

# La santé à l'épreuve des crises

## Temporalités, coalescence, alternatives

2, 3 et 4 octobre 2019

Amphithéâtre François Furet, EHESS, 105 boulevard Raspail, 75006 Paris

---

## Recueil des résumés

---



## TABLE DES MATIERES

### **Mercredi 2 octobre, 16 h – 19 h**

#### **Session thématique :**

#### **Systèmes de protection sociale, dans les nord et les sud..... 4**

**« Mise en crise politique » d'un système pharmaceutique en Afrique de l'Ouest ?**

**Bouleversements récents dans le champ du médicament et analyse sur le plus long terme au Bénin**

Carine Baxerres..... 5

**Réformer la gouvernance hospitalière au prisme des crises : esquisse d'une comparaison franco-norvégienne**

Yohann Aucante..... 6

**Combattre "l'incertitude du lendemain" : pour une approche d'histoire audio-visuelle de la promotion et des critiques de la sécurité sociale à la télévision française, 1950-2008**

Christian Bonah et Joël Danet..... 7

**La genèse d'une prophétie : la « crise des dépenses de santé » au prisme de son « argument statistique »**

Constantin Brissaud ..... 8

**Le secteur de la prévoyance complémentaire entre monopole et concurrence. Comment financer la consommation de santé des ménages en période de crise économique ? (1983-1985)**

Jean-Paul Domin ..... 9

### **Jeudi 3 octobre, 11 h – 13 h**

#### **Session thématique :**

#### **Pratiques et organisations du soin ..... 10**

**De la crise de la démographie médicale à la crise du système de soins : les « déserts médicaux » comme levier de changement ?**

Patrick Hassenteufel et François-Xavier Schweyer..... 11

**La problématique des Praticiens à Diplôme hors Union Européenne exerçant en France : chronique d'une crise de 30 ans**

Christelle Fifaten Hounsou ..... 12

**Les violences aux urgences : symptômes de crise et diagnostic structurel**

Déborah Ridet ..... 13

### **Jeudi 3 octobre, 15 h 30 – 18 h 30**

#### **Session thématique :**

#### **Soin, santé et « crise des migrants » ..... 14**

**L'expérience du VIH et l'éthique soignante à l'épreuve des trajectoires de soins des patients primo-arrivants**

Victoire Cottereau et Sylvie Morel ..... 15

|  |    |
|--|----|
| <b>Les caractéristiques associées à la bonne santé perçue, ou la remise en cause du <i>healthy migrant effect</i> dans un échantillon de femmes migrantes hébergées à l'hôtel</b>                          |    |
| Lorraine Poncet, Armelle Andro et Virginie Ringa.....  | 16 |
| <b>Évolution de l'accès aux soins des étrangers irréguliers et au statut de séjour précaire en moment de crise en France et en Allemagne. Conditions de construction d'une politique de santé publique</b> |    |
| Jérémy Geeraert .....  | 17 |
| <b>Construction d'une médecine à la frontière à l'hôpital à travers une ethnographie des PASS de Calais et Dunkerque</b>   |    |
| Tisserand Chloé.....   | 19 |
| <b>De quelle crise(s) parle-t-on ? Ethnographie d'un centre de réfugiés en crise</b>   |    |
| Mayssa Rekhis.....   | 20 |

## Vendredi 4 octobre, 10 h 30 – 13 h 00

### Session thématique :

#### Productions des savoirs, formes d'expertise, crise de l'objectivité ..... 21

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Crise économique, crise médiatique : Quelles influences sur les pratiques contraceptives des femmes en France entre 2010 et 2016 ?</b>                          |           |
| Mireille Le Guen et Mylène Rouzard-Cornabas .....  | 22        |
| <b>Les controverses françaises sur la neurotoxicité des adjuvants aluminiques dans les vaccins : une crise de la production et de la circulation des savoirs ?</b> |           |
| Caroline Ollivier-Yaniv.....   | 23        |
| <b>Régime d'objectivité et crise de légitimité en psychiatrie</b>  |           |
| Tonya Tartour .....  | 24        |
| <b>L'affaire des bébés nés sans bras ou la construction de deux types d'objectivité en tension .....</b>   | <b>25</b> |
| Florian Pédrot   |           |

## Vendredi 4 octobre, 15 h 30 – 17 h 30

### Session thématique :

#### Santé, environnement, crise écologique ..... 27

|  |    |
|--|----|
| <b>L'engrenage des pesticides. Fragments de la crise au Cambodge</b>   |    |
| Eve Bureau-Point .....   | 28 |
| <b>Quand la faune sauvage s'invite dans la gestion du sanitaire. Retour sur la « crise » du Bouquetin du Bargy</b> |    |
| Sébastien Gardon, Amandine Gautier et Gwenola Le Naour .....   | 29 |

**Mercredi 2 octobre, 16 h – 19 h**

**Session thématique :  
Systèmes de protection sociale, dans les nords et les suds**

- ✚ **Carine Baxerres**, IRD, Merit, Université Paris Descartes – CNE, Marseille, « *Mise en crise politique* » d'un système pharmaceutique en Afrique de l'Ouest ? *Bouleversements récents dans le champ du médicament et analyse sur le plus long terme au Bénin.*
- ✚ **Yohann Aucante**, EHESS- CESPRA, *Réformer la gouvernance hospitalière au prisme des crises : esquisse d'une comparaison franco-norvégienne*
- ✚ **Christian Bonah**, SAGE, Université de Strasbourg, et Joël Danet, SAGE, Université de Strasbourg, *Combattre « l'incertitude du lendemain » : pour une approche d'histoire audiovisuelle de la promotion et des critiques de la sécurité sociale à la télévision française, 1950-2008*
- ✚ **Constantin Brissaud**, SAGE, Université de Strasbourg, *La genèse d'une prophétie : la crise des dépenses de santé au prisme de son argument statistique*
- ✚ **Jean-Paul Domin**, Regards, Université de Reims Champagne-Ardenne, et CEPN. *Le secteur de la prévoyance complémentaire entre monopole et concurrence. Comment financer la consommation de santé des ménages en période de crise économique ? (1983-1985)*

## **« Mise en crise politique » d'un système pharmaceutique en Afrique de l'Ouest ? Bouversements récents dans le champ du médicament et analyse sur le plus long terme au Bénin**

Carine Baxerres<sup>1</sup>

Depuis l'arrivée au pouvoir en avril 2016 de l'actuel Président de la République du Bénin, Mr. Patrice Talon, des bouleversements importants ont lieu dans le champ pharmaceutique de ce pays. Une répression sans précédent a lieu depuis février 2017 concernant le marché informel du médicament. Les conséquences en santé publique n'en sont pas encore établies. Ce que l'on peut qualifier de « crise » a eu lieu ensuite dans le monde béninois formel de la pharmacie : en février 2018, les directeurs des grossistes répartiteurs en place sont mis en prison, l'Ordre des pharmaciens est suspendu, en juin 2018 l'agrément d'exercice de la CAME (Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux) est retiré et une commission chargée des réformes est mise en place. Un décret du conseil des ministres d'octobre 2018 rétabli l'agrément de la CAME en précisant que celle-ci doit à présent recourir à des laboratoires préqualifiés par l'Organisation Mondiale de la Santé ou disposant d'une certification dans les espaces de l'Union européenne, des Etats-Unis ou du Canada. Cette « crise » du système pharmaceutique du Bénin est largement médiatisée par les autorités publiques en lien avec la question débattue à l'échelle internationale des « faux médicaments » ; en atteste le discours du président Talon lors de la Conférence Internationale sur l'accès aux médicaments et autres produits médicaux de qualité en Afrique francophone à Genève, en mai 2018. L'ensemble du système de distribution pharmaceutique formelle, notamment grossiste, qui pourtant fonctionnait plutôt bien, est discrédité. Les réformes à venir sont imprévisibles et l'ensemble du monde la pharmacie béninois retient son souffle.

Grâce aux recherches qualitatives que je mène depuis presque 15 ans sur ces questions ainsi qu'avec l'équipe du programme Globalmed (ERC starting grant 2014-19), j'entends à travers cette communication interroger cette « mise en crise politique » du système pharmaceutique béninois à la lumière des évolutions qu'a connu ce secteur d'activités depuis la période coloniale. Dans un premier temps, sera décrite l'élaboration progressive de ce système pharmaceutique, largement issu de l'héritage législatif de l'ancienne puissance coloniale. Puis, seront soulignés les dysfonctionnements qu'il connaît, en matière notamment de distribution détaillante et d'accès géographique et financier au médicament. Une des réponses apportées localement réside dans le développement depuis de nombreuses années d'un marché informel du médicament, qu'il ne faut néanmoins pas confondre avec le phénomène des « faux médicaments » (falsifiés ou sous-standards). Ainsi, si le système pharmaceutique du Bénin nécessite indéniablement des réformes, de manière à être plus adapté aux réalités locales, il semble que le gouvernement actuel s'en accommode fort avantageusement pour souligner sa détermination politique et son efficacité à régler les problèmes que connaît son pays.

