

Avant-propos

Cet ouvrage est le troisième volume d'une série intitulée « L'information dans la santé », dirigée par Viviane Clavier et Céline Paganelli. Cette série prend place dans la collection « Ingénierie de la santé et société », proposée par Bruno Salgues. Chaque ouvrage fait l'objet d'un projet éditorial spécifique, pensé en étroite collaboration avec les directeurs et directrices d'ouvrages.

Le présent ouvrage s'intéresse à la question territoriale dans le domaine de la santé. Il propose neuf contributions qui appréhendent, à partir de l'analyse des logiques d'acteurs, les rapports entre santé et territoires. Les auteurs, tous spécialistes, proposent des éclairages originaux, nourris par des études approfondies, sur les multiples formes que revêt cette territorialisation : politique et institutionnelle, professionnelle et organisationnelle, publique et médiatique.

Merci à Viviane Clavier pour sa confiance, son soutien et son efficacité, merci à Laure Sterchele pour son appui éditorial.

Isabelle PAILLIART

Introduction

Le domaine de la santé est marqué par de forts cloisonnements entre des structures qui attribuent à chacune d'entre elles des « assignations à résider » dans des territoires bien définis. L'objectif de l'ouvrage part d'un constat : même si ces assignations à résider dans tel ou tel territoire institutionnel demeurent, un certain nombre d'évolutions sont à noter. Elles sont de trois ordres : la première évolution porte sur l'existence d'une certaine perméabilité entre ces territoires, la deuxième souligne la conquête par la santé de nouveaux territoires sociaux, la troisième met en évidence la place des territoires locaux au sein des politiques nationales de santé. Territoires institutionnels de la santé, territoires sociaux et territoires locaux déterminent ainsi l'orientation de cet ouvrage. On le voit, l'emploi du terme de « territoires » est large et comporte une dimension métaphorique. L'ouvrage se saisit de l'ensemble de ces déclinaisons et considère que la dimension territoriale, dans son acception étendue, favorise une lecture heuristique des transformations en cours.

Il s'agit aussi de considérer que l'expression « nouveaux territoires » souligne une interrogation sur l'évolution du domaine de la santé, beaucoup plus qu'une affirmation sur la « nouveauté » des situations. L'ouvrage ne prend pas en compte l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé ni l'ensemble des transformations en cours. Il se centre, pour l'essentiel des chapitres, sur les formes de publicisation et de médiatisation, c'est-à-dire sur les rapports que ce domaine entretient avec la mise en public, par les médias, par les dispositifs numériques ou par les activités d'information et de communication.

Les territoires institutionnels : cloisonnement et mouvement

Cette approche est illustrée par le [chapitre 1](#), portant sur l'antibiorésistance. Ce phénomène se trouve à la croisée de plusieurs territoires : politique, physique, et scientifique. De manière plus précise, Jocelyne Arquembourg identifie les trajectoires du problème que constitue la résistance des bactéries aux antibiotiques. L'antibiorésistance est d'abord apparue comme posant question aux scientifiques et aux médecins. Dans ce cadre, le problème est cantonné à la sphère médicale et scientifique. Dans un premier temps, il n'est pas considéré, en France, comme un risque pour les pouvoirs publics, à la différence d'autres pays comme la Grande-Bretagne ou le Danemark. Progressivement, et sous l'influence de nouveaux acteurs, comme les associations de consommateurs, les médias, les responsables politiques et les acteurs scientifiques, la question de l'antibiorésistance apparaît dans l'espace public. Mais l'originalité de cette notion est de plusieurs ordres. D'abord, elle remet en cause les cloisonnements entre les territoires de la santé humaine et ceux de la santé animale, puisque les travaux scientifiques établissent un lien entre la consommation de viande et l'apparition de la résistance aux antibiotiques chez l'homme. Ensuite, les échelles territoriales de l'action publique (européennes et nationales) sont également mobilisées à des titres divers, la réponse devant être globale et non pas éclatée dans des actions locales. Enfin, ce sont plusieurs agences qui interviennent pour lancer des plans d'action, dans l'objectif d'une gouvernance internationalisée – même si ces instances internationales restent fortement dominées par les États-Unis et l'Europe. L'ensemble de ces éléments conduit Jocelyne Arquembourg à considérer l'antibiorésistance comme un « objet-frontière », que d'ailleurs l'expression « One Health » illustre, et dont les mises en œuvre institutionnelles mènent à une nécessaire reconfiguration des domaines d'intervention des acteurs traditionnels. Le traitement de l'antibiorésistance exige la participation de plusieurs acteurs et la complémentarité de leurs compétences, c'est donc bien un « objet-frontière » qui se trouve au centre d'affrontements et de rapports de force. Initialement problème de santé humaine et animale confinée dans la sphère médicale, l'antibiorésistance a été traitée par d'autres champs et avec d'autres types d'acteurs, abordant de nouveaux problèmes et rendant son émergence dans la sphère publique plus complexe, mais surtout trop large.

