

Université Jean Moulin Lyon 3

16 & 17 juin 2004

**Compte-rendu du Séminaire Préparatoire au
Colloque de Mars 2005**

« Politiques de santé publique et justice sociale »

COMITE D'ORGANISATION :

LYON :

CARRET Gérard
Hôpital Lyon sud
Carret@lyon-sud.univ-lyon1.fr

CHAPUIS François
Francois.chapuis@chu-lyon.fr

KOPP Nicolas
PU – PH Neuropathologie
Nicolas.kopp@chu-lyon.fr

MAIRE Pascal
Pharmacien Hôpital gériatrique A. Charial
Adcapt@cismun.univ-lyon1.fr

MARCEL Odile
Professeur de Philosophie Université Jean Moulin Lyon 3
Odile.marcel@wanadoo.fr

MOUMJID-FERDJAOUI Nora
Economiste Lyon 1
GRESAC Centre Léon Bérard
Ferdjaou@lyon.fnclcc.fr

PARROCHIA Daniel
Directeur du Centre de recherches philosophiques Université Jean Moulin Lyon 3
Professeur de philosophie des sciences
Daniel.parrochia@wanadoo.fr

WUNENBURGER Jean-Jacques
Doyen de la Faculté de Philosophie à l'Université Jean Moulin Lyon 3
Vice-président de la recherche et de la documentation
Jean-jacques.wunenburger@wanadoo.fr

AXE PARIS-MARSEILLE :

FOLSCHEID Dominique

Professeur de Philosophie à l'Université de Marne-la-Vallée

Dominique.folscheid@wanadoo.fr

LE COZ Pierre

Professeur Agrégé de Philosophie à la Faculté de Médecine de Marseille

Membre de l'Espace Ethique Méditerranéen, Membre du CCNE

p.lecoz@tiscali.fr

Secrétariat : Christine Blaize

Service Commun de la Recherche, 18 rue Chevreul, 69362 Lyon Cedex 07

Poste : 04 78 78 73 94 Personnel : 06.85.77.99.04

c_m_blz@yahoo.fr ; blaize@univ-lyon3.fr

CORRESPONDANTS ETRANGERS :

BRESIL :

NERY FILHO Antonio

Professeur adjoint de la Faculté de Médecine de l'Université Fédérale de Bahia

Professeur et coordinateur du cours d'éthique médicale

Fondateur et coordinateur général du Centre d'Etudes des Thérapies des Toxicomanes à l'Université Fédérale de Bahia

Professeur à la Faculté Ruy Barbosa (Cursus de psychologie

Conseiller du Ministère de la Santé sur les questions de consommation d'alcools et autre drogues.

Neryfilho@uol.com.br

CANADA :

CHUNG Ryoa

Professeur de Philosophie, Faculté des arts et sciences, Université de Montréal, Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal ;

ryoa.chung@umontreal.ca

CHINE :

ZHU Miansheng

Professeur à l'Université de Médecine traditionnelle chinoise de Pékin
Responsable du DU « Etudes médicales chinoises » à l'Université Paris XIII, Faculté de médecine de Bobigny.

Miansheng@wanadoo.fr

GABON :

COFFINET Thierry

Médecin de santé publique
Conseiller technique auprès de la Direction régionale de la santé de Libreville
Directeur du Projet de Santé Publique Urbaine pour Libreville et Owendo avec la Direction Régionale de la Santé et un Consultant médecin gabonais de santé publique.

