Journal des anthropologues

Association française des anthropologues

138-139 | 2014

Santé globale - pratiques locales

Les processus de globalisation de la santé

Entretien avec Bernard Hours réalisé par Marie Bonnet et Daniel Delanoë

The Processes of Health Globalization

Bernard Hours, Marie Bonnet et Daniel Delanoë

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/jda/4375>

DOI : 10.4000/jda.4375

ISSN : 2114-2203

Éditeur

Association française des anthropologues

Édition imprimée

Date de publication : 15 octobre 2014

Pagination : 19-25

ISSN : 1156-0428

Référence électronique

Bernard Hours, Marie Bonnet et Daniel Delanoë, « Les processus de globalisation de la santé », *Journal des anthropologues* [En ligne], 138-139 | 2014, mis en ligne le 15 octobre 2016, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/jda/4375> ; DOI : 10.4000/jda.4375

LES PROCESSUS DE GLOBALISATION DE LA SANTÉ

Entretien avec Bernard HOURS*
réalisé par Marie BONNET** et Daniel DELANOË***

Bernard Hours a développé depuis 1980 des recherches anthropologiques sur la santé publique et les systèmes de santé à partir de terrains en Afrique et en Asie sur les itinéraires thérapeutiques et les politiques de santé. Il a présidé une ONG de soins de santé primaire. Depuis 2000 ses travaux se sont élargis vers l'analyse de l'action humanitaire, des ONG, de la gouvernance et des processus contemporains de globalisation dont la santé est un élément capital à ses yeux.

* UMR 245 CESSMA – Université Paris-Diderot /INALCO/IRD
Rue Albert Einstein, Bâtiment Olympe de Gouges, 75013 Paris cedex 13
Courriel : bernard.hours@ird.fr

** Anthropologue-psychanalyste, chercheure associée au laboratoire CRPMS (Centre de recherches psychanalyse, médecine et société) Université Paris VII – 26 rue de Paradis – 75007 Paris
Courriel : mbonnet@numericable.fr

*** Laboratoire de pédagogie de la santé UPRES EA 3412 - UFR SMBH
Léonard de Vinci – Université Paris 13
74 av. Marcel Cachin, 93017 Bobigny
Courriel : daniel.delanoe@wanadoo.fr

Daniel Delanoë - Marie Bonnet – Pourriez vous définir la santé globale ?

Bernard Hours – Ce qui m'intéresse dans la globalisation ce sont les processus cumulatifs, dont la santé. La santé est globalisante et globalisée désormais. C'est le sida et les maladies sans frontières qui ont suivi (SRAS¹, grippe aviaire) qui ont inscrit une interdépendance imparable, une menace planétaire. Des normes nouvelles sont ainsi apparues face aux risques de contamination qui mettent en place un univers post-pasteurien.

La santé tend à devenir un devoir moral vis-à-vis de la collectivité, quelle que soit la nature, la taille de cette collectivité, et même son lieu car les maladies et les virus mutent et voyagent.

Dans cet univers de risques les institutions multilatérales ou internationales (OMS, UNICEF), sont en charge de produire les normes et de les mettre en œuvre dans le cadre plus large des normes dites de bonne gouvernance. L'évolution des institutions, comme celle des représentations dont la santé fait l'objet convergent vers une moralisation de la santé qui en fait un bien moral, une des formes du bien. Dans le même temps, les marchandises de santé connaissent une large diffusion et elles s'achètent selon les ressources dont on dispose. Le marché des biens de santé, au sens économique et non plus moral, est florissant, et pour longtemps. Mais les États ne perdent pas la main car ils demeurent en charge de la santé publique. À partir du sida, le corps du malade est devenu politique et sujet politique invité à être responsable et partenaire de l'État et des institutions thérapeutiques.

L'interdépendance des hommes face à la maladie est aujourd'hui renforcée par la conscience des risques environnementaux dont les effets sur la santé sont manifestes. Ainsi les risques des autres et ceux de la nature se conjuguent pour appeler à une discipline globale puisque l'interdépendance est inescapable. L'air et les maladies circulent.

¹ Syndrome respiratoire aigu sévère.

