

**Les Rencontres
Santé-Société
Georges Canguilhem**

ABSTRACTS

*Médecine
et santé*
**un lien
évident ?**

**Les Rencontres
Santé-Société
Georges Canguilhem**



Georges Canguilhem, philosophe et médecin, a su par son œuvre maîtresse, *Le Normal et le Pathologique* (1943, 1966), ouvrir la voie la plus féconde pour la compréhension de la maladie et de la guérison.

Pionnier en la matière de la pluridisciplinarité, il reste un exemple illustre d'une indispensable pensée ouverte en laquelle les passe-frontières que nous sommes, ne peuvent que se reconnaître.

**Les Rencontres
Santé-Société
Georges Canguilhem**

*Médecine
et santé*
**un lien
évident ?**

*La médecine et la santé ont-elles parties liées ?
L'histoire, comme l'observation de la période contemporaine,
montrent que la médecine et la santé, peuvent s'ignorer
ou s'opposer pour se rejoindre parfois.
Actuellement, l'influence de facteurs multiples qui les conditionnent
l'une et l'autre, ne les poussent-elles pas à cheminer ensemble ?*

Euro Cos Humanisme & Santé, propose, lors de ses 32^{èmes} Rencontres
Santé Société Georges Canguilhem, de s'attarder sur
« Médecine et santé, un lien évident ? »

Ces Rencontres seront pour les professionnels chercheurs et étudiants,
un moment de réflexions et de partage, permettant autant que faire se peut,
d'envisager une communauté d'action pour la médecine et la santé.



Euro Cos Humanisme & Santé

Groupe pluri-professionnel européen de réflexion en santé

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - Hôpital Civil
1, place de l'Hôpital - 67091 Strasbourg Cedex

Tél. : +33.(0)3.88.11.50.60 - Fax : +33.(0)3.88.11.50.68

E.mail : Eurocos@chru-strasbourg.fr
Site web : <http://eurocos.u-strasbg.fr>

N° d'agrément d'organisme de formation : 42670197467

Très bonnes Rencontres à tous !

Claude-Marie Laedlein-Greilsammer
Présidente d'Euro Cos Humanisme & Santé



Programme

Vendredi 6 octobre

8h00 _____

Accueil des participants

8h30 _____

Ouverture des Rencontres

Claude-Marie Laedlein-Greilsammer
Présidente d'Euro Cos Humanisme & Santé

Michel Deneken
Président de l'Université de Strasbourg

Michaël Galy
Directeur Général des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Jeanne Barseghian
Maire de Strasbourg ou son représentant

9h00 _____

Conférence introductive

Marc Michel, *Philosophe*

9h30 _____

Quand la médecine s'impose !

La vaccination pastorienne : un moment de rupture dans l'histoire de la médecine ?

Laurent-Henri Vignaud,
Historien des sciences, enseignant chercheur, Université de Bourgogne

Les « fléaux sociaux » au prisme de la microbiologie : approches historiques

Celia Miralles-Buil,
Maîtresse de conférences, Université de Strasbourg

La santé, une affaire de médecins ?

Jean-Christophe Weber,
Professeur de médecine interne, Faculté de médecine, Université de Strasbourg

~ 10h30 Pause ~

Débat avec les participants

Animé par Milène Eliot-Walter,
Médecin ORL phoniatre, retraitée Strasbourg
et Yves Alembik,
Pédiatre généticien, Strasbourg

~ 12h15 - Déjeuner ~

14h30 _____

Un virage décisif : une vision globale de la santé

La Charte d'Ottawa pour la promotion d'une seule santé : 40 ans de tergiversations !

Alain Léon,
Directeur du site d'appui de l'Espace Éthique Champagne Ardenne, Reims

Les inégalités sociales en santé !

Nicolas Naïditch,
Docteur en Sociologie, Paris

La société civile, entre l'Etat et le marché

Pierre Lombrail,
Professeur honoraire de Santé publique, Paris

One Health (une seule santé) : concept nouveau en maturation ou vieille histoire ?

