

Santé et libre choix, ça ne passe pas ?

Les politiques de santé publique visent à imposer des pratiques thérapeutiques ou préventives au nom du collectif. La réalité anthropologique, elle, est plurielle, complexe et se construit sur le libre choix de chacun en matière de santé.

Catherine Thomas

Anthropologue, chargée d'enseignement en anthropologie de la santé

Pluralité thérapeutique et liberté de choix

Lorsqu'elle était enfant, Caroline a connu le recours aux guérisseurs de sa région pour certains maux et celui au médecin de famille pour d'autres. Aujourd'hui mère de famille, elle consulte généralement un naturopathe pour elle et ses enfants, qui répond la plupart du temps à ses attentes. Elle est attentive à son hygiène de vie et à son alimentation et est globalement en bonne santé. Elle ne comprend pas pourquoi elle devrait justifier, pour des actes de sa vie privée (aller à la médiathèque avec ses enfants, manger au restaurant avec ses collègues, etc.) de son état de santé ou de sa sérologie à une maladie en particulier.

Le médecin traitant de Jean est généraliste, lorsqu'il a un souci de santé, il se tourne vers lui en premier recours. Cependant, il lui arrive de ne pas observer à la lettre les prescriptions ou de choisir en second recours une méthode complémentaire (homéopathie, acupuncture, énergéticien). Il exprime ses craintes envers l'approche biomédicale qu'il juge par moments trop invasive ou iatrogène. Il réfléchit souvent à deux fois avant d'accepter un traitement ou une intervention médicale en cherchant des alternatives possibles, en consultant des avis extérieurs. Il se sent oppressé par la menace d'une obligation vaccinale concernant son corps de métier.

Il existe une pluralité des pratiques en matière de santé, des manières de s'adapter à l'offre de soins. Lorsque l'État, au nom de la santé publique, tend à imposer une seule façon de faire, cela ne peut que nous questionner sur les frontières (théoriques et pratiques) entre le concept de « santé collective » et la liberté de choix qui s'inscrit dans la complexité des réalités de vie.

Regard anthropologique et questionnements

J'ai été formée à la recherche en sciences humaines et sociales. Cette formation universitaire s'est appuyée sur mon intérêt pour la diversité humaine et a accru mon souhait de comprendre les façons de faire et de

penser des uns et des autres, individuellement et collectivement. L'exercice anthropologique, tel que je le conçois, à défaut d'être toujours appliqué ou applicable, est toujours impliqué.

La rigueur de la méthode qualitative en sciences sociales réside dans la capacité à entendre pleinement les récits qui nous sont livrés, à construire notre compréhension des événements au plus proche des expériences vécues, ressentis par les personnes que nous rencontrons et dont nous souhaitons partager les points de vue. Lorsqu'il donne la parole aux minorités, à des individus isolés, l'anthropologue fait fi de toute hiérarchisation de la pensée pour rétablir, dans ses écrits, une juste considération envers les savoirs singuliers, empiriques, populaires, vernaculaires.

Dans le champ disciplinaire de la santé, la recherche nous amène à toucher du doigt et à témoigner de la pluralité des pratiques de soins et plus largement des conceptions de la santé. Elle nous oblige également à replacer le paradigme biomédical dans son contexte historique et culturel, en lien avec la diversité des approches médicales et thérapeutiques qui existent, sans pour autant remettre en question son efficacité.

Pour certaines personnes, la biomédecine n'est ni le premier recours, ni l'approche privilégiée dans leur parcours de soins. Étudier les itinéraires thérapeutiques, les attentes et les choix des individus confrontés à la maladie, oblige à prendre en compte leurs réalités sociales, économiques, familiales, de même que leurs convictions personnelles, religieuses, culturelles. De fait, beaucoup de gens se soignent sans avoir recours systématiquement à la médecine classique.

Mes propos sont ici l'expression libre de questionnements (mêlés d'inquiétude) face à une situation sociale, politique, sanitaire, dont les effets indésirables pèsent sur un grand nombre de personnes, entendues, côtoyées, de près ou de loin et qui forment un corpus informel, diversifié, riche. Ces personnes, quelle que soit la proportion qu'elles représentent dans la population globale, ne se reconnaissent pas dans les décisions de santé publique qui s'imposent à elles. Je souhaite interroger ici leur droit à se soigner comme elles l'entendent, leur droit à être respectées, leur droit à

refuser qu'on leur impose une médication ou toute forme de produit pharmaceutique au nom de leur bonne santé ou de celle d'autrui.

