



HAL
open science

Santé et territoires : approche anthropologique

Nicole Vernazza-Licht

► To cite this version:

Nicole Vernazza-Licht. Santé et territoires : approche anthropologique. Sara Brimo; Olivier Renaudie. Santé et territoire(s), LexisNexis, pp.105-115, 2022, 9782711037186. <hal-04023492>

HAL Id: hal-04023492

<https://hal.science/hal-04023492v1>

Submitted on 10 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY 4.0 - Attribution - International License

SANTÉ ET TERRITOIRE(S)

SANTÉ ET TERRITOIRE(S)

Sous la direction de

Sara Brimo

Maître de conférences HDR
à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne (ISJPS)

Olivier Renaudie

Professeur à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne (ISJPS)



© LexisNexis SA
141, rue de Javel – 75015 Paris

Avertissement de l'Éditeur

Toute utilisation ou traitement automatisé, par des tiers, de données personnelles pouvant figurer dans cet ouvrage sont formellement interdits.



Le logo qui figure sur la couverture de ce livre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans les domaines du droit, de l'économie et de la gestion, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement soit aujourd'hui menacée.

© LexisNexis SA, 2022
Siège social : 141, rue de Javel - 75015 Paris

Cette œuvre est protégée dans toutes ses composantes (y compris le **résultat** des savoirs mis en œuvre, des recherches, des analyses et des interprétations effectuées et, de manière générale, des choix de fond et de forme opérés dans le cadre de la **consolidation** des textes reproduits) par les dispositions du Code de la propriété intellectuelle, notamment celles relatives aux droits d'auteur. Ces droits sont la propriété exclusive de LexisNexis SA. Toute reproduction intégrale ou partielle, par quelque moyen que ce soit, non autorisée par LexisNexis SA ou ses ayants droit, est strictement interdite. LexisNexis SA se réserve notamment tous droits au titre de la reproduction par reprographie destinée à réaliser des copies de la présente œuvre sous quelque forme que ce soit aux fins de vente, de location, de publicité, de promotion ou de toute autre utilisation commerciale conformément aux dispositions de l'article L. 122-10 du Code de la propriété intellectuelle relatives à la gestion collective du droit de reproduction par reprographie.

ISBN 978-2-7110-3718-6

Liste des auteurs

Benoît APOLLIS

Maître de conférences en droit public à l'Université Paris-Panthéon-Assas

Sara BRIMO

Maître de conférences HDR à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne (ISJPS)

Virginie DONIER

Professeure de droit public à l'Université de Toulon (CERC)

Présidente du conseil scientifique du GRALE

Olivier DUPÉRÉ

Maître de conférences à l'Université de La Réunion

Jean-Baptiste GUYONNET

Doctorant à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Laetitia JANICOT

Professeur à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Arnaud LAMI

Maître de conférences HDR à l'Université Aix-Marseille

Directeur du Centre de droit de la santé (UMR Adès)

Martine LONG

Maître de conférences HDR à l'Université d'Angers

CJB UPRES EA n° 4337, membre du conseil scientifique du GRALE

Marie-Laure MOQUET-ANGER

Professeur à l'Université Rennes 1

Présidente d'honneur de l'AFDS

Jean-Marie PONTIER

Professeur émérite de l'Université d'Aix-Marseille

Stéphanie RABILLER

Maître de conférences à l'Université de Pau et des Pays de l'Adour (IFTJ)

Olivier RENAUDIE

Professeur à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne (ISJPS)

Nicole VERNAZZA-LICHT

Anthropologue de la santé, ESPACE, UMR 7300

Membre du Haut Conseil de la Santé Publique – CS MIME

Sommaire

Liste des auteurs.....	VII
Introduction par Sara BRIMO et Olivier RENAUDIE.....	1

PREMIÈRE PARTIE LES NOTIONS

Jean-Marie PONTIER, <i>Ce que la territorialisation de la santé signifie</i>	13
Marie-Laure MOQUET-ANGER, <i>Égal accès aux soins et déserts médicaux</i>	29

DEUXIÈME PARTIE LES ACTEURS

Virginie DONIER, <i>Quelle place pour les collectivités territoriales dans les politiques de santé publique ?</i>	43
Jean-Baptiste GUYONNET, <i>Les agences régionales de santé : entre territoire et territoires</i>	55
Benoît APOLLIS, <i>Les groupements hospitaliers de territoire</i>	69
Arnaud LAMI, <i>Les hôpitaux de proximité</i>	81
Stéphanie RABILLER, <i>Les conseils territoriaux de santé : légitimité et influence de la réflexion collective</i>	91

TROISIÈME PARTIE LES TERRITOIRES

Nicole VERNAZZA-LICHT, <i>Santé et territoires : approche anthropologique</i>	105
Olivier DUPÉRÉ, <i>La garantie de la « protection de la santé » à l'égard des « populations d'outre-mer »</i>	117

QUATRIÈME PARTIE LES PISTES D'ÉVOLUTION

Sara BRIMO, <i>Pandémie et territoires : entre urgence nationale et différenciations locales</i>	135
Martine LONG, <i>Santé, territoires et loi « 3DS » du 21 février 2022</i>	145
Olivier RENAUDIE, <i>La télésanté : vers un autre rapport au(x) territoire(s) ?</i>	155

CONCLUSION

Laetitia JANICOT, <i>Rapport conclusif</i>	167
--	-----

Santé et territoires : approche anthropologique

Nicole VERNAZZA-LICHT

*Anthropologue de la santé, Université Côte d'Azur, Aix-Marseille Univ,
Avignon Université, CNRS, ESPACE, UMR 7300, Avignon, France
Membre du Haut Conseil de la Santé Publique – Commission spécialisée,
maladies infectieuses et maladies émergentes (CS MIME)*

