

Sous la direction de
HÉLÈNE FROUARD ET CATHERINE HALPERN



La Santé

Un enjeu de société

Nouvelle édition
revue et augmentée

Éditions
SCIENCES
HUMAINES DE SYNTHÈSE
OUVRAGES

SOUS LA DIRECTION DE
HÉLÈNE FROUARD ET CATHERINE HALPERN

La Santé

Une science humaine



Conception couverture et intérieur: Isabelle Mouton
Crédit photo couverture: ©GettyImages

RETROUVEZ NOS OUVRAGES SUR :
www.scienceshumaines.com
<http://editions.scienceshumaines.com>

Diffusion/Distribution : Interforum

En application de la loi du 11 mars 1957, il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement, par photocopie ou tout autre moyen, le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du droit de copie.

© **Sciences Humaines Éditions, 2020**
38, rue Rantheaume
BP 256, 89004 Auxerre Cedex
Tél. : 03 86 72 07 00/Fax : 03 86 52 53 26
ISBN 9782361066420

LA SANTÉ EN QUÊTE DE SENS

Difficile de recenser toutes les cultures dans lesquelles on engage ou on clôt la conversation en s'enquérant de la santé de son interlocuteur ou bien en lui souhaitant de bien se porter. « Comment allez-vous ? », dit-on en français, « *Vale* », autrement dit « Porte-toi bien », avait-on coutume de lancer en latin lorsque l'on se quittait, « *How are you?* », littéralement « Comment es-tu ? », demande-t-on en anglais... « Saluer » du reste vient du latin « *salus* », autrement dit « santé ». Même si elle se fait de façon parfois un peu mécanique, cette manière d'entrer en contact met bien en évidence l'importance que la santé occupe dans nos existences.

Les pratiques visant à préserver la santé ont toujours existé et ne se limitent guère à l'usage de la médecine. L'historien Georges Vigarello dans son ouvrage *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge* (Seuil, 1999) retrace ainsi leur histoire dans notre société. « Un premier constat s'impose : l'entretien du corps ou même l'attitude préventive envers le mal n'ont pas été inventés par le monde contemporain. Innombrables sont les démarches anciennes visant à activer les organes, à les préserver de toute atteinte extérieure. » Il suffit pour s'en convaincre de songer aux bijoux de santé au Moyen Âge – pierres dont la pureté aurait protégé leurs détenteurs –, au succès de mystérieux élixirs censés prémunir de divers maux, à la pratique du régime présente dès le XVI^e siècle mais réservée alors à l'élite, à l'usage de la saignée dans la France classique, aux mesures prises par un État devenu hygiéniste pour éviter que les infections des pauvres ne menacent les autres ou au développement de la gymnastique dans la deuxième partie du XIX^e siècle...

Avec quelques « grands repères » qui demeurent à travers les siècles : « La volonté d'épure, par exemple, traverse le temps, habitée par la crainte des déchets, ceux qui menacent le corps de quelque inexorable décomposition. Les images de force aussi traversent le temps : celle, tout immédiate, apportée par la nourriture ou les boissons ; celle, plus travaillée, apportée par l'exercice, le régime de vie ou la pharmacopée. » (G. Vigarello, *op. cit.*)

Une exigence plus forte que jamais

Le souci contemporain de la santé a néanmoins ses spécificités. La santé est devenue un véritable bien de consommation. En témoignent le développement de la presse santé, des « produits-santé », l'essor des thalassothérapies ou des denrées anticholestérol qui ont pris d'assaut les étalages... Avec un mot qui fait florès : le « mieux-être ».

Les frontières mêmes entre le sain et le malsain se sont déplacées. L'exigence vis-à-vis de sa propre santé est aujourd'hui plus forte. Et G. Vigarello, pour appuyer cette thèse, de citer une enquête qui, à partir de deux questionnaires identiques et sur un même échantillon de population, met en évidence que le nombre des maladies déclarées s'est accru de plus de 75 % entre 1970 et 1980 alors même que l'espérance de vie a crû sur cette même période. Témoigne également de cette plus grande exigence la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « un état complet de bien-être physique, mental et social ne se caractérisant pas uniquement par l'absence de maladie ou d'infirmité ». Conception bien utopique ou en tout cas très exigeante : en ce sens, rares sont ceux qui peuvent se dire en parfaite santé.