Patrick Giraudoux,
Professeur émérite, Université de Franche-Comté, Besançon. Institut Universitaire et Académie vétérinaire de France

~ 16h00 Pause ~

Débat avec les participants

Animé par Michel Hasselmann,
Professeur émérite de réanimation, Strasbourg
et Nicole Steinberg,
Pédopsychiatre, Strasbourg

17h45 _____

Synthèse de la journée

Les Synthèses des Rencontres, du vendredi et du samedi seront assurées par :
Pierre Ancet, *Professeur des Universités en philosophie, Université de Bourgogne*
et Paul Loup Weil-Dubuc, *Responsable du pôle recherche Espace Éthique Ile de France*

Samedi 7 octobre

8h45 _____

L'Humain, au cœur d'une politique de Santé

Financement de la santé et solidarités

Quitterie Roquebert,
Maître de conférences en sciences économiques, Université de Strasbourg

Le médecin au cœur de la cité

Marie Flori-Cognat,
Médecin généraliste retraitée, ancien professeur des Universités, Lyon

La santé environnementale : pilier des études médicales et impact sur la prise en charge des patients-citoyens

Arnaud Sauer,
Professeur en ophtalmologie, Vice Doyen Environnement / Développement durable de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Une affaire de vertu

Éric Fourneret,
Maître de conférences en philosophie au sein d'ETHICS (EA 7446-UC Lille)

~ 10h15 Pause ~

Débat avec les participants

Animé par Laurence Junker-Moisy,
Médecin du travail, Groupe hospitalier Selestal-Obernai
et Djillali Ananne,
Chef de service de réanimation, Hôpital Poincaré (APHP), Doyen honoraire de la faculté de médecine Simone Veil, Versailles-Saint-Quentin

11h45 _____

Synthèse des Rencontres

Sommaire

Conférence introductive

Titre titre titre

Marc Michel..... 7

Quand la médecine s'impose !

La vaccination pastorienne : un moment de rupture dans l'histoire de la médecine ?

Laurent-Henri Vignaud 11

Les « fléaux sociaux » au prisme de la microbiologie : approches historiques

Celia Miralles-Buil..... 13

La santé, une affaire de médecins ?

Jean-Christophe Weber 15

Un virage décisif : une vision globale de la santé

La Charte d'Ottawa pour la promotion d'une seule santé : 40 ans de tergiversations !

Alain Léon..... 19

Les inégalités sociales en santé !

Nicolas Naïditch..... 23

La société civile, entre l'État et le marché

Pierre Lombrail 25

One Health (une seule santé) : concept nouveau en maturation ou vieille histoire ?

Patrick Giraudoux 29

L'Humain, au cœur d'une politique de Santé

Financement de la santé et solidarités

Quitterie Roquebert..... 33

Le médecin au cœur de la cité

Marie Flori-Cognat..... 35

La santé environnementale : pilier des études médicales et impact sur la prise en charge des patients-citoyens

Arnaud Sauer 41

Une affaire de vertu

Éric Fourneret..... 39

Liste des membres..... 42

Conférence
introductive

Titre Titre Titre

Poser la question d'un lien entre santé et médecine, suppose l'existence d'une rupture possible entre les multiples formes de l'art de soigner et leur finalité première qui est de favoriser la santé.

S'il en est ainsi, cette rupture ou à tout le moins cette distinction est-elle observable et si oui quelles en ont été les formes ?

Serait-ce dû aux indéniables succès de la médecine lui octroyant du même coup une position quasi exclusive et nourrissant une confiance totale à son égard ?

Dans ce cas, ne devrait-on pas parler d'une tendance lourde à des stratégies de surmédicalisation ?

Pourtant l'histoire contemporaine a montré dans le même temps qu'une autre voie est possible, celle qui consiste précisément à considérer la santé dans sa globalité et à replacer les patients dans le contexte de leur environnement.

L'évolution de l'étiologie des pathologies invite bien à comprendre que la santé souffre principalement des atteintes à l'environnement ou des inégalités sociales.

Dès lors, la sauvegarde de la santé devient la responsabilité non seulement de la médecine mais encore de tous les acteurs politiques et économiques, et de tout un chacun en son propre contexte. Nous rejoignons ici les grandes inspirations de la Charte d'Ottawa ou encore les définitions déjà anciennes de l'OMS.

Alors, comment imaginer la mise en œuvre de cette orientation radicalement innovante ? Comment replacer l'humain au cœur d'une authentique politique de santé ?

Quand la médecine
s'impose !

La vaccination pastoriennne : un moment de rupture dans l'histoire de la médecine ?

Louis Pasteur est réputé avoir inventé les vaccins. En réalité, il inventa deux choses : le mot «vaccination» en l'honneur du médecin anglais Edward Jenner qui avait popularisé l'usage de la vaccine, une sorte de vaccin « naturel » d'origine animale (équine ou bovine) contre la variole et, ce n'est pas rien, le premier vaccin «artificiel» – obtenu par manipulation en laboratoire – pouvant être produit industriellement, le fameux vaccin contre la rage (1885) mais que les vaccins vétérinaires contre le choléra des poules (1879), le charbon (1880) et le rouget du porc (1883) avaient précédé. Ce n'est donc pas l'idée prophylactique qui est nouvelle, les mécanismes immunologiques de cette sorte de mithridatisation moderne n'étant connus qu'un peu plus tard, mais la mise en œuvre.

