

Avril 2019

BULLETIN NUMÉRO 38



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE



SANFI 2019
Ethique et Santé Publique
MONTPELLIER

SOMMAIRE

- P03 - Éditorial du Vice-président
- P05 - Dossier SANFI : Ethique et Santé publique
- P29 - Grand entretien
- P35 - Lectures
- P37 - Actualités européennes - Euronet-MRPH

ÉDITORIAL DU VICE-PRÉSIDENT

Chers co-internes,

C'est à la fois un plaisir et un honneur pour moi d'ouvrir ce nouveau numéro du bulletin qui paraît à l'occasion de la 15^{ème} édition du Séminaire Annuel National de Formation des Internes de santé publique (SANFI) !

UN SANFI MÉRIDIONAL

Pour la première fois cette année, nous avons la chance d'être accueillis dans la ville de Montpellier pour un séminaire organisé en collaboration par les internes des subdivisions de Nice, Montpellier-Nîmes et Toulouse. Nos co-internes du Sud ont fourni un travail considérable au cours des derniers mois afin de construire cet événement et, cet éditorial est l'occasion pour moi de les en remercier, au nom de l'ensemble du bureau du CLiSP !

Le SANFI, rendez-vous obligé du printemps s'affirme année après année comme un élément structurant de notre formation. Ce séminaire - au-delà des conférences, table-rondes ou ateliers - nous offre de précieux temps de rencontre, propices aux échanges et à la réflexion mais aussi à la convivialité ; car pas de séminaire sans programme social ! Ainsi, à Montpellier, outre l'incontournable dégustation de la clapassade de mouton

« sauce grisette », nous aurons sans doute le plaisir de flâner dans les ruelles médiévales du centre-ville ou encore de découvrir l'une des plus anciennes universités de médecine d'Europe ! Mais attention, le SANFI, ce sont aussi des temps de travail avec plusieurs innovations cette année : les ateliers-débats autour de projets de santé publique menés par des internes ou encore un ciné-débat - l'occasion de voir ou revoir l'excellent Bienvenue à Gattaca d'Andrew Niccol.

Mais, trêve de bavardage, il est temps pour moi d'introduire les deux grandes invitées de ce 15^{ème} SANFI : **l'éthique et la santé publique !**

D'UNE ÉTHIQUE MÉDICALE INDIVIDUELLE À UNE ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

En janvier 2018, s'ouvraient les états généraux de la bioéthique, pilotés par le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) en vue de préparer la révision de la loi de bioéthique, initialement prévue pour 2018. Si le projet de loi de bioéthique a été reporté en 2019, cette consultation aura permis aux internes de santé publique, par l'intermédiaire du CLiSP, auditionné en mai, de plaider pour le développement d'une réflexion éthique en santé publique. En effet,



si la bioéthique, dont la naissance remonte à l'après-guerre et aux procès de Nuremberg, renvoie à une réflexion sur les questions de société soulevées par les progrès de la connaissance bio-médicale, les questionnements éthiques dans le domaine de la santé excèdent largement ce cadre !

Moyens choisis pour dissuader les comportements « néfastes » à la santé en promotion de la santé, inégalités sociales et environnementales de santé, règles d'allocation de ressources limitées ou encore contrôle et prévention des maladies infectieuses ; autant de sujets pour lesquels l'éthique médicale classique, pensée dans le cadre du colloque singulier médecin-patient et fortement attachée au principe d'autonomie, atteint ses limites et ne permet pas de résoudre la « tension » née de la



La dystopie d'Andrew Nicoll, qui interroge sur l'utilisation de la génétique dans la société, promet des débats animés lors du SANFI

rencontre entre libertés individuelles et intérêt collectif.

En tant qu'internes de santé publique - futurs professionnels experts de l'approche collective des questions santé - nous avons toute légitimité - le devoir même - de nous former et de réfléchir à ces questions ; de les intégrer à chacun de nos projets ; et de porter, ensemble, la voix d'une éthique de santé publique.

REPLACER L'ÉTHIQUE AU CŒUR DE NOS CHOIX COLLECTIFS

Parce qu'elle est bien plus qu'une simple suite de normes et valeurs, l'éthique, en tant que démarche et réflexion argumentée doit accompagner la construction de chacun de nos choix collectifs.

Replacer l'éthique au cœur de nos choix collectifs, c'est se donner pour objectif d'atteindre une plus grande justice sociale et est, à ce titre, une urgence sociétale dépassant le champ de la santé.

Replacer l'éthique au cœur de nos choix collectifs relève d'une démarche exigeante et continue à laquelle aucun de nous ne peut se soustraire : sans cesse s'interroger, remettre en question et s'indigner face aux choix et politiques n'allant pas dans le sens de l'amélioration de la santé de la population et de l'intérêt collectif.

Mais, revenons à des sujets qui concernent de plus près la formation des internes !

NOTRE ÉTHIQUE COLLECTIVE... AU SERVICE DES INTERNES !

À la veille du début du semestre d'été et à deux mois de la fin du mandat, le CLiSP poursuit ses activités visant à créer du lien entre les internes – cœur du projet de l'association – et son rôle de représentation.

Parmi les sujets actuellement sur la table, se trouve bien sûr le **suivi de la mise en œuvre de la réforme du troisième cycle** avec

l'évaluation des modules de la phase socle, le suivi de la mise en ligne des enseignements sur la nouvelle plate-forme Sides et l'implémentation des FST et de l'option administration de la santé. Cette dernière fait l'objet d'une note adressée fin février au cabinet de la Ministre de la santé dans laquelle le CLiSP souhaite que les concours d'entrée dans la fonction publique soient intégrés dans le cursus des ISP et que soient fusionnées phase de consolidation et année de stagiairisation pour les internes reçus. Dans cette note, le CLiSP plaide également pour la création d'un **statut unique de médecin de santé publique des administrations (MSPA)** ayant accès à des fonctions de recherche et d'enseignement et à des **missions d'appui à la santé publique territoriale** qui seraient créées. Ces propositions ont pour objectif de revaloriser le statut des médecins de santé publique exerçant dans la fonction publique et de faciliter l'accès des internes à celle-ci, dans le but de répondre aux besoins de santé, en particulier sur les territoires.

Enfin, se prépare activement le prochain événement de formation : **le CLiSP qui aura lieu à Paris, en juin** et aura pour objectif le développement de compétences de management chez les internes.

Le rendez-vous étant pris, il ne me reste qu'à vous souhaiter à tous un excellent séminaire !

Jalal CHARRON, ISP à Paris



Le Séminaire National des Internes de Santé Publique est un événement à part entière dans la communauté des enseignants et des étudiants de troisième cycle de notre discipline. Il est toujours remarquablement organisé et chaque année, il donne l'occasion de rencontrer les jeunes leaders de la discipline qui ont un talent évident, qu'il soit inné ou qu'il soit acquis par des enseignements régionaux très souvent à la hauteur de l'enjeu.

Pour nous enseignants, c'est un moment de grâce car nous avons enfin l'occasion de découvrir, ville après ville, ce qui se fait de mieux dans la discipline sur le territoire national. Les thèmes sont toujours d'actualité et il n'est pas

rare qu'un débat engagé dans le séminaire soit ensuite relayé par le Haut Conseil de la Santé Publique ou dans l'une ou l'autre des Agences qui font le paysage de la Santé Publique Française. J'en veux pour preuve le remarquable Séminaire de Bordeaux portant sur la prévention et le non moins remarquable rapport publié cette année par le HCSP relatif à « La place des offreurs de soin dans la prévention ».

En tant que Président du CUESP, je me félicite également que nous soyons associés à cet événement avec nos collègues du CIMES pour l'élaboration du programme, le soutien financier et la diffusion de cet événement auprès de nos institutions régionales ou nationales. La réforme du DES de Santé Publique doit trouver sa place dans ce Séminaire, par la rencontre informelle des enseignants et des étudiants et aussi par la volonté de traduire dans cet événement la place que doivent prendre les futurs médecins de Santé Publique

dans le système de santé Français. Si plusieurs anciens internes de Santé Publique ont été nommés dans les équipes au plus près des ministres de la santé, à la tête des grandes directions du ministère ou dans des postes de responsabilité importants dans les agences nationales ou régionales, c'est que cette communauté possède une valeur intrinsèque forte.

Nous devons cultiver cette valeur, nous avons le devoir de la diffuser et nous la partagerons avec plaisir au cours du SANFI 2019 de Montpellier.

Pr Cyrille Colin
Lyon

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION ISP SUD

Bienvenue à la 15^{ème} édition du Séminaire Annuel National de Formation des Internes de santé publique. Chaque édition comporte son lot d'innovations et de surprises. Cette année, nous sommes très heureux.ses de vous accueillir dans la ville historique de Montpellier !

Pour la première fois, les internes de plusieurs villes se sont associé.e.s pour vous offrir ce séminaire, Nice, Toulouse et Montpellier-Nîmes, mettant à l'honneur le Sud de la France. Nous embrassons bien fort nos collègues Marseillais.e.s qui n'ont malheureusement pas pu nous rejoindre dans l'aventure mais nous savons que le cœur y était ! Au départ, liée à une contrainte de manque de volontaires mais aussi parce que nous espérons renforcer les liens entre nos villes, cette collaboration a eu un impact fort sur la tonalité du séminaire, puisque chaque subdivision a apporté ses compétences et sa vision de la santé publique.

Nous avons pris quelques décisions originales concernant le format du séminaire. Tout d'abord, nous avons choisi d'alléger les journées en limitant le nombre de plénières. Afin de favoriser l'interaction des intervenant.e.s - entre

eux.elles et avec le public - chaque matinée est ponctuée par une table ronde réunissant tou.te.s les intervenant.e.s de la session. Pour les après-midi, nous avons voulu expérimenter deux nouveaux formats. Le plus inattendu est celui du cinéma-débat. Organisé à Montpellier depuis plusieurs années par le Comité Régional Éthique de l'Occitanie (ex-Languedoc-Roussillon), le Cin'éthique rassemble chaque trimestre plus d'une centaine de participant.e.s qui viennent débattre autour d'un sujet de santé. La fiction y est utilisée comme support d'ouverture à la subjectivité grâce à l'émotion et à la singularité des situations. Pourtant, l'innovation la plus importante est l'organisation d'un après-midi entier d'ateliers-débats préparés par des internes de santé publique de toute la France. Une fois de plus, ce fut le manque de bras pour organiser la dizaine d'ateliers nécessaires qui nous a poussé à lancer un appel national via le CLISP... et une fois de plus, cela a été une source de richesse. Nous avons été agréablement surpris.e.s du nombre de réponses positives à cet appel et de la qualité des interventions proposées. Après coup, ce choix semble logique : puisqu'il s'agit du séminaire national des internes de santé publique, il est naturel de donner aux projets



des internes de santé publique une visibilité plus importante. Chaque ISP se spécialisant dans un domaine particulier, il est intéressant de proposer un format permettant de s'enrichir mutuellement de la diversité des expériences.

Chaque année, le choix du thème est en lien avec la spécificité de la ville d'accueil : Urban Health à Nantes en 2017, Prévention à Bordeaux en 2018. Cette année, trois villes se sont réunies pour choisir le thème... avec trois spécificités différentes. Le point commun à toutes était la volonté d'interroger la dimension morale de sujets de santé publique et de société. Nous avons donc opté pour une thématique transversale, permettant de donner sa place à chaque subdivision tout en interrogeant nos pratiques.

POURQUOI PARLER D'ÉTHIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE ?