Tcof@assala.net

MAKA P. Gontran

Médecin, spécialiste de médecine interne
Ancien médecin chef du service de médecine interne de la Fondation Jeanne Ebori (hôpital) à Libreville
Spécialiste de médecine douce
Modérateur (Président) du mouvement Evangile et Santé
Conseiller de l'Archevêque de Libreville en matière de santé
Membre du groupe de travail du Projet de Santé Publique Urbaine pour Libreville et Owendo (sous-groupes thématiques « déterminants sociaux de la santé » et « système de santé »)

MAROC :

MOURAD Khireddine

Professeur à l'Université El Cadi Ayad de Marrakech

Khamouddar@yahoo.fr

USA :

KARAKASIDOU Anastasia

Chaire du Département d'Anthropologie
Université de Wellesley

Akarakasidou@wellesley.edu

Le séminaire de deux jours a pour but d'explorer la problématique internationale et interculturelle des pratiques soignantes, des modèles thérapeutiques et de leurs rapports avec la justice sociale en vue d'élaborer le programme du colloque de mars 2005. Chaque participant étranger présente les informations sur son contexte socio-culturel et ses hypothèses de travail. Le groupe d'éthique de l'Université de Montréal n'a pu au dernier moment envoyer de représentant mais s'engage à participer au colloque.

Anastasia KARAKADISOU (USA)

Ses travaux d'anthropologie médicale sur les populations non occidentales confirment les interprétations devenues familières à l'anthropologie (C.Lévi-Strauss, etc.) concernant l'efficacité symbolique et obligent à revoir à l'ère de la globalisation les rapports entre médecine technologique et médecines traditionnelles. La langue anglaise qui distingue *disease*, *illness* et *sickness* doit nous rendre attentifs à la complexité des processus pathologiques. Les travaux sur la pathologie cancéreuse attestent une étiologie complexe où s'entrecroisent facteurs organiques, familiaux et sociaux. L'approche de la pathologie doit tenir compte des facteurs relationnels et de la construction culturelle des maladies. Les maladies varient et leur conceptualisation aussi (ex. : la ménopause n'existait pas au Japon avant l'occidentalisation de la médecine). Les problèmes de la médecine doivent prendre en compte les débats non résolus sur la part respective du génétique et du social, de la référence croissante aux droits de l'homme et aux droits à la santé, qui mettent en jeu des politiques générales de développement.

Dialogues : Plusieurs intervenants (Coffinet, Maka, Parrochia, Kopp, Néry) confirment les variations de la catégorie de maladie, l'importance de l'auto-guérison, le retour des maladies émergentes, de l'importance du glossaire dans les pratiques médicales interculturelles, etc.

MOURAD Khiredine

En tant que littéraire, romancier et poète, il a été amené à participer avec le Docteur Moulay (Hôpital militaire royal de Rabat), qu'il est chargé de représenter, à des opérations d'évaluation de la qualité dans le système hospitalier marocain. Il a aussi été conduit à approfondir la question des pratiques culturelles des soins en vue de ses romans (par exemple, les variations des techniques d'accouchement au Maroc et en France, la question de la négation d'organes au Maroc, etc.) et d'étudier l'importance des conditions spirituelles de la santé à travers la littérature mystique arabo-musulmane.

M.Mourad insiste sur les potentialités de la médecine soufie qui mettait l'accent sur la psychologie transcendantale, sur l'importance des dispositions spirituelles pour guérir, sur le rôle de la restauration du Moi et des pratiques communautaires. Il importe aussi de revoir le concept de tradition qui ne doit pas être opposé de manière simpliste à modernité. La tradition c'est avant tout la transmission qui ne s'oppose pas à l'innovation.

Au Maroc il faut tenir compte de l'image des différentes médecines dans le public, positive pour l'ancienne médecine coloniale, négative pour la médecine du pays. Il s'agit de se demander comment de manière générale définir la place de la médecine occidentale dans les pays à médecine traditionnelle.

Dialogues :

Plusieurs interventions reviennent sur les limites de la médecine moderne occidentale, sur les conditions socio-économiques difficiles qui conditionnent les systèmes de santé dans de nombreux pays, sur la nécessité de rénover des pratiques traditionnelles dans de nouveaux contextes.

G.Carret rappelle qu'il ne faut pas céder à la régression et condamner la médecine de Claude Bernard. La médecine technologique constitue un vrai progrès, comme l'attestent les succès en pathologies infectieuses et sur les épidémies en général. P.Maire revient aussi sur la complexité des techniques pharmacologiques.