La création de l'Institut Pasteur (1888) et de ses concurrents allemands, anglais ou américains marque une rupture dans l'histoire de la manufacture des médicaments. Fini, l'apothicaire astucieux qui produit son remède miracle dans l'arrière-boutique de sa pharmacie. Place à la standardisation des procédés de fabrication (d'autant qu'un vaccin mal fabriqué peut être dangereux) et à l'association chercheurs/laboratoires/usines. Cette évolution n'est cependant pas qu'un changement d'échelle car l'ancienne alliance du médecin et de l'apothicaire induisait une certaine forme de médecine et de rapport au patient, tandis que la manufacture industrielle induit un autre rapport, thérapeutique et économique, critiqué aujourd'hui à travers l'épouvantail du «Big Pharma».

Nous prendrons à témoin Xavier Raspail (1840-1926), fils du célèbre «médecin des pauvres» François-Xavier Raspail qui pensait avoir trouvé dans le camphre un remède universel. À travers ses textes antipastoriens, Raspail fils, illustre ce moment de crise qui modifia l'économie des médicaments et plus généralement de la santé.

Les « fléaux sociaux » au prisme de la microbiologie : approches historiques

La théorie dite «bactériologique» qui s'impose progressivement à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle consacre une nouvelle façon de concevoir les maladies infectieuses. En faisant des microbes la cause unique de ces maladies, elle laisse de côté toute une série d'autres causes possibles, sociales ou encore environnementales, qui était pourtant considérées comme essentielles par les professionnel·les de santé du XIXe siècle.

Cette communication analyse cette évolution des savoirs et des pratiques en santé à la fin du XIXe et début du XXe siècle, en se centrant particulièrement sur une maladie infectieuse, la tuberculose.

La tuberculose est considérée, à cette époque, comme l'un des trois «fléaux sociaux» aux côtés de la syphilis et l'alcoolisme et est intimement reliée à la misère sociale, dans les discours des médecins et différents acteur·rices de la santé.

Alors que la lutte contre la phtisie pulmonaire du XIXe siècle se centrait sur l'amélioration des conditions sociales et environnementales de la population, l'entrée en scène du bacille de Koch conduit à reformuler largement la lutte vers une «guerre au bacille» qui réduit la «maladie sociale» à son agent pathogène.

Cependant, l'étude des pratiques quotidiennes montre que les professionnel·les de santé ne délaissent pas pour autant les moyens de lutte jusqu'alors utilisés.

En l'absence de solutions thérapeutiques permettant d'éliminer les germes, des pratiques plus anciennes jugées efficaces sont maintenues, tout en étant parfois reformulées, re-conceptualisées au prisme de la nouvelle théorie devenue hégémonique.

En ce sens, lutte sociale et médicale sont, dans les pratiques, finement articulées, en ce malgré la séparation croissante entre assistance médicale et assistance sociale qui met en difficulté une prise en charge «globale» de cette maladie sociale.

La santé, une affaire de médecins?

Une technologie de gouvernement des corps par la surveillance et le contrôle est un projet politique qui vise la santé de chacun, mais aussi (et peut-être avant tout) la santé économique de la nation.

Les injonctions normatives diffusées en boucle par l'Assurance maladie (Prévenir plutôt que guérir ; Maîtriser son mode de vie de façon personnalisée ; Assumer ses responsabilités de santé) entraînent une suggestion quasi-hypnotique dont on attend des effets performatifs sur les conduites des gens, et partant, une plus grande efficacité du système de santé.

Ces perspectives, qui relèvent du politique et de l'art de gouverner, semblent consonner avec la visée de la pratique médicale, mais est-ce vraiment le cas?

Les médecins, détenteurs d'un savoir sur les maladies qui leur confère un pouvoir thérapeutique, doivent-ils endosser le rôle de promoteurs de la santé ?

La capacité d'éloigner le moment de s'avouer mortel justifie-t-elle d'imposer des normes impersonnelles de « comportements sains »?

Le spectre de Knock hante nos esprits.

A contrario, prétendre se borner au traitement des pathologies (et non de la santé) est-il justifiable, légitime, seulement possible?

Vouloir traiter la maladie ne suppose-t-il pas de disposer de normes de santé?

La fiction utilitariste qui stipule que l'ensemble des activités humaines poursuit la maximisation de son utilité propre n'est-elle pas valide ?

Faut-il alors envisager des officiers de santé à côté des thérapeutes, après avoir pris acte qu'ils n'exercent pas tout à fait le même métier?