Réalité de l'offre de soin et recherche d'alternatives

Les orientations individuelles en matière de soins varient en fonction de nombreux facteurs, économiques, sociaux, religieux, géographiques. Certaines personnes disposent d'un éventail de choix thérapeutiques, parce qu'elles en ont les moyens financiers et/ou parce que l'offre de soins dans leur région est diversifiée. D'autres s'accommoderont de ce qui leur est proposé ou accessible.

Dans certains départements, ce qui est le cas là où je réside, il est très difficile d'obtenir un simple rendez-vous chez un médecin lorsqu'un souci de santé nous inquiète. Lorsque l'on est un nouveau venu, il faut d'abord essayer de nombreux refus avant de trouver un cabinet qui « accepte les nouveaux patients ». Ensuite, il faut s'armer de patience au téléphone, écouter le répondeur automatique de la maison de santé du coin nous dire que notre appel va être pris en compte, enfin, se montrer particulièrement convaincant auprès de la secrétaire, si celle-ci finit par répondre, pour qu'elle juge que la demande en vaut la peine. Si c'est trop urgent, il faut aller à l'hôpital, si ce n'est pas trop urgent, il faut rappeler plus tard.

Au-delà de tous les inconvénients qu'on imagine sans peine, cela amène certaines personnes (globalement en bonne santé, mais qui peuvent parfois être confrontées à de petites pathologies, pour elles ou pour leurs enfants) à apprendre la patience, le lâcher prise face à l'absence de diagnostic précis de la part d'un médecin et surtout la débrouillardise face aux maladies bénignes, autrement dit l'automédication,

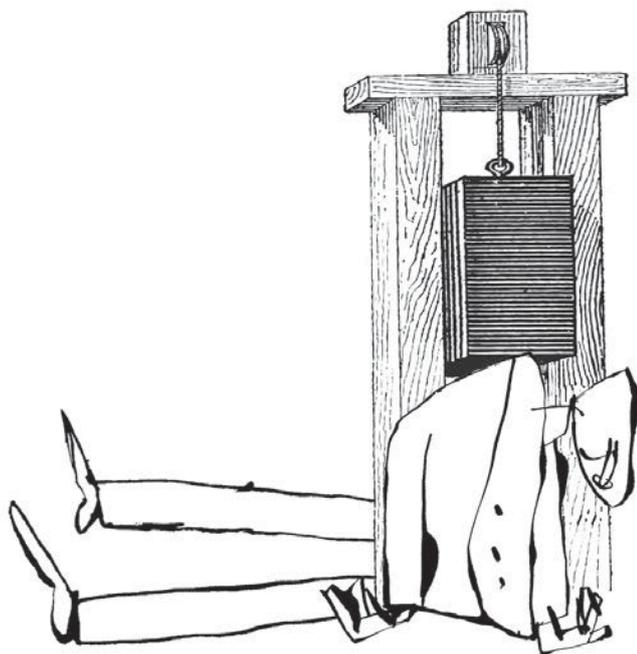
soit demander conseil à un pharmacien, chercher une solution sur Internet, une recette de grand-mère, un remède phytothérapeutique, une approche thérapeutique non conventionnelle. D'une part, la solution choisie s'appuiera sur un rapport au corps et à la santé préétabli, d'autre part, si elle est efficace, elle nourrira en retour les connaissances et les convictions vers tel ou tel type de recours thérapeutique.

Ainsi, certaines personnes apprennent à gérer une grande partie de leurs soucis de santé sans avoir recours systématiquement à la biomédecine et sont également attachées à cette liberté de choisir les soins dont elles souhaitent bénéficier en cas de maladie. Par conviction, habitudes familiales, par crainte des effets iatrogènes, par contrainte lorsque le système de santé n'est pas en mesure de répondre à leurs attentes, la recherche d'alternative est une réalité sociale et un droit inaliénable.

D'autre part, les individus fondent leur rapport à la biomédecine et au système de santé en fonction, non seulement de leurs expériences propres, mais aussi de leurs savoirs, acquis par différents vecteurs, familial, bibliographique, médiatique. Les scandales sanitaires, par exemple, affinent leur sens critique envers l'industrie pharmaceutique et le pouvoir médical. De nombreux ouvrages, richement référencés, sont également accessibles et largement lus sur les tenants et les aboutissants du système économique biomédical et pharmaceutique.

Imposer une normalisation des pratiques de soin au nom d'une santé collective ?

Certains citoyens donc, sont moins consommateurs de médicaments à prescription médicale obligatoire (selon la définition du Code de la santé publique article L. 5132-6) que d'autres. Cela ne signifie pas qu'ils



ne puissent avoir besoin, à un moment donné de leur existence, de recourir à un traitement conventionnel ou à une hospitalisation. Cela leur appartient et ne peut limiter leur accès à ces soins.