La santé est également devenue un véritable enjeu politique. Si les politiques de santé publique existent depuis quelques siècles, leur emprise est plus grande que jamais. Et certains de dénoncer l'instauration, derrière un hygiénisme général, d'un nouvel ordre moral où il est mal de faire bonne chère, de fumer, de boire... L'appréhension de ce qui met en péril la santé a également changé. Il ne s'agit plus seulement de lutter contre des maux extérieurs (bactéries, air impur...) mais aussi de prévenir ce qui nous menace de l'intérieur : prédispositions au cancer, à l'obésité, aux troubles de la circulation... L'homme rêve plus que jamais d'un corps et d'une santé indéfiniment perfectibles grâce au progrès des sciences et techniques. D'où une médicalisation de l'existence toujours plus grande qui n'est pas sans susciter quelques résistances.

Trop de santé tue la santé ?

En 1975, le philosophe autrichien Ivan Illich, dans un livre qui fit scandale, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, affirmait sans ambages : « L'entreprise médicale menace la santé. »

Statistiques à l'appui, il soutenait que la médecine n'avait pas amélioré la santé dans le monde et surtout avait généré des maladies iatrogènes, c'est-à-dire résultant des soins ou des traitements prescrits. La médecine constituait selon lui un obstacle qui empêchait les hommes d'affronter la maladie, la douleur ou le vieillissement. Il faisait le constat d'une médicalisation généralisée et d'une époque où tout homme se voit transformé en patient à vie. Vingt-cinq ans plus tard, I. Illich¹ va plus loin encore, affirmant que « la recherche de la santé est devenue le facteur pathogène prédominant », parce que les médecins ne sont plus aujourd'hui les décideurs du système biomédical : tout au plus légitiment-ils l'industrie pharmaceutique. Nos exigences ne cessent de croître et de nourrir cette industrie de la santé. Selon I. Illich, « on ne peut plus éviter de voir le contraste entre la santé prétendument objective et la santé subjective. Et qu'observe-t-on ? Plus grande est l'offre de "santé", plus les gens répondent qu'ils ont des problèmes, des besoins, des maladies, et demandent à être garantis contre les risques, alors que, dans les régions prétendument illettrées, les "sous-développés" acceptent sans problème leur condition ». Bref, la quête désespérée de la santé ne crée que la maladie... Les analyses d'I. Illich furent violemment critiquées car jugées sans nuances et passionnelles. Pour certains, elles relevaient d'une « antimédecine » intenable au vu des bienfaits apportés.

L'utopie de la santé parfaite

En dépit de sa virulence, I. Illich mettrait le doigt sur un changement sociétal profond. Lucien Sfez dans *La Santé parfaite* fait un constat assez proche. Il met en évidence l'existence dans nos sociétés modernes d'une utopie avec la « naissance d'un homme qui serait en "grande santé" c'est-à-dire à qui une "prescription" ôterait toute maladie héréditaire avant même qu'il soit né et toute prédisposition à jamais tomber dans quelque autre maladie. Prescription au sens médical, bien sûr, mais qui aurait ceci de particulier que, loin de soigner après coup, elle soignerait a priori, en l'absence de tout symptôme ». Pour L. Sfez, ce qui s'annonce là n'est rien moins que la fin de la postmodernité : l'homme a retrouvé un grand récit dans une « bioécoreligion ». La « grande santé » serait l'utopie du XXI^e siècle. Enquêtant pendant plusieurs années

1- I. Illich, « L'obsession de la santé parfaite », *Le Monde diplomatique*, mars 1999.

aux États-Unis, au Japon et en Europe, le sociologue met en rapport l'obsession des régimes alimentaires, le travail de cartographie des gènes qui rendrait possibles la prévention et la thérapie génique, le souci sécuritaire exacerbé qu'illustre par exemple un antitabagisme intense, la volonté même de contrôler les effets de la biosphère sur l'organisme... Il évoque certaines pratiques étonnantes : par exemple aux États-Unis, l'ablation des ovaires ou des seins à titre préventif chez les femmes qui ont des antécédents familiaux afin qu'elles ne développent pas de cancer. Cette purification organique (retirer les organes qui pourraient devenir pathogènes) préfigure-t-elle une purification génétique, l'humanité se rêvant enfin débarrassée de ses mauvais gènes ? L'ennemi est intérieur : dans nos corps malades, dans nos gènes, dans le vieillissement ou dans le cholestérol. Cette grande santé dans sa volonté de maîtrise totale est à la fois santé du corps individuel et santé de la planète (par les impacts qu'elle aurait sur notre corps). Voilà selon L. Sfez la grande utopie scientifico-technique qui nous habite.