Ou bien plutôt abandonner la définition tyrannique que l'OMS a donné de la santé (état de complet bien-être physique, mental et social, pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité) qui entraîne la médecine à s'adonner aux tâches réglementées de dépistage, de contrôle et de surveillance au-delà de la réponse à la demande de soins?

Pour Canguilhem, la santé est un « concept vulgaire » et aussi une « question philosophique » : nous le prendrons pour guide afin d'esquisser une réponse à ce questionnement.

Jean-Christophe Weber

Professeur de médecine interne, Faculté de médecine,
Université de Strasbourg

**Les Rencontres
Santé-Société
Georges Canguilhem**

**Un virage décisif :
une vision globale
de la santé**

La Charte d'Ottawa pour la promotion d'une seule santé : 40 ans de tergiversations !

Énoncée conjointement en 1986 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Ministère canadien de la Santé et du Bien-être social et l'Association canadienne de santé publique, au terme d'une conférence qui avait réuni des participants de 38 pays du monde, la « Charte d'Ottawa » ou plus précisément la « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé » a presque 40 ans.

Méconnue, oubliée, dominée par la vision clinique et biotechnologique très hospitalo-centrée et enfermée dans une conception curative de la santé, y compris ce qui concerne la formation médicale, son bilan est mitigé.

Dans la traduction officielle de l'OMS Europe, la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.

Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques.

La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

Ainsi, l'amélioration de la santé des gens passe davantage par la modification de leur mode de vie ou de leur environnement physique et social que par des investissements financiers dans le système médical.

La Charte d'Ottawa met en avant les « conditions préalables à la santé : «se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable».



Notes

La Charte d'Ottawa pour la promotion d'une seule santé : 40 ans de tergiversations !

Il est vrai qu'un vent de démocratisation nous venait du bloc de l'est avec le début de la fin de la guerre froide et que tous les rêves étaient permis en 1986. Mais admettons qu'en 2023 ces conditions préalables pourraient sembler relever de l'utopie: épidémies, catastrophes climatiques, crises humanitaires, crise alimentaire, crise de l'eau, conflits multiples...

La Charte propose cinq axes de travail: l'élaboration de politiques publiques pour la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé; recommandations qui sont davantage des déterminants de la santé des populations que d'actions qui ne relèvent pas que du système de soin, ni du système de santé.

La santé n'est pas seulement l'affaire de la médecine, mais celle de tous les secteurs de l'action sociale, économique et culturelle et des citoyens faisant appel au système de soins, des personnes avant tout autonomes dans la gestion de leur santé.

En 1986, les participants à la conférences s'étaient séparés en s'engageant à reconnaître que les individus constituaient la principale ressource de santé et à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, un véritable challenge pour la démocratie sanitaire. Alors, arrêtons nos tergiversations !

Alain Léon

Directeur du site d'appui de l'Espace Éthique Champagne Ardenne, Reims

**Les Rencontres
Santé-Société
Georges Canguilhem**

La société civile, entre l'État et le marché

Il est habituel de considérer (Aday, 2005) que le système de santé, ainsi que la médecine en son sein, obéissent à trois régimes de régulation concomitants plus ou moins cohérents: l'État, le marché et la société civile.

Le mythe fondateur français, veut que l'État soit le maître des horloges, en santé comme en toute chose.

Ainsi l'Article 1^{er} de la Loi de modernisation de notre système de santé en 2016 dispose que si «La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun», «La politique de santé relève de la responsabilité de l'État».

Pour autant, c'est le marché qui est souvent en situation d'imposer sa loi, du fait de positions dominantes quand elles ne sont pas monopolistiques.

Qu'on en juge par l'hébergement contraint du Health Data Hub par la plate-forme Azure de Microsoft ou la concentration, et la financiarisation concomitante, de pans entiers de l'offre de soin (laboratoires d'analyses médicales, EHPAD, cliniques «privées», «dispensaires», ...).

La société civile n'est pourtant pas absente, qu'on la sollicite (trop rarement, les États généraux de la santé ont plus de 20 ans et les débats lancés par le Conseil National de la Refondation n'en sont qu'une pâle copie) ou qu'elle se mobilise spontanément (de la mobilisation des associations de malades aux projets de santé communautaire sur des territoires variés).

Mais la société civile elle-même est traversée par ces contradictions et Michel Foucault la voyait régie par un «principe d'association dissociatif» entre homo juridicus (prêt à abdiquer une partie de ses droits au service de l'intérêt général) (Supiot, 2009) et homo oeconomicus (qui cherche lui à maximiser son intérêt individuel) (Daniel Cohen, 2012). Comment envisager dès lors «une communauté d'action pour la médecine et la santé»?