Le terme de territoire recouvre une polysémie de conceptions et de normalisation de l'espace, et les géographes⁽¹⁾ s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'un « espace socialisé ». Si, pour les juristes, c'est toujours un espace sur lequel s'exerce un pouvoir, une autorité, une juridiction, les anthropologues s'intéressent plutôt au « territoire vécu ». Pour ces derniers, l'analyse de la relation santé/territoire nécessite de connaître et de comprendre comment les populations, selon leur histoire, leur culture et les contextes de vie, reçoivent les directives sanitaires, se les approprient et quelles stratégies elles mettent en place dès lors qu'elles ont à prendre en charge un problème de santé ou de maladie et quelles mobilités cela va impliquer.

Si les capacités d'initiatives du malade et de son entourage face à la maladie sont essentielles dans la multiplicité et la diversité des pratiques thérapeutiques, c'est également le « sens » accordé au problème de santé qui va être déterminant⁽²⁾. En effet, la maladie est un événement tout autant biologique (*disease*) que social (*sickness*) et psychologique (*illness*). Le malade, comme son entourage, dans sa compréhension de l'événement maladie, dans la recherche et dans le choix de ses recours, ne dissocie pas toujours ces trois aspects.

C'est au territoire profane de la santé que nous nous intéresserons ici en tant qu'anthropologue en essayant de montrer comment il se déploie au sein, et parfois en opposition à l'espace organisé autour des institutions sanitaires et de la réglementation des soins.

Dans cette perspective, nous aborderons la relation santé/territoire tout d'abord sous l'angle de la « quête de soins » en montrant comment, face à un problème de santé, les personnes malades ou leur entourage vont utiliser les ressources

(1) Pour Guy Di Méo (1998), « le territoire témoigne d'une appropriation à la fois économique, idéologique et politique de l'espace par des groupes qui se donnent une représentation particulière d'eux-mêmes, de leur histoire, de leur singularité... » et pour Kourtessif-Philippakis (2011), « le territoire est un lieu de vie, de pensée et d'action dans lequel et grâce auquel un individu ou un groupe se reconnaît, dote ceux qui l'entourent de sens, et se dote lui-même de sens, met en route un processus identificatoire et identitaire », cités par M. Gaimard, M. Gateau, F. Ribeyre et B. Bichet, *Vulnérabilités et territoires*, Nancy, éd. Kailos, coll. « Questions Humaines », 2018, p. 13 et 14.

(2) N. Vernazza-Licht, Quête de soins et itinéraires thérapeutiques dans les Alpes-de-Haute-Provence-France, in *Communication, circulation en Provence, Actes des 9^{es} Journées d'études de l'espace provençal*, éd. du Centre régional de documentation occitane, 2001, p. 139-147 (hal-01442721).

thérapeutiques ou diagnostiques qui s'offrent à elles et qui vont conditionner leur mobilité sur un territoire donné.

Le deuxième point de notre réflexion permettra de voir en quoi l'appartenance à un territoire induit chez les personnes des aspects identitaires qui peuvent avoir des conséquences sur leurs perceptions et leurs pratiques en matière de choix et d'accès aux soins, mais également en termes d'acceptabilité des mesures sanitaires édictées au plan national.

I. – Circuler sur un territoire : quête de soins et itinéraires thérapeutiques

Si on prend l'exemple de la France, avec son système de sécurité sociale, les complémentaires santé et la complémentaire santé solidaire (CSS) pour les personnes en difficultés économiques, on sait que le territoire de prise en charge des soins primaires conditionne l'orientation des personnes vers les institutions de soins (hôpitaux, dispensaires, etc.) et les professionnels de santé. Le système sanitaire contraint le malade à s'adresser préférentiellement au médecin généraliste référent pour pouvoir être remboursé au mieux des frais engagés. Du généraliste au spécialiste, du centre de santé à l'hôpital, la logique de prise en charge financière caractérise un circuit sanitaire et la mobilité des malades.

Contrairement à l'idée admise, le recours aux soins de la population – ou d'une large partie de la population – n'est pas homogène et, tout au moins, ne s'inscrit pas uniquement dans les recours biomédicaux tarifés et remboursés. On constate une diversité de pratiques de soins souvent en lien avec des conceptions de l'efficacité thérapeutique, voire de l'agressivité des traitements allogènes, héritage d'une longue tradition culturelle et familiale et que n'a pas enrayée la médecine moderne⁽³⁾. Un rapide retour historique peut apporter un éclairage sur l'hétérogénéité et le maintien au cours du temps de certaines pratiques thérapeutiques, à forte ou faible connotation magico-religieuse.

L'historien Eugen Weber⁽⁴⁾ a dressé, dans un imposant ouvrage de 846 pages intitulé *La fin des terroirs*, un très riche état de la situation de la France et en particulier de la France rurale dans le dernier quart du XIX^e siècle et jusqu'à la Première Guerre mondiale. Il explique comment s'est constituée la nation française, comment la langue française s'est imposée notamment autour du premier conflit mondial et la vie dans les tranchées d'hommes venus de différentes régions et comment les particularismes locaux se sont estompés. Son travail est intéressant pour notre propos dans la mesure où il consacre tout un chapitre aux questions de santé et décrit « la France des campagnes » comme un « pays de sauvages où règnent la misère et la superstition » et en décalage avec « la France des villes ». À propos de la santé et des maladies, liées en particulier aux conditions d'habitat (insalubrité,

(3) F. Bouchayer, *Les usagers des médecines alternatives – itinéraires thérapeutiques, culturels, existentiels : RF aff. soc.* 1986, p. 105-116. – N. Vernazza-Licht, *Quête de soins et itinéraires thérapeutiques dans les Alpes-de-Haute-Provence-France, Communication, circulation en Provence, Actes des 9^{es} Journées d'études de l'espace provençal*, préc.

