

Le scorbut chez une patiente âgée isolée : une illustration des limites d'une approche strictement médicale de la santé

Samuel Setiano
Licence 2 CPES - Université Strasbourg

Janvier 2025

Introduction

Le scorbut est une maladie qui se manifeste par des hémorragies, une grande fatigue et des problèmes cutanés. Longtemps associé aux marins du XVIII^e siècle qui étaient privés de fruits et légumes frais pendant de longue période, il semblait relégué aux livres d'histoire depuis la découverte de son traitement par de la vitamine C. Pourtant, un cas récent publié en 2024 dans le *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* met en lumière sa persistance dans des pays dotées d'un système de santé développé, ce qui peut surprendre : comment une pathologie aussi évitable peut-elle encore survenir aujourd'hui ?

On distingue trois termes anglais pour parler de la maladie :

- **Sickness** : Ce terme renvoie à la manière dont la société perçoit une maladie et l'impact que cela peut avoir sur les rôles et attentes sociaux.
- **Illness** : Il désigne l'expérience personnelle de la maladie, la façon dont une personne ressent ses symptômes et leur influence sur son quotidien.
- **Disease** : Cela correspond à l'aspect médical de la maladie, une condition identifiable par des anomalies biologiques ou fonctionnelles.

Dans notre étude de cas, cette différenciation est particulièrement pertinente. Alors que « disease » correspond à la carence en vitamine C, « illness » renvoie à son vécu de fatigue, de faiblesse et d'isolement, et « sickness » à la manière dont ses symptômes ont été perçus et interprétés par les professionnels de santé. Plutôt que de considérer uniquement l'anomalie biologique, ces définitions aident à intégrer les dimensions psychologiques et sociales de la maladie.

Cette lecture à plusieurs niveaux nous aide à comprendre pourquoi ce cas de scorbut a suscité un intérêt particulier, en révélant à la fois des limites dans la pratique médicale actuelle et des biais dans la prise en charge, notamment en raison d'une survalorisation de la technologie. Nous verrons donc d'abord pourquoi ce cas a été jugé digne d'être publié, ensuite nous analyserons les biais dans la gestion du patient, et enfin nous proposerons des pistes pour mieux relier le médical et le social.

La publication d'un cas de scorbut comme révélateur des angles morts de la médecine.

Dans l'article que nous étudions, une femme de 65 ans, isolée et limitée dans ses déplacements, consulte aux urgences pour une faiblesse intense et des bleus inexplicables sur les cuisses. Son quotidien ? Des soupes en boîte, du thon et du pain blanc, car faire ses courses est devenu

trop difficile. Sans famille ni aide, elle ne nourrit avec des aliments non périssables... et aucune vitamine C. Au début, ses médecins pensent à un eczéma ou à une infection. Mais les crèmes antifongiques ne font rien. Puis apparaissent des gencives gonflées, des bleus étendus aux jambes et de petites taches rouges autour des poils (signe classique du scorbut). Son taux d'hémoglobine est bas, mais ses analyses de coagulation sont normales. Une carence en vitamine C est suspectée... et confirmée : son taux est indétectable. On lui administre de la vitamine C en intraveineuse, puis en comprimés. Rapidement, sa force revient. Pourtant, après sa sortie, son taux de vitamine C rechute, preuve que son alimentation reste déséquilibrée. Elle est alors orientée vers des services sociaux et une rééducation pour retrouver son autonomie.

L'article fournit des données récentes¹ montrant que cette carence est préoccupante, et d'autant plus dans des pays dits « développés » :

- **Aux États-Unis** : 5,9 % de la population présente une carence en vitamine C (taux inférieur à 11,4 $\mu\text{mol/L}$), selon une étude nationale de 2018.
- **Au Royaume-Uni** : Jusqu'à 25 % des personnes défavorisées souffrent d'un déficit en vitamine C, souvent lié à la pauvreté et à une alimentation déséquilibrée.
- **Au Canada** : Des hôpitaux rapportent des cas de scorbut, et une étude a relevé que 12 % des patients âgés hospitalisés présentaient des symptômes (saignements, fatigue intense, problèmes de gencives).

Ces données sont inquiétantes : comment une maladie causée par une simple carence en vitamine C, facile à prévenir, persiste-t-elle dans des pays dotés de systèmes de santé avancés ? Une explication possible repose sur le concept d'inégalités sociales de santé (ISS). Ces inégalités désignent les disparités d'état de santé entre individus ou groupes, liées à des facteurs sociaux. La persistance du scorbut ne serait donc pas un échec médical isolé, mais le signe des limites d'un système qui peine à prendre en compte la réalité sociale. Par conséquent, les patients issus de milieux défavorisés se voient souvent proposer des traitements inadaptés.