Peut-être, comme le suggère le programme de l'après-midi du vendredi, en se plaçant sous l'égide de la Charte d'Ottawa et en reconnaissant qu'il n'y a qu'une seule santé, la nôtre et celle de tous les êtres vivants dans un environnement profondément dégradé par un capitalocène débridé (Bonneuil et Fressoz, 2016).



Pour promouvoir la santé, la Charte d'Ottawa invite à considérer comme un tout le système de soin, l'action sur les milieux et l'action politique (au sens moderne de « la santé dans toutes les politiques ») ; mal comprise dans notre pays, il lui manque toujours un mode d'emploi (Breton, 2016) et elle heurte profondément à la fois le sens commun (pas de santé dans des « déserts médicaux ») et de solides intérêts biomédicaux (pharmaceutiques ou assurantiels [Batifoulier et Del Sol, 2022]).

Dès lors, comme sur tant d'autres grands enjeux sociétaux, une « autre voie » est-elle quand-même possible (Heyer, Lokiec et Méda, 2020) ?

Probablement en réhabilitant une « éthique de la délibération » (Jourdan, 2012) et en faisant vivre un débat public sur ces questions, à commencer par la façon de répondre conjointement au besoin de soin (de médecine) et de santé (au sens de politique de santé réellement intersectorielle et participative) au lieu de les opposer, tant est forte l'intrication entre santé et social (Greene et Loscalzo, 2017). Et en conjurant notre préférence collective pour l'inégalité (Dubet, 2014) car, ne l'oublions pas, « l'égalité c'est la santé » (Wilkinson, 2010).

En ajoutant que, même si elles touchent plus durement les catégories les moins favorisées de la population, les inégalités de santé, sociales et territoriales, relèvent d'un gradient qui traverse toute la société.

De manière pragmatique, diverses stratégies s'expérimentent qui visent à rapprocher le soin du social et réciproquement selon des approches cliniques, organisationnelles ou territoriales (Cachard, 2020; Zucchello et al, 2023). La question devient comment faire système.

L'Humain,
au cœur
d'une politique
de Santé

Financement de la santé et solidarités

L'Assurance Maladie s'est construite depuis 1945 sur les principes d'égalité d'accès aux soins, de qualité des soins et de solidarité. Elle conjugue ainsi un objectif individuel de garantir l'accès aux soins avec celui, plus collectif, de le faire sur la base de l'interdépendance et la solidarité entre les individus.

Depuis sa fondation, l'organisation du système de santé français mobilise ainsi trois principaux financeurs : l'Assurance Maladie, qui couvre en moyenne 75 % des dépenses de santé, les organismes complémentaires (13 %) et les ménages (7 %). L'Etat intervient de manière plus limitée avec le financement de dispositifs spécifiques (5 %).

La place de ces financeurs a évolué dans le temps. Ils sont aujourd'hui mobilisés de manière inégale, et hétérogène selon le type de soins considéré.

Or, le poids donné aux différents financeurs dessine les caractéristiques de la redistribution organisée par le système de santé.

En effet, l'architecture du financement organise de fait des transferts entre les citoyens selon leur revenu et leur état de santé.

Nous discuterons des propriétés redistributives de l'organisation du financement et des enjeux de solidarités soulevés par cette organisation et ses évolutions.

Le médecin au cœur de la cité

Le recours pour toute demande de soins et d'expertise sur la santé de chacun correspond aux soins de première ligne, lesquels permettent de régler plus de 80% des demandes. Les soins de première ligne sont assurés par les médecins généralistes, les pédiatres, les médecins de PMI, les pharmaciens, les sage-femmes, les médecins scolaires, les médecins du travail et les médecins de santé préventive universitaire.

Le médecin généraliste acteur des soins premiers, travaille dans la cité. Il coordonne les soins, il travaille en équipe avec les autres professionnels de santé (médecins de spécialité différente, kinésithérapeutes, pharmaciens, infirmiers, orthophonistes...) dans l'intérêt du patient. Il a une approche globale de la santé : il prend en charge les problèmes somatiques, les problèmes psychologiques comme l'anxiété et aussi les conséquences des conditions de vie, du travail, de l'environnement, de la précarité sur la santé.

On parle de prise en charge bio-psycho-sociale. Cette prise en charge demande du temps, temps de consultation et temps de suivi sur plusieurs années. Dans cette approche globale, la prévention et la gestion de la santé ont une place prépondérante (1^{er} résultat de consultation dans une étude reprenant 20 613 consultations) : l'objectif est de favoriser la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psycho-sociaux.