D. D. - M. B. – Comment évolue la prévention dans ce cadre ?

B. H. – La prévention pouvait demeurer locale mais, sauf à fermer les frontières, elle se transforme désormais en précaution car les risques tendent à devenir globaux tant dans leur émergence que dans leur gestion. La gestion des risques, le vaste et unique programme de la « bonne gouvernance » contemporaine suppose une anticipation extrême face à des risques qui appellent d'autres stratégies que la simple hygiène. La prévention reposait sur des actes préventifs ciblés. La précaution se présente comme une posture générale, un état d'alerte ou de veille permanent.

D. D. - M. B. – Ces évolutions et processus globaux ne modifient-ils pas le sujet concerné ?

B. H. – Auparavant, le malade était le sujet de la santé et la santé était l'objet de la santé publique. Il me semble que maintenant le sujet de la santé c'est l'homme générique, l'exemplaire de l'espèce, qui a des droits dits humains.

Le corps n'est plus celui d'un individu mais celui de l'espèce, humaine en l'occurrence. C'est-à-dire une espèce dans la biodiversité. À travers la vie individuelle c'est l'espèce exposée aux risques globaux qu'il faut préserver dans la santé globale à travers des normes générales et non spécifiques. C'est à ce corps de l'espèce qu'on rappelle les normes de bonne conduite sanitaire qui font que la santé devient un bien commun à protéger collectivement.

À la même époque se développent les clubs de patients, un discours sur les droits des malades qui masquent ou oblitérent ou même contestent l'effacement relatif du sujet individuel appelé le malade. On peut voir s'affronter deux logiques principales. L'une place le malade et ses droits de personne au centre du tableau. L'autre, plus récente, qui est à mon sens un effet de la santé globale, évoque un « droit à la santé » bien abstrait car il serait celui de l'espèce, un droit à la vie en quelque sorte dont le contenu est bien problématique. Cette contradiction me paraît bloquante dans la mesure où la discipline attendue des sujets malades ou bien portants interpelle leur responsabilité. Mais il n'y a pas de responsabilité de l'espèce pour l'heure et en l'état de la dite espèce, fut-elle en voix de

naturalisation. Ivan Illich écrivait en 1999 : « La quête de la santé parfaite se situe à l'inverse de celle du salut et s'adresse à une espèce réduite à ses fonctions animales ».

D. D. - M. B. – Ce droit à la santé pose la question de l'accès aux soins ?

B. H. – L'accès aux soins est en effet la face concrète et sociale d'un droit à la santé de l'espèce particulièrement abstrait. La santé a un coût et suppose des investissements lourds pour les États comme pour les particuliers. La plupart des États qui en ont la capacité développent des programmes d'assurance maladie, en particulier les pays émergents, tandis que le déficit de l'assurance maladie dans certains pays européens amène à recourir à des assureurs privés. Si la santé globale est un bien commun, elle fonctionne dans une économie de marchandises de santé qui s'achètent sur un marché global. Cette contradiction est globale aujourd'hui et structurelle. Les États gèrent les activités à perte. Les structures privées génèrent des profits, hors du secteur philanthropique privé.

L'accès aux soins demeure dans chaque État un problème social et politique national. La santé globale n'apporte pas de solution miracle en la matière. Elle inscrit des objectifs à l'agenda qui se réalisent suivant les ressources disponibles. Même les droits ont un prix en économie de marché.

D. D. - M. B. – Le sujet de la santé aujourd'hui est-il le malade ou le citoyen ?

B. H. – Le sujet est devenu d'une part un paquet de risques au coût planifié et d'autre part un corps omniprésent. Face à ce macrodispositif de la santé globale qui projette l'existence d'un citoyen global précautionneux et responsable, le malade demeure bien entendu celui qui souffre et cherche la guérison. Ces deux dimensions fonctionnent en parallèle et sont rarement ou pas assez articulées. L'acteur programmé de la santé globale, cogestionnaire des risques se heurte à l'existence de la maladie, la faille du système là où le risque n'a pas été maîtrisé. Le malade renvoie donc au système l'image de son relatif échec mais il attend du système de soins la guérison.