---

<sup>1</sup> Anthropologue à l'IRD (Merit, Université Paris Descartes – CNE, Marseille)

## **Réformer la gouvernance hospitalière au prisme des crises : esquisse d'une comparaison franco-norvégienne**

Yohann Aucante<sup>2</sup>

Depuis une vingtaine d'années, les institutions hospitalières françaises et norvégiennes – comme bien d'autres - ont été soumises à des processus de réformes de leur mode de gouvernance qui semblent aller dans des directions similaires : tournant managérial, création d'agences de santé et pilotage contraint par des instruments de gestion et des indicateurs de performance, transformation des niveaux de responsabilité internes aux établissements et du rôle des professionnels de santé, reconfiguration des rapports au politique, etc. La très riche Norvège semble même, à première vue, s'être engagée encore plus radicalement dans cette voie depuis la réforme de 2002 créant des « entreprises régionales de santé » (Helseforetaket) sous contrôle de l'Etat tout en restructurant la carte hospitalière et les spécialités des établissements. Or sous couvert de ces apparentes similitudes dans la direction des réformes, et malgré les débats et critiques très considérables dans les deux pays, les évolutions norvégiennes semblent être globalement beaucoup mieux acceptées et beaucoup moins appréhendées selon un registre de crise de l'institution hospitalière. L'hypothèse que l'on formule est qu'il ne s'agit pas uniquement de raisons liées au budget de la santé, lequel est particulièrement encadré en Norvège, mais qu'il convient d'analyser certaines de ces réformes de gouvernance dans le cadre plus large des « cultures d'organisation » et de gouvernance/management dans les institutions hospitalières, qui médiatisent de manières très différenciées des changements apparemment reliés au même répertoire de la nouvelle gestion publique et du néo-libéralisme. Ce qui ne doit pas empêcher pour autant de considérer d'autres différences importantes entre des systèmes de santé qui ont hérité de spécificités anciennes, et les difficultés bien réelles que les empilements de réformes n'ont pas su enrayer, voire ont aggravé. Cette contribution s'intéresse donc de manière comparative à la manière dont les institutions et les politiques sanitaires orchestrent ces réformes et leur donnent du sens, se les approprient et les subvertissent tout en accordant un relief plus ou moins fort à la crise (de l'hôpital, de l'Etat providence) dans ces contextes.

---

<sup>2</sup> Maître de conférences à l'EHESS – CESPRIA

## **Combattre "l'incertitude du lendemain" : pour une approche d'histoire audio-visuelle de la promotion et des critiques de la sécurité sociale à la télévision française, 1950-2008**

Christian Bonah<sup>3</sup> & Joël Danet<sup>4</sup>

Née d'une situation de crise après la Deuxième Guerre mondiale, la sécurité sociale est l'une des formes d'administration qui portent et encadrent les activités de soin en France. Elle devient dans la deuxième moitié du 20<sup>e</sup> siècle un élément central du système de santé français à la fois comme acteur de financement et comme force structurante des conditions de travail des professionnels et de prise en charge des malades (devenus usagers du système de soins en 2002). En même temps, lorsque ce système entre en « crises », la sécurité sociale devient une surface de projection et un sujet de débat mettant en jeu le « cadre de solidarité » qu'elle contribue à mettre en œuvre.

Pour approcher les débats en cours dans la société française, nous nous proposons d'étudier les contenus télévisuels qui, en France, ont traité le sujet que ce soit sur un mode didactique ou sous forme de débat. Nous nous concentrerons sur la période allant de l'essor de la télévision en France, dans les premières années après-guerre, jusqu'aux années 2000, période où la télévision contribue à la massification de l'information tout en centralisant le discours politique. Production scolaire, magazines sociétaux, sujets de JT ou encore émissions de plateaux politiques... Ici, nous saisissons la télévision comme un observatoire social, rassemblant une diversité de contenus à l'usage de catégories spécifiques (public solaire, public féminin) ou de l'ensemble de la population. Ses archives contribuent à une histoire sociale de longue durée sur la constitution de la sécurité sociale et les fluctuations des « crises » auxquelles son évolution donne lieu, traitant tour à tour du financement des soins, des conditions de travail des professionnels impliqués, des mobilisations collectives suscitées. Par une approche interdisciplinaire reliant l'histoire socio-économique et l'histoire des médias (productions télévisuelle et utilitaire) élaborée dans le cadre du programme de recherche *BodyCapital* (ERC grant) notre intervention propose d'étudier non seulement les crises dans l'administration de la sécurité sociale mais aussi la perméabilité de ces crises avec celles de la conjoncture dont dépend sa stabilité. C'est depuis un média ancré dans la quotidienneté de la population, à la fois surface de projection et espace de médiation, que nous examinons les débats récurrents sur « les politiques publiques au service de la collectivité et de la solidarité sociale »: d'abord son acceptation et extension (1950-70), puis sa critique comme institution et instrument de la médicalisation (1970-1990), enfin sa crise de « gestion financière » depuis les années 1990. Par cette étude à travers l'observatoire télévisuel, nous proposons de mettre en perspective les polémiques associées à la gestion contemporaine de la sécurité sociale, présentée comme une gestion de crise par le « trou ». La temporalité de construction longue de notre étude nous permet de mettre à jour un développement paradoxal. La période examinée transforme la gestion étatique et solidaire de « l'incertitude du lendemain » de nos corps et du travail médico-social les protégeant et les réparant pendant les 40 dernières années en un « capital » avec la génération d'une réceptivité individuelle à l'économie de la santé et des individus autoentrepreneurs d'un soi-sanitaire. Que devient en pratique administrative, sanitaire et médicale alors « un droit à la santé » basé sur un système solidaire incarné par la Sécurité sociale lorsqu'il devient à contretemps de la nouvelle gouvernance néo-libérale une forme de gestion vilipendé ou sécurité rime avec inefficacité ? En analysant les séquences « documentaires/documentées » enchâssées dans des émissions et des reportages télévisuels nous cherchons à analyser, par une anthropologie visuelle historique de la vie au guichet, une sociologie des usagers et les tensions d'une organisation administrative, les évolutions de conceptions et d'usages d'un dispositif devenu à contretemps, sans doute à réformer mais également à défendre.

---

<sup>3</sup> SAGE, UMR 7363, Université de Strasbourg

<sup>4</sup> SAGE, UMR 7363, Université de Strasbourg

## La genèse d'une prophétie : la « crise des dépenses de santé » au prisme de son « argument statistique »

Constantin Brissaud<sup>5</sup>

L'augmentation des dépenses de santé fait aujourd'hui figure de lieu commun de l'analyse des politiques publiques de santé <sup>6</sup>. Or les dépenses de santé sont quantifiées, depuis le début des années 1970, à l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques), une organisation internationale économique a priori vouée à d'autres tâches, puisqu'elle était initialement chargée de l'administration des fonds du plan Marshall. C'est pourtant à partir des chiffres de l'OCDE que sont produits, en France, les discours sur le « trou de la sécu »<sup>7</sup>, et plus généralement, dans l'ensemble des pays industrialisés, les exhortations continuelles à la « réforme » pour surmonter les « crises » que connaîtraient les systèmes de protection maladie<sup>8</sup>. Depuis 1972 en effet, les rapports de l'Organisation ressassent la même conclusion alarmante : la part des dépenses de santé dans le PIB devient, dans les pays industrialisés, de plus en plus importante, et il faut donc la maîtriser.

Cette communication cherche à comprendre comment s'est consolidé et diffusé ce discours de crise en revenant à son « argument statistique »<sup>9</sup>. Pour ce faire, j'analyse la genèse de la base de données des dépenses de santé des pays-membres de l'OCDE (ECO-Santé OCDE), et objective les soutiens enrôlés par son créateur, Jean-Pierre Poullier, pour diffuser les chiffres qu'il amasse d'abord de manière quasi-solitaire. Par l'analyse des archives de l'Organisation, d'entretiens avec ses fonctionnaires et des économistes de la santé, et par le traitement statistique d'une base de données des propriétés de formation et de carrière des rédacteurs des rapports de l'OCDE consacrés à la santé, je montre comment Poullier parvient à positionner l'OCDE comme pourvoyeuse de données de référence sur les dépenses de santé. En restituant les usages de la base de données ECO-Santé OCDE dans des évolutions plus globales – déclin de la référence keynésienne dans les politiques publiques, concurrence entre organisations internationales pour la collecte des fonds des Etats et essor de la profession d'économiste de la santé sur la période notamment – j'entreprends de poser un regard renouvelé sur l'influence prêtée aux organisations internationales dans la diffusion du « sens commun réformateur de la protection maladie »<sup>10</sup>. Enfin, je montre comment l'enrôlement par Poullier d'acteurs positionnés dans les champs bureaucratiques et scientifiques nationaux et internationaux permet le renforcement de chaînes d'explication de la « crise » des systèmes de santé centrées sur leur financement au détriment, par exemple, des inégalités sociales de santé ou des disparités d'accès aux soins.

Centrée sur la production de savoirs experts affirmant la « crise » des systèmes de santé, ma communication conclut sur les circuits de légitimation réciproques entre nouvelle profession, nouveaux savoirs et essor d'un problème public<sup>11</sup> qui, pris ensemble, définissent aujourd'hui les coordonnées de la « crise » des systèmes de santé dans les pays industrialisés.

---

<sup>5</sup> SAGE, Université de Strasbourg

<sup>6</sup> Wendy Ranade (ed.), *Markets and health care: a comparative analysis*, London, New York, Longman, 1998.

<sup>7</sup> Julien Duval, *Le mythe du « trou de la Sécu »*, Paris, France, Raisons d'agir, 2007.

<sup>8</sup> Patrick Hassenteufel, « Les systèmes de santé entre conceptualisation économique et reconceptualisation politique », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, février 2014, no 9.

<sup>9</sup> Alain Desrosières, *Pour une sociologie historique de la quantification : L'Argument statistique I*, Paris, Presses des Mines, 2008.

<sup>10</sup> Frédéric Pierru et Marina Serré, « Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie », *Lien social et Politiques*, 2001, vol. 45.