De plus, devant un traitement proposé, la notion de consentement éclairé consiste à bénéficier de la liberté de choisir, d'accepter ou non ce traitement après avoir pris connaissance des effets indésirables possibles. Chacun mesure donc en fonction de ses propres critères le risque potentiel qu'il est prêt à prendre au regard des bénéfices que ce traitement peut lui apporter. C'est ici une liberté fondamentale. Quand bien même ce choix pourrait entraîner un affaiblissement de sa santé, qui pousserait cette personne à revenir sur sa décision, le jugement n'a pas de place dans la pratique du soignant. Ce dernier se doit – et il a prêté serment – de soigner quiconque, de respecter « toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions ». Les soignants s'engagent également à être honnêtes, tant sur les conséquences d'un traitement que sur l'état de leurs connaissances. Ils ne doivent ni tromper la confiance de leurs patients, ni user de leur pouvoir pour forcer les consciences¹.

Concernant l'acte vaccinal, on peut dire qu'il y a, dans le droit français, une confrontation entre le Code civil, qui garantit l'inviolabilité, le respect du corps, la liberté de disposer de celui-ci et l'obligation officiellement admise au nom de la santé publique.

Très peu d'études sociologiques ont été réalisées sur les positionnements contre l'obligation ou la vaccination de masse. L'argument du « souci collectif » versus « l'individualisme égoïste » semble venir contrer tout élan à creuser la question. Les rares chercheurs en sciences sociales qui ont donné la parole à ces opposants, modérés ou radicaux, ont révélé une proportion non négligeable de professionnels de santé parmi eux². Ces personnes, dont des praticiens, des chercheurs, sont-elles moins qualifiées parce qu'elles émettent des doutes ? Leur liberté à s'interroger, à faire preuve de prudence doit-elle s'arrêter là où commencent les certitudes de ceux qui affirment l'innocuité et l'efficacité totale de la vaccination systématique ?

Ça ne passe pas !

Dans la situation sanitaire et politique qu'il nous est donné de vivre en ce moment, Caroline, Jean et tant d'autres s'interrogent à juste titre sur leur liberté de choix face à des décisions de santé publique.

Au nom de la sécurité de tous et d'un apparent consensus scientifique, ils sont fortement incités (par les médias, par leurs proches, par des professionnels de santé) à se faire vacciner. Parmi les raisons invoquées, on souligne la responsabilité collective face aux difficultés de prise en charge des personnes les plus vulnérables, alors même qu'on reconnaît, depuis des décennies, la colère et la souffrance des soignants en

raison du manque de moyens et de personnel dans les hôpitaux. Pour certains, il s'agit même d'une obligation, non pour leur santé mais pour préserver leur accès à l'emploi.

Ils ne comprennent pas non plus pourquoi ils se verraient refuser l'accès à des lieux culturels, ou devraient justifier d'une sérologie négative à une maladie pour entrer dans un hôpital pour visiter un parent, alors que dans le même temps, on leur explique sans rougir que les personnes vaccinées pour cette même maladie peuvent la transmettre. Nombreuses sont les personnes à se questionner aujourd'hui sur leurs droits à assumer leur état de santé comme elles l'entendent.

D'une part, le concept de vaccination de masse remet en question un des principes de l'exercice médical qui est de s'appuyer sur la connaissance singulière d'un patient, de son environnement, de son terrain, des risques auxquels il s'expose.

D'autre part, la vie des gens n'est pas régie par le savoir scientifique. Autrement dit, leurs pratiques, et plus précisément les éléments qui sous-tendent leurs façons de penser et d'agir, ne reposent pas sur des connaissances scientifiques, des résultats de recherche, mais sur un ensemble complexe de savoirs et d'expériences, d'émotions et de représentations. De fait, leurs choix et *a fortiori* leurs itinéraires thérapeutiques se construisent sur des stratégies parfois paradoxales³. La « vérité scientifique », sur laquelle s'appuient les professionnels de santé pour mettre en avant l'efficacité thérapeutique ou préventive d'un traitement, se heurte donc à la phénoménologie des expériences vécues.

La biomédecine, comme l'ensemble des sciences, reconnaît l'importance du scepticisme en ce qui concerne la méthodologie de ses recherches, mais, comme le souligne Ulrich Beck, s'en préserve pour tout ce qui concerne « la mise en œuvre pratique de résultats scientifiques ». L'idée qu'il propose selon laquelle « on présenterait comme un dogme, en direction de l'extérieur (en direction du public), ce qui à l'intérieur (dans le milieu de la recherche scientifique⁴) serait l'objet de doutes et de remises en question »⁵, s'applique particulièrement bien aux questions qui nous animent ici.