Guy Paillotin, ancien président de l'Inra, dénonce pour sa part la dictature du « nutritionnellement correct » : « On attend aujourd'hui de l'alimentation bien autre chose qu'un simple apport de calories. On espère, et de nombreuses voix autorisées nous encouragent dans ce sens, qu'elle nous maintiendra "en forme", qu'elle répondra à des besoins spécifiques (enfants, femmes enceintes, sportifs, personnes âgées...). » qu'elle nous garantira une vieillesse autonome et heureuse, qu'elle jouera enfin un rôle préventif contre diverses pathologies (maladies coronariennes, cancer...).² » Bien entendu, ces attentes ne sont pas toujours sans fondement ; reste qu'il s'agit souvent de simples allégations qu'exploite l'industrie agroalimentaire (il suffit de songer à ce yaourt tant vanté parce que « ce qu'il fait à l'intérieur se voit à l'extérieur »). L'orthorexie, la pathologie des personnes obnubilées par le dogme de l'alimentation saine, guette, confortée, il est vrai, par des scandales alimentaires bien réels tels que celui de la vache folle.

L'inscription sociale et existentielle de la santé

Mais cette perception purement médicale de la santé a-t-elle un sens ? Rien n'est moins sûr. Il est sans doute rassurant de penser

2- G. Paillotin, « L'utopie du nutritionnellement correct », in L. Sfez (dir.), *L'Utopie de la santé parfaite*, Colloque de Cerisy, juin 1998, PUF, 2001.

que la santé est un enjeu technique que la science pourrait maîtriser. Mais comme le montrait G. Vigarello, les frontières du sain et du malsain changent et ce qui nous semble aujourd'hui pathologique ne l'était pas nécessairement il y a quelques siècles ou dans d'autres contrées. Il est sans doute juste de ne pas définir la santé, comme ce fut pourtant longtemps le cas, de manière négative comme l'absence de maladie. Il est vrai que la santé semble presque invisible : c'est lorsque nous tombons malades que nous l'apprécions réellement. La plupart du temps nous ne la percevons pas en tant que telle.

Georges Canguilhem, dans *Le Normal et le Pathologique*, montrait que la santé prend un sens pour un individu dans un certain milieu social face à certaines contraintes. Une machine ne peut pas être malade, elle est simplement dérégulée ou ne fonctionne pas. Il n'y a pas de sens à définir la santé d'un point de vue purement organique : la santé dépend aussi des attentes du sujet, de ses besoins, de son environnement. Ne pas se sentir en bonne santé, ce peut être avoir du mal à monter les escaliers quand on habite au sixième étage, c'est peiner à se baisser quand on est une femme de ménage par exemple... La santé ne peut pas être appréhendée simplement dans un sens objectif, positiviste, scientifique, elle a un sens également existentiel.

À côté de la santé au sens existentiel, il faut admettre pour Canguilhem « la présence, en lisière et comme garde-fou » de la santé au sens médical du terme. Mais contre l'utopie scientifico-technique d'une santé parfaite, il faut sans doute réhumaniser une santé trop souvent appréhendée de manière positiviste, sous le seul angle médical. Du reste l'augmentation de l'espérance de vie dans nos sociétés n'est pas à mettre au seul crédit des progrès de la médecine. Joue sans doute plus encore l'amélioration des conditions de vie, qu'il s'agisse de l'alimentation, du logement ou des modalités du travail. À ce titre, il convient d'éclairer la santé non pas seulement par les sciences de la vie mais aussi par les sciences humaines...