La santé publique est une entreprise efficace pour lutter contre les épidémies, surveiller et protéger la santé des populations. La veille sanitaire repère les signaux, l'épidémiologie suit l'évolution d'une épidémie, les statistiques permettent de mettre en évidence les liens entre maladie et facteur de risque, la prévention et l'éducation donnent des clés aux populations pour un comportement favorable à la santé.

Cette grosse machine recueille des données, fait tourner des modèles statistiques qui produisent des recommandations qu'il faudra ensuite transmettre à la population et aux décideurs politiques... et produit des normes. La prévention dicte les « bonnes pratiques », la courbe de Gauss nous schématise la loi « normale », les statistiques compilent des données individuelles et inventent la « population ».

Or la norme, c'est « ce qui doit être » ou « ce qui est conforme », il est ainsi pertinent de voir la santé publique comme héritière laïque de la « morale » religieuse. Ce n'est plus l'au-delà qui effraie mais la peur de la maladie et de la mort. La médecine protège à condition de suivre les règles : manger cinq fruits et légumes par jour, faire 30 minutes d'activité physique

journalière, respecter un calendrier vaccinal ou un protocole de dépistage, ne pas (trop) boire, ne pas fumer (du tout), se brosser les dents... etc. On veille, on compte, on croise les données, on identifie des facteurs de risque, on publie des recommandations, on les met en ligne, on crée des affiches, des flyers, on éduque, on s'appuie sur la communauté, sur les pairs, on décide de qui va être remboursé par la sécurité sociale et de combien.

L'essor de l'informatique vient renforcer ce système. Internet et les objets connectés permettent de récolter plus d'informations et de diffuser plus de messages. Le développement de l'intelligence artificielle permet l'analyse de très grandes bases de données, les fameux « big data » qui vont permettre des normes plus nombreuses mais aussi plus précises, « personnalisées ». L'individu a accès à toutes les recommandations et il a un accès facilité à un système de soins performant. Il est bien souvent rendu responsable de son état de santé au-delà de la prise en compte de la complexité de son histoire. Les comportements sont de plus en plus ciblés, au risque de les stigmatiser.

Ceci n'est pas une remise en question de l'efficacité de la santé publique ni une critique des méthodes employées. C'est une invitation à porter un regard réflexif sur

nos pratiques. Il ne s'agit pas de dessiner les grandes lignes morales de notre discipline. L'éthique peut justement être différenciée de la morale par son caractère relatif. La morale édicte des règles universelles et l'éthique interroge la morale dans le contexte de la singularité d'une situation. Les cliniciens connaissent bien l'intérêt d'une telle démarche dans le contexte de la relation patient-médecin. Les décisions du médecin de santé publique ont une portée plus large et plus globale car son « patient » s'appelle « population » et son scalpel s'appelle « biostatistiques ».

C'est afin d'initier une démarche réflexive sur notre discipline, que nous avons proposé le thème de l'éthique en santé publique autour de trois grands sujets : l'économie de la santé mise en regard de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, l'impact de l'exploitation des bases de données massives par des algorithmes et enfin les grands enjeux de santé publique notamment dans le contexte de la crise écologique et sociale actuelle. Les ateliers et le cinéma-débat permettent de se projeter dans des situations concrètes pour expérimenter une démarche d'éthique appliquée à la santé publique.

LA GENÈSE DE L'ÉDITION 2019 DU SANFI



QUANT AU CHOIX DU THÈME

Le thème « éthique et santé publique » a mis un peu de temps à émerger. Il aura fallu plusieurs réunions de concertation pour s'accorder sur ce que l'on souhaitait transmettre et approfondir au décours de ce SANFI 2019. Les évolutions en santé publique sont actuellement rapides et nombreuses, et suivent un rythme en phase avec les bouleversements sociétaux de notre temps. Dans cette frénésie de changements, d'actions et d'innovation, il est malheureusement facile d'en oublier la partie éthique. Ce questionnement est un processus constant, qui doit être mis en œuvre à bien des niveaux, et qui ne doit pas être occulté. Dans ce contexte, il nous a semblé à la fois pertinent et intéressant pour les internes d'aborder l'éthique sous les différentes formes qu'elle peut prendre, dans le vaste champ de la santé publique.

DE LA DIFFICULTÉ DES MÉNAGES À PLUSIEURS

Alors que le SANFI 2018 de Bordeaux touchait à sa fin, la question de la ville organisatrice pour l'année suivante se posait de manière insistante. Il y avait une volonté manifeste pour que l'organisation revienne à une ville du « sud », mais l'organisation d'un tel événement nous paraissait alors difficile, voir impossible, tant la barre fût placée haut par nos collègues bordelais. Vient alors l'idée de mettre nos ressources en commun, afin de proposer un séminaire non pas organisé par une seule ville mais par quatre villes universitaires (Toulouse, Montpellier-Nîmes et Nice). Cela nous permettait de développer un projet de coopération en santé publique au sein des nouvelles régions Occitanie et PACA. Initialement, la ville de Marseille, qui fait partie de cette dynamique de coopération interrégionale, était associée au projet de SANFI 2019, cependant après discussion, il s'est avéré que des problèmes logistiques et de planning se posaient pour l'intégration de Marseille à l'organisation du SANFI 2019. Ce sont donc, au final, les internes de trois des subdivisions du sud, à savoir Toulouse, Montpellier-Nîmes et Nice qui ont le plaisir de vous accueillir pour le SANFI 2019.

Le choix de Montpellier comme ville d'accueil s'est fait assez simplement, tout d'abord parce que c'est une ville avec une position centrale vis-à-vis des autres villes organisatrices mais aussi parce qu'une majorité des internes impliqués dans l'organisation se trouvaient alors dans la subdivision.

EN DIRECT DE MONTPELLIER

Pour l'équipe de Montpellier-Nîmes, le SANFI 2019 a initialement fait peur, voire très peur. Mais la motivation sans faille de notre présidente (Clémentine Salel)



a su nous rassurer. Nous étions aussi très heureux de participer à ce projet inédit avec Toulouse et Nice, avec pour objectif le renforcement des liens et des échanges des internes de santé publique, qui peuvent parfois se retrouver isolés.

De multiples obstacles se sont présentés à nous, qui sont certainement commun à toutes les organisations de SANFI. En premier lieu les délais, assez courts dans notre cas, car la mise en place de notre projet n'a pu véritablement commencer qu'à la fin de l'été 2018. Ensuite, la coordination des villes, qui a pu être faite via des réunions hebdomadaires en visioconférence. Il a également fallu convaincre le bien fondé de notre projet à nos partenaires, à la fois financiers et pédagogiques. Tout cela en parallèle des planning plus ou moins chargés pour chacun.

ET DU CÔTÉ DES AUTRES VILLES (TOULOUSE ET NICE)

Je parlerais surtout pour ma ville (Toulouse), mais la première difficulté qui nous est apparu c'est d'être impliqué dans le projet en n'étant pas présent sur place.

Fort heureusement nous vivons à l'ère de la communication, ce qui nous a ainsi permis de tenir de manière hebdomadaire nos

réunions en visioconférence. Nous avons aussi profité du fait qu'un de nos internes soit en stage à Montpellier durant son premier semestre de l'année universitaire en cours. Il a ainsi pu mieux prendre part aux premiers temps de l'organisation du séminaire, vivre ses premiers instants, à une période où, sans le renfort bienvenu de nos nouveaux collègues qui nous ont rejoint après la prise de poste, nous étions en effectif restreint.

Pour le reste, il a fallu se répartir les rôles et voir ce qui était faisable à distance et ce qui ne l'était pas. Il a fallu aussi présenter le projet à nos coordonnateurs respectifs et équipes enseignantes, leur expliquer en quoi il nous tenait à cœur d'organiser un séminaire avec nos collègues du sud de la France, et que, même si, in fine, le séminaire n'aurait pas lieu dans notre ville, le fait de prendre part à l'aventure valait le coup de s'y engager.

C'est donc une véritable aventure, qui nous a demandé résilience, travail d'équipe et imagination. Le SANFI 2019 aura été le jalon qui a permis l'émergence de l'association des internes de santé publique du sud, et de donner l'opportunité, aux internes impliqués, d'apprendre à travailler ensemble et de s'améliorer aussi bien au niveau pédagogique, qu'humain, et social.

En définitive, même si ce ne fut pas un long fleuve tranquille et qu'il y a eu des moments difficiles à gérer, l'expérience fut vraiment enrichissante.

Nous espérons qu'il sera aussi mémorable pour vous qu'il ne l'a été pour nous et vous souhaitons un excellent séminaire!

Chris SERRAND et Vincent MAX
Pour l'équipe organisatrice du SANFI 2019

L'ÉQUIPE D'ORGANISATION DU SANFI 2019



MONTPELLIER-NÎMES :

- **Clémentine SALEL** : présidente de l'association ISP Sud et coordinatrice du SANFI
- **Marie-France MALCHER** : trésorière de l'association ISP Sud et du SANFI
- **Elodie SORBETS** : secrétaire
- **Lionel MOULIS** : webmaster de l'association ISP Sud et chargé de communication
- **Rodney PLAT** : responsable de la coordination des ateliers
- **David PEYRE-COSTA** : responsable du programme social

• **Chris SERRAND** : responsable logistique

• **Guillaume NICOLET** : responsable logistique

• **Cécile AUTISSIER, Maja JURTELA et Randy FOLIWE** : chargé.e.s de logistique

• **Armando PITOCCHO** : chargé de logistique

• **Federico MORETTI** : chargé de logistique

NICE :

- **Kévin LEGUEULT** : responsable de l'organisation du SANFI sur Nice

TOULOUSE :

- **Vincent MAX** : responsable de l'organisation du SANFI sur Toulouse
- **Emmanuel CHABOT** : responsable des partenariats

Association des Internes de Santé publique du Sud de la France

<https://ispsud.fr/>



LES ATELIERS DU SANFI : UNE PREMIÈRE DEMI-JOURNÉE DE RÉFLEXIONS PARTICIPATIVES

Mettre la pensée en mouvement par le débat et l'intelligence collective, au sein d'espaces de réflexion en petits groupes : tel est le programme de la deuxième demi-journée du SANFI qui sera consacrée aux ateliers. Ce rendez-vous convivial se tiendra le mercredi 24 avril de 14h à 17h dans les locaux de la nouvelle faculté de médecine de Montpellier.

A l'ordre du jour des thématiques diverses qui correspondent à des projets ou sujets de santé publique, sur lesquels les participants réfléchiront collectivement au travers des questions éthiques qu'ils soulèvent. Ces ateliers seront animés par des internes et/ou des praticiens de santé publique qui viendront de toute la France pour exposer leurs travaux, partager leur expérience et permettre l'émergence d'idées nouvelles. L'interaction entre les participants sera donc un élément clé de cette après-midi pour s'approprier pleinement les sujets et s'enrichir de l'expérience de chacun.

Pour une grande partie, ces ateliers seront présentés sous la forme d'un World Café.

Le World Café est un format d'animation permettant une discussion ouverte et créative sur un sujet commun, dans un climat de convivialité facilitant les échanges entre participants.

Tout débute par l'accueil des participants par les organisateurs, qui présentent le sujet et ses différentes thématiques, réparties sur plusieurs tables où les participants sont invités à débattre.

Une fois le thème introduit, tous les participants se répartissent autour de ces tables et discutent de la thématique qui y est traitée. Au bout d'un temps défini, tous les participants sont invités à changer de table afin qu'ils puissent visiter chacune d'entre elles et débattre de toutes les questions.