La publication de ces cas dans des revues médicales n'est donc pas anodine : elle interroge les priorités d'un système qui, en cherchant toujours plus de précision, oublie d'écouter et de détecter les vulnérabilités souvent invisibles. Cela souligne également les limites d'une médecine trop techniciste, qui a du mal à reconnaître des maladies censées appartenir au passé.

Biais de prise en charge : la technologie comme écran aux réalités sociales.

La médecine moderne excelle dans le traitement des maladies complexes - cancers, diabètes, pathologies cardiaques - grâce à des outils diagnostiques de pointe. Pourtant, cette hyper-spécialisation peut créer des angles morts. L'accent mis sur les avancées technologiques et les indicateurs quantifiables conduit à une standardisation des soins qui ne répond pas toujours aux besoins spécifiques des populations vulnérables.

L'article que nous analysons précise que dans le diagnostic du scorbut, l'étape de l'anamnèse revêt une importance particulière chez les patients à risque de carence nutritionnelle. En effet, leurs symptômes peuvent souvent être liés à une mauvaise alimentation. Le médecin devra être particulièrement vigilant à ces facteurs durant l'anamnèse, afin de ne pas passer à côté d'une carence nutritionnelle pouvant être à l'origine de leurs troubles.

1. Données issues d'études américaines, britanniques et canadiennes (2017-2024), incluant la National Health and Nutrition Examination Survey, des rapports hospitaliers canadiens et des recherches sur l'insécurité alimentaire.

Rappelons des étapes clés du diagnostic médical :

- **Anamnèse** : Le médecin interroge le patient sur son histoire médicale (maladies antérieures, traitements, antécédents familiaux), ses symptômes actuels, ses habitudes de vie (alimentation, activité physique, etc.) et son environnement (conditions sociales et environnementales).
- **Examen clinique** : Le médecin effectue ensuite un examen physique : prise de température, mesure de la pression artérielle, auscultation du cœur et des poumons, etc. Cela permet de confirmer ou d'affiner les hypothèses posées lors de l'anamnèse.
- **Diagnostic différentiel** : À partir de l'anamnèse et de l'examen clinique, le médecin établit une liste de pathologies possibles, qu'il élimine progressivement en fonction des informations recueillies, afin de concentrer ses recherches sur les causes les plus probables.
- **Tests et examens complémentaires** : Dans certains cas, des examens supplémentaires comme des analyses sanguines, des radiographies ou d'autres investigations peuvent être nécessaires pour préciser le diagnostic.
- **Traitement et suivi** : Après avoir posé le diagnostic, le médecin propose un traitement adapté au patient et met en place un suivi pour évaluer l'évolution de la situation.

Le sociologue Pierre Bourdieu a popularisé le concept d'*habitus*² pour désigner l'ensemble des dispositions, façons de penser, d'agir et de percevoir que les individus acquièrent par la socialisation. Ces dispositions influencent leurs comportements et leur manière d'interpréter le monde en fonction des normes propres à leur milieu. Dans le cas des médecins, leur formation façonne un *habitus* professionnel particulier. Celui-ci privilégie une approche biomédicale centrée sur les technologies et les données cliniques, reléguant au second plan les facteurs sociaux de la santé. Cette manière de voir devient un cadre structurant : les médecins appréhendent la santé à travers le prisme technique qu'ils ont intégré, ce qui limite parfois leur prise en compte des dimensions sociales des maladies.

Cela nous permet de mieux comprendre pourquoi l'anamnèse, cet entretien essentiel entre le médecin et le patient, peut parfois être négligée ou abordée de manière incomplète. En effet, si l'*habitus* d'un médecin privilégie une approche biomédicale, centrée sur les symptômes et les données cliniques immédiates, il est possible que certains facteurs sociaux, comme la précarité ou la mauvaise alimentation, ne soient pas suffisamment pris en compte lors de l'entretien. Ainsi, l'*habitus* médical dominant, en minimisant les causes structurelles des pathologies, peut contribuer renforcer certaines inégalités, qu'il s'agisse de l'accès aux soins ou de la qualité des diagnostics.