On le voit, la santé est au centre de multiples stratégies scientifiques et politiques. Elle est également un domaine qui tend à conquérir de nouveaux territoires de l'activité sociale. En cela, elle est un révélateur, elle est aussi un moteur des changements sociaux. Bref, elle étend sa lecture des rapports sociaux à des situations qui sortent de son champ habituel, mouvement dont rend compte l'expression « sanitarisation du social » et dont l'information éditée par les associations de consommateurs est la démonstration. Dans la « presse conso », la présentation des produits est étudiée sous plusieurs aspects (qualité, coût, efficacité, etc.) et les risques pour la santé du

consommateur sont particulièrement mis en évidence. C'est un exemple de processus de « sanitarisaton » de la consommation, sujet étudié par Benoit Lafon dans le [chapitre 2](#). Les magazines d'information-consommation contribuent à l'émergence de problèmes dans la sphère publique, en particulier dans le domaine de la santé publique. Les travaux portant sur la construction de problèmes publics ont signalé l'importance de leur rôle, par exemple en contribuant à la construction du problème de l'amiante dans la sphère publique et en révélant les enjeux socioéconomiques sous-jacents. La référence à la santé dans « l'info-conso » se réalise de deux manières : soit elle porte sur les questions de santé (hôpital, mutuelles), soit elle sert de référence à des questions larges (alimentation, produits d'entretien). Benoit Lafon souligne ainsi un double mouvement, celui de la santé vers la consommation et celui des pratiques du quotidien appréhendées à travers le prisme de la santé – ce qu'il nomme la sanitarisaton de la consommation et la consumérisation de la santé.

Ainsi peut-on noter l'interdépendance et l'interpénétration de plusieurs champs, situation mettant en difficulté les politiques publiques, dont l'organisation sectorielle ne convient pas à ces évolutions. La sanitarisaton croissante est amplifiée par le recours quasi systématique, dans les magazines étudiés, à des « alertes santé », c'est-à-dire à la mise en garde régulière sur des dangers qui contribuent à la traduction d'une situation en problème de santé. Certes, cette posture des journalistes correspond à une stratégie de conquête du lectorat par l'implication des publics. Or, l'extension du territoire de la santé à toute activité ou à tout produit, sous la forme d'une alerte médiatisée, ne semble pas favoriser une implication sociale et une prise de conscience collective, mais accentuer plutôt, ici comme dans d'autres domaines, la responsabilisation des individus et l'individualisation du problème.