Une fois que chaque groupe a fait le tour de la totalité des tables, une phase plénière d'échanges est organisée. Pour cela, chaque hôte de table présente la synthèse des réflexions issues des séances de discussion à sa table.

Pour finir, un temps de conclusion avec les intervenants a lieu. Une



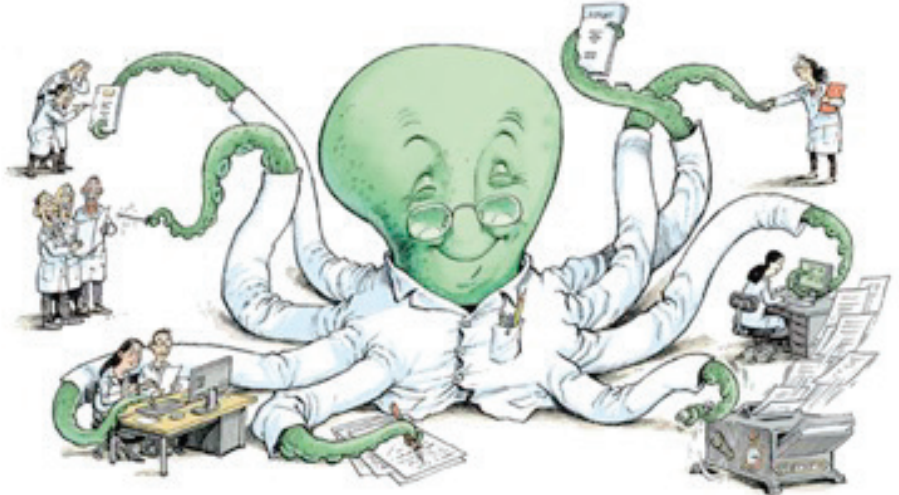
présentation supplémentaire peut également être prévue afin d'approfondir le sujet et des questions n'ayant toujours pas trouvées leur réponses peuvent être posées, afin de faire définitivement le point sur l'ensemble du sujet présenté.

C'est ainsi que s'achèveront les ateliers et cette première journée du SANFI 2019.

LES CONFLITS D'INTÉRÊTS

“Notre système est fondé sur les intérêts des patients d’abord. Les collaborations entre universitaires, les médecins en exercice, l’industrie et les revues sont essentielles à l’avancement des connaissances et à l’amélioration des soins des patients. La confiance est un élément nécessaire de ce partenariat, mais les événements récents ont rendu nécessaire la mise en place des systèmes appropriés pour protéger les intérêts des patients.” [Krumholz 2007]

Ce sont les dernières lignes de “Qu’est-ce qu’on a appris du cas Vioxx?”, article publié en 2007 dans le BMJ (*British Medical Journal*). Les “événements récents” sont justement le retrait en 2004 par Merck du rofecoxib, inhibiteur de la COX-2 utilisé dans le traitement de l’ostéoarthrite, et les évidences des conflits d’intérêts autour de ce scandale global : les publications en faveur du médicament, sponsorisées par Merck (et qui ont permis l’autorisation du Vioxx et son utilisation par des millions de patients depuis 1999), retardèrent la découverte du **risque majeur d’évènements cardiovasculaires graves** liés au nouveau traitement - comme Krumholz l’illustre méticuleusement.



Ioannidis JP, Klavans R, Boyack KW. Thousands of scientists publish a paper every five days. *Nature*. 2018;561(7722):167–169. <https://www.nature.com/articles/d41586-018-06185-8>

Vioxx fut un cas « paradigmatique », exceptionnel par sa gravité, mais utile pour comprendre les implications éthiques des conflits d’intérêts : quels sont les risques (extrêmes mais possibles) que nous courons ?

Le conflit d’intérêts est une notion émergente venant du monde anglo-saxon et qui est souvent mal perçue et mal comprise tant par les professionnels de santé que par le public. La première définition globalement acceptée a été donnée il y a 26 ans dans un article du NEJM:

« conflict of interest is a set of conditions in which professional judgment concerning a primary interest (such as a patient's welfare or the validity of research) tends to be unduly

influenced by a secondary interest (such as financial gain) » [Thompson 1993]

[Un conflit d’intérêts est un ensemble de conditions dans lesquelles le jugement professionnel concernant un intérêt primaire (comme le bien-être du patient ou la validité de la recherche) a tendance à être excessivement influencé par un intérêt secondaire (par exemple un avantage économique)].

À la base de l’expression il y a quelques principes :

Les principes fiduciaires (du latin “fides”, confiance) décrivent la position d’un fonctionnaire, tel qu’un représentant gouvernemental, envers d’autres personnes qui lui ont déléguées un pouvoir pour



"Drug companies, like porcupines, come in a range of shapes and sizes; some are fiercer than others, and this diversity must be recognised. The relationships between doctors, academic institutions, pharmaceutical companies, and medical journals will always be complex and interdependent, but we should not forget that the dance has produced some remarkable collaborations that have enabled the discovery and development of the medicines we all rely on."

Wager E. How to dance with porcupines: rules and guidelines on doctors' relations with drug companies. *BMJ*. 2003;326:1196–1198. doi: 10.1136/bmj.326.7400.1196

Illustration par Lorenzo Benzi

agir dans leur intérêt, en échange d'une confiance en leur jugement et leur loyauté. Le même raisonnement est appliqué aux médecins, qui établissent une relation "fiduciaire" avec leurs patients. Les patients dépendent des décisions de leurs médecins, mais ne peuvent pas véritablement vérifier si il/elle agit seulement dans leur intérêt ou si il/elle est sous l'influence d'un intérêt personnel ou d'une loyauté partagée. La thématique du conflit d'intérêts touche donc à l'éthique même de la profession.

La même relation fiduciaire s'applique aussi parmi les professionnels de santé et entre chercheurs en général : l'énorme production scientifique, la pénurie de temps que l'activité professionnelle laisse pour se tenir au courant, la complexité de certaines publications (comme les méta-analyses et les revues systématiques sur lesquelles se basent les guidelines) ou la difficulté d'accéder aux bases de données des recherches... il y a plusieurs causes qui incitent les lecteurs de la littérature scientifique à faire "confiance" dans

une certaine mesure à l'honnêteté intellectuelle des auteurs et éditeurs. Dans ce cadre, l'augmentation d'articles retirés après publication, même dans des revues prestigieuses, conséquemment à inconduite scientifique, suscite une certaine inquiétude [Tavere 2011].

Le conflit d'intérêts n'est pas une action ou un comportement mais une condition ou une situation à risque.

"Les intérêts secondaires ne sont généralement pas illégitimes en eux-mêmes... Or, c'est seulement leur poids relatif dans les décisions professionnelles qui est problématique. Le but n'est pas d'éliminer ou de réduire à tout prix le gain financier ou d'autres intérêts secondaires (comme donner la priorité à la famille et aux amis ou le désir de prestige et de pouvoir). Il s'agit plutôt d'empêcher ces facteurs secondaires de dominer ou de menacer l'intérêt primaire dans la prise de décisions professionnelles." [Thompson 2005]

Il faut donc distinguer une situation de conflit d'intérêts (en général non illégitimes, sauf dans les cas spécifiés selon les règles particulières des différentes institutions, où nous trouvons un risque d'interférence entre intérêt primaire et secondaire), d'une véritable situation de "corruption" vérifiée (un comportement illégitime faisant prédominer effectivement un intérêt secondaire sur le premier). La première ne produit pas

toujours la deuxième mais peut en constituer un facteur de risque.

Nous espérons que les réflexions proposées pendant l'atelier donneront naissance à des discussions sur comment mieux identifier, éviter ou gérer les conflits d'intérêts pour conserver la confiance parmi citoyens, professionnels de santé et chercheurs.

RÉFÉRENCES

Code de Déontologie Article 24 : Ristourne — (article R.4127-24 du code de la santé publique)

Krumholz Harlan M, Ross Joseph S, Presler Amos H, Egilman David S. What have we learnt from Vioxx? BMJ 2007; 334:120. <https://www.bmj.com/content/334/7585/120>

Ioannidis JP, Klavans R, Boyack KW. Thousands of scientists publish a paper every five days. Nature. 2018;561(7722):167–169. <https://www.nature.com/articles/d41586-018-06185-8>

Tavare A. Managing research misconduct: Is anyone getting it right? BMJ. 2011;343:d812. <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d8212.long>

Que dit la loi en France ?

«Est interdit le fait, pour les membres des professions médicales mentionnées au présent livre, de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Est également interdit le fait, pour ces entreprises, de proposer ou de procurer ces avantages.»

Article L4113-6 Loi n°2007-248 du 26 février 2007 - art. 2 JORF 27 février 2007

“Sont interdits au médecin :

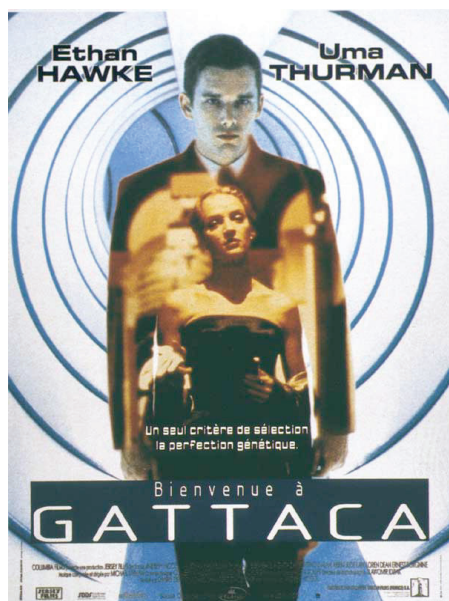
- *tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite ;*
- *toute ristourne en argent ou en nature, toute commission à quelque personne que ce soit ;*
- *en dehors des conditions fixées par l' article L.4113-6 du code de la santé publique , la sollicitation ou l'acceptation d'un avantage en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, pour une prescription”*

Code de Déontologie Article 24 : Ristourne — (article R.4127-24 du code de la santé publique)

Thompson D. Understanding financial conflicts of interest. New England Journal of Medicine 1993, **329**(8), 573–576. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199308193290812>

Thompson, D.F. Restoring responsibility: ethics in government, business and healthcare. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2005 pp. 290-299

Wager E. How to dance with porcupines: rules and guidelines on doctors' relations with drug companies. BMJ. 2003;326:1196–1198. doi: 10.1136/bmj.326.7400.1196



Titre original : Gattaca

Titre français : Bienvenue à Gattaca

Réalisation : Andrew Niccol

Acteurs principaux: Ethan Hawke, Uma Thurman, Jude Law

Durée : 106 minutes

Année de sortie: 1998

SYNOPSIS GÉNÉRAL

Dans un futur proche où la technologie en matière d'ingénierie génétique a fait d'immenses progrès, naît l'espoir d'une humanité plus forte, débarrassée des déficiences génétiques et des maladies. Pourtant la société que nous dépeint Andrew Niccol dans son thriller futuriste est assez effrayante : l'eugénisme y est la norme et seules les personnes

nées "génétiquement parfaites" sont appelées à occuper les postes les plus importants de la société, les autres étaient destinées aux tâches subalternes.

C'est dans ce monde "parfait" que vit Vincent Freeman (Ethan Hawke), dont le nom traduit l'aspiration à la liberté. Vincent a eu le "malheur" de naître de manière naturelle. Il se trouve donc être "invalide", "inapte" à remplir bien des postes, dont celui, prestigieux, d'astronaute. Or Vincent rêve plus que tout de devenir astronaute, et pour son rêve il serait prêt à tout. Pour cela il va tenter l'impossible : déjouer le système et parvenir à rejoindre les étoiles.