L'argumentation qui vise à taxer d'ignorants ceux qui n'adhèrent pas aux stratégies de santé publique – notamment de médication de masse – basées sur la supériorité de la culture biomédicale est tout à fait contestable. Sans pour autant nier l'importance ni des savoirs épidémiologiques ni des déterminismes en santé, il est possible et nécessaire de prendre en considération la capacité de raisonnement des individus concernant leur santé et leur responsabilité et ainsi de ne pas les considérer comme des « idiots culturels »⁶. De même, toute stratégie d'infantilisation ou de culpabilisation des individus au nom de la prévention d'un

risque collectif fait non seulement l'impasse sur les rôles de la confiance et du respect du libre choix dans la relation thérapeutique, mais occulte la parole des victimes des effets indésirables graves des produits pharmaceutiques et de ceux qui les craignent.

Les médicaments déclarés dans les listes I et II mentionnées au 4° de l'article L. 5132-1 du Code de santé publique, dont les vaccins font partie, sont par définition des « médicaments susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la

santé » ; des « médicaments à usage humain contenant des substances dont l'activité ou les effets indésirables nécessitent une surveillance médicale » ou « tout autre produit ou substance présentant pour la santé des risques directs ou indirects ».

À ce titre, et au vu de la capacité de la grande majorité des individus à raisonner et prendre des décisions pour eux-mêmes, toute prescription ou usage de ces produits quand bien même au nom d'une prévention collective, devrait être soumis au consentement libre et éclairé de chacun. 

1 cf. Serment d'Hippocrate.

2 Anne Bertrand, Didier Tornay, *Libertés individuelles et santé collective: Une étude socio-historique de l'obligation vaccinale*, 2004.

3 Sylvie Fainzang, « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades », *Sciences sociales et santé*, Volume 15, n° 3, 1997, p. 5-23.

4 C'est moi qui précise ce qui est entre parenthèses.

5 Et Beck ajoute : « Une telle configuration repose sur une opposition entre une pratique de la recherche qui serait "débarrassée de l'action", et un domaine de la pratique et de la politique dont les contraintes imposeraient une élimination systématique de la dimension du doute et un recours à des options décisionnelles claires. Mais il y a plus : cette division de la rationalité scientifique selon une ligne de démarcation séparant intérieur et extérieur sert surtout les intérêts du marché et de la professionnalisation des groupes d'experts scientifiques. Les commanditaires de prestations de services et de connaissances scientifiques paient pour qu'on leur livre des "connaissances", et pas des erreurs avouées ou cachées, des hypothèses falsifiées ni des doutes, quelque pertinents qu'ils puissent être. » (Beck, *La société du risque*, Flammarion, 2008, p. 357)

6 Selon la formule de H. Garfinkel.

La pénurie, le psy et le minuteur

Anne Pagès

Médecin phoniatre

Charlotte souhaite consulter un psychiatre. Les deux premiers sollicités répondent qu'ils ne prennent plus de nouveaux patients car ils sont débordés. Elle obtient un rendez-vous chez le troisième. Il exerce en Centre médico-psychologique (CMP) et en libéral. Elle prend rendez-vous au CMP, mais la date est tellement lointaine qu'elle obtient un rendez-vous beaucoup plus

rapide au cabinet médical, tout en conservant l'autre car elle ne sait pas ce qui est préférable pour elle. Lorsqu'elle lui en parle, le psychiatre lui conseille d'annuler le rendez-vous au CMP, car les consultations se succédant toutes les 10 minutes, il ne peut que renouveler une prescription ou modifier un traitement. À peine entrée dans son bureau, le médecin a déclenché un minuteur... qui sonne au bout de 20 minutes. Il lui précise alors que l'entretien est terminé. Il n'a pas le temps de la suivre, car il ne peut prendre en charge que les cas graves. Il l'oriente vers une psychologue, précisant qu'une séance une à deux fois par mois serait suffisante dans son cas (et allégerait moins son porte-monnaie qu'une fois par semaine, pense Charlotte). La consultation chez un psychologue n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale (sauf exception et pas au long cours).

Au CMP, sans doute le psychiatre s'est-il laissé prendre dans un engrenage au fil du temps, de l'augmentation de la demande et surtout de la diminution des effectifs. Ce sont les psychologues qui assurent les psychothérapies. En cabinet, le minuteur est très choquant, 20 minutes pour faire un tri... Encore par manque de psychiatres, il ne garde que les patients pour lesquels un traitement médicamenteux est nécessaire, puisque les psychologues ne peuvent prescrire...

Conclusion

Consultation de 10 à 20 minutes par psychiatre remboursée, au CMP ou en cabinet.

Consultation plus longue par psychologue non remboursée, en cabinet. Médecine à deux vitesses : oui et toujours plus vite...

À la minute près. 