(4) E. Weber, *La fin des terroirs. La modernisation de la France rurale 1870-1914*, Paris, Fayard, 1983, 846 p.

hygiène et pollution de l'eau...) et au maintien de croyances dans le surnaturel et à la sorcellerie, il met en évidence la multiplicité des soins traditionnels, et ce malgré des siècles de découvertes scientifiques et l'enseignement délivré dans les écoles de médecine en France (Paris dès 1150, Montpellier dès 1187, Strasbourg, Toulouse...).

Certaines de ces croyances profanes se maintiennent encore aujourd'hui notamment au travers de proverbes qui nous sont coutumiers et que l'ethnologue Françoise Loux⁽⁵⁾ a étudiés un siècle plus tard. Ils traduisent la persistance dans l'imaginaire – et parfois dans les pratiques – de savoirs traditionnels en matière de santé. Ainsi en est-il du recours aux saints guérisseurs qui sont souvent l'objet de pèlerinages et de voyages et impliquent une circulation régulière des malades vers des lieux miraculeux ou les statues de saints vénérés⁽⁶⁾. Ainsi, par exemple, en mars 2020 pour lutter contre le coronavirus, une messe a été organisée à Parigné en Bretagne attirant les fidèles autour de la statue de saint Roch réputé pour guérir les maladies contagieuses et auquel un pèlerinage annuel est dédié depuis 1625⁽⁷⁾. On peut citer aussi la grotte de Lourdes dans les Pyrénées vers laquelle des cars entiers amènent quotidiennement les malades et leurs familles en quête d'une miraculeuse guérison.

De même, on peut relever le renouveau depuis les années 1970-1980 de thérapies qualifiées de médecines « douces », « naturelles » ou « complémentaires » et qui s'inscrivent dans la lignée de pratiques ou conceptions traditionnelles. Nous avons étudié les itinéraires de soins de personnes résidant dans un village rural des Alpes-de-Haute-Provence et montré que l'itinéraire se construit à partir d'un principe directeur, « la guérison », qui entraîne tant qu'il y a insatisfaction l'appel à tout un éventail de possibilités thérapeutiques (médecin généraliste, spécialiste, rebouteux, leveur de maux, iridologue, automédication et tisanes...) et conduit le patient à consulter des spécialistes établis de plus en plus loin de son lieu d'habitation, en fonction de paliers d'accessibilité territoriale. Quand on établit une cartographie des différents déplacements des malades, on obtient une image du territoire au sein duquel s'inscrit la recherche de santé et de guérison.

Ce pluralisme médical n'est pas propre au territoire français ou spécifique d'une maladie ou d'un problème de santé particulier. De nombreux travaux de recherches en anthropologie ont été menés dans d'autres pays et sur d'autres continents et mettent en lumière l'attitude des individus face à la maladie, et au malheur qu'elle représente, pour soi et pour la communauté. En 1992, la VIII^e Conférence internationale sur le SIDA à Amsterdam a consacré pour la première fois plusieurs sessions aux thérapies alternatives aux USA, en Grande-Bretagne, en Allemagne, au Brésil, Mexique, Rwanda... témoignant de comportements similaires dans des régions du monde très éloignées mais aussi de la mobilité des malades pour obtenir une guérison ou une meilleure qualité de vie, comme ceux venus après le passage du basketteur Magic Johnson, le 12 janvier 1992, à Tlacote, à 150 miles de Mexico.

(5) F. Loux et P. Richard, *Sagesses du corps : la santé et la maladie dans les proverbes français. Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris, éd. G.-P. Maisonneuve et Larose, 1978, 353 p.

(6) M.-H. Chevrier, *Pèlerinage, développement urbain et mondialisation : l'exemple de Lourdes : Geoconfluences* 18 oct. 2016 (<http://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-thematiques/fait-religieux-et-construction-de-l-espace/corpus-documentaire/pelerinage-lourdes>).

(7) https://actu.fr/bretagne/parigne_35215/insolite-vont-prier-saint-guerisseur-lutter-contre-coronavirus_32065815.html.

Les malades ont alors afflué rapidement, attendant en rang, parfois presque trois jours, dans une file de deux à quatre kilomètres de long, pour obtenir quatre litres d'une eau puisée d'un puits local et considérée comme un traitement curatif pour différentes maladies, dont le SIDA⁽⁸⁾. Lors de la pandémie de Covid-19, ce sont comportements relativement semblables que l'on observe chez les malades qui ont accouru à Marseille pour prendre de l'hydroxychloroquine et sur lesquels nous revenons *infra*.

La géographe Élisabeth Dorier-Apprill⁽⁹⁾, dans une étude effectuée sur un quartier de Brazzaville, avait pris en compte l'hétérogénéité culturelle de l'offre de soins en milieu urbain en Côte d'Ivoire (dispensaires, centres de soins religieux, sectes thérapeutiques, soins traditionnels des guérisseurs et féticheurs) pour conclure qu'il convenait, en Afrique comme dans les pays occidentaux où se développaient « les médecines dites alternatives », de fonder une « géographie thérapeutique » en s'appuyant sur l'importance du système de santé « réel » et incluant les différents recours de soins, souvent ignorés par les institutions sanitaires.