Le patient est partenaire, il est acteur de sa santé. La relation soignant/patient reste bienveillante, sans jugement. Le soignant écoute, examine, fait un diagnostic, propose une prise en charge et un traitement. La décision médicale est partagée entre soignant et patient.

Le médecin dans la cité est garant des soins premiers tels que définis par l'OMS : les « primary health care » constituent « une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. »

Marie Flori-Cognat

Médecin généraliste retraitée
ancien professeur des Universités, Lyon

**Les Rencontres
Santé-Société
Georges Canguilhem**

La santé environnementale : pilier des études médicales et impact sur la prise en charge des patients-citoyens

La santé environnementale est définie par l'OMS comme « comprenant les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures. »

La relation entre environnement et santé est ainsi très imbriquée. Le champ de la santé environnementale s'élargit ; il prend en compte des facteurs antérieurement négligés comme le changement climatique ou la pollution de l'air, les habitudes de consommation ou le cadre de travail de la population. On estime aujourd'hui que les facteurs environnementaux qui pourraient être évités ou supprimés provoquent 1,4 million de décès par an en Europe, soit au moins 15% des décès.

La santé environnementale est devenue une préoccupation fondamentale pour les soignants, mais aussi pour l'ensemble des citoyens. Elle est aussi source de controverses du fait de la multiplicité des données à prendre en compte. Pour nombre de nuisances environnementales, La connaissance précise des impacts sur la santé de la population de nombreuses nuisances environnementales est encore difficile à établir de nos jours. De nombreuses données de surveillance (qualité de l'air, éléments climatiques, présence de pathogènes...) sont disponibles, elles alimentent des hypothèses approfondies par la recherche en santé environnement.

Il existe donc un important besoin de connaissances scientifiques sur la santé environnementale qui pourront être utiles à tout professionnel de santé pour répondre aux interrogations des patients mais aussi à toute personne intéressée par cette thématique et qui souhaite avoir accès à des données validées. Les études médicales prennent ce virage et mettent la santé environnementale au cœur des connaissances et compétences à acquérir par les futurs soignants, tant dans les programmes d'enseignement que dans les thématiques de recherche, tout en essayant d'apporter ces informations aux citoyens.

Arnaud Sauer
Professeur en ophtalmologie,
Vice Doyen Environnement / Développement
durable de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Les Rencontres
Santé-Société
Georges Canguilhem

Une affaire de vertu

En sa qualité d'être vivant, l'humain est exposé à toutes sortes d'agression, (la maladie, la mort, l'accident, le chagrin, le malheur vécu). Pour cette raison, il prend soin des autres et les protège, comme il essaie également de prendre soin de tous les vivants.

Un indice important pour comprendre cette motivation se trouve peut-être dans le fait qu'il se sait exposé. Il sait que la vie – toutes les vies – ne peut pas se maintenir sans que d'autres existences conscientes s'en préoccupent, faisant ainsi du soin une dimension fondamentale de toutes les existences humaines et de tout le vivant. En d'autres termes, même dans l'expression de sa force, l'être humain dépend de la force des autres. Cette interdépendance est ce qu'on appelle «la vulnérabilité».

L'état de santé est clairement un état qui exige ce type d'aide. Ainsi, le nouveau-né a besoin des soins, d'abord de ses parents, ensuite des professionnels de santé, sans quoi sa vie est indiscutablement mise en danger.

Il en va semblablement quand un individu, jusque-là en bonne santé, rencontre une difficulté. Il en va tout autant aux stades de la fin de vie qui exigent autant de soins techniques qu'un accompagnement de l'existence humaine dans toute son épaisseur.

Et il en va aussi et enfin de tous les soignants professionnels qui ne pourraient pas prendre soin des vulnérables si leurs institutions ne les soutenaient pas ni ne leur apportent les moyens d'exercer raisonnablement leurs compétences.

Autant dire qu'il existe un lien, en apparence évident, entre «prendre soin» et la vulnérabilité. Mais quelle est la nature de ce lien ?

D'un côté, ce sentiment d'obligation d'entre-aide avec autrui révèle donc la dimension éthique des individus; mais d'un autre côté, l'être humain est aussi capable de plonger ce sentiment dans l'indifférence et de détourner son regard de ceux qui ont besoin de lui s'il juge que son intérêt et supérieur à l'autre vulnérable.

Autrement dit, même si prendre soin est inhérent aux existences humaines – ce qui est le cas pour tous les vivants d'ailleurs –, rien n'assure totalement ceux qui ont besoin d'être aidés de trouver une main tendue prête à les soutenir.