Vincent intègre Gattaca, le centre de sélection et de formation des astronautes, en tant qu'employé de maintenance, seul poste que sa "condition" lui permet d'atteindre. Mais, las de contempler le départ des navettes spatiales à travers un plafond de verre à la fois physique et symbolique, Vincent va se lancer dans un projet complètement fou : rejoindre le programme de sélection des futurs astronautes. Vincent devra faire preuve d'une volonté sans faille, d'une détermination à toute épreuve, d'une méticulosité sans pareille, pour

parvenir à tromper tout le monde. Il dispose d'un atout : un "allié" circonstanciel en la personne de Jérôme (Jude Law), un valide déchiré génétiquement "parfait" mais paraplégique suite à un accident de la route.

Ensemble, parviendront-ils à déjouer les règles de Gattaca ? Vincent pourra-t-il réaliser son rêve malgré son "handicap génétique" ? Sera-t-il démasqué ? Jusqu'où devra-t-il aller pour protéger son secret ?

Au delà de signer un thriller futuriste sombre aux relents d'eugénisme, Andrew Niccol nous offre un terrain de réflexion profond et subtil sur le sens que nous donnons à la santé et la manière dont nos perceptions et nos choix en matière de santé peuvent conditionner l'organisation de la société. Qu'est-ce que la santé ? Peut-on espérer une humanité sans risque de maladie ou d'incapacité ? Jusqu'où notre naissance détermine-t-elle notre avenir ? Quels sont les enjeux et les limites à poser ?

Chris SERRAND et Vincent MAX
Deux hommes libres

A. BELLIER ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ÉTHIQUES

Alexandre BELLIER est interne de santé publique à Grenoble et anime l'atelier "Développement et évaluation des compétences éthiques dans la relation médecin malade"

Bonjour Alexandre, tu es interne de santé publique en 7ème semestre ; quelles sont les raisons qui ont motivé ce choix à l'internat et dans quel(s) domaine(s) de la santé publique désires-tu t'orienter ?

Très tôt, ce sont les possibilités en recherche qui m'ont mené en santé publique. Je souhaitais une spécialité ouverte sur la santé, transversale, où il était possible d'acquérir rapidement des compétences en recherche bio-médicale. La santé publique m'a permis une grande liberté dans le choix de mes domaines d'expertise et d'intervention. Ainsi, je m'oriente vers un profil de méthodologiste en CHU avec des domaines de prédilection sur l'évaluation d'interventions en santé, la validation d'instruments de mesure et sur la pédagogie notamment par la simulation.

Le projet que tu vas nous présenter vise à développer les compétences éthiques dans la relation médecin-malade, par des consultations filmées et évaluées par une échelle américaine qui a été adaptée. Peux-tu nous parler de ce qu'il se fait déjà de similaire dans d'autres pays ?

L'évaluation des compétences non techniques est un enjeu en médecine et quelques pays ont pris de l'avance, notamment les États-Unis, le Canada, les pays du nord de l'Europe et la Suisse. La simulation via des patients standardisés reste rare, principalement du fait du coût élevé qu'elle représente. Cependant, dans le cadre de la certification des étudiants et des médecins, des Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS) se sont montés dans ces pays et arrivent aujourd'hui en France, poussés par la nécessité de prendre en compte les compétences des étudiants pour leur classement notamment. Les compétences éthiques, l'empathie, le relationnel, restent malheureusement sous-étudiés car jugés trop souvent subjectifs, alors qu'il existe des échelles standardisées d'évaluation avec d'excellentes propriétés psychométriques. Il n'existait pas d'instrument de ce type en France. Le retard est désormais comblé.



Selon toi quelle est la place laissée à l'éthique dans les études médicales en France ? Comment définir les compétences éthiques ?

L'éthique en médecine au cours de nos études est souvent vue à travers le prisme de la bioéthique, de la déontologie ou du consentement pour une recherche. Ces aspects sont déjà rarement étudiés lors de la formation initiale. Il n'y a par exemple qu'un seul item ECN concernant l'éthique médicale sur plus de 300. C'est sans doute le reflet de l'importance accordée à l'éthique aujourd'hui. L'éthique vue comme compétence dans la relation médecin-malade est encore moins présente dans nos études et n'est presque jamais évaluée. Pourtant ces compétences recouvrent des éléments essentiels de la relation médicale : avoir une

approche centrée sur le patient, avoir de l'empathie, pouvoir expliquer une décision ou un diagnostic difficile avec les mots justes en laissant au patient le temps d'intégrer l'information et de s'exprimer. Ces éléments sont autant d'items qui reflètent in-fine l'éthique dans la relation médecin-malade.

Ton projet s'insère déjà dans la formation médicale initiale à Grenoble par des consultations simulées, comment ce nouvel enseignement a-t-il été accueilli par les étudiants et les enseignants ?

Ce projet a débuté il y a 3 ans, porté par le Professeur Philippe Chaffanjon à Grenoble, qui est fortement sensibilisé à ces problématiques. Il a eu l'idée originale de construire un partenariat avec le département universitaire des Arts du Spectacle pour disposer d'acteurs étudiants, eux-mêmes en formation d'improvisation théâtrale. C'est ainsi que sont nées les consultations simulées. Certains à la faculté pouvaient être sceptiques sur cet exercice, mais après le succès rencontré auprès d'étudiants en médecine volontaires la première année, l'ensemble de la communauté étudiante et enseignante est je crois convaincu aujourd'hui de la valeur du projet. Il est maintenant inclus de manière obligatoire dans la formation initiale des étudiants en médecine de quatrième année à Grenoble.

Ton projet est également en train d'être évalué chez des médecins en formation continue. Comment cet enseignement serait-il délivré chez ces praticiens en exercice ?

En effet, notre nouvel objectif est d'évaluer l'impact d'une formation dédiée à ces compétences pour des médecins hospitaliers en exercice qui vient d'être financée. Ainsi, nous avons établi une collaboration avec le Pr Edward Krupat (Harvard Medical School) car à partir de ses travaux, des programmes de grande envergure ont eu lieu en Californie sur des milliers de médecins. Mais aujourd'hui il n'est pas formellement prouvé que ces programmes améliorent les compétences éthiques. Cette formation sera dispensée par des psychologues et des médecins sensibilisés à ces questions, sous forme d'ateliers interactifs centrés sur la communication, l'écoute active, la relation centrée sur le patient et les consultations à forte charge émotionnelle. Des jeux de rôle ainsi que des débriefings de vidéos de consultation seront au programme également. Les médecins participeront sur la base du volontariat pendant deux demi-journées à ces ateliers.

A la suite de ton projet, quelles seraient pour toi les prochaines étapes qui permettraient de continuer à améliorer les compétences éthiques dans la relation médecin-malade ?

Nous sommes en train de développer le programme des consultations simulées pour augmenter le nombre d'étudiants qui pourraient être touchés par cet exercice ou permettre aux étudiants d'en bénéficier plusieurs fois au cours de leur cursus. Un projet financé par l'Université Grenoble Alpes permettra dès cette année une étape de remédiation à l'issue des séances de simulation avec des professeurs de théâtre, pour permettre à nos étudiants se prêtant au jeu d'augmenter leurs compétences non-techniques. Notre équipe aidée par le Pr José Labarère (médecin de Santé Publique) cherche aussi à évaluer les facteurs associés à la réussite aux compétences relationnelles. Nous étudions l'impact des notes obtenues aux examens, du sexe ou des stages hospitaliers effectués par exemple. Cela nous permettra de mieux appréhender les leviers d'action pour améliorer la relation médecin-malade par la formation.

Propos recueillis par Vincent Max

UN TRAVAIL EN COLLABORATION PLURI-DISCIPLINAIRE À L'IFERISS DE TOULOUSE

Jeanne Blanc-Février est ingénieure d'études au sein de l'Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS, Toulouse) et anime l'atelier "Prise en compte des inégalités sociales de santé dans les projets d'aménagement urbain : de la théorie à la pratique"

Bonjour Jeanne, et merci d'avoir bien voulu répondre à nos questions pour le bulletin du CliSP.

Vous êtes ingénieure d'études en recherche interventionnelle, pouvez-vous nous présenter votre parcours et les motivations qui vous ont poussée à vous orienter vers la santé publique ?

Bonjour à vous. Alors en ce qui me concerne, j'ai commencé par une licence de sociologie, puis j'ai été très rapidement intéressée par la sociologie de la santé et notamment la thématique du cancer. C'est ainsi que je me suis orientée vers la santé publique car je voulais travailler sur l'accompagnement des personnes malades et comment améliorer leur cadre de vie. J'ai étudié notamment la prise en charge des malades atteints d'un cancer en situation de pré-

carité. Je me suis intéressée à la prise en charge de leur pathologie cancéreuse mais aussi en ce qui concerne leurs autres pathologies, c'est ainsi que je me suis rendue compte que les personnes bénéficiant de la CMU étaient discriminées. Forte de ce constat, j'ai eu envie de travailler en santé publique et, à l'issue de ma licence, j'ai postulé au Master 1 "Sciences sociales et management" de l'EHESP puis au Master 2 "Pilotage des politiques et actions en santé publique" de la même école.

À l'origine je voulais continuer à travailler sur le cancer et c'est par un concours de circonstances que j'ai été amenée à rencontrer une personne de l'IFERISS, qui m'a proposé ce poste en recherche interventionnelle. Cela m'a plu car j'ai dans l'idée que les chercheurs doivent être proches de leur terrain d'étude et c'est quelque chose que la recherche interventionnelle permet. Elle permet à la fois de prendre du recul par rapport aux concepts, aux théories, mais aussi et surtout d'agir sur le terrain de manière plus pratique et c'est ce qui me séduit dans ce métier hybride, entre sciences humaines et santé publique.



Avez-vous déjà collaboré avec des internes/médecins de SP et dans quelles conditions ?

À plusieurs reprises : au cours de mes études en master j'ai pu travailler avec des internes de santé publique ou des médecins, souvent lors de travaux de groupe. Je me souviens d'une de ces sessions dont le sujet était "accompagner l'installation d'une maison pluri-professionnelle à Quimper", et dans mon groupe il y avait deux internes en médecine et une sage-femme. Nous avons été amenés à travailler en intelligence collective et ça s'est plutôt bien passé. Nous sommes complémentaires avec les médecins car différents dans nos méthodes de travail mais similaires dans notre vision globale de la santé. Parfois, on ne se comprend pas c'est vrai, car nous n'avons pas été formés de la même manière et nous n'avons pas le même mode de raisonnement. Par exemple, pour aller de A à Z,

moi, et les sociologues en général, on a tendance à passer par toutes les lettres de l'alphabet alors que les médecins, eux, vont directement de A à Z.

Néanmoins, cela a été une très bonne expérience de travailler en collaboration avec eux et de découvrir une manière de faire que nous n'avons pas nécessairement en sociologie.

En quoi consiste votre travail à l'IFERISS ?

Je coordonne un projet de recherche sur l'urbanisme et la santé pour réfléchir à la façon d'intégrer cela dans l'aménagement de la ville. C'est un programme de recherche interventionnelle ce qui signifie que je ne travaille qu'avec des acteurs de l'urbanisme et le but est à la fois de les sensibiliser à la santé mais aussi de trouver des points communs entre la santé publique et les urbanismes. Nous essayons d'avoir une démarche collaborative afin de co-crée des outils qui nous permettent de dialoguer ensemble puisque nous venons de mondes très différents.