Les comportements de santé lors de l'épidémie de chikungunya à La Réunion permettent de mieux comprendre, au-delà de la mobilité, la relation qui lie la santé au territoire. Ce département d'outre-mer bénéficie d'infrastructures sanitaires, de professionnels de santé et de prises en charge sociales de qualité. En 2005-2006, l'île de La Réunion a fait face à une épidémie de chikungunya, transmise par un moustique, *Aedes albopictus*. Les professionnels de santé, confrontés à cette maladie émergente, ont été démunis face à l'absence de traitements appropriés, l'apparition de cas graves et de décès. L'étude que nous avons réalisée en 2007 sur les comportements des habitants et leurs perceptions du risque durant l'épidémie a mis en évidence une combinaison de soins⁽¹⁰⁾. En particulier, si 93 % d'entre eux ont consulté un médecin, souvent en première intention, ils ont associé un autre recours dans 70 % des cas⁽¹¹⁾. Ils ont puisé essentiellement dans la riche pharmacopée de ce territoire tropical (*cœur de cerise, cannelle, citronnelle, noni, galabert, zamal...*) et en terme magico-religieux se sont tournés en particulier vers un saint local, saint Expedit, un ancien légionnaire très respecté à La Réunion. Cette attitude des Réunionnais n'est pas spécifique au chikungunya jusqu'alors inconnu sur l'île ; des problèmes de santé comme la maladie d'Alzheimer ou les soins aux enfants y donnent lieu à la même combinaison entre soins biomédicaux, médecine familiale et traditionnelle⁽¹²⁾.

Le pluralisme thérapeutique et diagnostique que nous venons d'évoquer à partir de quelques exemples met en évidence la circulation régulière des individus sur un territoire et également les différences et la complémentarité, souvent ignorées par les institutions et les professionnels de santé, entre territoire sanitaire et territoire de soins.

(8) N. Licht, *Les recours alternatifs du Sida : Le Journal du Sida*, 1992, hors-série, n° 43/44, n° spécial « VIII^e Conférence Internationale sur le SIDA – Médecine et Sciences sociales », p. 78-81, Paris, ARCAT-SIDA diffusion (hal-01442351).

(9) E. Dorier-Apprill, *Pour une géographie du pluralisme thérapeutique dans les grandes villes d'Afrique Noire*, in *Espace Populations Sociétés* 1995, n° 1, p. 135-141.

(10) N. Vernazza-Licht, *Chikungunya à La Réunion : regard anthropologique sur la mobilisation sociale : La santé en action* 2015, INPES, p. 27-29 (hal-01294937).

(11) Par ordre décroissant : médecin (93,1 %), plantes (48,2 %), automédication (25,7 %), kinésithérapeute (18,1 %), prière (17,4 %), hôpital (4,7 %), tisaneur (1,8 %).

(12) F. Enjolras, *Incidence du pronostic sur la construction des modèles explicatifs de la maladie d'Alzheimer à l'île de La Réunion : Sciences sociales et santé* 2005, vol. 23, n° 3, p. 69-94.

Si de plus en plus de Français se tournent vers ces pratiques, se pose la question de leur légitimité sur le territoire français au-delà de leur persistance historique, de leur nouveauté ou du moins de leur adaptation en termes d'images et de discours et de leur revendication sous forme de mieux-être.

En 2019, une enquête a été menée par la DGCCRF sur les « Médecines douces ou alternatives » parmi lesquelles l'hypnose, l'acupuncture, la réflexologie, ou encore l'aromathérapie afin d'apprécier « la loyauté des pratiques » en matière réglementaire et notamment savoir quel était le respect de la réglementation en matière de titre des professionnels exerçant dans ce domaine et les discours tenus quant aux bienfaits des pratiques ou produits⁽¹³⁾. Parmi les faits marquants, en matière de santé et de territoire, on peut noter que la répartition de ces praticiens sur le territoire est assez hétérogène et que beaucoup se rattachent à des écoles ou des associations professionnelles, ce qui se traduit semble-t-il par une concentration territoriale de ces praticiens autour de ces lieux d'enseignement. À titre d'exemple, « la Loire concentre un nombre important de professionnels en raison de la présence d'une antenne de l'Académie européenne des médecines naturelles » à Saint-Étienne et du « Centre de Soins Naturels » à Chazelles-sur-Lyon. La Côte-d'Or a vu de nombreux naturopathes s'installer du fait de l'implantation de la Faculté libre de naturopathie qui forme près de deux cents professionnels par an. Enfin, même si leur activité n'est pas officiellement reconnue par le ministère des Solidarités et de la Santé, ces professionnels tendent progressivement à se structurer. Pour le secteur de la naturopathie, « l'Organisation de la Médecine Naturelle et de l'Éducation Sanitaire » (OMNES) est ainsi la principale association représentative et la « Fédération française des Écoles de naturopathie » (FÉNA) encadre un réseau d'écoles privées⁽¹⁴⁾.

S'agissant des approches juridiques des questions de santé, que faut-il envisager en fonction de ces considérations anthropologiques du territoire ?

Pour ce qui concerne les itinéraires thérapeutiques tels qu'ils ont été brièvement décrits, ce ne sont que les situations « limites » qui peuvent interpeller le juriste, comme par exemple la malhonnêteté qui va présider à une relation dite de soin ou de guérissage quand celle-ci va faire l'objet d'un paiement plus ou moins conséquent ou de promesses de réussite non tenues et d'espérance non satisfaites...