Catherine Halpern

L'HUMAIN

FACE À LA MALADIE

- Qu'est-ce qu'une maladie ? (Entretien avec *É. Giroux*)
- Croire en la médecine (*C. Rabier*)
- La tyrannie de la bonne santé (*C. Marin*)
- Corps-esprit, les liaisons souterraines (*G. Marchand*)
- Ce que les épidémies font aux sociétés (*L. Testot*)
- Retravailler après un cancer, un parcours difficile (*P. Bataille*)
- La douleur : évolution d'un concept (*R. Meyran*)
- Handicap. Les multiples facettes d'un défi politique et sociétal (*G. Marchand*)
- Quand le travail tue (*P. Marichalar*)
- Quels liens entre santé et environnement ? (*J.-P. Besancenot*)

ENTRETIEN AVEC ÉLODIE GIROUX

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE ?

La santé, la maladie: ces deux notions paraissent aussi évidentes qu'antagonistes. Mais qu'entend-on au juste par « santé » ? Et que signifie être malade ?

Il ne semble exister aucune définition unique et générale de la maladie ou de la santé. Les définitions ne cessent d'évoluer en fonction des cultures, des époques, des savoirs. « La définition de la maladie a épuisé les définisseurs », écrivait Claude Bernard. En ce qui concerne la santé, on peut toutefois remarquer qu'il existe un tournant au xxe siècle. Avant, une conception négative de la santé dominait dans le milieu médical. Être en bonne santé signifiait ne pas avoir de maladie. Mais à partir du xxe siècle, et notamment à travers la définition que l'OMS en donne dans sa Constitution en 1946, on passe à une vision plus positive de la santé. Il ne s'agit plus seulement de ne pas être malade: la santé est définie par l'OMS comme un « état de complet bien-être physique, mental et social ». Cette évolution est le résultat d'un mouvement général en amont, notamment d'une prise de conscience des dimensions psychosociales de la santé mais aussi du développement de la prévention. Ce tournant est à l'origine d'importants débats philosophiques pour tenter d'élaborer une définition moins large, car il faut reconnaître que cette manière très large de définir la santé tend à semer une confusion entre santé et bonheur. Qui peut prétendre aujourd'hui être dans un état de complet bien-être physique, mental et social? Et une définition trop ouverte, c'est le risque d'une médicalisation excessive, ce qui a été critiqué comme une « pathologisation de la vie ordinaire ».

Effectivement, une définition trop large, comme celle de l'OMS, a tendance à pathologiser des situations qui relèvent d'un état normal. Mais à l'inverse, une définition trop restreinte peut exclure certains patients du système de soin. Ne peut-on pas trouver un juste milieu qui fasse consensus?

Un consensus tend à s'imposer aujourd'hui par rapport à ce problème de la définition des concepts de santé et de maladie : l'importance de la pluralité des approches. Certes, les critères biologiques sont importants pour définir une maladie, mais ils ne sont pas suffisants. En réalité, il faut pouvoir tenir compte de trois dimensions, dont la langue anglaise rend compte par trois termes distincts. Tout d'abord la dimension médicale, qui se centre sur des dysfonctionnements biologiques et des normes statistiques. On parle de « *disease* » en anglais, c'est-à-dire de maladie objectivée, ou « avoir une maladie ». On trouve ensuite la dimension vécue, qui renvoie aux symptômes. On parle d'« *illness* », de maladie ressentie, ou « être malade ». Et enfin, la dimension sociale, ou « *sickness* », « être un malade » reconnu socialement comme tel et avoir les droits afférents. C'est l'interaction de ces trois perspectives, elles-mêmes intriquées, celle du médecin, celle du patient et celle de la société, qui permet de définir au mieux les maladies et la notion de santé. Par exemple, il n'existe pas aujourd'hui de normes naturelles permettant à elles seules de déterminer un seuil à partir duquel on parle d'obésité. On définit cet état plus socialement que biologiquement, en faisant entrer en ligne de compte les conséquences de cette condition pour le comportement et la vie sociale des individus. Cette approche pluridimensionnelle de la maladie m'apparaît la plus convaincante.

Si l'on s'intéresse à l'approche purement médicale, nous accumulons depuis plus d'un siècle des données épidémiologiques et statistiques sur les différentes maladies. Ces informations permettent-elles d'affiner ce qui relève de la normalité de ce qui relève de la pathologie d'un point de vue biologique? Ont-elles permis de fixer des valeurs seuils,

des normes au-delà ou en deçà desquelles on entre dans la maladie ?