Le territoire : enjeu d'un espace public de la santé

L'approche des risques environnementaux en termes de santé et de santé publique est ici traitée à partir d'une posture scientifique critique, identifiant les enjeux politiques et économiques de pouvoir. Elle est, dans ce domaine, dominante en France. Ce n'est pas le cas aux États-Unis, comme l'indique Brigitte Juanals dans le [chapitre 3](#), qui est d'un apport certain pour la connaissance des travaux nord-américains. Les travaux scientifiques s'inscrivant dans une approche critique se trouvent en situation de minorité par rapport aux approches fonctionnalistes et post-positivistes. Ils se caractérisent par la mise en relation des conditions sociales des individus, des lieux qu'ils fréquentent et de leur état de santé. En France, la question de l'inégalité aux soins est sociale et territoriale ou du moins, les difficultés d'accès aux soins, si elles se manifestent par les inégalités territoriales, sont bien sociales. Les recherches américaines ajoutent un élément qui n'est pas présent en France, c'est la prise en compte des populations spécifiques que sont « les minorités raciales et ethniques ». Ainsi, sont

mis en évidence les rapports entre la localisation des individus, les critères « raciaux », les conditions socioéconomiques des habitants et leur état de santé. Il s'agit de prouver la dimension profondément inégalitaire de la santé environnementale : la place consacrée aux rapports de forces, aux modes de domination et de contrôle et aux mouvements d'opposition est donc déterminante.

La dimension critique des travaux états-uniens est minoritaire et elle est marquée par une faiblesse dans la production des données, les chercheurs ne développant pas de manière suffisante des travaux empiriques. Ainsi, le manque de données précises et quantifiables est un obstacle à la prise en compte de ces problèmes par les décideurs politiques. En outre, l'engagement des chercheurs porte tort à la crédibilité de leurs résultats et de leur approche. Le travail de Brigitte Juanals souligne que la recherche américaine critique met en valeur les questions éthiques et les analyses sociohistoriques, pour mettre en évidence le faible suivi des transformations démographiques, comme dans le cadre de sites industriels à risques. Elle indique la présence de thématiques spécifiques : la « justice environnementale » en particulier, ou la « gouvernance environnementale », celles-ci jouant un rôle déterminant dans la politisation de la santé environnementale et son inscription dans l'espace public.

En France, la situation est autre – ce sont les controverses sur la santé environnementale qui contribuent à inscrire cette notion dans l'espace public. Les mouvements antinucléaires ont très tôt utilisé l'argument de la santé pour s'opposer à l'industrie nucléaire, comme le montre le [chapitre 4](#), rédigé par Mikaël Chambru. La santé environnementale dans les mobilisations antinucléaires est une référence régulière et le chercheur propose d'en établir une présentation généalogique. Le résultat montre que l'émergence publique d'un problème ne suit pas une linéarité qui conduirait à sa structuration progressive, il existe des temps publics et des périodes d'invisibilité. Dans les temps publics, la santé environnementale est mise en avant pour lutter contre le nucléaire. Et cela passe par le soutien de scientifiques et par leur production de savoirs. Mais, comme dans le cas des oppositions à la vaccination, la parole des scientifiques ne semble guère avoir d'échos. Pour des raisons différentes : dans le cadre de la vaccination, les scientifiques se situent dans un refus de la discussion publique, dans le cadre des mouvements antinucléaires, leur expertise conduit à occulter les mouvements sociaux et à mettre en difficulté l'expertise produite par les militants. La place prise par les scientifiques entraîne une dépossession de l'expertise des militants et de la place de celle-ci dans leurs stratégies de lutte. Bref, elle extériorise dans le champ scientifique un élément clé de la lutte antinucléaire, d'où l'importance de la lutte définitionnelle pour caractériser le problème.