<sup>11</sup> Dans la perspective ouverte par Andrew Delano Abbott, *The system of professions: an essay on the division of expert labor*, Chicago, Etats-Unis d'Amérique, 1988.



## **Le secteur de la prévoyance complémentaire entre monopole et concurrence. Comment financer la consommation de santé des ménages en période de crise économique ? (1983-1985)**

Jean-Paul Domin<sup>12</sup>

Le secteur dit de la prévoyance complémentaire<sup>13</sup> connaît pendant les années 1980, un succès croissant. La crainte d'une érosion de la couverture de la Sécurité sociale en constitue une explication plausible. En effet, depuis la fin des années 1970, les plans de réformes et d'économie de la protection sociale se succèdent. Le plan Veil d'avril 1977 diminue les remboursements des médicaments de confort de 70 à 40 %, le plan Barrot de juillet 1979 instaure un ticket modérateur d'ordre public<sup>14</sup> non remboursable par les mutuelles, le plan Bérégovoy de novembre 1982 diminue le taux de remboursement de 1 258 médicament de 70 à 40 %. Cette logique est doublement problématique dans la mesure où d'une part elle reporte une partie de la dépense sur les organismes de prévoyance, et d'autre part elle renforce la concurrence dans ce secteur. C'est ce dernier point qui incite les pouvoirs publics à intervenir.

À partir de 1983, la part couverte par la Sécurité sociale tend progressivement à reculer. Cette tendance est doublement problématique dans la mesure où, d'une part, elle reporte une partie de la dépense sur les organismes de prévoyance, et, d'autre part, elle renforce une forme de concurrence déloyale dans ce secteur. C'est ce dernier point qui incite les pouvoirs publics à intervenir. Au sein du cabinet de Pierre Bérégovoy, le ministre des Affaires sociales, certains conseillers sont favorables à une intervention monopoliste de la Mutualité. D'autres sont plus sensibles au *lobbying* de la Fédération française des sociétés d'assurance. Ce travail s'intéresse plus particulièrement au débat qui va s'instaurer au sein du ministère des Affaires sociales entre partisans du monopole de la Mutualité et ceux qui défendent l'existence d'un marché concurrentiel. Les premiers refusent les pratiques commerciales agressives des sociétés d'assurance et souhaiteraient que l'État régule le secteur. Les seconds craignent que le monopole de la Mutualité ait des répercussions sur l'activité notamment à l'étranger des compagnies d'assurance.

Le débat qui se joue au début des années 1980 est important dans la mesure où il permet de comprendre les contours que prend aujourd'hui le marché de l'assurance maladie complémentaire.

### **Nature et démarche de la communication**

Cette proposition de communication s'inscrit dans une recherche financée par l'ANR (Marché du risque santé Marisa : [ANR-17-CE26-0018](#)). Elle repose sur un travail de recherche aux archives nationales, aux archives de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN), mais également aux archives de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF). Le travail prend également appui sur des entretiens avec des acteurs clés de l'époque.

---

<sup>12</sup> Regards (EA 6292), Université de Reims Champagne-Ardenne et CEPN (UMR 7234)

<sup>13</sup> Nous utiliserons dans ce texte, le terme de prévoyance complémentaire qui est utilisé à l'époque pour désigner l'assurance maladie complémentaire.

<sup>14</sup> Celui-ci sera abrogé par une loi du 1<sup>er</sup> juillet 1981.

**Jeudi 3 octobre, 11 h – 13 h**

**Session thématique :  
Pratiques et organisations du soin**

- ✚ **Patrick Hassenteufel**, Printemps, UVSQ-Sciences Po Saint-Germain, et François-Xavier Schweyer, CMH, EHESP, *De la crise de la démographie médicale à la crise du système de soins : les « déserts médicaux » comme levier de changement?*
- ✚ **Christelle Fifaten Hounsou**, URMIS Paris 7, *La problématique des Praticiens à Diplôme hors Union Européenne exerçant en France: chronique d'une crise de 30 ans*
- ✚ **Deborah Ridet**, CLERSE UMR 8019, Université de Lille, *Les violences aux urgences : symptômes de crise et diagnostic structurel*

## **De la crise de la démographie médicale à la crise du système de soins : les « déserts médicaux » comme levier de changement ?**

Patrick Hassenteufel<sup>15</sup>, François-Xavier Schweyer<sup>16</sup>

A partir de la recherche effectuée dans le cadre de l'ANR DFG RegMedProv, portant sur les politiques d'accès aux soins dans les territoires défavorisés (et reposant sur une comparaison entre l'Allemagne, la France, l'Angleterre et la Suède), nous mettrons l'accent le processus par lequel l'identification de territoires sous-dotés en médecins a entraîné, en France, une mobilisation politique d'élus locaux et de parlementaires, contribuant à faire des « déserts médicaux » un symptôme de la crise du système de santé français et à favoriser la mise en place de politiques visant à restructurer territorialement l'organisation des soins.

La démographie médicale est devenue un problème public au début des années 2000, quand la crainte d'une « pléthore médicale » (Deplaudé 2015) a été remplacée par celle d'un déficit d'offre localisé. Nous montrerons tout d'abord ce que la construction du problème des « déserts médicaux » doit à la mobilisation des professionnels de santé (Ordre des médecins en particulier) et des pouvoirs publics (comme le traduit la création de l'observatoire national de la démographie des professions de santé en 2003) pour améliorer la connaissance statistique de la situation (création du RPPS) et produire de nouveaux indicateurs (APL) visant à « objectiver » les inégalités territoriales d'accès aux soins.

En s'appuyant notamment sur ces données, des élus locaux et des parlementaires se sont faits les relais des craintes de la population de certains territoires en publicisant la notion de « déserts médicaux ». Le non remplacement de médecins (généralistes et certains spécialistes), l'impossibilité de s'inscrire comme nouveau patient auprès d'un médecin traitant ou encore la dérégulation du système de garde en 2003 ont été des facteurs d'inquiétude et de mobilisation, dans des territoires ruraux ou péri-urbains défavorisés en particulier, fortement relayés par les associations d'élus locaux et une série de rapports parlementaires. Ces mobilisations politiques au nom des « usagers » ont favorisé la mise sur agenda de politiques publiques visant à y répondre.

Ces politiques ont d'abord reposé sur des mesures correspondant à un changement instrumental (Hall, 1993), soutenues par la profession médicale organisée : incitations financières à l'installation dans des zones sous-dotées (2004), augmentation progressive du numérus clausus, autorisation des aides financières des collectivités locales (2005), cumul emploi/retraite... Toutefois, par la suite, des mesures plus structurelles renvoyant à des changements dans la pratique et l'organisation des soins ont été progressivement adoptées : mise en place d'une filière universitaire en médecine générale (2007), création de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) accompagnées de nouveaux modes de rémunération (Vézinat, 2019), redéfinition de la division du travail entre médecins et autres professions de santé (infirmières Asalée, de pratiques avancées, etc.). Parallèlement des changements institutionnels ont favorisé une organisation plus territorialisée de l'offre de soins : création des agences régionales de santé en charge de la régulation de l'offre de soins y compris ambulatoire (par la loi HPST de 2009), mise en place de dispositifs de coordination locaux (CPTS en 2016, PTA). Nous montrerons donc comment la mise à l'agenda de la « crise » démographique et territoriale du système de santé français, a permis à des acteurs porteurs de changement au sein de l'administration (acteurs programmatiques : Genieys, Hassenteufel, 2012) et à des « policy entrepreneurs » (Kingdon 2003), issus de la profession médicale, de promouvoir une transformation de l'organisation des soins.

Ces changements ont également été analysés au niveau régional. L'opposition de la profession médicale à toute mesure coercitive d'installation et la mobilisation des élus locaux face à la « désertification » et au déficit d'offre de soins, conduisent les agences régionales de santé à privilégier une logique d'aménagement du territoire par rapport aux priorités de santé publique. Même si les préfets et les élus locaux, devenus des acteurs incontournables sur les questions de santé, donnent la priorité à l'amélioration des conditions de travail des médecins qu'il s'agit d'attirer plus que sur la transformation des pratiques, la « crise » des « déserts médicaux » contribue à territorialiser les politiques de santé par une transformation territorialement différenciée de l'offre de soins.

---

<sup>15</sup> UVSQ-Sciences Po Saint-Germain, Printemps

<sup>16</sup> EHESP, CMH

## **La problématique des Praticiens à Diplôme hors Union Européenne exerçant en France : chronique d'une crise de 30 ans**

Christelle Fifaten Hounsou<sup>17</sup>

En 1973, les autorités sanitaires françaises mettent en place un Certificat de synthèse clinique et thérapeutique visant à accorder aux médecins à diplôme étranger l'autorisation d'exercer en France. Mais ce n'est qu'au milieu des années 1990 qu'apparaît dans le débat public la problématique dite des PADHUE (Praticiens à Diplôme hors Union Européenne). Cette fois, l'Etat veut interdire le recrutement de ces praticiens par les hôpitaux qui ont pris l'habitude d'avoir recours à ces personnels de santé, souvent sous le statut de faisant fonction d'interne, pour pallier aux effets liés à la mise en œuvre du *numerus clausus* qui avait drastiquement orienté la régulation des effectifs de médecins formés en France. Plus tôt, les objectifs de réduction du coût des dépenses de la santé avaient obligé les structures publiques plus particulièrement à innover en termes de moyens d'économie. L'autonomie budgétaire des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation introduite par la loi en 1970 portant sur la réforme hospitalière est un de leurs leviers en ce sens. Les hôpitaux (publics et privés) ont alors commencé à employer ces PADHUE, profitant d'une réglementation imprécise et/ou inexistante.