Différentes modalités de suggestions vis-à-vis du patient (docilité, emprise psychologique...) sont parfois remises en cause, mais les anthropologues savent que le guérisseur qui peut faire « le bien » est toujours perçu comme potentiellement dangereux, voire un sorcier !⁽¹⁵⁾ De ce fait, si les personnes qui le consultent ont des attentes de succès ou de guérison, elles s'en méfient aussi et conservent souvent vis-à-vis de lui ou d'elle une certaine crainte – ou peur – qui peut freiner les éventuels recours judiciaires.

Sur le plan de l'éthique, il faut citer la situation « d'abandon de soins » à l'incitation du guérisseur, du naturopathe et autres « soignants » qui risque d'entraîner

(13) www.economie.gouv.fr/dgccrf/medecines-douces-ou-alternatives-des-insuffisances-dans-le-respect-de-la-reglementation.

(14) <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>.

(15) J. Favret-Saada, *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le bocage*, Paris, Gallimard, 1977.

des retards de guérison et l'arrêt de traitements. Le cancérologue David Khayat est à plusieurs reprises intervenu sur cette question, mais son discours alarmiste est aujourd'hui plus nuancé⁽¹⁶⁾. Comme certains de ses confrères, il distingue entre les thérapeutiques qu'il considère comme complémentaires à la biomédecine et celles qui veulent se substituer aux soins et aux traitements allogènes. Néanmoins, il faut noter que les professionnels de santé sont souvent peu, ou pas, informés de ces recours complémentaires et ne constatent parfois les dégâts qu'ultérieurement.

II. – L'appartenance à un territoire induit chez les personnes malades ou leur famille des questions identitaires

A. – La pharmacopée populaire

L'épidémie de chikungunya à La Réunion renvoie également au lien santé/territoire/identité dans la mesure où la population a utilisé les traitements traditionnels et identitaires de cette société pluriethnique. Faute de pouvoir quitter l'île, les habitants ont puisé dans les ressources de leur territoire, s'approvisionnant dans leurs jardins créoles où voisinent traditionnellement plantes ornementales et plantes à visée thérapeutique⁽¹⁷⁾, sur les marchés locaux et auprès des guérisseurs et tisaneurs qui, dans les montagnes de l'île, recueillent et font sécher de nombreuses plantes et racines. Parmi les ressources de l'île, deux produits ont été plus particulièrement cités : le noni⁽¹⁸⁾ et le zamal. Des champs de noni (*malaye*) ont ainsi été dévastés par des voisins venus en ramasser faute d'en trouver sur les marchés...

Pour l'utilisation du zamal (terme créole donné au cannabis à La Réunion), afin d'apaiser les douleurs articulaires, les discours convergent sur le fait d'un usage ancien de cette plante qui pousse sur l'île puisque l'apport du chanvre à La Réunion a été fait au XIX^e par les populations qui s'y sont progressivement installées, les engagés hindous, les esclaves africains. Ceux-ci l'utilisaient pour des cérémonies ou pour un usage plus personnel avant d'être plus largement employé par les *gramouns* et par la population créole de l'île dans son ensemble⁽¹⁹⁾. Au-delà d'une pratique identitaire, car liée à ce territoire d'immigration, la justification de son usage illégal s'appuie aussi sur le fait qu'il est utilisé en tisane (décoction de feuilles), ce qui permet de l'inscrire dans une survivance populaire thérapeutique et de sciemment l'exclure des drogues illicites. *Zamal* est d'ailleurs le titre d'un recueil de poèmes du poète réunionnais Jean Albany⁽²⁰⁾ (1951), considéré comme « l'œuvre fondatrice de la poésie contemporaine réunionnaise ».

Plus récemment pour traiter le Covid-19, les Guadeloupéens, dont un grand nombre d'entre eux sont réticents au vaccin, se sont rués sur un sirop à base d'herbe

(16) www.lepoint.fr/sante/david-khayat-certaines-medecines-alternatives-sont-extremement-positives-pour-les-patients-14-10-2010-1252325_40.php.

(17) D. Soulance, M. Gaimard, D. Bley et N. Vernazza-Licht, *Lieux de vie et santé des populations : l'exemple du chikungunya à La Réunion : Cahiers de géographie du Québec* 2012, Laval, 55 (156), p. 603-621 (hal-01015180).

(18) Le noni est un arbre originaire des îles du Pacifique, de la Polynésie, de l'Asie et de l'Australie. Racine, écorce, feuilles, fleurs et fruits sont utilisés afin de lutter contre les infections virales, bactériennes, parasitaires ou fongiques ou encore pour soulager la douleur due à l'inflammation. Il est utilisé en médecine ayurvédique.

(19) www.mi-aime-a-ou.com/Cannabis_sativa.php.

(20) J. Albany, *Zamal*, éd. Belenand, 1951 (rééd. 1980).

à pic *neurolaena lobata*, plante endémique des Antilles, qui pousse au bord des routes. Cette plante fait partie de la pharmacopée locale et elle est censée renforcer les défenses naturelles du corps. Malgré son usage populaire, l'efficacité de cette plante n'est pas reconnue scientifiquement et un ensemble de discours et de publications ont rapidement convergé sur le fait que cela traduisait le mépris de l'État français vis-à-vis de la culture traditionnelle de ce département d'outre-mer.

B. – La carte de la vaccination du Covid-19 d'Emmanuel Vigneron comme exemple de la permanence de résistances identitaires historiques et écologiques

Un deuxième exemple entre santé, territoire et identité peut être relevé autour de la récente épidémie de Covid-19. Le géographe de la santé, Emmanuel Vigneron, a dressé une carte de la vaccination en France contre le Covid-19. Il fait ressortir, en écartant certains déterminants sociologiques comme l'âge des individus, que d'autres paramètres influencent la vaccination⁽²¹⁾. La résistance au pouvoir central constitue l'élément surprenant de ses résultats. Outre cet aspect, E. Vigneron donne plusieurs explications à ses résultats : la distance et l'accès numérique au centre de vaccination, l'isolement, la sous-information notamment.