Il existe également des temps où la santé environnementale devient secondaire dans les stratégies des mobilisations collectives et dans l'espace public. Il est nécessaire alors de cerner les conditions de réactivation de ces argumentaires et d'analyser, à

travers eux, les rapports de force entre trois types d'arènes : institutionnelles, médiatiques et oppositionnelles. L'article met également l'accent sur la difficulté que rencontrent les militants à se mettre d'accord sur un choix de définition du problème public. La référence aux questions de santé dans la défense de l'environnement n'est pas toujours partagée par les différentes sensibilités oppositionnelles à la politique nucléaire. Cependant, l'auteur note que la plasticité de la référence aux risques sanitaires et environnementaux, ainsi que le flou dans les stratégies offrent une opportunité, celle de trouver de nouveaux publics et d'enrichir la mouvance contestataire par d'autres thématiques : la santé au travail, le transport des matières radioactives, les populations à proximité des essais nucléaires, etc. Se pose alors une question sur les capacités des mouvements protestataires à se défaire de leurs répertoires d'action habituels et à être porteurs de nouvelles revendications, qui pourraient les rendre visibles dans l'espace public et accroître le soutien du public.

La santé : nouveau territoire politique

L'approche développée dans l'ouvrage s'intéresse moins à la progressive mise en débat d'une question de santé et aux acteurs qui contribuent à sa problématisation qu'à la « circulation » de cette thématique au sein de divers champs sociaux. Ainsi, les controverses concernant la vaccination sont-elles révélatrices de la politisation du sujet et, de manière plus large, de la politisation des questions de santé. Bref, il s'agit d'aborder ainsi les nouveaux territoires de la politisation de la santé. Le thème de la vaccination est particulièrement riche pour saisir les rapports et les tensions entre les discours institutionnels de promotion de la vaccination et ceux qui se trouvent en opposition à la vaccination. La dimension institutionnelle est particulièrement importante : elle donne lieu à une politique publique, à un financement, à des actions déterminées, à des campagnes de communication publique et à des évaluations. Elle est, par ailleurs, ancienne. Caroline Ollivier-Yaniv identifie dans le [chapitre 5](#) différents types de controverses sur la vaccination mais, surtout, elle met en évidence les arènes dans lesquelles se développent ces controverses. Le terme d'« arène », métaphore spatiale comme celle de l'« espace public », est choisi, car il souligne la question des inégalités d'accès à la discussion, de leur clôture et des modalités transversales de passage ou de dynamique interarènes. Elles sont au nombre de trois : les arènes institutionnelles discrètes ou peu visibles qui relèvent du champ scientifique, des acteurs économiques ainsi que des institutions publiques ; les arènes publiques institutionnalisées qui correspondent aux médias d'information et les arènes semi-publiques dérégulées qui correspondent aux arènes numériques. Ces trois arènes posent plusieurs questionnements : sur leur accès, sur les acteurs qui les composent et leurs rapports de forces et, enfin, sur les discours des acteurs sociaux. Mais l'auteure indique que ces arènes ne sont pas cloisonnées. Elle met en évidence le déplacement

d'une controverse d'une arène à une autre et leurs interactions. Quant aux acteurs institutionnels, ils cherchent à imposer une rationalité toute scientifique et politique, restant dans l'évidence d'une position d'autorité. En résumé, le refus du conflit conduit à la réaction et à la politisation du sujet par d'autres acteurs. Les arènes ne sont pas égales entre elles et le sujet de la vaccination montre, d'une certaine manière, l'alliance entre les arènes publiques ouvertes (médias, associations). La dispersion des arènes publiques et leur multiplication contribuent ainsi à la politisation du sujet et à la remise en cause des légitimités traditionnelles : scientifiques et politiques.