La chose la plus importante à mes yeux en recherche interventionnelle, c'est que chacune des parties prenantes doit y trouver son compte. Il faut bien garder à l'esprit l'aspect collaboratif de la démarche. C'est un travail commun qui nous servira à tous : nous chercheurs, pour valoriser les résultats de manière scientifique et/ou pour faire avancer la

connaissance, et eux praticiens, pour modifier leurs usages et intérioriser de nouvelles pratiques plus favorables à la santé. Il ne faut pas que cela devienne pour eux une contrainte mais bien une aide. Cela requiert de la motivation et du volontariat de chaque côté, mais surtout, que chacun y trouve son compte.

Quel est l'état des lieux actuel de la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les projets d'aménagement urbain ?

Actuellement il n'y a pas de prise en compte des inégalités sociales de santé dans l'aménagement urbain, excepté pour des délégations/départements qui travaillent sur des projets de rénovation qui sont dans des quartiers prioritaires de la ville où souvent il y a connaissance de l'existence des inégalités sociales de santé ainsi qu'une prise en compte des populations vulnérables, notamment au travers d'une réflexion sur la mixité sociale. Mais cela reste malheureusement très limité et précis. Pour le reste, les autres urbanistes n'ont pas forcément connaissance de la problématique soulevée par les inégalités sociales de santé et n'incluent pas forcément la santé dans la réflexion sur les aménagements urbains.

De surcroît, actuellement, la principale contrainte est la contrainte économique et elle affecte surtout les personnes vulnérables. Par exemple, les logements sociaux

sont très souvent près des zones de pollution sonore et/ou physique car ce sont des zones avec une valeur pécuniaire moindre : on y met les logements sociaux car ils ne rapportent pas beaucoup d'argent.

Lors de l'atelier vous allez nous présenter un outil utilisé pour prendre en compte ces inégalités ; pouvez-vous nous en dire un peu plus sur ce dernier et les thématiques que vous souhaitez aborder ?

Nous voulions créer un objet-frontière pour pouvoir communiquer et faire en sorte que la collaboration avec les urbanistes soit plus aisée. Du coup nous avons réalisé cet outil, cette grille d'analyse, dont le but était pour des personnes ne connaissant pas le domaine de la santé, d'illustrer le gradient social dans l'aménagement urbain et les déterminants sociaux de la santé.

Pour ce faire, nous avons utilisé une grande liste de déterminants sociaux de la santé qui sont impactés de près ou de loin par l'urbanisme que l'on a traduit sous la forme de questions simples (sur l'alimentation, l'exercice physique, la mixité sociale, l'isolement social, la pollution sonore et/ou physique...). L'idée est que l'utilisateur évalue ce qu'il croit être l'impact potentiel du projet d'aménagement urbain sur chacun des déterminants.

Quelle serait la prochaine étape du projet, pour vous ?

La prochaine étape va être la protection intellectuelle de la grille, afin qu'elle ne soit pas utilisée à des fins commerciales. Notre but, nous, à l'IFERISS, en tant que fédération de recherche, est de rendre cet outil disponible auprès du monde de l'urbanisme. Ensuite, il s'agira d'arriver à ce que son usage soit systématique. Mais ça c'est pour plus tard, car pour l'heure, ce n'est pas le cas et il va falloir accompagner sa diffusion par des formations et des démarches de sensibilisation. Mais avant cela il s'agit de le protéger et de la diffuser au plus grand nombre.

Comment intégrer l'éthique dans des politiques de santé environnementales ?

Concernant l'éthique, je parlerais plutôt d'inégalités sociales de santé puisque l'éthique en fait partie, et justement, notre projet actuel est d'intégrer la prise en compte de ces inégalités sociales de santé dans l'aménagement urbain pour le rendre plus éthique, pour prendre en compte l'impact différencié qu'il peut avoir sur les populations.

**Propos recueillis par
Rodney Plat et Vincent Max**

DE LA STATISTIQUE À LA PHILOSOPHIE, UN REGARD DE LA BELGIQUE

Dominique Deprins est professeur de Statistique Mathématique et de Probabilités à l'Université Saint-Louis-Bruxelles et à l'Université Catholique de Louvain en Belgique. Suite à un empêchement, elle ne peut intervenir lors de la session du jeudi matin sur le « Big Data » mais a accepté de nous accorder une interview pour le bulletin.

Vous avez fait un parcours académique complet (licence, master, doctorat) en sciences économiques, puis vous êtes devenue professeur de statistique mathématique et de probabilités. Comment passe-t-on de l'économie à la statistique ?

J'ai commencé par des études en sciences économiques parce que je voulais faire de l'économie sociale. Mais à cette époque, il y avait très peu de considérations sociales dans l'enseignement de l'économie. J'ai alors trouvé davantage d'intérêts dans l'économétrie qui consiste à appliquer des méthodes statistiques à l'économie pour la mesurer. Mon directeur de thèse en économétrie était plus ingénieur et statisticien qu'économètre et j'ai eu l'opportunité de pouvoir donner très tôt des cours de statistique mathématique. Voilà comment

je suis passée de l'économie à la statistique.

Aujourd'hui vous vous intéressez à la philosophie...

Comme toujours, l'histoire, même personnelle, est faite de petites choses qui finissent par se cristalliser pour qu'advienne notre réalité. Pour des raisons institutionnelles et personnelles multiples et enchevêtrées, une compréhension relative au type de savoir que j'enseignais à mes étudiants par le biais de la Statistique et des Probabilités m'est apparue incontournable. Un grand détour par la psychanalyse m'a, non pas mise en porte-à-faux par rapport à ce type de savoir comme on aurait pu le croire, mais m'a permis de constater une homogénéité entre la logique inscrite au cœur-même des probabilités que j'enseignais et celle du sujet moderne que je découvrais dans mon travail analytique et dans mes lectures de Lacan*. Je me suis alors rendu compte que Lacan était un grand lecteur de Blaise Pascal qui, à l'aube de notre modernité, fut non seulement l'inventeur de la probabilité mais aussi celui qui ouvrit les chemins de la subjectivité. Ça fut mon point de départ.



Vos recherches portent sur l'étude épistémologique de l'impact des rationalités statistiques contemporaines sur nos subjectivités actuelles. Pouvez-vous nous en dire quelques mots ?**

Le monde contemporain des données massives - on les appelle souvent Big Data - s'affranchit de ce que j'appelle **le monde du probable** ; un monde avec sa logique propre, inscrite dans la probabilité, et sa façon d'appréhender l'incertitude avec les contradictions qu'elle génère comme élément essentiel de la condition humaine. À défaut de lois de causalité « certaine », le « risque » y est devenu une mesure de l'incertitude ainsi rationalisée, circonscrite et gouvernable. C'est exactement ce qu'illustre la célèbre courbe en cloche de Gauss, très représentative du monde du

probable, par ces probabilités devenues infimes dès lors que l'on s'éloigne un tant soit peu¹ de la moyenne normative ; les événements logés dans les queues de la distribution de probabilité offrent très peu de risque tant ils sont hautement improbables en vertu de cette loi à laquelle la nature serait soumise. Le risque associé à un danger devient alors l'objectivation d'un danger par un prix. C'est dire que le risque est alors calculable par la somme des conséquences dommageables connues de ce danger, évaluées par un prix et pondérées, chacune, par la probabilité plus ou moins grande de son occurrence. C'est ce qu'on appelle une « espérance mathématique ».

Aujourd'hui, les risques ne sont plus tant des risques associés à des événements que des risques comportementaux, y compris ceux qui participent des dangers dans leur dimension de menace globale comme les dangers sanitaires, nucléaires, environnementaux, climatiques, industriels etc. De ce type de dangers, on ignore le plus souvent les conséquences dommageables (impact des nanotechnologies, des OGM, du réchauffement climatique...) et leurs survenues dépassent l'échelle d'une vie humaine. Que reste-t-il alors, si ce n'est la **prédiction** dès lors que le temps s'est dilaté ? Un principe de précaution en tant que principe général d'actions en contexte d'incertitude s'est alors imposé comme nouvelle gestion de ces nouveaux

¹ Plus de 3 écarts-types.

risques, non sans soulever bien des controverses.

Le monde des données massives est un **monde de prédictions**, de prédictions des comportements comme risques. Gouverner les hommes par la donnée, c'est agir sur leurs comportements dans un monde entièrement tourné vers le futur pour qui cherche à en infléchir le cours. Bien sûr, la probabilité n'est pas morte : les prédictions sont des probabilités nouvelles. Et les algorithmes désormais mis en œuvre marquent une nouvelle étape dans l'histoire de la probabilité.

Ce qui, de mon point de vue, est le plus intéressant, ce ne sont pas tant les algorithmes eux-mêmes que les liens qu'ils révèlent, des liens inédits auxquels nous n'aurions jamais pensé. La statistique utilise des algorithmes depuis longtemps ; aujourd'hui, les algorithmes auto-apprenants (Machine Learning) de l'intelligence artificielle sont indéniablement beaucoup plus complexes et plus performants grâce à la quantité de données disponibles et à la puissance de calcul des ordinateurs. Mais que cherche la statistique si ce n'est à établir des liens nouveaux en les quantifiant ? C'est sa force – son danger aussi sans aucun doute ; la statistique sait établir des liens entre tout et n'importe quoi. Des modèles de régressions plus classiques aux réseaux de neurones récents, ce sont toujours des « liens » qui sont établis dans les masses de données

par les algorithmes eux-mêmes, les rendant intelligentes. Ces liens statistiques inédits découverts par les algorithmes ne sont ni des liens de causalité, ni des liens de probabilité qui recherchent des causes même seulement probables. Dans le monde prédictif des données massives, on ne cherchera pas à savoir pourquoi tel patient observera ou non son traitement médical ; dans la masse des données disponibles, les algorithmes chercheront une ou plusieurs variables nouvelles et originales, seulement utiles et substitutives au fonctionnement même du phénomène en question. Des variables totalement insignifiantes permettront de prédire avec une grande probabilité si un patient suivra ou non son traitement médical : depuis combien d'années est-il marié ? A-t-il une voiture ? Depuis combien d'années vit-il à la même adresse ?² etc. Une façon de rationaliser les coûts en ciblant davantage la prise en charge des patients les plus à risque. À moins qu'on ne fasse un autre usage de ces liens statistiques ; celui de s'en servir pour ne plus rembourser les soins à ceux qui, le plus souvent, ne suivent pas leur traitement médical. Question d'usage, donc, et de sa finalité.

Ces liens statistiques sont seulement des liens de co-occurrence entre des variables qui se produisent fréquemment ensemble ; ce sont ces fréquences conjointes, dénuées de sens, que les algorithmes glanent aveuglément dans

² Cf. « Aliments et Cancer », dans *Sciences et Avenir*, Février 2019, p. 31.

le magma des données. De même, ce lien statistique établi entre la durée de l'allaitement maternel de plus de 6 mois et le cancer du sein chez la femme. C'est dire qu'à partir de 6 mois d'allaitement, il y a un lien de corrélation négatif, statistiquement significatif, entre la durée de l'allaitement et la survenue du cancer du sein. Ce lien statistique n'établit aucune causalité entre la durée de l'allaitement et l'occurrence du cancer du sein. Libre aux étiologues d'établir ou non, un lien de causalité. Ces connexions statistiques de « contiguïté » (D. Hume) n'ont de fait de sens que par l'usage qu'on en fait ; c'est ainsi que, pour le monde des données massives, s'affranchir du monde du probable, c'est abandonner une épistémologie de cause à effet inscrite au cœur de la probabilité au profit d'une épistémologie de l'usage à laquelle participent les algorithmes. C'est passer du « Pourquoi ? » au « Comment ça marche ? » pour pouvoir mieux s'en servir et instaurer par-là, un rapport à la réalité des choses entièrement pragmatique. On comprend à quel point ces liens concernent la médecine ! Une médecine prédictive, comme celle déjà portée par l'Assurance, est une médecine pour des gens sains, en bonne santé, acteurs de leur propre santé.