La santé globale projette finalement d'éradiquer la figure du malade mais celui-ci se rappelle à son souvenir. Car supprimer les malades ne supprime pas les maladies.

D. D. - M. B. – Comment évolue la santé dans les pays dits du Sud où vous avez beaucoup travaillé ?

B. H. – Les classes moyennes des pays dits du Sud consomment les mêmes médicaments et cosmétiques que leurs homologues du Nord. Et nous avons chez nous des « pauvres » en nombre croissant qui ne peuvent se soigner. Là encore passe la globalisation qui impose le jeu de l'offre et de la demande des marchandises de santé. Là où auparavant les aides apportaient soutien et substitution les mêmes pratiques demeurent, parfois avec des acteurs différents, dont les ONG. Dans les pays dits pauvres, les ministères payent (en retard) les (mauvais) salaires des personnels, tandis que les programmes verticaux ou de vaccination reçoivent des financements multilatéraux. Paradoxalement, le sida me semble avoir eu plus d'effets globaux que locaux, macro que micro. Après les soins de santé primaires et l'apologie des tradipraticiens locaux des années 80 s'est imposée la question de savoir qui paye quoi et comment soigner ceux qui n'ont pas d'argent. Cette question, hier des pays du Sud, est aujourd'hui bien partagée. Elle est devenue globale. La mobilisation des ressources culturelles locales pour gérer les situations de crise demeure, sous le nom de médecines traditionnelles qui ont même acquis une légitimité globale que personne ne leur contestait. Mais le poids de la santé globale pèse lourd dans tous les pays qui, sans exception, doivent à la fois gérer les risques, promouvoir le citoyen santé et payer le prix des soins, des maladies et des marchandises de santé qui se multiplient.

De telles tâches sont à la fois celles des États et des citoyens, et confirment, si cela était nécessaire, que la santé produit au plus haut degré du lien social local et global (ou sa rupture). Et que l'anthropologie, qu'elle soit locale ou globale, y a encore de beaux terrains d'investigation. La santé globale représente bien plus qu'une extension de l'aide internationale. Elle introduit des mutations

discrètes mais irréversibles portant sur le sens des pratiques qui interpellent les anthropologues.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CASTELLI B., HOURS B. (eds), 2011. *Enjeux épistémologiques et idéologiques de la globalisation pour les sciences sociales*. Paris, L'Harmattan.

HOURS B., 1996. *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*. Paris, L'Harmattan.

HOURS B., 2001. *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris, Khartala.

HOURS B., 2012. *Développement, gouvernance, globalisation. Du XX^e au XXI^e siècle*. Paris, L'Harmattan.

ILLICH I., 1999. L'obsession de la santé parfaite. *Le Monde diplomatique*, mars 1999 : 28.

Résumé

Dans cet entretien, recueilli par Daniel Delanoë et Marie Bonnet, l'anthropologue Bernard Hours réfléchit la façon dont le sida et les maladies sans frontières qui ont suivi ont provoqué une menace planétaire et une interdépendance globale. Les institutions multilatérales ou internationales (OMS, UNICEF), sont en charge de produire les normes et de les mettre en œuvre au niveau global dans le cadre plus large des normes dites de bonne gouvernance. L'évolution des institutions, comme celle des représentations dont la santé fait l'objet convergent vers une moralisation de la santé qui en fait un bien moral, une des formes du bien. La prévention se transforme en précaution, qui se présente comme une posture générale, un état d'alerte ou de veille permanent.

Mots-clefs : santé globale, normes globales, prévention, précaution, accès aux soins, droit à la santé.

Summary

The Processes of Health Globalization

In this interview, by Daniel Delanoë and Marie Bonnet, the anthropologist Bernard Hours reflects on the way aids and following diseases without boundaries generated a worldwide threat and global interdependence. International and multilateral institutions (WHO, UNICEF) have to produce and manage norms at global level in the wider context of good governance. The evolution of representations of health converges to moralization of health, which makes it a moral Good. Prevention changes itself into precaution, which appears as a general posture, a permanent state of alert or vigil.

Key-words: global health, global norms, prevention, precaution, care access, right to health.

* * *