Dès les débuts de la problématique des PADHUE, elle est décrite non pas comme une traduction de la difficulté de l'institution hospitalière à absorber les changements induits par le rythme effréné des "réformes", c'est-à-dire une crise dans le (et du) système de santé français. Ce sont les praticiens, venus en France dans le cadre de leur spécialisation et dont "*la vocation est de retourner dans leur pays d'origine*", qui sont mis cause.

Dans cette communication, je propose de revenir en trois temps sur la gestion de la problématique des PADHUE. Le premier temps décrit les conditions qui ont favorisé l'inflation du recrutement des PADHUE comme articulant utilitarisme et logiques organisationnelles de l'hôpital. Le deuxième temps renvoie au millefeuille de procédures de reconnaissance mises en place ensuite. Le troisième temps correspond à une longue fin de cycle qui voit actuellement les mobilités vers la France des Padhue extrêmement contrôlées et restreintes.

---

<sup>17</sup> Docteure en sociologie, associée URMIS Paris 7

## Les violences aux urgences : symptômes de crise et diagnostic structurel

Déborah Ridet<sup>18</sup>

Les services d'urgence sont-ils en crise ? Encombrement dans les couloirs, surcharge de travail, décès inexplicables, agressions, violences... Les services d'urgence hospitaliers défraient la chronique depuis quelques années. L'augmentation de leur activité n'est pourtant pas nouvelle. En effet, les services d'urgence connaissent une hausse quasi permanente du nombre de passages depuis une vingtaine d'années ce qui correspond peu ou prou à la mise en place de l'organisation des urgences telle qu'on la connaît aujourd'hui. D'abord organisées selon le modèle des "services-portes" accolées à la chirurgie (Peneff, 1992, 2000), les urgences visaient avant tout à traiter les "urgences vitales", à "sauver des vies". Cependant, la facilité d'accès aux soins dans un service ouvert en permanence a attiré une grande majorité de patients venant pour des consultations relevant de la médecine généraliste. Les urgences deviennent alors "le miroir des dysfonctionnements de notre système de santé" (Rapport du Sénat, 2017).

La première hypothèse est celle d'une causalité externe. La "crise" que traverse les services d'urgence aujourd'hui n'est-elle pas imputable à une organisation inadaptée à cet afflux constant ? La prise en charge de patients de plus en plus précarisés confronte-t-elle les soignants à des comportements de plus en plus violents ? Les violences dont nous parlent les médias sont-elles la figure symptomatique de cette crise ? Une revue analytique des usages médiatiques et politiques de la violence aux urgences dans la presse et les principaux journaux télévisés permet de relativiser le terme de violence qui désignerait avant tout un sentiment de crise, de mal être, de la part des patients comme des soignants. La réponse institutionnelle à cette crise consiste - semble-t-il - à prendre un virage sécuritaire. Fermeture des portes aux accompagnateurs, mise en place d'un système de vidéo-surveillance, recrutement de personnel de sécurité à l'entrée du service... : tels sont les éléments concrets que j'ai pu observer en réponse à la violence supposée sur mes terrains d'enquête. Pourtant, la perception de violence persiste et ces actions ne semblent pas y répondre.

Une autre hypothèse plus profonde repose sur une causalité interne : la désorganisation du travail aux urgences. La réalisation d'un terrain ethnographique lors duquel j'ai endossé la blouse et accompagné les soignants des urgences jours et nuits, m'a permis de constater que ces changements organisationnels ont impulsé un brouillage des frontières et des hiérarchies professionnelles. De plus en plus, les soignants doivent pallier à ces problèmes en bricolant des "modes de régulation" de ces violences. Au milieu de cet imbroglio se trouvent les aides-soignants, groupe professionnel invisibilisé (Arborio, 2012) dont le travail fait office de "bouche-trou" (Sainsaulieu, 2007 : 78) tantôt pour mettre les patients sous contention, tantôt pour faire de la médiation auprès des familles de patients. Glissements de tâches, déqualification du travail, délégation du "sale boulot" (Hughes, 1997), les conséquences de la crise des urgences semblent particulièrement reposer sur les épaules des soignants. Leur rôle : prendre en charge la violence pour permettre aux autres groupes professionnels de travailler dans les meilleures conditions possibles.

La source de désorganisation se présente donc plus comme interne qu'externe, pour répondre à un problème plus structurel que conjoncturel.

---

<sup>18</sup> Doctorante en sociologie, CLERSE UMR 8019, Université de Lille

**Jeudi 3 octobre, 15 h 30 – 18 h 30**

**Session thématique :  
Soin, santé et « crise des migrants »**

- ✚ **Victoire Cottereau**, MIGRINTER, Université de Poitiers, **Hélène Marche**, CERReV, Université de Caen Normandie, et **Sylvie Morel**, CENS, Université de Nantes, *L'expérience du VIH et l'éthique soignante à l'épreuve des trajectoires de soins des patients primo-arrivants*
- ✚ **Lorraine Poncet**, CESP, UPSud, Armelle Andro, CRIDUP, Université Paris1, et **Virginie Ringa**, CESP, INSERM, *Les caractéristiques associées à la bonne santé perçue, ou la remise en cause du healthy migrant effect dans un échantillon de femmes migrantes hébergées à l'hôtel*
- ✚ **Jérémy Geeraert**, Resarch Fellow au Centre Marc Bloch (Berlin), Research Associate at IRIS - Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Paris), *Évolution de l'accès aux soins des étrangers irréguliers et au statut de séjour précaire en moment de crise en France et en Allemagne. Conditions de construction d'une politique de santé publique*
- ✚ **Chloé Tisserand**, CERIES, Université de Lille, *Construction d'une médecine à la frontière à l'hôpital à travers une ethnographie des PASS de Calais et Dunkerque*
- ✚ **Mayssa Rekhis**, EHES, *De quelle crise(s) parle-on ? Ethnographie d'un centre de réfugiés en crise*

## L'expérience du VIH et l'éthique soignante à l'épreuve des trajectoires de soins des patients primo-arrivants

Victoire Cottureau<sup>19</sup>, Hélène Marche<sup>20</sup>, Sylvie Morel<sup>21</sup>

Dans l'imaginaire social, « sauver des vies » ne se discute pas. L'actualité récente montre que la France, à l'instar d'autres pays européens, légitime voire légalise désormais un traitement différentiel tout en rendant illégales les pratiques de secours sanitaire au nom de l'ainsi nommée « crise migratoire ». C'est dans ce contexte que s'inscrit cette communication visant à lever le voile sur les différentes formes d'inégalités et de discriminations (Lochak, 1987) qui jalonnent l'expérience et la trajectoire de la maladie des migrants primo-arrivants atteints du VIH/Sida<sup>22</sup>. Elle repose sur une recherche réalisée dans quatre villes françaises entre septembre 2017 et août 2018 et prend appui sur un matériau composé de 48 entretiens semi-directifs réalisés auprès de migrants primo-arrivants et de 53 entretiens réalisés auprès des professionnels et bénévoles du secteur médical, médico-social et associatif les prenant en charge. L'intervention s'organise en trois temps. Premièrement, l'analyse des caractéristiques des parcours migratoires permet de restituer leur complexité ainsi que la pluralité des profils des « patients-migrants ». Dans un second temps, nous aborderons leurs modalités d'entrée dans le système de soins et plus précisément, leurs conditions d'accès au dépistage et/ou aux traitements en France. Nous verrons notamment que le diagnostic de séropositivité est souvent vécu comme une déstructuration biographique parmi d'autres (ruptures familiales, professionnelles, résidentielles), engageant les personnes à articuler leur quotidien et leurs valeurs personnelles à la trajectoire de soins. Or, l'accès aux soins des migrants ne cesse de se complexifier ces dernières années, notamment au regard du durcissement des conditions d'obtention de l'Aide Médicale d'État (Carde, 2009). Face à ces obstacles, les professionnels de santé exercent dans un contexte de travail de plus en plus contraint et borné. Ainsi, dans un dernier temps, nous nous concentrerons sur ces professionnels qui sont amenés à bricoler, à co-construire avec les patients des solutions afin de rendre effectif l'accès aux soins et aux traitements, parfois à la limite de la légalité. Ces « pratiques buissonnières » (De Certeau, 1990) signent l'existence d'une résistance discrète, d'une lutte silencieuse menée au quotidien contre les inégalités et discriminations dans l'accès aux soins des migrants, et pour préserver leur éthique soignante et/ou humanitaire. Toutefois, la limitation des ressources dont disposent les soignants est susceptible de les conduire à une hiérarchisation morale des « besoins » des patients qui a pour revers de masquer les inégalités sociales que ces derniers subissent. *In fine*, l'étude invite à déconstruire la rhétorique de la « crise » dans les politiques migratoires sécuritaires et les politiques d'austérité budgétaires pour se situer au plus près des processus moraux et des rapports sociaux à l'œuvre dans l'accès aux soins des primo-arrivants en France.

---

<sup>19</sup> Docteure en géographie, MIGRINTER (7301), Université de Poitiers

<sup>20</sup> Maîtresse de conférence en sociologie, CERReV (EA 3918), Université Caen Normandie

<sup>21</sup> Docteure en sociologie, CENS (UMR 6025), Université de Nantes

<sup>22</sup> Cette recherche est menée dans le cadre du programme ANR MIGSAN (2016-2019) coordonné par Anne-Cécile Hoyez (UMR ESO 6590) qui traite des inégalités sociales en se focalisant sur celles qui concernent la santé et l'accès aux soins des migrants récemment arrivés en France, et sur les dynamiques sociales et spatiales en jeu dans le continuum des soins.