Liste des membres

Yves Alembik

Généticien, Pédiatre, Strasbourg

Pierre Ancet

Philosophe, Professeur à Université de Bourgogne, Dijon

Thérèse Awada

Chirurgienne réparatrice, Paris

Christian Ben Lakhdar

Économiste, Professeur Université, Lille

Sylvie Bernabé

Libraire, Strasbourg

Gérard Berry

Chaire algorithmes machines et langage, Collège de France Paris

Lydie Bichet

Doctorante en sociologie, Université de Strasbourg

Michèle Billing

Maître de Conférences, Institut de Pharmacologie, Faculté de Médecine, Strasbourg

Christian Bonah

Professeur d'histoire des sciences, Université de Strasbourg

Bernard Brunet

Gastro-Entérologue, Strasbourg

Arnaud Bubeck

Doctorant au laboratoire SAGE, chargé d'études au CEED (Centre Européen d'Etudes du Diabète)

Laurent Calvel

Professeur, responsable du Service de Soins Palliatif, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Eva Carpigo

Doctorante en anthropologie médicale, Université de Strasbourg

Philippe Choulet

Professeur de Philosophie Strasbourg

Jan Cimický

Psychiatre, Directeur de Modra Laguna, Centrum Duševn Pohody Prague (Cz)

Alain Coheur

Directeur des Affaires Européennes et Internationales, Mutualité Socialiste, Bruxelles (Be)

Roberte Copens

Pédopsychiatre retraitée, Rosheim

Marie-Dominique Coubez

Psychologue clinicienne, centre Hospitalier, Erstein

Jérôme Debons

Docteur en Sociologie Lausanne (Ch)

Marion Delignon

Psychiatre Praticien hospitalier, Centre hospitalier d'Erstein

Marie Dos Santos

Doctorante en sociologie Laboratoire Cultures et Sociétés en Europe Université de Strasbourg

Patrick Dufour

Oncologue, Strasbourg

Céline Dugast

Directrice Générale Adjointe, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Jean-Pol Durand

Journaliste, Levallois-Perret

Irène François-Purssell

PU-PH Médecine Légale et Droit de la Santé, Unité de Médecine Légale, CHU de Dijon

Milène Eliot-Walter

Médecin ORL Phoniatre retraitée, Strasbourg

Eric Fourneret

Docteur en philosophie, Maître de conférences Université de Lille

Jacques Freund

Directeur d'hôpital honoraire, Strasbourg

Marie-José Freund-Mercier

Professeur émérite en neurosciences, Université de Strasbourg

Michaël Galy

Directeur Général, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Hélène Gebel

Ingénieur de recherche, EREGÉ, Strasbourg

Bernard Geny

Chef de service de Physiologie et d'Exploration Fonctionnelle Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Philippe Guiot

Médecin Réanimateur, Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud-Alsace

Raphaël Hammer

Professeur, Haute Ecole de Santé Vaud Lausanne (Ch)

Michel Hasselmann

Professeur émérite de Réanimation Médicale, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Cécile Hellegouarche-Sampath

DGA Affaires sociales et santé, Communauté de Communes des Coëvrons, Evron

Laurence Junker-Moisy,

Médecin du travail Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Jeanne Kochanowski

Médecin de Santé Publique, Strasbourg

Jacques Kopferschmitt

Professeur émérite, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Smain Laacher

Professeur de Sociologie et Chercheur, Université de Strasbourg

Claude-Marie Laedlein-Greilsammer

Présidente d'Euro Cos, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Yvette Le Bar

Médecin généraliste retraitée, Plurien

Didier Le Prado

Avocat au Conseil d'état et à la Cour de Cassation, Paris

Véronique Legendre

Psychiatre, Paris

Pierre Lombrai

Professeur honoraire de Santé Publique, Paris

Alain Léon

Directeur du site d'appui champardennais de l'Espace de réflexion éthique Grand Est

Tiphaine Maréchal

Chiropracteur, Biscarosse

Frédéric Mazerand

Cadre de Santé, Paris

Edouard Mehl

Doyen de la Faculté de Philosophie, Université de Strasbourg

Marc Michel

Philosophe, Vice-Président Euro Cos Humanisme & Santé

Philippe Mossé

Economiste, Directeur de Recherche au CNRS, Directeur du LESTUMR, Aix-en-Provence

Christian Mounir

Formateur et Consultant en promotion et éducation de la Santé, Genève (Ch.)