Aujourd'hui, nous générons des données en permanence ; des données relatives à notre vie sociale, économique et affective. Avec l'explosion des réseaux sociaux, de la téléphonie mobile et de l'Internet

des objets, on parle d'un véritable tsunami numérique. La masse de données avec leur convergence numérique est devenue telle qu'elle permet de faire des prédictions individualisées avec des bonnes probabilités. Par toutes ces données les plus futiles et les plus insignifiantes que nous générons en continu, le plus spontanément du monde, nous sommes devenus des acteurs économiques et sociaux du monde du Big Data.

Or c'est en établissant des liens que nous construisons un monde, notre monde et notre manière propre d'être au monde en tant que sujet qui s'éprouve en y vivant. Comme je l'ai dit plus haut, le monde du probable dont nous nous affranchissons de plus en plus, me semble-t-il, n'est pas fondé sur les mêmes liens que le monde des données massives. Les liens de probabilité ont monopolisé les sciences humaines dans une quête très intellectuelle des causes seulement probables des événements modernes qu'elles cherchaient à comprendre ; les liens statistiques seulement utiles de co-occurrence repérés par les algorithmes auto-apprenants de l'IA bâtissent un monde prédictif et pragmatique qui tente d'objectiver l'homme, d'objectiver les individus comme autant de singularités que l'on cherche à traiter en tant que telles [...] »³. Cette façon dont le monde des données massives s'affranchit du monde du probable pour aller vers un monde

³ Ewald F., 2014, « Assurance, prévention, prédiction », p.11, <https://fr.slideshare.net/KezhanSHI/f-ewald-institut-montparnasse>

prédictif a un impact sur notre manière d'appréhender le monde ; notre manière de penser, de raisonner, de calculer, d'agir et de désirer aussi. C'est sans doute la fin de la pensée proprement dite mais, en même temps, la possibilité d'une pensée sauvage, « co-occurrence » à une libération du désir⁴ à laquelle nous assistons. On peut dire qu'il y a une « contagion » entre le fonctionnement machinique des algorithmes et notre propre subjectivité inscrite dans la logique même du monde des data, comme il y a eu une contagion entre la logique même du probable et le sujet moderne en tant qu'être de contradictions. **Nous devenons d'autres sujets***** grâce à l'ouverture sans précédent des possibles libérés du probable qui avait comme fonction, quant à lui, de les circonscrire ; à l'âge des data, nous pourrions devenir des sujets plus libres, plus désirants, plus vivants et plus singuliers, capables de s'exonérer de la norme. C'est un possible qu'offre l'âge des données massives mais il y en a d'autres, moins réjouissants...

⁴ Harcourt B. E., 2016, *Exposed: Desire and Disobedience in the Digital Age*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London, England.

Quel regard portez-vous sur ce changement de logique entre le « monde du probable » et le « monde prédictif » du Big Data ?

La logique est un au-delà du langage, une sorte d'unité autour de laquelle s'articule différemment chaque monde. Je ne vais pas vous expliquer ici, la différence entre la logique « conjonctive » du probable et la logique « connective » du monde des data ; ce serait trop long et fastidieux. Mais voilà ce que ces logiques permettent, par exemple, de dire de ces deux mondes. D'abord, l'âge des données massives ne s'encombre plus des fictions - ou vraisemblances - du monde du probable qui permettaient d'expérimenter des émotions sans courir le risque de l'émotion réelle. Aujourd'hui, il s'agit au contraire d'expérimenter ses émotions et de privilégier le réel. De plus, le magma de données disponibles peut être traité d'une manière nouvelle qui s'écarte des méthodes usuelles de la statistique classique, c'est-à-dire du particulier au général, de l'individuel au social ; il s'agit d'un « traitement spécifique, du particulier au particulier, de l'individuel à l'individuel »⁵, instaurant une nouvelle granularité à l'échelle de l'individu. Les catégories du monde du probable ouvrent ainsi leurs frontières qui découpaient le réel en le cloisonnant et enfermaient le sujet ainsi territorialisé par des pratiques discriminantes et des

contraintes d'identité de groupe ; il devient alors un sujet « nomade et vagabond »⁶, ce quelque chose d'indéterminé à la façon de cette indétermination statistique des « pures » corrélations, là où le probable n'opérait qu'une érosion du déterminisme. Libérée de toute contradiction, la logique du monde numérique permet, par exemple, que nous soyons totalement pour et *en même temps*, totalement contre le monde digital, sans qu'il n'y ait de tension ! Cette même logique permet ainsi que le pire et le meilleur soient co-occurents dans le monde des data ; il n'est pas nécessaire de rappeler les menaces numériques sur la sécurité et sur la vie privée dans un monde hyperconnecté⁷. On pense à l'affaire Snowden qui a révélé l'achat, à un prix dérisoire, des données des géants du Web par la NSA (National Security Agency) pour une surveillance généralisée ou au scandale plus récent, Cambridge Analytica, non pas un piratage de données mais l'exploitation abusive des données personnelles d'utilisateurs de Facebook dans un cadre contractuel.

C'est donc un leurre d'imaginer qu'il pourrait ne plus y avoir de risque parce qu'on aurait pu trouver tous les savoirs, toutes les connaissances enfouis dans les données de plus en plus nombreuses. Certes, nous pouvons

⁶ Deleuze G. et F. Guattari, 1972-1973, *Capitalisme et Schizophrénie 1, L'Anti-Œdipe*, Les Editions de Minuit, Collection "Critique", Paris, p. 34.

⁷ Arpagian N., 2018, *Quelles menaces numériques dans un monde hyperconnecté ?* Les Carnets des Dialogues du Matin, Institut Diderot, Paris.

prédire beaucoup de choses mais **nous n'allons pas vers une société du « risque zéro »**, y compris en médecine ; ça, c'est l'illusion d'un savoir absolu ! La rencontre avec les données est une nouvelle expérience du risque, une nouvelle forme d'exposition à l'incertitude. Mais je me refuse de penser que, dans ce monde de compossibilité globale où tout devient possible, il ne soit pas possible de réfléchir au meilleur et non, uniquement à la face sombre du monde des data.

**Jacques Lacan (1901-1981) est un psychiatre et psychanalyste français.*

*** Épistémologie = étude critique des sciences, destinée à déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée (théorie de la connaissance).*

**** Livre à paraître pour aller plus loin.*

**Propos recueillis par
Vincent Max**

⁵ Currien N., 2011, Séminaire "Des Faits aux Données", Panel : La production des données : de l'INSEE à Google, Institut Montparnasse, Paris, Inédit.

INTÉGRER LES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES DANS UN PARCOURS DE SANTÉ PUBLIQUE

Hélène Colineaux est assistante hospitalo-universitaire au CHU de Toulouse et au sein de l'équipe 5 EQUITY de l'UMR INSERM 1027. Pour le bulletin du CliSP, elle a accepté de répondre à nos questions.

Bonjour Hélène, pour commencer, peux-tu nous présenter ton parcours en tant qu'interne de santé publique ?

J'ai passé le concours de l'ECN en 2012. À cette époque, je pensais m'orienter vers une spécialité telle que la médecine générale ou la psychiatrie. Mais, en même temps, je m'intéressais beaucoup aux problématiques sociales et aux rapports entre la santé et la société, et je voulais arriver à concilier les deux. Je ne connaissais pas du tout la santé publique à ce moment-là, je n'en avais pas tellement entendu parler durant l'externat et ne savais pas trop ce que cela signifiait en pratique. Mais, après avoir passé le concours, je me suis réellement posé la question de ce que je voulais faire et j'ai pris le temps de me renseigner sur les différentes options qui s'offraient à moi. Je suis d'ailleurs tombée sur le site du CLISP qui m'a beaucoup inspiré. Finalement, quand les choix sont arrivés, je me suis dit "allez, je tente, on va voir ce que ça

donne, et au pire j'aurais toujours la possibilité de faire un droit au remords".

C'est ainsi que j'ai débuté en santé publique, simplement avec cette idée que je voulais faire des sciences humaines et sociales. Petit à petit, j'ai découvert que la santé publique s'exerçait surtout dans des structures telles que les ARS, les DIM ou les laboratoires d'épidémiologie. Du coup, il m'a fallu dans un premier temps apprendre à mieux connaître la discipline et réussir à y trouver ma voie. Au final, j'ai fait plusieurs stages en épidémiologie, et ma chance a été qu'à Toulouse, il y a une équipe de recherche qui fait de l'épidémiologie sociale. Je me suis rapprochée assez vite de l'équipe et c'est lorsque j'ai fait mon stage de Master 2 dans leur laboratoire que je m'y suis pleinement retrouvée, et cela se poursuit encore aujourd'hui, puisque je fais partie de cette équipe.

Mais il ne faut pas non plus négliger les rencontres que j'ai pu faire : les personnes que j'ai eu la chance de rencontrer et ce qu'elles m'ont transmis m'ont amené là où je suis aujourd'hui. Je pense qu'il faut arriver à saisir des opportunités qui nous sont offertes, même si l'on n'est pas trop sûr que ça nous



intéresse vraiment au départ et de ce que l'on veut faire par la suite, puisque c'est en testant qu'on parvient à découvrir ce qui nous plaît réellement.

Tu as suivi un Master 2 d'éthique en plus de votre Master 2 d'épidémiologie. Peux-tu nous en dire davantage ? Qu'est-ce qui avait motivé ce choix ?

Comme je le disais précédemment, lorsque j'ai commencé l'internat de santé publique, j'étais vraiment motivée à l'idée de faire des sciences humaines et sociales, et il se trouve qu'à Toulouse il y avait un Master d'éthique que l'on pouvait intégrer en tant qu'interne en médecine. J'ai donc réalisé le master 1 par correspondance durant ma deuxième année d'externat, suivi d'une année-recherche pour poursuivre le master 2. Au final, le programme pédagogique

du master s'est avéré être pluridisciplinaire : on y faisait de la sociologie du risque, de la sociologie de la santé, de l'histoire de la médecine, du droit, de la philosophie, de l'épistémologie, de la biologie et de la médecine et aussi bien évidemment de l'éthique. Cela m'a permis d'acquérir quelques notions dans chacune de ces disciplines. À ce moment-là, je travaillais sur les tests génétiques et je trouvais cela intéressant. Mais le souci que j'ai eu, c'est que continuer dans cette voie aurait été compliqué sur Toulouse, par manque de débouchés. Ou alors il m'aurait fallu arrêter complètement l'internat de santé publique et partir sur une thèse de philosophie ou autre, ce qui n'était pas forcément ce qui m'intéressait. Il est possible que dans d'autres villes - je pense surtout à Paris - j'aurais pu trouver une équipe travaillant sur l'éthique et intégrant des médecins, mais à Toulouse ce n'était pas le cas. A ce moment-là, je me suis aussi rendu compte que j'aimais beaucoup lire de la sociologie et de la philosophie, que ces disciplines m'apportaient beaucoup, mais que c'était différent de *faire* de la sociologie ou de la philosophie, que ce n'était pas forcément ce que je voulais faire, moi, tous les jours. Et finalement, bien que cela ne m'intéressait pas au départ, j'étais finalement très à l'aise avec les biostatistiques, beaucoup plus qu'avec les méthodes qualitatives d'ailleurs. Je me suis donc dit que ça serait avec « le quanti » que j'allais essayer d'apporter ma pierre à l'édifice et suis revenue à

l'épidémiologie sociale ! Au final ce petit détour par les sciences humaines et sociales m'a donné une culture générale qui m'aide encore aujourd'hui à aborder certaines questions et concepts dans mon domaine actuel.