Oui et non. En réalité, plus on avance, plus cela devient compliqué de fixer le seuil de normalité! Le problème, quand on a à faire à des pathologies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires) est que, d'une part, elles se développent progressivement et, d'autre part, sont multifactorielles. Notre vieux rêve « une cause = une maladie » facilitant la définition et la délimitation de la maladie s'est envolé ou en tout cas ne s'applique qu'à de très rares maladies infectieuses. La plupart des maladies comme les cancers et les maladies cardiovasculaires sont le résultat d'un grand nombre de facteurs dont aucun n'est nécessaire et suffisant pour les expliquer. La présence d'une cause ou d'un dysfonctionnement ne suffit pas en soi à déterminer la présence d'une pathologie. Par ailleurs, on multiplie les normes, les tests et les critères pour diagnostiquer les maladies. Mais il est souvent difficile de démêler les multiples causes impliquées dans leur genèse et leur développement, et d'identifier où commence le pathologique et où s'arrête le normal. Par exemple, le seuil de pression artérielle normal évolue en fonction de la présence ou non d'autres facteurs de risque cardiovasculaire pour l'individu concerné, mais aussi en fonction des possibilités de traitement et de ce qu'on considère socialement comme une durée *normale* de vie. La norme est ici définie à partir d'un risque (dans ce cas celui d'un événement cardiovasculaire) et de la possibilité que nous avons de le modifier par un traitement préventif. En outre, les pathologies chroniques sont aussi des maladies liées au processus de vieillissement. Dans nos sociétés occidentales, la chute de la mortalité infantile et les progrès de la médecine ont conduit à un vieillissement de la population et à ce que l'on appelle la « transition épidémiologique » : depuis, ce sont les maladies chroniques liées à la sénescence qui sont devenues prépondérantes. Or il est très complexe de distinguer ce qui relève de la pathologie de ce qui relève du vieillissement *normal*. Et dans le cas des maladies

infectieuses auxquelles nous sommes encore bel et bien confrontés – l'épidémie de la COVID-19 nous le rappelle bruyamment –, se pose le problème des « porteurs asymptomatiques » : font-ils partie de la catégorie des « sains » ou des « malades » ? Là aussi, la conception dichotomique et dualiste normal-pathologique apparaît insuffisante pour rendre compte des phénomènes de santé.

Nos outils diagnostiques comme thérapeutiques deviennent également de plus en plus précis, on nous parle sans cesse de médecine de précision, de médecine moléculaire. Est-ce que ce changement d'échelle modifie nos définitions des maladies ?

Beaucoup pensent que ces changements d'échelle, de l'organe aux molécules, pourraient bien bouleverser nos classifications actuelles, basées essentiellement sur les types d'organes atteints (maladies cardiovasculaires, cancer du poumon, etc.) ou les types de dysfonctionnement (diabète, hypertension, etc.). En réalité, l'échelle moléculaire ne semble pas pouvoir remplacer l'échelle organique ou d'autres caractéristiques d'un niveau supérieur. Au mieux, elle permet de classer en sous-types certaines maladies. Je pense par exemple aux cancers. Les progrès dans les connaissances moléculaires de ces maladies et la facilitation du séquençage génétique des tumeurs peuvent faire espérer un reclassement des cancers à partir d'altérations moléculaires spécifiques. Ces différentes altérations guident déjà des thérapies ciblées promettant une bien plus grande efficacité qu'une chimiothérapie non spécifique. Le problème, c'est que ces différents types d'altérations moléculaires évoluent très rapidement dans le temps, et même localement à l'intérieur d'une tumeur. Et d'ailleurs, des résistances à ces thérapies ciblées se développent. Donc définir une maladie uniquement à l'échelle moléculaire semble aujourd'hui bien difficile et sans doute illusoire. Il est peut-être prématuré pour le dire, mais il semble bien qu'on assiste plutôt à une complexification et un affinement des définitions qui prennent en compte plusieurs niveaux d'organisation qu'à des modifications radicales.