NERY FILHO (*Brésil*)

Il constate que le médecin s'éloigne de plus en plus de la souffrance et se replie sur des techniques car la souffrance fait peur. Le Brésil se caractérise par une médecine à deux vitesses, du fait d'une croissante augmentation de l'écart entre les pauvres et les riches, mais surtout parce que dans certaines régions du Brésil, où les conditions de vie sont très difficiles, des hommes meurent de faim avant même que d'avoir été malades, ou sont atteints de verminoses, de carences vitaminiques... Ils sont fragiles physiquement car leur nourriture révèle un contenu nutritionnel très pauvre, mais possèdent aussi paradoxalement un grand désir de vivre.

Un « Système Unique de Santé -SUS» a été proposé dans un Colloque National réunissant des délégués de toutes les régions du Brésil (8a.Conferência Nacional de Saúde) et a été ratifié par la Constitution de 1988. Ce Colloque a lieu périodiquement afin de savoir quel système de santé veulent les brésiliens. Le SUS permet à chaque personne d'avoir un accès au système de santé gratuitement, même si cela fonctionne avec des difficultés. A ce jour, le système de santé brésilien est dans une phase de privatisation et se révèle très influencé par trois forces : une industrie pharmaceutique qui ordonne la recherche médicale, un puissant système privé d'assurance maladie, et une technologie médicale qui n'aide pas à former des médecins de famille, capables d'écoute et d'attention, mais des techniciens de la santé, motivés par la pression économique. L'alcoolisme est une des plus graves maladies et l'alcool associé à la conduite de voitures est un des plus importants facteurs de mort parmi les jeunes et les adultes : les médecins ne savent ou ne peuvent pas gérer ce problème. Une originalité brésilienne est la création du « Programme de Santé de la Famille- PSF», composé en général d'un médecin, d'une infirmière, d'une assistante sociale, d'un dentiste et d'un agent communautaire de santé qui vit au sein du quartier dont il a la charge, pour tenter de pallier ce manque de proximité et d'écoute de la pratique médicale en générale. Chaque équipe suit en moyenne 1000 familles. Un important problème de ces équipes est cependant le refus de délégation de la part du médecin, qui supporte mal de ne pas être le chef de l'équipe, ce qui a mis à l'ordre du jour la définition de l'« acte médical » pour clarifier la place du médecin au sein des travailleurs en santé. Il est donc impératif de revoir la formation médicale et de privilégier l'homme et sa souffrance. En effet, face à la technicisation de l'acte médical, on en oublie que l'on ne peut et surtout que l'on ne doit pas toujours vouloir tout guérir : il s'agit de respecter les limites de la vie ; chaque reproduction cellulaire réduit les télomères : il nous faut aussi respecter ce rétrécissement et cette finitude de la vie. Depuis cinq ans, le professeur A. Nery Filho,

pour qui il faut revenir au droit à la maladie, donne des cours d'éthique médicale dont chaque séminaire est orienté par le Code d'Éthique et par la convocation des textes d'un philosophe, en vue d'enseigner aux élèves, dans l'acte médical spécifique, la peur, la honte et la douleur du patient.

Dialogues :

Une discussion s'engage avec N. Kopp qui confirme la médicalisation de la société française avec la recherche accrue de l'esthétisme et de la performance, ce qui dépasse le cadre du soin et la nécessité d'une certaine démedicalisation et d'un acquiescement à la mort. Pour P.Maire, l'inégalité d'accès aux soins est présente en France aussi, et la recherche médicale est dominée par des impératifs plus économiques qu'éthiques. Le Dr Maka (*Gabon*) ainsi qu'A. Karakasidou (*USA*) s'accordent pour dire qu'il y a un réel manque de proximité entre le médecin et le patient, et que le droit à la mort n'est pas un problème spécifique au Brésil : tous les pays sont concernés par la même problématique. K. Mourad se demande si des sociétés se sont déjà réconciliées avec la mort ?

