapitre, Didier Fassin revient sur les liens, variables dans le temps, entre la « prise en charge » des malades mentaux et l'enfermement des délinquants.

C'est intéressant et important, mais je n'ai pas bien vu le lien avec le reste du livre...

Lecture de la pandémie

L'impréparation ou la difficulté de prendre au sérieux la probabilité d'un événement rare.

Quand j'étais prof dans le secondaire, j'avais découvert le métier d'un père d'élève.

Il travaillait à la Préfecture d'Indre-et-Loire. Il tenait à jour la liste des boulangers et des minoteries du département

pour pouvoir agir en cas de crue (et alors d'inondation) de la Loire.

Plus tard, au ministère de la Santé, j'avais découvert qu'il existait un fonctionnaire qui tenait à jour la liste des chirurgiens capables de faire de la chirurgie en situation de catastrophes (sans électricité, sans les outils modernes) : de la chirurgie « sanglante ». Si le nombre de chirurgiens de ce type tombait au-dessous d'un nombre fixé à l'avance, on mettait en place les formations nécessaires.

Pourquoi, quand, comment ces démarches de « préparation aux événements rares » ont-elles disparu ?

Réduction des dépenses publiques en matière de santé.

Dans cette crise, et alors que le calcul économique envahit tout, il y a un calcul que personne (à ma connaissance) n'a fait.

Comme chacun sait, la réduction des dépenses hospitalières – qui ont rendu les hôpitaux incapables de faire face à la crise – ont pour but de « faire des économies ».

Comme chacun sait « l'Assurance n'est chère qu'Avant l'accident ».

Si on prenait en compte l'ensemble du coût de la crise.

Et si on calculait quel aurait été le coût du maintien de lits Avant la crise pour que l'hôpital soit capable d'absorber le choc.

Et si on comparait le coût de ces « lits de précaution » (dépenses que nous n'avons pas voulu faire) au coût de la crise ?

On arriverait sans doute au fait que les économies d'hier nous ont coûté très cher aujourd'hui.

Les pays les mieux préparés et les plus réactifs ont généralement moins souffert que les autres. Le degré de préparation, la qualité de la réponse, la compétence des autorités et leur sincérité vis-à-vis du public auront été des éléments essentiels pour interpréter les différences de performances épidémiologiques et économiques entre pays. Urgence versus examen démocratique – négligence des causes structurelles.

Didier Fassin fait ces remarques qui me semblent tout à fait intéressantes. Puis l'ayant faite, il ne dit rien de l'état des Agences Régionales de Santé ni, plus largement, de la faiblesse, voire de l'inexistence, des outils et procédures utiles pour mettre en place une démocratie sanitaire. Un point important sur lequel il faudra revenir...

Didier Fassin revient sur l'épisode de l'hydroxichloroquine.

Et je me rends compte qu'il y a des gens qui ont été des partisans de l'hydroxichloroquine et sont aujourd'hui des adversaires de la vaccination.

Comment articuler les deux positionnements ?

On entend à peine la voix des habitants des quartiers populaires.

Le confinement n'a pas été une mesure universelle. Modalités de réalisation très différenciées selon les territoires. La Seine-Saint-Denis, département le plus pauvre, le plus dense (x64 la moyenne nationale), où la proportion d'immigrés est la plus forte (x3 la moyenne nationale), où le taux d'équipement hospitalier est 4 fois inférieur à celui de Paris, a été le département le plus touché. En pandémie, toutes les vies ne se valent pas.

* **Didier Fassin**, *Promenade dans « Les mondes de la santé publique », Excursions anthropologiques. Cours au collège de France 2020-2021*, Seuil, septembre 2021, 350 pages.