Il identifie ainsi un territoire de moindre adhésion à la vaccination Covid-19 que les politologues Jérôme Fourquet et Sylvain Manternach, auteurs du rapport de la Fondation Jean-Jaurès, caractérisent comme une « Vaste zone de défiance vaccinale méridionale » qui se recoupe « avec une forte hostilité au système et une défiance vis-à-vis de l'autorité politique étatique ».

La carte met en évidence de fortes disparités régionales et en particulier une baisse de la vaccination dans tout le sud de la France d'est en ouest. Ce partage recouvre, en fait, au plan historique des zones de refus de la centralisation de l'État et de l'ordre républicain (forme de contestation de l'autorité centrale autour de la conscription, de l'adoption du français au profit des langues locales avec des revivifications régulières). E. Vigneron montre également que la carte de l'agriculture biologique se superpose avec la carte de l'indice de vaccination et analyse cette situation comme une culture d'opposition à la société de surconsommation et un retour à la nature.

Sur le plan des recours de santé, les deux politologues expliquent que la médecine « alternative » y est beaucoup plus représentée et que plusieurs *leaders* politiques et des médicaux contestataires notamment parmi les anti-vaccins résident dans le sud de la France.

On se doit de souligner néanmoins que le sud de la France n'est pas une exception en matière de relations difficiles entre le national et le local, puisque les historiens ont montré que différents terroirs (breton, vendéen, corse...) cultivent le souvenir de luttes identitaires (révoltes populaires, soulèvements...) et qu'y persiste une défiance territoriale à l'égard du pouvoir central.

(21) J. Fourquet et S. Manternach, *Pourquoi la défiance vaccinale est-elle plus forte dans le sud de la France ?*, Fondation Jean-Jaurès, 2021, 14 p. (www.jean-jaures.org/publication/pourquoi-la-defiance-vaccinale-est-elle-plus-forte-dans-le-sud-de-la-france/?post_id=22465&export_pdf=1).

Ce travail géographique de E. Vigneron et son illustration cartographique montrent ainsi que malgré la mixité socio-géographique qui caractérise la France d'aujourd'hui, la gestion de la santé et de la maladie se joue dans des inscriptions territoriales qui se conjuguent autour de logiques identitaires, pas toujours perceptibles, mais qui peuvent prendre des allures plus affirmées en cas de crise.

C. – L'opposition Paris-Marseille autour du Covid-19

Une autre illustration emblématique du lien entre territorialisation et santé est le conflit né des prises de position du professeur Didier Raoult lors de l'épidémie de Covid-19⁽²²⁾.

Le conflit a porté successivement sur l'usage thérapeutique de l'hydroxy-chloroquine, un antipaludique connu, pour le traitement du coronavirus puis les stratégies à adopter dans la gestion médicale et sociale de l'épidémie et notamment sur la vaccination. Il a clairement mis en évidence la persistance d'un antagonisme entre Paris et Marseille et, plus largement, des tensions, voire de l'opposition locale contre la politique menée sur le plan national.

Jusqu'alors inconnu du grand public, cet immunologiste marseillais, spécialiste des maladies infectieuses, avait déjà eu l'occasion de différentes prises de position publique notamment lors de sa remise d'un rapport sur le bioterrorisme et les maladies infectieuses en octobre 2004⁽²³⁾, le schéma de diffusion dès 2009 d'une pandémie respiratoire à partir des animaux d'élevage en Asie, puis sur la préparation des institutions sanitaires aux nouveaux risques infectieux envisagés sur le territoire français (épidémie de grippe A (H1N1) en 2009, VIH en 2014, chikungunya en 2007...).

Auteur en 1999 d'un « Que sais-je ? » sur les « Nouvelles maladies infectieuses »⁽²⁴⁾, il alerte déjà, lors d'un entretien au journal *Le Monde*, sur l'état des infrastructures et des connaissances en France et se montre critique et dubitatif : « Nous n'avons pas aujourd'hui les structures adéquates et nous connaissons mal les conditions de transmission... En France, nous ne sommes même pas capables d'enrayer des épidémies comme la gastro-entérite et la grippe traditionnelle »⁽²⁵⁾.

Il est, et se décrit dès ce moment comme un anticonformiste, et l'image que la presse en donne est déjà celle que le public découvrira lors de l'épidémie de Covid-19 : « Ce bourlingueur de la science ne goûte rien tant que naviguer à contre-courant... Visage buriné, longues mèches indisciplinées et poitrine ouverte, le chercheur a des allures de loup de mer, à la Olivier de Kersauson. Volontiers provocateur »⁽²⁶⁾.

L'objet n'est pas ici de s'interroger sur le bien-fondé de la querelle, mais sur le fait que pour justifier sa position et son discours, le professeur Raoult a beaucoup

(22) www.lemonde.fr/sciences/article/2020/02/26/un-antipaludeen-pourra-t-il-arreter-l-epidemie-de-covid-19_6030931_1650684.html.

(23) *Le Monde* 11 oct. 2004, *Trois questions à... Didier Raoult* par P. Smolar (www.lemonde.fr/archives/article/2004/10/11/trois-questions-a-didier-raoult_382558_1819218.html).

(24) D. Raoult, *Les nouvelles maladies infectieuses*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1999, n° 3499.

(25) www.lemonde.fr/planete/article/2009/04/27/une-epidemie-de-grippe-porcine-est-plus-inquietante-qu-une-epidemie-de-grippe-aviaire_1186192_3244.html.