De fait, le thème du SANFI doit t'être familier. Que peux-tu dire de l'éthique en santé publique ?

Souvent, quand on entend parler de l'éthique en médecine, c'est plus en rapport à des problématiques telles que l'éthique du soin. Ce que je trouve pour ma part intéressant, en ce qui concerne l'éthique et la santé publique, ce sont davantage des questions de philosophie politique : comment répartir les ressources, comment se justifie et se légitime le pouvoir de l'institution médicale et aussi de l'Etat, notamment lorsqu'il légifère sur des questions de santé, comment les pratiques et le savoir que l'on produit vont générer des normes sociales, etc. Ce sont des problématiques que je trouve très intéressantes et vastes mais pas toujours simples d'accès ou faciles à penser, donc je ne risquerais pas ici de me positionner sur ces sujets ! Je pense par contre que ce sont des questions fondamentales, notamment dans le contexte actuel du mouvement « me too » et des dénonciations du paternalisme médical et des violences gynécologiques, par exemple. Ces nouvelles attentes vis-à-vis du monde médical vont probablement bousculer l'ordre établi et nécessiter de

réfléchir à d'autres façons de faire du soin et de faire de la santé publique. Je trouve ça très stimulant et positif pour l'avenir !

Tu as passé ta thèse de médecine en 2017. Comment s'est passé le post internat ?

Pendant mon master 2 d'épidémiologie (que j'ai fait directement à la suite de mon master d'Ethique), j'ai commencé à travailler avec l'équipe EQUITY de l'UMR 1027 de l'INSERM. Dans cette équipe, il y a des hospitalo-universitaires qui ont une double casquette de chercheurs au sein de cette équipe pour la partie universitaire et de méthodologistes dans le service d'épidémiologie du CHU de Toulouse pour leur partie hospitalière. C'est à ce moment-là que l'on m'a proposé un poste d'assistante pour la suite, ce qui a été une chance. Surtout qu'en parallèle, j'ai pu commencer avec eux ma thèse d'épidémiologie sociale.

Aujourd'hui mon temps est partagé en trois avec une partie hospitalière au sein de laquelle je fais du soutien méthodologique et des analyses statistiques pour les cliniciens du CHU, une partie universitaire consacrée à l'enseignement dans le cadre du master d'épidémiologie clinique et des facultés de médecine de Toulouse et enfin une partie recherche qui se trouve être mon travail de thèse. De fait, c'est un poste qui est intense, mais aussi très intéressant et diversifié. Il faut trouver le temps pour avancer sur tout à la fois ! Mais je crois que

c'est une réalité que connaissent la plupart des hospitalo-universitaires, à savoir trouver l'équilibre entre les différentes missions qui leur incombent.

Vos recherches portent sur les inégalités de genre en santé. Quels sont les enjeux actuels de cette thématique ?

Ce sont des enjeux que j'aborde, pour ma part, dans le cadre de l'épidémiologie sociale. C'est une thématique qui reste encore peu explorée. Dans mon domaine, on s'intéresse aux déterminants sociaux, mais finalement ces déterminants se limitent la plupart du temps à la position socio-économique et parfois au lieu de résidence rural/urbain, mais rarement au genre. Déjà, il faut clarifier de quoi l'on parle, car, aujourd'hui, les concepts de sexe et de genre sont encore bien souvent confondus. De plus, le « genre » figure rarement dans les bases de données, il est rarement mesuré. C'est pourtant un déterminant social intéressant, qui pose des défis importants à l'épidémiologie sociale. Par exemple, c'est le seul qui ne vérifie pas le paradigme de l'incorporation biologique du social : à savoir que, dans la société, lorsque l'on a une hiérarchie basée sur une caractéristique sociale, on va retrou-

ver cette hiérarchie en terme de santé. Pour le genre, alors qu'on considère que les femmes sont plutôt défavorisées dans la société (sur le plan économique, symbolique et physique), elles sont finalement plus favorisées en terme de santé, concernant l'espérance de vie notamment. On a un phénomène d'inversion du gradient, ce qui est intéressant à explorer, à la fois d'un point de vue méthodologique et conceptuel.

Quels conseils donnerais-tu à un interne de SP ?

Il faut profiter un maximum de l'internat pour explorer les différentes possibilités qui s'offrent à nous, savoir saisir les opportunités et ne pas hésiter à dépasser le cadre des stages. Ne pas hésiter non plus à aller voir les personnes que l'on trouve intéressantes. Alors, maintenant, les enjeux de l'internat ne sont plus les mêmes du fait de la réforme c'est vrai, et il faut répondre à des impératifs contradictoires : savoir se donner du temps mais aussi aller vite pour décider de sa future orientation.

C'est vrai que dans mon cas, j'ai pu mettre à profit les premières années d'internat pour savoir ce vers quoi je voulais orienter ma carrière future puisque, comme

je vous l'ai dit, c'est en troisième année d'internat que je me suis réorientée vers l'épidémiologie sociale. Pour autant, ce temps passé à explorer les sciences humaines et sociales n'a pas été en pure perte, au contraire, cela m'a beaucoup aidée ! J'avais besoin de suivre ce chemin avant d'arriver où je suis maintenant. Malheureusement, je ne suis pas sûre que cela soit encore possible aujourd'hui. Ce n'est pas facile, car je pense que la majorité d'entre nous ne savent pas exactement ce qu'est la santé publique en arrivant dans le DES et il faut dans un premier temps explorer le tout, voir quelles sont les différentes possibilités qui s'offrent à nous, car on ne sait pas forcément en arrivant ce qui va nous intéresser. Et on peut même être surpris par des champs de la santé publique que l'on pouvait trouver rebutants de prime abord. Par exemple, il y a de nombreux domaines et de nombreuses façons de faire de l'épidémiologie ! C'est également beaucoup par les rencontres que l'on va faire que l'on va affiner notre choix. Il y a de la place pour tout le monde et il faut arriver à la trouver !

**Propos recueillis par
Vincent MAX**

INTERVIEW DU DR ELIE AZRIA

Elie Azria est gynécologue obstétricien à l'Hôpital Paris Saint Joseph. Il enseigne à la faculté de médecine de Paris Descartes et est chercheur en épidémiologie à l'Inserm (U1153, Equipe EPOPé - Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes).

En 2010, il a soutenu une thèse préparée dans le cadre de l'école doctorale « savoirs scientifiques : Epistémologie, Histoire des sciences et Didactique des disciplines » et du département de recherche en éthique de l'université Paris Sud 11, intitulée « Sur les voies de la connaissance médicale : De la recherche cliniques aux incertitudes de la pratique du soin ». Cette thèse a reçu le prix Jansen de l'Académie nationale de médecine en 2011.

Ses travaux actuels portent sur l'impact des inégalités sociales sur la santé maternelle et périnatale.

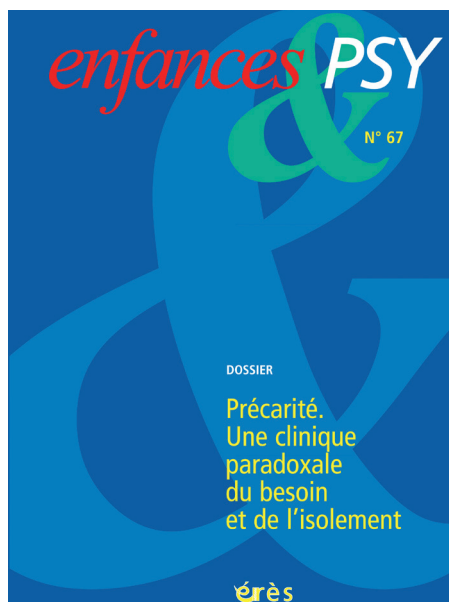
Racontez-nous ce qui, dans votre pratique, vous a interpellé et vous a amené à vouloir faire une thèse d'éthique.

Je ne suis pas certain que ce travail soit vraiment issu d'une interpellation pratique ou clinique. Celle-ci est venue secondairement. A l'origine, c'était par appétence personnelle. Au cours de mes études de médecine, dès que j'ai pu avoir l'occasion de rejoindre des cercles de réflexion ou des formations invitant à apprendre le maniement des concepts philosophiques, je l'ai fait. Pendant mon internat, j'ai suivi le séminaire de Jacques Derrida à l'École des hautes études en sciences sociales qui m'a permis d'apprendre à manier beaucoup de références philosophiques très utiles pour penser l'altérité, en particulier dans le cadre du soin. Ensuite, il y a eu la connexion avec l'Espace éthique Île-de-France qui m'a permis de faire un DU, un master puis un doctorat. J'ai trouvé dans ce lieu une pluralité de points de vue extrêmement intéressante, tant du côté des enseignants que des étudiants. C'était génial de passer des journées entières avec des travailleurs sociaux, des infirmières, des cadres, des directeurs d'hôpitaux, des juristes, etc. Cette pluridisciplinarité permet un débat que nous n'avons pas réellement



dans les espaces de soin. C'était très intéressant de pouvoir mêler le point de vue des expertises cliniques avec des questionnements éthiques, philosophiques.

Mais tout de même, au début de mon master, il y avait de vraies questions que je me posais tous les jours dans ma vie de clinicien. Initialement, ces questions portaient beaucoup sur l'information du patient, notamment dans le contexte spécifique du dépistage prénatal. J'avais cette impression que nous ne nous donnons pas les moyens de rendre cette information optimale. Le manque de temps et la contingence du terrain s'accompagnent souvent d'une information tronquée. Ce qui, en quelque sorte, revient à shunter un processus démocratique. Lorsque j'étais chef de clinique assistant, j'avais travaillé avec une étudiante



sage-femme qui préparait son mémoire de fin d'années sur la base d'une enquête menée auprès des femmes enceintes concernant les informations reçues en matière de dépistage de la trisomie 21. Nous nous sommes rendu compte que leur niveau de connaissances était catastrophique, alors même qu'elles avaient signé un consentement supposé être éclairé. Donc il s'agissait d'un questionnement très pragmatique sur nos pratiques et sur la façon dont ces problèmes rencontrés au quotidien avaient un impact sur le dialogue, l'information et l'autonomie de nos patients. A partir de là, j'ai peu à peu dérivé vers une réflexion d'ordre épistémologique où la question de la bonne information se posait. Sachant que la notion de vérité scientifique est très complexe et très malmenée dans le champ de la médecine, sur quelles bases informe-t-on ? Ainsi, j'ai finalement fait une thèse d'épistémologie (plus qu'une thèse d'éthique) portant sur la façon dont les modalités de production des connais-

sances utilisées en médecine sont de nature à générer un grand malentendu et à dévoyer en partie leur translation dans la décision médicale. Et j'ai ancré mon travail autour d'une vraie controverse scientifique dans le champ de la gynécologie-obstétrique, à savoir la problématique de l'accouchement des fœtus en présentation du siège.

Sur la question de la standardisation des pratiques, comment expliquez-vous que l'approche évaluative de l'Evidence-Based Medicine (EBM) ait ainsi évolué vers une approche beaucoup plus directive et normative ?