## Les caractéristiques associées à la bonne santé perçue, ou la remise en cause du *healthy migrant effect* dans un échantillon de femmes migrantes hébergées à l'hôtel

Lorraine Poncet<sup>23</sup>, Armelle Andro<sup>24</sup>, Virginie Ringa<sup>25</sup>

Le « *healthy migrant effect* » ou « effet migrant sain » est une théorie explicative de l'évolution de l'état de santé des populations migrantes, selon laquelle les personnes faisant le choix de migrer pour travailler dans un pays étranger sont des personnes en bonne santé, en état de travailler et d'affronter les incertitudes de la migration. Cet état de santé favorable à l'arrivée dans le pays d'accueil se dégrade ensuite dans le temps, en raison principalement des conditions de travail et matérielles défavorables dans le pays d'accueil. Ce concept fait le postulat que la migration est choisie, et c'est dans ce cadre que la personne s'auto-sélectionne à la migration. Il postule encore qu'il s'agit de migrations de travail, qui nécessitent une condition physique favorable. On peut donc mettre en doute l'hypothèse d'un bon état de santé des migrants quand ces deux conditions ne sont pas remplies : quand la migration n'a pas pour but le travail (migrations d'accompagnement d'un conjoint ou membre de la famille, personnes âgées, migration pour raison de santé, etc), et quand la migration n'est pas décidée par les personnes qui migrent, comme dans le cas des migrations de refuge. La « crise des migrants » a offert nombre d'exemples de migrations de refuge à destination des pays de l'Union Européenne, avec des trajets migratoires plus longs et plus dangereux, qui participent à la dégradation de l'état de santé des personnes à l'arrivée dans les pays d'accueil. En outre, la dégradation des conditions de vie des personnes migrantes à l'arrivée en France ces dernières années participe sans doute également à la dégradation de l'état de santé des personnes primo-arrivantes.

Nous interrogeons ici la validité du concept de « *healthy migrant effect* » en analysant les liens entre état de santé perçue et durée de résidence dans un échantillon de femmes migrantes sans logement hébergées à l'hôtel en Ile de France.

Données et analyses : Nous analysons les données de l'enquête DSAFHIR conduite en 2017 dans quinze hôtels d'Ile de France par l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne et l'Observatoire du Samusocial de Paris (N = 469). Nous conduisons des analyses univariées et multivariées pour caractériser l'association entre état de santé perçue et durée de résidence en France en tenant compte de l'âge des répondantes et de caractéristiques de la migration (motif de la migration, expérience de danger pendant le voyage) et des conditions de vie en France (statut administratif, couverture maladie, expérience d'épisodes sans hébergement en France).

Résultats : A âge égal, les répondantes avec des durées de résidence en France plus courtes déclarent plus souvent un état de santé dégradé. Elles ont plus souvent migré pour des raisons de sécurité et fait l'expérience de danger au cours du trajet migratoire. Elles connaissent plus souvent des conditions de vie dégradées en France, ayant plus fréquemment connu des périodes sans hébergement, et ayant moins souvent un titre de séjour et une couverture maladie, caractéristiques associées à la déclaration d'un état de santé dégradé.

---

<sup>23</sup> CESP, UPSud

<sup>24</sup> CRIDUP, Université Paris 1

<sup>25</sup> CESP, Inserm



## **Évolution de l'accès aux soins des étrangers irréguliers et au statut de séjour précaire en moment de crise en France et en Allemagne**

### **Conditions de construction d'une politique de santé publique**

Jérémy Geeraert<sup>26</sup>

Cette communication propose de comparer les contextes sociohistoriques, ceux de la France à la fin des années 1990 et de l'Allemagne à la fin des années 2010, qui voient un mouvement d'institutionnalisation de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière et au statut de séjour précaire. À la suite d'autres travaux (voir Gilbert et al., 2009), nous nous posons la question de la construction des problèmes de santé publique. Quelles sont les conditions sociales de la construction en problème de santé publique de l'accès aux soins des catégories exclues des systèmes de protection maladie que sont les étrangers en situation irrégulière ?

En France, un mouvement associatif naît au milieu des années 1980, conduit par Médecins du Monde, il construit des centres de soins gratuits pour les personnes sans couverture maladie et dénonce les manques de l'action publique dans ce domaine. Ce mouvement continue d'exister aujourd'hui, notamment autour de l'association Médecins du monde qui lui procure une grande visibilité. Au cours des années 1990, ce mouvement a fait un important travail de lobby auprès des pouvoirs publics et a largement contribué aux réformes successives ayant créé des filets de protection maladie, notamment en direction des étrangers en situation irrégulière et au statut de séjour précaire [étrangers précaires] qui avaient été préalablement écartés des systèmes d'assurance maladie principaux. Ce mouvement d'institutionnalisation de l'accès aux soins des étrangers précaires a atteint son apogée à la fin des années 1990 avec la création de l'Aide médicale d'État (offrant une couverture maladie gratuite à la grande majorité de ces groupes) et des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), dispositifs hospitaliers d'accompagnement social et aux soins pour les personnes dépourvues de couverture maladie.

En Allemagne, un mouvement issu de la société civile s'est emparé de la question de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière au milieu des années 1990. Il est principalement constitué de groupes politiques antiracistes ancrés localement et d'associations caritatives religieuses. Malgré un travail de lobby auprès des pouvoirs publics et de communication dans l'espace public, la question de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière ne parvient pas à s'inscrire à l'agenda des politiques publiques. Il faudra attendre le milieu des années 2010 et le « long été des migrations » pour que certains gouvernements locaux se saisissent de la question et répondent aux demandes des groupes locaux posées de longues dates.

Les contextes sociohistoriques français et allemands laissent supposer que la problématisation et la mise à l'agenda politique de la question de l'accès aux soins des étrangers sans couverture maladie par des associations issues de la société civile jouent un rôle décisif dans le processus d'appropriation par le champ politique de cette thématique (comme l'affirment de nombreux travaux en science politique, voir Lagroye et al., 2006, chapitre 7). Cependant, la lenteur de cette institutionnalisation du côté allemand (n'apparaissant qu'à la fin des années 2010) et son aspect fragile (elle n'a pas lieu au niveau fédéral, mais à celui des Länder et a du mal à se pérenniser) laissent à penser que la présence que l'action du secteur humanitaire et associatif n'est pas le seul facteur explicatif. Pour expliquer la différence entre les deux pays, il est nécessaire de regarder du côté du contexte politique. Alors que la France connaît un renouveau des politiques assistancielles visant à réduire les risques d'exclusion sociales à la fin des années 1980 et pendant les années 1990 (Castel, 1995 ; Duvoux, 2011), créant un contexte favorable à la création de mesures de protection maladie directement dirigées vers les étrangers précaires, l'Allemagne expérimente le tournant de la rigueur, en particulier dans les politiques sociales (Bourgeois, 2005) empêchant un processus d'institutionnalisation de l'accès aux soins. Le mouvement d'institutionnalisation émergeant ces dernières années outre Rhin amène quant à lui à envisager le rôle que la récente « crise migratoire » (comme elle est souvent qualifiée dans le débat public) peut jouer dans la mise à l'agenda politique de cette question.

#### Littérature :

---

<sup>26</sup> Resarch fellow au Centre Marc Bloch (Berlin)

Bourgeois Isabelle, « Années Schröder »: les ‘recentrages’ successifs de la politique économique et sociale », *Regards sur l'économie allemande*, n° 73, 1 Octobre 2005, pp. 7-18.

Castel Robert, *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*, Impr., Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio/Essais; 349 », 2007, 813 p.

Lagroye J., François B. et Sawicki F. (2006), *Sociologie politique*, Paris, Presses de la FNSP, Dalloz, coll. « Amphi ».

Duvoux Nicolas, « Nouveaux pauvres, nouvelles politiques », *Politiques sociales et familiales*, vol. 104, n° 1, 2011, pp. 7-17.

Claude Gilbert et Emmanuel Henry dans l'ouvrage collectif *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, la Découverte, 2009, 290 p.

## **Construction d'une médecine à la frontière à l'hôpital à travers une ethnographie des PASS de Calais et Dunkerque**

Tisserand Chloé<sup>27</sup>

L'hôpital de Calais accueille depuis les années 1990 des exilés en transit sur un "lieu-frontière" (Cuttitta, 2015). A l'aide d'une ethnographie réalisée à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et des entretiens semi-directifs réalisés auprès d'une trentaine de soignants et de cadres, mon travail tend à caractériser ce que soigner les exilés en lieu-frontière signifie et à montrer qu'une médecine à la frontière se construit. Je décris d'abord les profils des "soignants de l'exil", ces professionnels de santé qui travaillent quotidiennement au sein de l'institution auprès des exilés et je m'interroge sur leur positionnement par rapport à la dimension professionnelle du métier et de l'humanitaire. On verra que leur posture conférée par leur statut n'est pas simple à préserver face à la détresse des patients. Ensuite, j'essaie de montrer comment l'organisation de travail s'adapte en fonction des flux migratoire, en racontant aussi comment la fonction de la PASS peut aussi changer : elle peut passer de "lieu-refuge" à "une barrière immunitaire". En troisième lieu, je montre comment la frontière conditionne le travail de soin mais que des astuces et système débrouille sont trouvés par les soignants pour s'en libérer. Enfin, je décris comment la rencontre avec les exilés a bouleversé la relation classique médecin-malade et à quel point la médecine clinique, délaissée, est remobilisée, que le contact avec le corps est réactivé et devient une ressource qui permet aux soignants de communiquer avec leurs patients.