N.KOPP (Lyon1)

Il fait une présentation du projet de géo-éthique et du colloque de mars 2004 consacré aux problèmes éthiques du diagnostic et de la recherche clinique dans les pays de l'Afrique francophone. Les pratiques médicales dans ces pays imposent une réflexion nouvelle sur l'éthique médicale dans son contexte culturel, sur les valeurs ethniques, sur les mœurs et normes qui rendent certaines règles occidentales inapplicables (par exemple le secret médical).

Madame ZHU (Chine)

L'intervention du Pr. M. Zhu porte sur le rôle de la médecine traditionnelle chinoise dans les systèmes de santé moderne. En Chine existent quatre médecines : la médecine traditionnelle chinoise, la médecine occidentale, la médecine mixte, et une médecine des minorités locales (26 minorités en province). Les trois premières tiennent le rôle le plus important ; la culture chinoise s'ouvre à la médecine occidentale et l'accepte plus que l'Occident n'accepte la médecine chinoise. La médecine mixte cherche pour une maladie donnée le meilleur soin possible. Chaque médecine possédant sa propre limite, il s'agit de trouver les meilleures méthodes parmi les différentes médecines.

Quelques statistiques gouvernementales de 2001 sur la médecine traditionnelle chinoise:

Etudes : 30 universités ; 41 336 étudiants ; 51 écoles professionnelles de pharmacie traditionnelle chinoise

Soin : 2548 hôpitaux ; 135 hôpitaux de minorités ; 279 623 lits ; 498 888 personnels de soin.

En 2001 : 190 millions de consultations ; 4.2 millions d'hospitalisations.

La médecine traditionnelle chinoise est reconnue par l'Etat et possède une forte influence hors de la Chine. Elle a 5000 ans d'histoire et sa dynamique actuelle est due à sa grande efficacité avec peu d'effets secondaires. La médecine traditionnelle ou *zhong yi* recherche le lien central entre le temps et l'espace (horizontal) et la temporalité (vertical). Un médecin qui ne comprend pas l'être du patient ne peut pas réagir sur son problème de santé. L'origine du *zhong* se trouve chez Confucius, pour qui il s'agit de trouver l'invariable milieu ou *zhong young* et le juste milieu de l'harmonisation ou *zhonghe*. Le *yi* comprend trois significations : son premier sens est l'urgence, car tant que l'on n'est pas malade, il n'est pas utile d'aller voir le médecin. Son second sens est celui de la main liée au cœur qui signifie l'humanité dans la pratique, et enfin le troisième sens est celui de la pharmacopée. Le *zhong yi* contient donc humanité, philosophie, technique et connaissance.

Il est important de préciser que la médecine traditionnelle est une médecine savante, et non pas un recueil de recettes : elle s'appuie sur une théorie fondamentale et est complétée par des théories spécifiques à chaque partie. La théorie fondamentale inclut la pharmacopée, la diététique, le *daoyin*, le massage, l'acupuncture, la musique et la psychothérapie. Il s'agit de bien comprendre l'homme dans sa biographie pour le soigner, mais aussi de rechercher l'harmonisation de l'homme avec l'environnement : c'est la théorie du *tian ren te yi*. Le chiffre 5 signifie quant à lui la relation en mouvement de 5 éléments : bois – feu – terre – métal – eau – bois ; c'est la théorie du *wu xing*. La différence fondamentale entre la médecine traditionnelle chinoise et la médecine occidentale, c'est qu'elle s'est construite par observation de l'homme vivant, et non pas à partir de l'anatomie : la connaissance des méridiens en acupuncture, par exemple, relève d'une connaissance dynamique de l'homme, car ils n'existent que sur du vivant.

Ainsi, la médecine traditionnelle chinoise est basée sur un ensemble de théories fondamentales, recherche l'harmonie et l'équilibre et prend en compte l'homme et son environnement. Elle n'est cependant pas exclusive et coexiste avec la médecine occidentale.