Les pratiques et les normes dans le milieu médical sont largement influencées par la manière dont les professionnels sont formés. Ce biais ne vient pas d'un individu en particulier, mais du système lui-même. Cela montre qu'il est essentiel de revoir les pratiques cliniques pour changer ces habitudes bien ancrées.

Solutions : décroiser la santé et le social.

Pour prévenir le scorbut, il ne suffit pas de prescrire des suppléments de vitamine C. Les soins médicaux sont, évidemment, essentiels, mais ne représentent qu'une partie du problème. En prenant en compte facteurs sociaux et environnementaux des patients, la santé apparaît comme un véritable projet collectif impliquant acteurs médicaux et non médicaux.

Cela est parfaitement illustré dans l'approche de la « santé communautaire ». Celle-ci vise à renforcer le pouvoir d'agir des communautés qu'elles soient définies par des critères géogra-

2. Wikipédia, *Habitus (sociologie)*, Wikipédia, l'encyclopédie libre, [https://fr.wikipedia.org/wiki/Habitus_\(sociologie\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Habitus_(sociologie)).

phiques, culturels ou sociaux – en les mobilisant autour de trois axes : la prise de conscience d’un destin sanitaire commun, l’identification collective des défis prioritaires et la co-construction de réponses adaptées aux spécificités locales. Cette approche de la santé est inscrite dans la constitution de l’OMS : « une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d’une importance capitale pour l’amélioration de la santé des populations »³

Par exemple, les associations locales jouent également un rôle clé dans l’application de ces mesures. Elles sont souvent les premières à repérer les besoins spécifiques des populations fragiles et à offrir une aide concrète. Leur collaboration avec les institutions publiques est fondamentale pour briser le cercle de l’isolement et de la précarité.

Voici quelques exemples d’initiatives⁴ :

- **Les paniers-repas des Restos du Cœur** : Les Restos du Cœur distribuent des paniers alimentaires que les bénéficiaires remplissent eux-mêmes avec l’aide de bénévoles. L’objectif est de repérer d’autres besoins tout en fournissant des paniers équilibrés et adaptés à la taille du foyer.
- **Le dispositif « Croix-Rouge sur roues »** : La Croix-Rouge envoie des camions pour distribuer de la nourriture, des vêtements, des produits d’hygiène et des services comme l’accès aux droits et des cours de français dans les zones isolées.

Le paradigme du système de santé actuel se concentre principalement sur la guérison des maladies, souvent après qu’elles se soient manifestées, en offrant des traitements et des soins curatifs. Cependant, cette approche réactive ne permet pas d’anticiper ou d’éviter les problèmes de santé avant qu’ils ne surviennent. Pourtant, il est essentiel que les politiques publiques intègrent davantage de mesures préventives, comme l’amélioration de l’accès à une alimentation saine ou la lutte contre l’isolement social. En agissant sur ces facteurs sociaux, on pourrait réduire considérablement les maladies évitables, alléger la pression sur les établissements de santé et, surtout, améliorer le bien-être des individus sur le long terme.

Conclusion

On l’a vu, les personnes atteintes de scorbut ne souffrent pas seulement d’un manque de vitamine C, mais aussi de conditions sociales difficiles : isolement, précarité et accès limité à une alimentation saine. La résurgence de ces cas est le signe d’une médecine parfois déconnectée des réalités sociales. Pour éviter de tels écueils, il apparaît essentiel de se tourner vers une médecine plus humaine, où la technique sert une compréhension élargie de la santé, ancrée dans le quotidien des individus.

Cette vision holistique de la santé rejoint la définition proposée par l’Organisation mondiale de la santé (OMS) :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité. »

Il faudrait donc voir la santé dans sa globalité, en tenant compte des réalités sociales, économiques et environnementales qui façonnent notre bien-être. En ce sens, le cas étudié nous pousse à repenser le système de santé pour qu’il ne se contente pas de soigner les corps, mais qu’il soigne aussi les conditions de vie qui influencent notre santé au quotidien.

3. Organisation mondiale de la Santé. *Constitution de l’Organisation mondiale de la Santé*. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>.

4. Ministère des Solidarités, de l’Insertion et de la Santé. (2024, 14 février). Les distributions de colis alimentaires (ou paniers alimentaires). [solidarites.gouv.fr](https://solidarites.gouv.fr/les-distributions-de-colis-alimentaires-ou-paniers-alimentaires). <https://solidarites.gouv.fr/les-distributions-de-colis-alimentaires-ou-paniers-alimentaires>.