---

<sup>27</sup> CERIES, Université de Lille

## De quelle crise(s) parle-t-on ? Ethnographie d'un centre de réfugiés en crise

Mayssa Rekhis<sup>28</sup>

Se basant sur le travail de Janet Roitman dans son livre *Anti-crise* (Roitman, 2014) qui se concentre non sur la définition de ce qu'est que la crise mais sur le rôle du concept de crise dans la création des discours, et comment est-ce-que les discours de crise produisent le sens aux événements et deviennent des systèmes d'auto-références, ce papier se penchera sur l'analyse des discours relatifs au traumatisme et sur la trauma-thérapie chez les réfugiés au temps de la « crise des réfugiés ».

En effet, la crise migratoire ou la crise des réfugiés a eu comme thème principal non les « crises » que les personnes ont traversées (guerre, dictatures, trafic humain ...) mais les « crises » de nombres d'arrivants et les « crises » des frontières ; et est devenu le cadre et le moteur des discours relatifs à la migration en Europe (Vacchelli, 2018). Dans ce changement de perspective, de la souffrance des individus ou de la violence dont ils ont été témoins ou victimes vers les capacités d'accueil des sociétés-hôtes et de la « crise » économique, sociétale ou identitaire causée par la « crise » migratoire, quelle place aurait encore le traumatisme et la santé mentale de ces individus dans les dispositifs mis en place ?

Quelles formes prennent les services et le traitement des individus en « crise » causant la « crise » des sociétés hôtes ?

Ça ne sera pas la crise en tant que tel, mais le rôle et l'impact de l'utilisation du concept de crise pour décrire l'arrivée des réfugiés de Moyen Orient en Europe, qui sera la perspective à travers laquelle se fera l'analyse d'une partie des données du travail ethnographique réalisé dans un centre de réhabilitation de réfugiés victimes de torture à Stockholm entre Septembre 2018 et Avril 2019 ; un endroit où le mot « crise » est encore utilisé à contre-courant de l'usage général, non pour décrire la crise causée par les réfugiés, mais les crises qu'ils traversent et les traumatismes qui en découlent.

### Références :

Roitman, J. L. (2014). *Anti-crisis*. Durham: Duke University Press.

Vacchelli, N. D., Nicola Montagna, Elena. (2018). Beyond Crisis Talk: Interrogating Migration and Crises in Europe - Nick Dines, Nicola Montagna, Elena Vacchelli, 2018. *Sociology*. Retrieved from <https://journals-sagepub-com-s.sargasses.biblio.msh-paris.fr/doi/abs/10.1177/0038038518767372>

---

<sup>28</sup> Doctorante à l'EHESS dans le cadre du programme Européen 'Phoenix joint doctorate – dynamics in health and welfare'

**Vendredi 4 octobre, 10 h 30 – 13 h 00**

**Session thématique :  
Productions des savoirs, formes d'expertise, crise de  
l'objectivité**

- ✚ **Mireille Le Guen**, Centre de recherche en Démographie, UCL (Belgique) et INED, et **Mylène Rouzaud-Cornabas**, CESP, Université Paris-Saclay, *Crise économique, crise médiatique : quelles influences sur les pratiques contraceptives des femmes en France entre 2010 et 2016 ?*
- ✚ **Caroline Ollivier-Yaniv**, Céditec, Université Paris-Est Créteil, et Vaccine Research Institute, *Les controverses françaises sur la neurotoxicité des adjuvants aluminiques dans les vaccins : une crise de la circulation des savoirs ?*
- ✚ **Tonya Tartour**, CSO – Science Po, *Régime d'objectivité narratif en psychiatrie : le régime de tous les maux ?*
- ✚ **Florian Pedrot**, Labers- UBS, *L'affaire des bébés nés sans bras ou la construction de deux types d'objectivité en tension*

## **Crise économique, crise médiatique : Quelles influences sur les pratiques contraceptives des femmes en France entre 2010 et 2016 ?**

Mireille Le Guen<sup>29</sup><sup>30</sup>, Mylène Rouzaud-Cornabas<sup>31</sup>

En 2010, dans un contexte de crise économique, on observe, et ce de façon inédite, une baisse du recours à la pilule en France notamment chez les femmes âgées de 20-24 ans avec une situation financière difficile ne leur permettant pas d'avoir un suivi gynécologique régulier (Bajos et al., 2012). Entre décembre 2012 et janvier 2013, suite au dépôt de plainte d'une jeune femme victime d'un accident vasculaire cérébral qu'elle imputait à sa pilule de dernière génération, on assiste en France à un débat médiatique sans précédent sur les risques pour la santé des femmes associés à ce contraceptif. S'en suit une nouvelle baisse du recours à la pilule, d'une ampleur supérieure à celle observée entre 2000 et 2010, et davantage marquée chez les femmes âgées de 25 à 29 ans et d'un niveau de diplôme élevé (Bajos et al., 2014). En 2016, une nouvelle étude met en évidence une nouvelle baisse du recours à la pilule, notamment chez les plus jeunes (Rahib, Le Guen et Lydié, 2017). La baisse du recours à la pilule a donc d'abord concerné les femmes de milieux sociaux populaires pour des raisons économiques, puis celles appartenant à des milieux favorisés dans un souci de préserver leur capital santé. Dans cette communication, nous nous proposons d'analyser l'évolution du recours à la contraception des femmes entre 2010 et 2016 afin de voir dans quelle mesure deux crises, économiques et médiatiques, ont des répercussions différentes sur les usages et consommations de produits contraceptifs.

Pour ce faire, nous utilisons les données des enquêtes Fecond 2010 et 2013 (Inserm-Ined) et Baromètre Santé 2016 (SpF). À l'aide d'une analyse des correspondances multiples et d'une classification ascendante hiérarchique, nous avons divisées notre population en quatre classes sociales (défavorisées, populaires, intermédiaires et supérieures). Puis, nous avons étudié l'évolution des pratiques contraceptives des femmes selon les classes sociales auxquelles elles appartiennent, tout en tenant compte de leur âge, de leur situation relationnelle et du nombre d'enfants qu'elles ont.

Nos analyses permettent de mettre en évidence une moindre baisse du recours à la pilule chez les femmes de classes moyennes par rapports à celles de classes supérieures. On observe également un report vers d'autres méthodes de contraception qui diffèrent selon le milieu social auquel les femmes appartiennent. Ces résultats nous donneront l'occasion d'interroger les conséquences de deux crises, économique et médiatique, sur les pratiques contraceptives des femmes, et d'interroger de possibles formes de distinction (Bourdieu, 2016) et de recomposition des représentations de genre par la consommation de produits contraceptifs selon l'appartenance sociale des femmes.

### **Références**

- Bajos Nathalie, Bohet Aline, Le Guen Mireille, Moreau Caroline, 2012, « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Population & Sociétés*, 492, p. 14.
- Bajos Nathalie, Rouzaud-Cornabas Mylène, Panjo Henri, Bohet Aline, Moreau Caroline, 2014, « La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif? », *Population & Sociétés*, 511, p. 14.
- Bourdieu Pierre, 2016, *La Distinction : Critique sociale du jugement*, Minuit, 1055 p.
- Rahib Delphine, Le Guen Mireille, Lydié Nathalie, 2017, « Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent », *Santé publique France, Baromètre Santé 2016*, p. 18.

---

<sup>29</sup> Université Catholique de Louvain, Centre de recherche en Démographie

<sup>30</sup> Institut National d'Études Démographiques (INED), F-75020 Paris, France

<sup>31</sup> Université Paris-Saclay, Univ. Paris-Sud, UVSQ, CESP, INSERM, F-94807 Villejuif, France

## Les controverses françaises sur la neurotoxicité des adjuvants aluminiques dans les vaccins : une crise de la production et de la circulation des savoirs ?

Caroline Ollivier-Yaniv<sup>33</sup>

Les controverses sur les vaccins et l'obligation vaccinale sont significatives de la politisation d'une politique publique à la fois emblématique de la santé publique française et en régime de crise. Entre la reconnaissance institutionnelle<sup>34</sup> de « l'échec » de la campagne de vaccination contre la pandémie grippale H1N1 de 2009 (Ward 2015) jusqu'à l'annonce, à l'automne 2017, par la nouvelle ministre de la santé, de l'extension des vaccinations obligatoires, la vaccination a traversé en France une succession et une addition de crises hétérogènes. Certaines sont d'ordre sanitaire (baisse de la couverture vaccinale la plus importante en Europe), d'autres d'ordre politique (mises en cause publiques de l'indépendance et de l'efficacité des structures et des acteurs du système de santé (Ollivier-Yaniv 2017)) et d'autres enfin relèvent d'une « crise de l'objectivité », au sens où les savoirs en matière de vaccination font pour partie l'objet de désinformation délibérée (circulation de *fake news*, par exemple sur la relation de causalité entre le vaccin contre la rougeole et l'autisme) mais aussi d'activisme.

On s'intéressera en particulier aux mobilisations et aux revendications pour la relance des recherches sur la neurotoxicité des adjuvants aluminiques ou pour leur remplacement dans les vaccins par le phosphate de calcium : initiées et animées par une association de malades ne relevant pas de la mouvance anti-vaccinale (association d'entraide aux malades de myofasciite à macrophages, E3M) et par un PU-PH responsable d'une équipe de recherche labellisée par l'Inserm, elles sont soutenues par des acteurs politiques parlementaires, font l'objet de publicisation et de médiatisation régulières et sont à l'occasion récupérées par des groupes antivax radicaux.