Le ^{xxi}e siècle, c'est aussi la révolution de la génétique. L'analyse ADN permet par exemple de repérer des prédispositions génétiques à certaines maladies. En quoi cette nouvelle approche bouleverse-t-elle notre vision de la maladie?

Effectivement, nous ne pouvons plus nous appuyer uniquement sur la plainte des malades pour définir une maladie: on peut être diagnostiqué malade sans en ressentir encore les symptômes. Mais en réalité, nous n'avons pas attendu la génétique pour parler de prédisposition. Dès le début de la transition démographique et épidémiologique, dans le premier quart du ^{xx}e siècle pour les pays industrialisés, les spécialistes ont compris que les maladies chroniques démarraient silencieusement et qu'il existait des prédispositions individuelles. Tout l'enjeu consiste à définir quels sont les signes précurseurs et quelles sont ces prédispositions. Les facteurs biologiques jouent un rôle important. Mais ils ne sont pas les seuls. Ce que l'attention à la prédisposition a introduit, c'est un renforcement du flou dans la frontière entre le normal et le pathologique. On ne sait plus bien où commence la maladie, surtout dans le cadre de ces maladies chroniques qui sont de lents et longs processus aux facteurs multiples. Et on a tendance à considérer les facteurs de risque ou des prédispositions génétiques comme étant déjà des maladies ou pré-maladies alors qu'ils ne sont que des *risques* de maladie, c'est-à-dire des probabilités déterminées au niveau de la population qui ne peuvent pas valoir avec le même degré de certitude pour un individu précis.

Les laboratoires ont tout intérêt à élargir la définition des maladies. Interviennent-ils d'une manière ou d'une autre dans ces débats et dans l'élaboration de ces définitions et des normes?

Oui, bien sûr, l'industrie pharmaceutique intervient dans la construction de ces définitions et dans la valeur des seuils à partir desquels on parle de pathologies. Leur influence peut prendre plusieurs formes. Ils sont par exemple accusés de fabriquer de nouvelles

maladies, c'est-à-dire de « pathologiser » des états ou des comportements qui jusque-là n'étaient pas considérés comme pathologiques. On peut penser au traitement de l'impuissance par le Viagra, de l'hyperactivité ou de la calvitie par exemple. Ils peuvent également intervenir pour abaisser certains seuils de traitement, permettant très rapidement d'augmenter le nombre de prescriptions comme dans les cas emblématiques de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie. Ce phénomène a été désigné dans la littérature anglophone comme relevant du « *disease-mongering* ».

Comment éviter de tomber dans ce piège de la surmédicalisation ?

En gardant l'esprit critique, en s'interrogeant lorsqu'émergent en même temps une nouvelle maladie et son traitement, comme l'hyperactivité et la Ritaline. Mais attention, cette médicalisation croissante répond aussi à une demande sociale forte. Les industriels pharmaceutiques accompagnent et renforcent ce mouvement. Cela pose en réalité la question du but de la médecine. S'agit-il uniquement de traiter des maladies ? Non, la preuve, la médecine s'occupe également de la contraception ou de la grossesse, qui ne relèvent pas du pathologique. Faut-il alors considérer la médecine comme un service à la personne ? Et si oui, jusqu'où aller ? Peut-on répondre à toutes les demandes ? Faut-il distinguer ce qui relève des traitements d'une pathologie de ce qui se rapporte à une médecine dite de confort, voire d'amélioration ? Mais peut-on simplement déjà faire ces distinctions ? Les critères biologiques peuvent aider mais c'est aussi à partir de critères culturels, économiques et sociaux qu'on détermine cette frontière.

Il existe aussi d'autres enjeux liés à ces définitions, notamment pour l'Assurance maladie...

C'est vrai : ces définitions ont beaucoup d'implications dans nos sociétés. Elles peuvent effectivement déterminer le remboursement de certains actes par

l'Assurance maladie. Elles peuvent aussi jouer un rôle dans le domaine judiciaire, en évaluant la capacité de l'accusé à être responsable de ses actes au moment des faits. Elles peuvent même orienter la recherche biomédicale. Toutefois, il serait naïf de croire que ces définitions déterminent à elles seules toutes ces décisions! Certes, on préfère rembourser les actes médicaux qui concernent une maladie plutôt qu'une amélioration de l'état de santé, mais bien d'autres éléments entrent en ligne de compte dans les décisions finales.