Les nouveaux territoires de la santé ne renvoient pas seulement à des lieux ou à des espaces en transformation ou à des échelles territoriales. L'expression recouvre également d'autres évolutions : l'apparition de nouveaux acteurs, les patients, qui redistribuent les rapports entre médecins et malades ou encore l'apparition de nouvelles situations qui font évoluer les territoires institutionnels. Concernant le patient, son rôle a beaucoup évolué au sein du colloque singulier, en particulier du fait d'une plus grande accessibilité à l'information de santé par les sites internet. Cécile Méadel souligne ainsi, dans le [chapitre 6](#), l'importance prise par la consultation de sites, ce qui induit une perte de pouvoir des institutions médicales et scientifiques qui, jusqu'à présent, détenaient un monopole certain sur les informations médicales. Ces sites et applications sont plus tournés vers le patient que vers la valorisation de l'institution médicale. Certes, cette situation est liée à des objectifs de rentabilité et les échanges entre patients, les commentaires ou les conseils constituent la finalité de ces différents sites. La conséquence de cette présence ou de cet engagement du patient dans les échanges sur Internet est d'élargir la santé à des situations nouvelles, celles des préoccupations quotidiennes, bref de sortir la santé et l'information de santé de leur enclavement traditionnel. Du même coup, c'est bien la relation aux professionnels de la santé qui change. Le chapitre interroge la crainte que peuvent rencontrer les médecins face à cette quête d'informations. Plus généralement, le domaine de la santé connaît des évolutions présentes dans d'autres secteurs : la participation des usagers, la remise en cause des savoirs institués et imposés, ainsi que la progressive reconnaissance de l'expertise par l'expérience. Cependant, le chapitre met également en évidence le fait que, dans ses pratiques d'Internet, le patient n'est pas seul. La dimension collective se manifeste de plusieurs manières dans les discussions et les échanges avec d'autres internautes ou dans les manifestations de soutien. Elle est présente également dans la production de savoirs profanes, dans les formes d'expression et de diffusion. La production de savoirs profanes va de la simple transmission d'informations à la participation aux savoirs scientifiques (par exemple, par la mise en place de bases de données). Ainsi, la dimension collective liée à l'expérience de la maladie conduit-elle, d'une part, à faire émerger dans l'espace public des maladies et à favoriser leur reconnaissance, d'autre part, à faire évoluer les territoires institutionnels de la médecine.

La santé : espace d'affrontement de territoires organisationnels

La situation des SAMU (service d'aide médicale urgente) illustre les questions qui se posent dans le domaine de la santé (et plus particulièrement dans l'organisation des soins médicaux). La territorialisation des activités médicales agit ainsi comme un révélateur de nouveaux problèmes. Un service d'urgence est doublement territorial : il est en effet un espace physique au sein d'un centre hospitalier et il est situé dans un espace urbain. L'article propose d'analyser le fonctionnement d'un service particulier : il est très connu des habitants et fortement identifié ; en même temps, il est marqué par une certaine opacité, son fonctionnement échappe aux regards extérieurs et particulièrement à celui des appelants. D'une manière plus pointue encore, l'article se penche sur des professionnels en forte interaction avec les appelants et pourtant peu connus et mal identifiés. Le plus souvent, ce sont les interactions entre médecins et infirmières qui ont été étudiées, ou bien les difficultés rencontrées par les cadres de santé dans leurs environnements professionnels. Aurélia Lamy et les co-auteurs s'intéressent, dans le [chapitre 8](#), à des professionnels présents auprès des publics mais qui restent invisibles. Il s'agit des « assistants de régulation médicale ». Ces acteurs occupent une fonction de médiation entre les appelants et les médecins, qui, bien que déterminante, reste méconnue et peu valorisée. Les compétences « info-communicationnelles » exigées sont sous-évaluées par rapport à la maîtrise des dispositifs techniques et informatiques. En outre, ces professionnels doivent faire face à une multitude d'activités qui exigent des capacités particulières de réactivité. C'est donc à travers le rôle des « assistants de régulation médicale », toute une organisation interne qui est questionnée.