(26) www.lemonde.fr/planete/article/2010/11/19/chasseur-de-microbes_1442299_3244.html.

utilisé l'opposition entre Paris et Marseille où il exerce, et de montrer comment cette stratégie a été vécue, et acceptée, par la population de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

Ainsi déclarait-il, dans le journal *Le Parisien* en mars 2020 dès les premiers mois de la pandémie : « Ce n'est pas parce que l'on n'habite pas à l'intérieur du périphérique parisien qu'on ne fait pas de science. Ce pays est devenu Versailles au XVIII^e siècle ! »⁽²⁷⁾.

Il s'oppose ainsi en particulier au conseil scientifique mis en place pour orienter le gouvernement et auquel il avait été nommé avant de démissionner, aux responsables du ministère de la Santé, et de manière générale à ses confrères du milieu médical et scientifique dont il conteste les données, les essais thérapeutiques et différentes stratégies de gestion de l'épidémie⁽²⁸⁾.

Son utilisation de la chloroquine en traitement de la Covid-19 reçoit rapidement une reconnaissance nationale et internationale dans les premiers temps de l'épidémie. Ainsi en est-il du Président américain Donald Trump qui, en mai 2020, déclare utiliser de l'hydroxychloroquine à titre préventif et lui donne ainsi crédit. D'autres sont plus nuancés, mais s'interrogent sur le fait que ce traitement ne reçoive pas l'aval du gouvernement. Alors que les preuves d'efficacité du traitement manquent, le journal *L'Express*⁽²⁹⁾ rapporte le message de Corinne Lepage, avocate et ancienne ministre de l'Environnement, qui lui apporte son soutien le 20 mars sur Twitter : « Il faudra un jour comprendre pourquoi la chloroquine proposée par le professeur Raoult depuis trois semaines a été boudée par les autorités sanitaires françaises. Querelles d'egos, guéguerres internes, règles administratives inappropriées ? », et la demande sur *France Inter* de généralisation du traitement de Bruno Retailleau, le président du groupe Les Républicains au Sénat : « La chloroquine, pourquoi ne l'utilise-t-on pas ? »... « De toute façon qu'est-ce qu'on risque ? Les gens meurent ».

Déjà, d'autres élus s'étaient intéressés au traitement promu par Didier Raoult et ainsi, début avril 2020, le président du Conseil exécutif de Corse, à la « demande collective des élus corses et du monde médical », plaidait auprès du ministère de la Santé pour qu'un essai de grande ampleur soit réalisé et que l'île soit « un territoire pilote » de l'usage de l'hydroxychloroquine⁽³⁰⁾ et sa demande était appuyée par le président et le secrétaire général de l'ordre régional des médecins de PACA⁽³¹⁾.

En effet, plusieurs personnalités politiques du sud de la France et ayant autorité en tant qu'élus locaux ont largement soutenu dans les médias le traitement et l'action du professeur Raoult, s'appuyant sur la reconnaissance scientifique

(27) www.leparisien.fr/societe/didier-raoult-pour-traiter-le-covid-19-tout-le-monde-utilisera-la-chloroquine-22-03-2020-8285511.php.

(28) En octobre 2020, l'Agence de sécurité du médicament (ANSM) lui interdira d'utiliser la molécule, même de façon exceptionnelle, pour soigner ses patients malades de la Covid-19.

(29) www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/coronavirus-scientifiques-trump-musk-qui-sont-les-soutiens-de-didier-raoult_2121691.html.

(30) www.rtl.fr/actu/bien-etre/coronavirus-la-corse-territoire-pilote-du-protocole-de-raoult-sur-la-chloroquine-7800361968.

(31) « Ne vaut-il pas mieux une déception si cette méthode échoue, que d'avoir à constater plus tard une perte de chances pour nombre de patients ? », précisant : « Il existe une urgence sanitaire réelle et grave. Des personnalités de notre région ont pu bénéficier de ce traitement sans dommages » (<https://nicepresse.com/soutien-ordre-regional-des-medecins-professeur-raoult>).

internationale dont il bénéficiait antérieurement, certains expliquant s'être fait soigner à l'IHU. Même si l'on peut penser que leurs attitudes traduisaient des conflits plus politiques vis-à-vis du gouvernement, il n'en est pas moins certain qu'en tant qu'élus locaux ayant autorité, leurs propos ont pesé sur la perception identitaire de la population du sud-est de la France et sur l'adhésion locale à leurs revendications, souvent relayés sur les réseaux sociaux.

Des files d'attente photographiées ou filmées par les différents médias ont rendu compte de l'empressement de la population à recevoir le traitement pourtant rapidement critiqué par le ministère de la Santé et le milieu médical et scientifique. Des médecins, eux-mêmes, n'ont pas hésité à aller à l'Institut hospitalo-universitaire de Marseille pour se faire dépister positifs et recevoir l'hydroxychloroquine, une file d'attente spéciale leur étant réservée. Tout en montrant les divergences et l'apparence d'excentricité de ce scientifique marseillais, les médias ont accentué les différences de perceptions territoriales entre le Nord et le Sud. Ainsi le journal *Le Monde* met en scène le biologiste « marseillais » et lui donne rapidement l'image d'un « héros » tout en considérant comme acquise l'opposition Marseille/Paris : « Dans son fief marseillais, Didier Raoult vient, lui, d'entrer au panthéon des héros locaux incarnant l'esprit rebelle de la ville, opposée à un parisianisme compassé. Un héros, voire un sauveur : devant le siège de son IHU, des centaines de personnes patientent désormais pour recevoir, et le diagnostic, et le remède »⁽³²⁾.