Parvenir à bien définir les maladies permet-il *in fine* de mieux les traiter?

Pas forcément. Pour certains auteurs, il s'agit avant tout d'un exercice conceptuel qui n'a aucun impact sur la pratique. Personnellement, je pense que ces clarifications sont utiles à chacun des acteurs en ce qu'elles permettent de prendre en compte l'existence de différentes dimensions du problème. Ces débats permettent de comprendre qu'il existe d'autres approches que les siennes. Et cela ne peut qu'améliorer la communication entre ces acteurs et notamment la compréhension réciproque des malades et des soignants. Par ailleurs, mieux expliciter les différentes dimensions entrant dans la définition des maladies peut jouer un rôle de garde-fou pour éviter les risques d'excès de la médicalisation ou de la pathologisation de la vie ordinaire.

Propos recueillis par Lise Barnéoud

- [Aidants familiaux, les travailleurs de l'ombre](#)
(*C. Capuano*) [109](#)
- [Et si on se passait de médecin? \(J. Canonne\)](#) [113](#)
- [L'école, acteur clé de la santé \(D. Jourdan\)](#) [117](#)
- [La santé publique aujourd'hui \(D. Jourdan\)](#) [121](#)

PATIENTS ET RECHERCHE MÉDICALE,
LES MODÈLES DE SOINS [129](#)

- [Dans le secret de nos armoires à pharmacie](#)
(Entretien avec *S. Fainzang*) [131](#)
- [Éduquer les patients, transformer les soignants](#)
(*C. Fournier*) [137](#)
- [Patients/Recherche médicale.](#)
Un nouveau rapport de force (*C. Halpern*) [141](#)
- [Médecin/patient: « Je t'aime, moi non plus »](#)
(*X. Molenat*) [147](#)
- [L'homéopathie, une passion française \(O. Faure\)](#) [151](#)
- [Le placebo: et pourtant, il soigne! \(J.-F. Marmion\)](#) [155](#)
- [Le « disease mongering » ou comment inventer](#)
[des maladies pour vendre plus de médicaments](#)
(*J. Canonne*) [161](#)

LE SYSTÈME DE SANTÉ EN DÉBAT [163](#)

- [Décrypter les débats publics sur la santé](#)
(Entretien avec *F. Pierru*) [165](#)
- [Comparaison de quatre systèmes de santé: Allemagne,](#)
[Grande-Bretagne, France, États-Unis \(F. Pierru\)](#) [179](#)
- [Notre santé a-t-elle un prix? \(L. Hartmann\)](#) [189](#)
- [Les dépenses de santé en France](#) [193](#)
- [Les inégalités de santé en France \(M. Navarre\)](#) [197](#)
- [Contre les déserts médicaux, les maisons de santé](#)
(*C. Rébillard*) [201](#)

• <u>Système de santé, hôpital et assurance maladie.</u>	
<u>Une chronologie (V. Bedin)</u>	<u>207</u>
• <u>Sigles et définitions</u>	<u>211</u>
• <u>Un autre regard sur les dépenses de santé</u>	
<u>(B. Dormont)</u>	<u>215</u>
<u>ÉTHIQUE</u>	<u>221</u>
• <u>Qu'est-ce que le <i>care</i>? (F. Brugère)</u>	<u>223</u>
• <u>Philosophie du soin et de la médecine (F. Trécourt)</u>	<u>229</u>
• <u>Le don d'organe, une étrange transaction (P. Steiner)</u>	<u>233</u>
• <u>Dire la vérité au patient (S. Fainzang)</u>	<u>237</u>
• <u>Comment justifier l'arrêt d'un traitement? (E. Hirsch)</u>	<u>241</u>
• <u>Naissance des soins palliatifs (M. Castra)</u>	<u>247</u>
• <u>Plaintes médicales, le vécu des patients (J. Barbot)</u>	<u>251</u>
• <u>Conflits d'intérêts en médecine: le serpent de mer</u>	
<u>(P. Le Coz)</u>	<u>255</u>
• <u>Big Datas et médecine, quels risques (M. Deshayes)</u>	<u>259</u>
<u>Contributeurs</u>	<u>263</u>