Ce phénomène constitue un observable du régime de crise qui caractérise la politique publique française de la vaccination et en particulier, d'une crise de la circulation des savoirs biomédicaux. En effet, on peut considérer que la dispersion des revendications, des interrogations et des controverses sur la neurotoxicité des adjuvants aluminiques est également permise par leur non reconnaissance par les acteurs scientifiques ou sanitaires experts, relativement silencieux sur ce sujet, comme surpris par le constat que leur position et leur discours ne font pas autorité dans toutes les arènes.

A partir d'une approche symbolique de la construction des problèmes publics (Hilgartner & Bosk 1988, Cefaï 2009, Gusfield 2009, Gusfield 2012), conjuguée à l'analyse des controverses politiques et scientifiques (Rennes 2016), cette communication reviendra sur les acteurs et les arguments constitutifs de la controverse sur la neurotoxicité des adjuvants aluminiques entre 2009 et 2017, par l'analyse de corpus de textes institutionnels et médiatiques ainsi que d'entretiens. Seront mises en évidence les transformations de cette controverse selon les arènes - hétérogènes en termes d'accessibilité, de visibilité et de contraintes d'énonciation - dans laquelle elle se déploie. On montrera comment et par qui la neurotoxicité des adjuvants aluminiques, objet d'une dispute scientifique close depuis une vingtaine d'années, a été construite comme un objet d'activisme puis comme une cause contribuant à nourrir les critiques des modes de production des savoirs et des décisions sur la composition des produits vaccinaux.

---

<sup>33</sup> PU à l'Université Paris-Est Créteil, Céritec (E.A. 3119) et Vaccine Research Institute

<sup>34</sup> « La grippe H1N1 : retour sur la première pandémie du XXIème siècle », Commission d'enquête sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A (H1N1), n°685, *JO*, 30 juillet 2010 ; « La gestion d'une crise sanitaire : la pandémie de grippe A (H1N1) », Commission des affaires sociales sur l'étude de la Cour des comptes relative à l'utilisation des fonds mobilisés pour la lutte contre la pandémie grippale A (H1N1), 1<sup>er</sup> février 2011.

## Régime d'objectivité et crise de légitimité en psychiatrie

Tonya Tartour<sup>35</sup>

La discipline psychiatrique semble être entrée dans une crise de légitimité. Cette discipline médicale à part entière est en difficulté lorsqu'il s'agit d'objectiver ses résultats, tel que le réclament les réformes managériales mises en place dans le système de santé visant à accroître l'*accountability* d'un service ou d'une dépense publique et partant, de la demande sociale. A quoi cela tient-il et comment ce désajustement se manifeste-t-il ?

A partir d'enquêtes ethnographiques menées dans des établissements hospitaliers spécialisés<sup>36</sup> et des entretiens avec des fonctionnaires des autorités publiques, cette communication entend démêler les tenants de cette crise de légitimité. Nous décrirons d'abord le régime d'objectivité d'ordre narratif majoritairement en vigueur dans les établissements de soin, afin de montrer dans un deuxième temps comment celui-ci paraît incompatible ou du moins inajusté aux représentations et aux attentes formulées par les agents des administrations nationales et locales en charge de la régulation de ce domaine d'action d'une part ; et peu crédible du point de vue de la recherche clinique et des nouveaux acteurs qui investissent ce champ d'autre part.

Nos observations des réunions de transmission dans les services de soins notamment ainsi que les entretiens menés avec des psychiatres montrent qu'ils privilégient le régime de preuves en discours que nous appelons « narratif ». En effet, pour expliquer une prise en charge, une décision, un diagnostic, le médecin et son équipe s'appuient sur un étayage argumentatif ne faisant intervenir ni chiffre, ni image mais un vocabulaire plus ou moins précis et souvent varié permettant de décrire les symptômes de la personne soignée et/ou son comportement, plutôt d'ailleurs que son diagnostic. Si ce régime d'objectivité est d'ordre narratif, il n'en reste pas moins normatif, désignant des comportements comme valorisés et d'autres moins. Il est possible de reconstruire à partir de l'observation des pratiques d'administration de la preuve des typologies et des échelles de valeur que nous déploierons lors de la communication orale.

Nous montrerons que ce régime d'objectivité est incompatible avec les attentes gestionnaires des administrations, et entrave la production d'*evidence* crédible du point de vue scientifique. Les administrations exigent des chiffres pour évaluer l'efficacité d'une activité et partant pour la financer. La psychiatrie qui s'est montrée particulièrement revêche face aux tentatives de réforme de son mode de financement à la dotation globale vers un modèle T2A est apparue depuis le début des années 1990 comme une mauvaise élève de la réforme de l'Etat. Nous reviendrons sur ces échecs en démontrant l'inadéquation du « motif » dominant en gouvernance de la santé selon lequel le diagnostic permettrait d'expliquer une prise en charge (Benamouzig, 2005) avec l'approche d'un diagnostic toujours mouvant et incertain en psychiatrie. Dans un dernier temps nous évoquerons la production des nouveaux savoirs scientifiques sur le domaine des maladies mentales. Celui-ci paraît peu innovant lorsqu'on l'observe à partir des psychiatres mais nous montrerons comment les traces d'un empiètement voire d'un dépassement par des disciplines adjacentes apparaissent sur notre terrain. De manière croissante d'autres spécialités médicales et des pharmaciens, mènent leurs propres recherches sur des pathologies mentales, n'y associant pas toujours des psychiatres. En tête, les neuroscientifiques et les radiologues s'allient pour mesurer les apports de l'imagerie cérébrale à la connaissance sur les maladies. Ainsi, le régime d'objectivité narratif de la psychiatrie de terrain se voit-il dépassé tant par les chiffres que par les images, menant la psychiatrie à une situation de crise de légitimité.

---

<sup>35</sup> Doctorante en sociologie rattachée au Centre de Sociologie des Organisations

<sup>36</sup> Sont ainsi exclus les contextes d'exercice comme les centres experts ou les CHU, ainsi que les structures produisant du soin en ambulatoire.



## L'affaire des bébés nés sans bras ou la construction de deux types d'objectivité en tension

Florian Pédrot<sup>37</sup>

Depuis la révélation par la presse de la contamination d'hémophiles par le virus du sida en 1991 (« l'affaire du sang contaminé »), la France a connu plusieurs occurrences critiques du même ordre. S'il n'en fallait citer que deux, celle de l'amiante qui acquiert une dimension publique en 1994 ou plus récemment, en 2009, celle relative au médicament Médiator. Le point commun de ces épisodes, ainsi que l'ont montré les travaux en sciences sociales, est d'avoir suscité des mobilisations collectives de victimes en même temps qu'une forte médiatisation, ayant débouché sur des suites judiciaires dans lesquelles le personnel politique a souvent été mis en cause. En d'autres termes, aucun de ces problèmes n'a eu la carrière d'une affaire, d'une crise ou d'un scandale en raison de l'ampleur réelle de ses conséquences mais plutôt en raison de mécanismes proprement sociaux (Gilbert, Henry, 2009). Ces travaux ne se sont cependant pas seulement intéressés à l'émergence de ces situations, ils en ont également décrit les effets sur l'action publique en santé (Gilbert, 2011). Certaines de ces crises ont donné lieu, ainsi que l'a montré Thomas Alam, à la « mise à l'agenda politique et médiatique des faiblesses administratives de la santé publique française » (Alam, 2010). Il s'est agi par conséquent pour les acteurs étatiques de « [reprandre la] main », en se dotant d'une politique de « sécurité sanitaire » définissant des principes de gestion (transparence, rapport bénéfice/risque etc.) et fondée sur la création « d'agences » indépendantes (Benamouzig, Besançon, 2005). Des recherches ont souligné que les principes de la sécurité sanitaire promus à cette époque (et dont l'approfondissement est désormais souhaité à chaque nouvel épisode de crise), s'adosent à de nouveaux savoirs et notamment à l'épidémiologie anglo-saxonne, dite appliquée (Buton, 2006 ; Buton, Pierru, 2012). Ainsi, avec les crises sanitaires, l'impératif d'objectivité qui structurait déjà la production des savoirs scientifiques et de l'expertise dans le domaine de la santé, a gagné en centralité. En atteste la façon dont désormais les acteurs politiques et administratifs de santé agissent lorsque surgissent des événements menaçant la santé des populations (Pédrot, 2016). Ils organisent rapidement un recueil d'informations sur les faits, en sollicitant pour cela des agences ou administrations (IGAS etc.), ils communiquent précocement. Bref, ils s'efforcent de recouvrir les événements d'une objectivité scientifique plutôt que de laisser prévaloir les réalités sensibles de tous les acteurs susceptibles de se mobiliser, en premier lieu les victimes elles-mêmes.

Si cette manière de faire peut effectivement conforter les autorités dans leur position de propriétaire du problème, maîtrisant les interprétations à lui donner, elle peut aussi, nous allons le voir, aboutir à l'effet inverse, alimentant alors une défiance des populations envers l'Etat. Notre terrain d'enquête, en cours, est celui de l'affaire des agénésies transverses des membres supérieurs (malformations congénitales) qui ont touché plusieurs familles dans trois régions françaises et révélées à la fin de l'année 2018. Nous nous concentrerons en particulier sur le cas de familles habitant dans une commune de l'Ouest de la France. Plusieurs bébés sont nés sans bras. Dans cette histoire, les autorités opposent à la demande première des familles (une enquête de terrain), un discours insistant sur la pertinence des analyses épidémiologiques et statistiques déjà disponibles.