La remise en cause des fonctionnements au sein d'une structure hospitalière est révélée lors de la mise en œuvre du dossier patient informatisé (DPI), dispositif visant à centraliser et à partager les informations d'un patient par les professionnels de santé, au sein d'un établissement. L'hôpital se présente comme une organisation, qui dispose de nombreux services faisant partie de « mondes » différents, fortement structurés, que l'on pourrait séparer rapidement en deux entités : d'un côté la partie clinique, de l'autre la partie administrative. Or, la mise en œuvre du DPI conduit à brouiller et même à remettre en cause les frontières, à la fois spatiales, professionnelles et symboliques, entre ces services. Certes, le déploiement de systèmes d'information au sein d'organisations, comme des entreprises, a mis en évidence combien son intégration est complexe à travers, en particulier, la collecte et le partage des données. La dimension bureaucratique de l'institution hospitalière renforce les difficultés qui portent autant sur les enjeux de pouvoirs que sur l'évolution des pratiques professionnelles. En ce sens, le [chapitre 7](#), rédigé par Roxana Ologeanu-Taddei et David Morquin, interroge la notion de territoire dans ses multiples acceptions : il s'agit tout à la fois d'un territoire organisationnel (l'hôpital), des frontières entre les services et d'une reconfiguration des espaces de pouvoirs au sein d'une structure. L'élaboration d'un DPI laisse

apparaître plusieurs problèmes : le choix et la sélection des informations, leur accès pour les professionnels de la santé, les tensions entre la logique de rationalisation gestionnaire (règles de facturation) et celle de rationalisation professionnelle (données médicales). Il reste alors à identifier quel acteur ou quel dispositif permet d'établir le lien ou la passerelle entre des territoires qui se côtoient et qui s'opposent souvent.

La santé : entre politiques nationales et territorialisation de l'action publique

Pour terminer, le **chapitre 9**, rédigé par Frédéric Pierru au sujet des politiques publiques nationales et leur rapport avec les politiques locales, souligne la complexité du positionnement des unes et des autres. Il ne faudrait pas avoir une lecture dichotomique des politiques de santé, qu'elles soient territorialisées (l'action de l'État dans les territoires) ou territoriales (l'action des collectivités territoriales), les premières imposant des directives que les secondes seraient chargées d'appliquer ou bien, dans une lecture opposée, les secondes étant en autonomie et en opposition vis-à-vis des structures nationales. Le sociologue souligne bien que la territorialisation des politiques nationales de santé, comme dans d'autres domaines, repose sur des instruments (en particulier, ceux du nouveau management public) et des structures qui encadrent et définissent les activités de santé dans les territoires. Dans ce secteur, s'imposent ici, comme dans d'autres services publics, la rationalité économique et l'imposition de fortes contraintes budgétaires. Plus généralement, l'auteur met en évidence une forme de dépolitisation des questions de santé par le niveau national. L'objectif est de laisser place à une recentralisation des politiques de santé, accompagnée et justifiée par leur technocratisation. Quant aux politiques menées par les collectivités territoriales, elles reposent sur un double mouvement : celui de la concurrence entre les niveaux territoriaux (communes, département et régions, mais aussi concurrence entre les villes ou entre la ville-centre et les villes de banlieue) et celui de l'interdépendance entre ces niveaux. Bref, les pouvoirs locaux doivent maîtriser la gestion des interdépendances locales, les multiniveaux et leur coordination. Ils doivent également prendre en compte une politisation des questions de santé pour lesquelles ils se montrent relativement dépourvus : les revendications des personnels de santé et en particulier des services des urgences, les inégalités territoriales d'accès aux soins, la gestion de la dépendance, les problèmes liés au changement climatique, comme les épisodes de pollution ou de canicule ou le maintien des petites structures hospitalières. L'ensemble de ces éléments signifie le dépassement de la verticalité de l'action de l'État et souligne qu'un certain nombre de questions nouvelles se construisent à partir des territoires, obligeant une reconfiguration des politiques de santé et, de manière générale, celle de la notion même de santé. L'ensemble des contributions souligne un mouvement d'entrelacement des différents territoires : politique et institutionnel, organisationnel et professionnel, public et médiatique et, de plus en plus, leur interdépendance.