Dr Th. COFFINET et du Dr G. MAKHA (*Gabon*).

Le Gabon est situé sur l'Equateur et est recouvert à 85% par une forêt dense équatoriale. Il comptait en 2003, 1.3 millions d'habitants, avec des flux migratoires et un exode rural intensif ; 41% de la population est âgée de 0 à 14 ans, 54% de 15 à 65 ans, et 5% de plus de 65 ans. C'est un pays nanti mais socialement sous-développé, avec 20% de la population qui vit sous le seuil absolu de pauvreté. Il est l'un des pays d'Afrique qui dépense le plus pour la santé, mais l'état sanitaire reste toujours préoccupant. 95% du budget représente des soins curatifs, et 5% des soins en préventif. Pendant les années 1997-2000 s'est mis en place un plan national d'action sanitaire, visant à améliorer la qualité de soins ainsi que la rationalisation des ressources humaines et financières. Il s'agit d'améliorer l'accessibilité aux soins pour l'ensemble des populations, de renforcer la prévention, la création et la gestion d'environnements favorables à la santé, de développer la responsabilité des communautés. On constate une répartition des équipements très inégale, avec soit un équipement surdimensionné et sous-utilisé, soit de la vétusté, et surtout des problèmes de maintenance : 40% des dispensaires en-dehors des villes nationales ne sont pas opérationnels. La priorité est la détermination des besoins socio-sanitaires, avec une recherche de l'information sanitaire, une analyse critique des principales sources d'information, une approche sociologique, méthodologique, territoriale et catégorielle des

besoins. Il est nécessaire de lutter contre l'hospitalocentrisme excessif au profit des besoins de santé primaire accessibles à tous et équitables, en intégrant les pratiques traditionnelles. Il s'agit de construire selon une démarche multisectorielle un Projet en Santé Publique Urbaine.

Le Dr G. Maka replace l'accent sur l'importance des médecines traditionnelles, en expliquant qu'il faut tenir compte de l'imaginaire en tant que socle pertinent de toute rationalité. De plus, le tradipraticien aborde le patient avec tout son environnement, afin de situer à quel niveau se trouve le déséquilibre responsable du mal. En oubliant cela, la médecine technique euro-occidentale se trouve dans une impasse évidente.

Dialogues :

Pour J-J. Wunenburger, il faut mettre en évidence la question de la frontière, frontière entre l'efficacité réelle et l'efficacité symbolique d'une part, et entre l'acceptable et l'inacceptable d'autre part. Il s'agit de savoir comment mieux soigner tout en restant compatible avec les normes de rationalité et de scientificité, et de penser en terme de santé durable et non de santé parfaite. Le problème des politiques sanitaires est qu'on ne peut faire l'économie de la question de l'amélioration du rapport à soi des populations et des individus.

Tous les intervenants s'accordent sur la nécessité pour la médecine de revenir vers l'homme et de mettre en commun les ressources, de s'interroger sur les dimensions et les connaissances de l'être. Il apparaît que la médecine occidentale est une médecine de système, tandis que la médecine de l'orient est une médecine de relation. Il semble urgent de rechercher une troisième voie (Néry, Karakasidou), de développer une médecine de proximité et de refaire place à l'auto-guérison (Zhu)

D.FOLSCHEID (Paris)

Il convient de repartir de la multiplicité des rationalités médicales et de reprendre aussi la critique des modèles économiques en santé publique. Il revient en particulier sur l'usage que l'on fait des statistiques souvent bien éloignées du concret, sur la confusion courante entre médicament et remède, sur la notion d'efficacité thérapeutique. La réflexion sur le système de soins doit réhabiliter la notion de personne reliée au milieu vivant et se reposer des questions vives : pourquoi je suis malade, pas seulement de quoi je suis malade.

.P.LECOZ (Marseille)

Il rappelle que ces préoccupations sont prises en charge dans les enseignements d'éthique médicale à Marseille et qu'elles apparaissent bien à travers les délibérations du Comité national d'éthique, auquel il appartient.