Dans un contexte de circulation restreinte par le gouvernement, la venue de toute cette population a pu ainsi être assimilée à un véritable pèlerinage religieux, comme l'illustre une image humoristique qui a circulé sur les réseaux sociaux et qui associe le visage de Didier Raoult à celui d'un apôtre dans la grotte de Lourdes.

L'opposition entre le professeur, ses soutiens et le gouvernement devient rapidement identitaire. À Marseille, des défilés de taxis, d'éboueurs ou d'ambulanciers qui klaxonnent aux abords de l'IHU, des discours enthousiastes sur les réseaux sociaux et les médias, souvent excessifs sur la personne du professeur et sur son action, une banderole « Marseille et le monde avec Didier Raoult » enserrant les locaux de l'IHU durant presque deux mois⁽³³⁾, témoignent du soutien des Marseillais mais aussi de tous ceux qui accusent de jacobinisme⁽³⁴⁾ la gestion sanitaire de l'épidémie au plan national. En septembre 2020, dans le contexte d'une reprise de l'épidémie et après un confinement strict et des mesures de couvre-feu, un sondage réalisé par l'institut Harris⁽³⁵⁾ auprès de la population française montre qu'un Français sur deux (52 %) porte un regard positif sur le professeur Didier Raoult. Cette bonne opinion est particulièrement ancrée auprès des habitants des régions du sud (64 %) plus enclins

(32) G. Rof et S. Foucard, *Coronavirus : Didier Raoult, l'infectiologue marseillais derrière la folie planétaire autour de l'hydroxychloroquine* : *Le Monde* 24 mars 2020 (www.lemonde.fr/planete/article/2020/03/25/didier-raoult-le-trublion-du-covid-19_6034364_3244.html).

(33) www.liberation.fr/france/2020/05/26/a-marseille-raoult-est-un-che-guevara-de-chez-nous_1789497.

(34) Le terme de jacobinisme sera utilisé régulièrement pour qualifier les mesures adoptées par le gouvernement dans la lutte contre l'épidémie. Par exemple, en septembre 2020, Pierre-Yves Geoffard, économiste de la santé, intitule son éditorial dans le journal *Les Échos* : *Covid-19 : les limites du jacobinisme sanitaire* et explique que la gestion sanitaire s'est révélée « rigide et centralisée ».

(35) *Pandémie de coronavirus et professeur Didier Raoult. Quel regard les Français portent-ils sur le Professeur Didier Raoult ?* (16 sept. 2020) (https://harris-interactive.fr/opinion_polls/limage-du-professeur-didier-raoult-aupres-des-francais).

que les autres Français à prendre de l'hydroxychloroquine (53 %). Chez certains d'entre eux, plus que l'efficacité du traitement proposé, c'est la démarche adoptée en opposition à celle du gouvernement, qui consiste à tester en masse et à vouloir soigner, qui est appréciée. Didier Raoult avait annoncé dans un *tweet* le 3 avril 2020 : « Depuis le début de l'épidémie, 2,5 % des Marseillaises et Marseillais ont été dépistés. Ceci en fait la population la plus testée au monde. Cela est notamment possible grâce au civisme dont ils font preuve tout au long du processus de dépistage de l'IHU », apportant son écot au processus identitaire et territorial.

La singularité du comportement de la population marseillaise et de sa gestion locale du Covid-19 a été d'ailleurs soulignée par le Président de la République lors d'un discours à Marseille devant les élus et les responsables locaux et alors qu'il s'était lui-même rendu à l'IHU Méditerranée quelques mois auparavant : « Il y a eu des spécificités marseillaises dans la gestion du Covid. Des choses ont été inventées ici. Les tests, je ne l'oublie pas, ont commencé plus fort qu'ailleurs. Mais on a aussi moins vacciné parce qu'on a laissé courir quelques fadaïses »⁽³⁶⁾. Il remet ainsi en cause l'image d'un sauveur, d'un héros local bataillant contre les injustices imposées par Paris qui est celle de Didier Raoult.

Pour conclure sur cette approche du territoire, nous avons montré dans une analyse de la gestion de l'épidémie de Covid-19 en France⁽³⁷⁾ comment tout un ensemble de décisions prises au niveau strictement national conduit à des processus identitaires exacerbés entre certaines régions et la capitale, s'appuyant sur une opposition plutôt qu'une complémentarité entre mesures sanitaires et perceptions du risque ou de sa gravité par les populations.

La relation qui lie la santé au territoire tient aussi à la mobilité des malades et de leurs familles dans la recherche de guérison ou de mieux-être, comme nous l'avons expliqué ici. Par l'emprunt à des espaces sociaux et culturels différents, la quête de guérison ou de bien-être des individus s'inscrit en effet dans un espace géographique qui est souvent l'expression d'un syncrétisme culturel.

Au regard de ces différents exemples, on peut considérer que dans la gestion du risque, il est judicieux de prendre en compte la question de la territorialisation et que l'approche française centralisée n'est probablement pas la plus appropriée pour la mise en place d'une politique de santé publique efficace. Seule l'adhésion des populations dans leur diversité socioterritoriale est à notre avis en dernier ressort le meilleur garant de la réussite des mesures sanitaires.

(36) 2 sept. 2021, « Marseille en grand », discours du Pharo, par le Président Emmanuel Macron.

(37) S. Perez, N. Vernazza-Licht et D. Bley, *Le virus en territoire, entre perceptions et mesures* : Rev. francophone sur la santé et les territoires 2021, hypotheses.org, *Pandémie, crises et perspectives : lectures territoriales de la Covid-19* (10.4000/rfst.875).