Nicolas Naïditch

Sociologue, responsable du diabet Lab, Fédération Française des Diabétiques, Paris

Tosca Nerson

Interne en médecine, CHU de Nice

Jean-Michel Pin

Infirmier formateur, Viry-Châtillon

Olivier Putois

Psychologue Clinicien, Psychanalyste, Strasbourg

François Nassiri

Médecin généraliste

Denis Raynaud

Directeur de l'Institut de Recherche et de Documentation en économie de la Santé, Paris

Roseline Ricco

Psychologue, Family Smile Rome (It)

Caroline Roussey

Avocate, Paris

Maud Royant

Médecin généraliste, Saint Pierre du Mont

Mathieu Schneider

Maître de Conférence, vice-président, Sciences en société, Université de Strasbourg

François-Xavier Schelcher

Médecin Généraliste, Fréland

Marie Schnebelen

Interne en Gériatrie, Bordeaux

Didier Sicard

Président d'Honneur du Comité Consultatif National d'Éthique, Paris

Nicole Steinberg

Pédopsychiatre, Strasbourg

Laurent-Henri Vignaud

Historien des sciences, enseignant chercheur, Université de Bourgogne

Laurent Visier

Professeur de Sociologie, Faculté de Médecine, Université de Montpellier

Jean-Christophe Weber

Professeur de médecine interne à la Faculté de Médecine, Université de Strasbourg

Paul-Loup Weil

Responsable du pôle recherche, Espace éthique région Ile de France, CESP U1018 (Inserm/Paris-Saclay)

Marjory Winkler

Association romande CIAO Lausanne, Suisse

Euro Cos Humanisme & Santé

« Les Rencontres Santé Société »

- 2022 *Professionnels de santé à la limite de leur engagement !*
- 2021 *Certitude et incertitude en santé. Réapprendre le risque.*
- 2020 *Les enfants et les jeunes à l'épreuve d'une pandémie !*
- 2019 *Responsabilité individuelle, responsabilité collective en santé !*
- 2018 *La santé connectée, une totale mutation ?*
- 2017 *Du malade passif, au patient expert !*
- 2016 *Migrations : les enjeux pour la santé ?*
- 2015 *Santé, bien être : place des médecines complémentaires ?*
- 2014 *Autonomie, enjeux de société, enjeux pour la santé*
- 2013 *Les nouvelles vulnérabilités en santé*
- 2012 *Santé, médecine : au risque de la confiance...*
- 2011 *La relation de soins : Quelle relation de confiance dans notre société de l'urgence, de l'immédiateté et de la norme ?*
- 2011 *Internet : des promesses pour la santé ?*
- 2010 *La santé prise dans la toile*
- 2010 *Santé, médecine et corps morcelé*
- 2009 *Santé, médecine et corps morcelé*
- 2009 *L'hôpital hors les murs. Des relais : Comment ? Pourquoi ? Pour qui ?*
- 2008 *La maladie sortie de l'hôpital, enjeux et conséquences*
- 2008 *De l'accès à l'excès, évolution et ambiguïté de la demande de soins*
- 2007 *De l'accès à l'excès, ou les avatars de la demande de soins*
- 2007 *Santé médiatisée, la force des images et des représentations*
- 2006 *La force des images et des représentations en santé*
- 2005 *Normes et procédures, la santé entre menaces et opportunités*
- 2004 *Irrésistible médecine prédictive ?*
- 2004 *Génomique - Géoéthique et Anthropologie*
- 2003 *La valeur du temps en Santé, du temps gagné au temps à vivre*
- 2001 *Les paradoxes d'une recherche de santé sans risque*
- 2000 *Où nous mène le médicament ?*
- 1998 *Les acteurs de santé et les jeunes, un malentendu ?*
- 1997 *La santé entre rêve et réalité*
Responsabilités et décisions
- 1996 *De l'enfant objet à l'enfant projet*
L'enjeu de la prévention précoce dans nos sociétés européennes
- 1995 *L'avenir de la vieillesse*
Certitudes et incertitudes de nos sociétés européennes
- 1994 *Les transplantations d'organes*
Sciences et conscience
- 1993 *Les alternatives à l'hospitalisation en Europe. Expériences et perspectives*
- 1992 *L'Europe face à l'infection par le VIH*



Euro Cos
Humanisme & Santé

Les Rencontres

Santé-Société

Georges Canguilhem

Chaque année, depuis 1992,
Euro Cos Humanisme & Santé,
en partenariat avec
les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
et l'Université de Strasbourg,
propose à un large public et à des étudiants
de toutes disciplines,
de s'associer aux professionnels
et aux chercheurs en santé, pour réfléchir et débattre,
autour d'une problématique de santé,
lors des journées
**« Les Rencontres Santé-Société
Georges Canguilhem »**