En d'autres termes, deux logiques se confrontent : celle des parents qui, partant d'une expérience vécue, sensible, sollicitent un approfondissement et une diversification des connaissances et celle des autorités, attachées à une objectivité immédiatement disponible. En mobilisant le témoignage de quelques familles et de médecins, nous montrerons que cette situation, en plus d'aboutir à une « remise en question des formes légitimes de recours aux experts » (Gilbert, Henry, Jouzel, 2015, p. 15), témoigne d'un changement du regard porté par les individus sur l'objectivité.

Alam (T.), « Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire », *Genèses*, 1 (78), 2010, p. 50.

Benamouzig (D.), Besançon (J.), « Gouverner un monde incertain. Les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires », *Sociologie du travail*, 47 (3), 2005, p. 301-322.

Buton (F.), « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, 65, 2006, p. 71-91.

---

<sup>37</sup> Labers- UBS

Buton (F.), Pierru (F.), « Instituer la police des risques sanitaires. Mise en circulation de l'épidémiologie appliquée et agencification de l'État sanitaire », *Gouvernement et action publique*, 4 (4), 2012, p. 67-90.

Fressoz (J.-B.), « Objectivité », dans Emmanuel Henry et *al.*, *Dictionnaire critique de l'expertise*, Presses de Sciences Po, 2015, p. 225-231.

Gilbert (C.), « Les différentes facettes des crises sanitaires », *Questions de Santé Publique*, 3 (12), 2011, p. 1-4.

Gilbert (C.), Henry (E.), dir., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009.

Gilbert (C.), Henry (E.), Jouzel (J.-N.), « L'expertise sous le regard des sciences sociales », dans Emmanuel Henry et *al.*, *Dictionnaire critique de l'expertise*, Presses de Sciences Po, 2015, p. 13-24.

Pedrot (F.), 2016, « Comment devient-on "victime" ». Le cas des surirradiés en milieu hospitalier », thèse pour le doctorat de sociologie de l'Université Bretagne-Loire, Nantes.

**Vendredi 4 octobre, 15 h 30 – 17 h 30**

**Session thématique :  
Santé, environnement, crise écologique**

- ✚ **Eve Bureau-Point**, Centre Norbert Elias, CNRS, *L'engrenage des pesticides. Fragments d'une crise au Cambodge*
- ✚ **Sébastien Gardon**, Triangle, ENS-Lyon, **Amandine Gautier**, Triangle, ENS-Lyon, et **Gwenola Le Naour**, Triangle, ENS-Lyon, *Quand la faune sauvage s'invite dans la gestion du sanitaire. Retour sur la « crise » du Bouquetin du Bargy*

## L'engrenage des pesticides. Fragments de la crise au Cambodge

Eve Bureau-Point<sup>38</sup>

Les pesticides ont longtemps été associés à une avancée révolutionnaire pour protéger les cultures, améliorer les rendements agricoles, et répondre aux besoins alimentaires d'une population mondiale grandissante. Cependant, avec les mises au jour de plus en plus fréquentes des effets incontrôlés de ces substances chimiques, le modèle agro-alimentaire dominant qui s'est imposé à l'échelle de la planète terre connaît une crise profonde. Ce modèle est basé sur l'intensification agricole et l'utilisation croissante d'intrants agricoles issus de la chimie de synthèse. Ses conséquences, telles l'épuisement des sols, la perte de la biodiversité, les résistances aux molécules, les achats croissants de pesticides, l'affaiblissement de la santé humaine et animale, sont de mieux en mieux connues. Les modes de production agricole et de consommation alimentaire sont dès lors réinterrogés, sur le plan social, économique et/ou politique, à des degrés variables en fonction des contextes. La question des alternatives est saisie par de multiples acteurs, politiques, économiques et citoyens. Cependant, les dynamiques de transformation sont lentes et confrontées à des rapports de force et des conflits idéologiques. Pour penser la transition vers un modèle plus durable, moins polluant et moins anthropocénique (i.e. qui tient compte de l'interpénétration entre les humains et les natures), les sciences sociales jouent un rôle essentiel. Elles participent à la compréhension interdisciplinaire des ressorts de la crise qui s'exprime de façon unique d'une région à l'autre.

Partant du principe que les règles de circulation et d'utilisation des pesticides sont respectées, ces molécules reçoivent une autorisation de mise sur le marché. Or, l'efficacité de ces molécules est socialement construite et redéfinie à chacune des étapes de leur circulation, à partir d'un millefeuille d'interconnexions qui met en lien les molécules et le monde vivant.

En inscrivant cette communication dans le domaine des humanités environnementales, je propose de décrire, à partir d'une ethnographie des pesticides réalisée dans une région de production maraîchère du Sud-est du Cambodge en 2018 et 2019, les mécanismes qui concourent à l'utilisation croissante de ces substances.

---

<sup>38</sup> Anthropologue, Chargée de recherche au CNRS, Centre Norbert Elias, Marseille

## **Quand la faune sauvage s'invite dans la gestion du sanitaire Retour sur la « crise » du Bouquetin du Bargy**

Sébastien Gardon<sup>39</sup>, Amandine Gautier<sup>40</sup> et Gwenola Le Naour<sup>41</sup>

Alors que la France n'avait pas connu de cas de brucellose de ruminants en élevage depuis plus de 10 ans, suite à l'avortement d'une vache dans un cheptel laitier produisant du reblochon fermier au lait cru en Haute-Savoie, un cas bovin à *Brucella melitensis* biovar est mis en évidence le 4 avril 2012. Quelques mois plus tôt, un cas de brucellose humaine chez un enfant, dont l'origine était restée inconnue avait été détecté dans la région, suivi d'un second cas dans la même famille chez un jeune homme. L'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (Anses) met en évidence la similarité des souches bactériennes chez les patients et la vache avortée. Parallèlement à l'infection de l'élevage bovin, les investigations menées dans la faune sauvage permettent d'identifier la présence de brucellose dans une population de bouquetins, celle occupant le massif du Bargy. La brucellose est à la fois une zoonose grave pour l'homme à déclaration obligatoire et une maladie contagieuse pour les animaux d'élevage ayant un impact économique important du fait de pertes de production et d'entraves aux échanges commerciaux. La brucellose se propage généralement au moment de la reproduction et lors de l'avortement ou de la mise bas.

Cette communication propose de scruter cette « crise » à faible impact sanitaire, à partir d'un matériau riche de 50 entretiens et de nombreuses observations tout au long de cette crise jusqu'à aujourd'hui. Le réservoir sauvage est jusque-là passé inaperçu faute d'une surveillance inexistante. Le sujet de la surveillance sanitaire est peu abordé en sciences sociales, même si les crises de la vache folle ou la grippe Aviaire en Asie ont fait évoluer les dispositifs de surveillance et ont été à l'origine de recherches prêtant attention aux instruments de gestion des risques des maladies pour comprendre les dispositifs de connaissance et de surveillance<sup>42</sup>. Comment expliquer les lacunes de la surveillance ? Comment gérer cette crise impliquant une espèce sauvage protégée ? De la destruction de tous les bouquetins, espèce protégée par la convention de Berne, soutenue par le monde agricole à sa défense, en passant par la préservation du patrimoine local animalier emblématique de la haute montagne et participant à l'économie savoyarde, les positions se campent très rapidement. Le lendemain de la signature de l'arrêté autorisant l'abattage des bouquetins en octobre 2013, une opération éclair est menée : 197 bouquetins sont abattus en trois journées. Les captures sont difficiles pour les agents de l'ONCFS qui en ont la charge et qui subissent les pressions extérieures. Finalement, la politique d'abattage partiel des animaux de 5 ans et plus n'a pas conduit à une amélioration de la situation sanitaire au vu des résultats de la surveillance sanitaire pour l'année 2014 qui montre une stagnation de la maladie chez les animaux de 6 ans et plus mais une plus large contamination des animaux de moins de 6 ans. L'abattage des animaux de 5 ans et plus est accusé d'avoir modifié l'organisation sociale de la population de bouquetins et d'avoir contribué à la contamination des jeunes animaux par leur entrée dans la reproduction.

Après quelques années et de très nombreux avis de l'ANSES, la crise du Bargy s'inscrit désormais dans la rhétorique des acteurs œuvrant à la reconnaissance des données écologiques dans la gestion sanitaire. Ecologues, vétérinaires et gestionnaires du Ministère chargé de l'écologie ont fait de cette crise l'exemple emblématique de la faillite de la gestion sanitaire, assimilée à l'élevage, par le ministère chargé de l'agriculture. La critique de la gestion de cette crise pose la question de la légitimité de ces nouveaux acteurs dans la gestion sanitaire, et plus généralement de la manière dont les crises impliquant la faune sauvage sont amenées à faire l'objet d'une gestion négociée.

---

<sup>39</sup> Triangle, ENS-Lyon

<sup>40</sup> Triangle, ENS-Lyon

<sup>41</sup> Triangle, ENS-Lyon

<sup>42</sup> Barbier Marc, « Surveiller pour abattre » La mise en dispositif de la surveillance épidémiologique et de la police sanitaire de l'ESB (enquête), *Terrains & travaux*, 2006/2 n° 11, p. 101-121 ; Torny Didier, La traçabilité comme technique de gouvernement des hommes et des choses. In: *Politix*. Vol. 11, N°44. Quatrième trimestre 1998. pp. 51-75. Doré Antoine, « L'exercice des biopolitiques » Conditions matérielles et ontologiques de la gestion gouvernementale d'une population animale, *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2013/4 Vol. 7, n° 4, p. 837-855 ; Prete Giovanni, Surveiller en éradiquant : l'importance des « médiateurs de la surveillance » et des réseaux informels dans la surveillance des risques sanitaires et environnementaux *Sociologie du travail* 50 (2008) 489-504