Cette évolution a été rendue possible par plusieurs types de force. Tout d'abord, il y a un vrai problème de moyens investis dans la formation des médecins. Je ne parle pas uniquement de moyens financiers. La démarche de l'EBM, telle qu'elle avait été pensée initialement, notamment à l'université McMaster au Canada, n'a jamais vraiment abouti. Cette méta-méthodologie consistant à grader les niveaux de preuves côtoyait aussi une autre dimension fondamentale : la volonté de former les médecins afin qu'ils soient autonomes par rapport à la connaissance qu'ils manipulent. L'idée était d'enclencher une mécanique vertueuse : amener les médecins à être plus exigeants par rapport aux travaux scientifiques, et donc amener aussi les chercheurs et les éditeurs à davantage d'exigence. Sauf qu'on

n'a jamais réussi à obtenir ce niveau d'expertise. Gordon Guyatt, un des artisans de l'EBM, déclare lui-même : « *Quand j'ai commencé, je pensais que nous allions amener les praticiens à s'approprier l'EBM, qu'ils allaient en comprendre la méthodologie, qu'ils allaient devenir des critiques de la littérature médicale et appliquer ses résultats à leur pratique. Aujourd'hui je ne pense plus cela, mais au contraire qu'il n'y aura qu'une minorité de praticiens capable de cela et que les autres ne feront que suivre les recommandations* »¹. Autrement dit, au lieu de former des êtres autonomes, on s'est rendu compte qu'on n'avait formé que des effecteurs, incapables d'avoir un vrai regard critique. Néanmoins, certains médecins sont éveillés à cela, donc ce n'est pas impossible. Seulement, il y a un vrai effort pédagogique à faire si on veut former des générations de médecins capables de manipuler la connaissance.

Ensuite, cela a donné beaucoup plus de place à d'autres types de forces. Il y a un mouvement social d'autoprotection. On s'abrite plus souvent derrière des décisions qui ne sont pas tout à fait les nôtres. Par exemple, la collégialité, si elle a beaucoup de vertus, a aussi ses pièges, notamment celui de favoriser une incapacité à la décision individuelle, notamment dans l'urgence. On peut aussi se réfugier derrière des décisions « protocole-based ». Or, aujourd'hui, il y a une surenchère sur les pro-

¹ Jeanne DALY, *Evidence-Based Medicine and the Search for a Science of Clinical Care*, University of California Press, 2005, 292 p.

tocoles, visible à tous les niveaux, et cette somme de protocoles « régente » l'activité des praticiens. Cette entreprise de standardisation doit être critiquée et, en même temps, elle est fondamentale dans la mesure où nous sommes aujourd'hui dans un univers de soin dans lequel nous n'intervenons plus tout seul. Et c'est pourquoi je participe aussi à la préparation de recommandations dans ma spécialité. Même en l'absence de niveaux de preuve très élevés, c'est une façon de s'entendre pour éviter d'introduire de l'incohérence dans les pratiques de soin. Il ne s'agit pas de standardiser pour standardiser, il s'agit de standardiser pour avoir une cohérence de visée. Seulement, on a rendu les médecins dépendants de tous ces protocoles et la demande est toujours plus forte. Nous sommes face à un mouvement général, une force presque sociétale qui consiste à déléguer une partie de son autonomie. Ce qui est aussi une façon de ne pas se mettre en danger.

Par ailleurs, la mise en place de stratégies de gestion du risque implique une sorte de nivellement, non par le bas mais par le milieu. C'est l'idée que le contrôle du risque passe par une stratégie d'acteurs équivalents. Cette stratégie, que l'on retrouve dans le monde aéronautique et qui a beaucoup été reprise dans le champ de la santé, consiste à rendre les acteurs interchangeables en standardisant les pratiques à des niveaux de pratiques accessibles à tous. Le corollaire de cette limita-

tion de la performance individuelle est qu'elle n'autorise pas ceux qui pourraient faire plus ou mieux à le faire. C'est problématique en termes de vision du futur parce qu'en limitant la performance maximale, on stérilise toute possibilité d'innovation et de développement, on empêche les personnes ayant une vision avant-gardiste ou des compétences hors-normes de tirer les pratiques dans un sens favorable. Certes, cela suppose un encadrement, il n'est pas question de faire de l'expérimentation ou d'être audacieux sans protection du patient. Mais il faut aussi être conscient que ces stratégies de gestion du risque ont conduit à cette standardisation et à une dévalorisation du soignant qui perd confiance en ses capacités cliniques.

N'y aurait-il pas un lien entre ce mouvement sociétal d'autoprotection et la paranoïa autour du procès, la judiciarisation des soins ?

Oui, très probablement que les craintes de judiciarisation ne sont pas totalement étrangères à tout ça : elles ont pesé très lourd dans le débat, principalement en Amérique du Nord, mais ce phénomène a aussi gagné l'Europe et la France. Lorsque j'avais analysé cette controverse sur l'accouchement des fœtus en présentation du siège, un des grands essais publiés en 2000 dans le Lancet² concluait

² M. E. HANNAH, et al., "Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group," *Lancet* (London, England), vol.

qu'il fallait arrêter de faire des tentatives d'accouchement par voie basse dans ces situations. Or, cet essai posait beaucoup de problèmes d'un point de vue méthodologique, surtout en termes de validité externe. Et, alors que tout le monde reconnaissait ces problèmes, la grande majorité des gens ont pris pour argent comptant cette conclusion et ont arrêté de proposer des accouchements par voie basse, notamment au motif que les juges n'étaient pas forcément en mesure d'analyser les failles méthodologiques. En somme, on ne prend pas de risque.

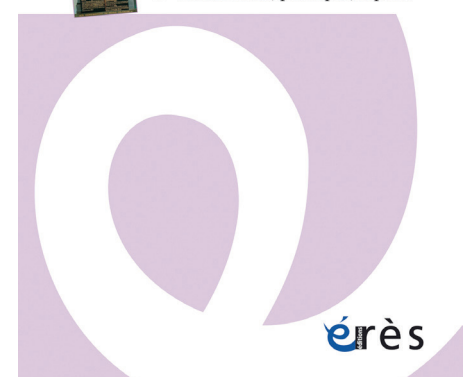
Quels sont les leviers à activer pour tenter de canaliser ce processus de standardisation ? En particulier, quel pourrait être le rôle d'un médecin de santé publique ?

La formation. Ce qui est fondamental aujourd'hui, c'est de mettre

Sous la direction de
Emmanuel Hirsch

Traité de bioéthique

I - Fondements, principes, repères



l'accent sur la formation initiale mais aussi sur la formation continue. On ne peut pas considérer que la génération de médecins en exercice ne peut pas accéder à une certaine autonomie en matière de navigation dans la connaissance médicale. Il s'agit de leur fournir des outils afin qu'ils deviennent critiques par rapport à la connaissance qu'ils manipulent. La standardisation se construit sur des bases parfois solides et fiables, mais également parfois sur des bases très mouvantes et problématiques. Les liens d'intérêt peuvent parfois être des conflits d'intérêt, pourtant à l'origine de certaines recommandations de sociétés savantes. Les recommandations, les référentiels, etc. sont des outils dans les mains du praticien. Il doit être capable de se faire son propre avis en se disant par exemple : « ce n'est pas un grade A mais plutôt un grade B ou C, ce qui me donne une certaine latitude dans ma pratique ».

La complexité tient aussi au fait qu'un essai ne donne des informations que sur un groupe très particulier de patients, réduits dans leur variabilité en fonction des critères d'inclusion de l'essai. Et, dans la vraie vie, nos patients ne correspondent pas toujours aux patients de l'essai. Finalement, plus on va chercher à améliorer la validité interne d'un essai, plus on

va réduire l'hétérogénéité de notre population, et moins on va obtenir des résultats applicables à la vraie vie. C'est cette complexité qu'il faut faire comprendre aux praticiens dans tous les champs du soin. Et puis il y a la problématique du maniement des outils statistiques : pour beaucoup, la significativité statistique est équivalente de vérité scientifique. Il y a un réel problème de culture générale scientifique et en recherche médicale sur lequel il nous faut absolument avancer. L'introduction de la lecture critique d'articles dans la formation initiale est fondamentale mais il faut aller beaucoup plus loin. Et, bien évidemment, les médecins et enseignants de santé publique ont un rôle majeur à jouer.

Ces textes de référentiels sont aujourd'hui vécus comme très normatifs parce que les praticiens n'ont pas les armes pour s'en écarter. Je pense que cette transformation de la formation pourra vraiment permettre d'assainir le rapport des praticiens à la connaissance médicale. L'idée n'est pas que chacun fasse n'importe quoi dans son coin mais que les praticiens soient plus à même d'adapter le soin de leurs patients aux référentiels quand cela se justifie, et de s'en écarter quand il faut s'en écarter.

En dehors de vos réflexions sur la connaissance médicale, vous travaillez beaucoup sur la problématique des inégalités sociales de santé maternelle et périnatale. Dans le cadre de vos recherches, quels principaux mécanismes de ces inégalités avez-vous mis en évidence ?

Dans le champ de la périnatalité, beaucoup de travaux ont mis en évidence des disparités en termes d'issues maternelles ou périnatales selon différents types de variables d'exposition sociale (revenu, type de couverture maladie, lieu de naissance des femmes, nationalité, etc.). A chaque fois, nous identifions des associations et des groupes particulièrement à risque. Et donc, la première conclusion, c'est qu'il n'y a pas un mécanisme unique. Ce sont des mécanismes toujours complexes et intriqués.

Par ailleurs, le problème des mécanismes est de mettre en jeu des notions de causalité. Or, les outils utilisés en épidémiologie ne permettent pas d'affirmer une causalité. Les critères qui permettent d'évoquer la causalité énoncés sur la base de ceux avancés par Bradford-Hill permettent de s'en approcher mais, en réalité, nous ne mettons en évidence que des associations. Ainsi, les mécanismes mis en évidence ne nous permettent d'aboutir qu'à des hy-

pothèses. Parfois, des hypothèses nous apparaissent suffisamment solides pour pouvoir envisager des interventions afin d'agir sur ce qu'on pense être des mécanismes de ces inégalités. Si l'intervention s'avère bénéfique, cela renforce un peu plus la validité de l'hypothèse. Mais il faut toujours rester très prudent lorsqu'on parle de mécanismes.

Personnellement, je me suis surtout intéressé à des facteurs modifiables au niveau de l'action médicale (sachant qu'il existe aussi probablement des facteurs modifiables à l'échelle des politiques sociales ou de migration). L'idée est de travailler sur des facteurs sur lesquels on peut avoir un levier d'action en tant que médecin. Et, lorsque nous faisons des analyses de médiation, le soin prénatal est un facteur souvent retrouvé, tant en termes de quantité que de qualité de soin prénatal. Nous avons travaillé à différents niveaux, en mixant des approches méthodologiques quantitatives et qualitatives. Nous avons notamment travaillé avec des sociologues. Et, par exemple, concernant la morbidité maternelle sévère, nous avons montré que, si le nombre de consultations ou les modalités d'entrée dans le soin sont des facteurs importants, il y a aussi tout ce qui se passe au sein de ces consultations. Et, contrairement aux approches épidémiologiques, les outils développés en anthropologie permettent beaucoup plus de faire remonter ce genre d'éléments très importants et

probablement modifiables. Ainsi, si les femmes socialement très défavorisées (principalement les femmes migrantes nées en Afrique subsaharienne) ont un accès moins bon aux soins initiaux, on se rend compte que, même lorsqu'elles rentrent dans le système de soin, il y a là aussi des problèmes.

Actuellement, notre idée est de proposer des interventions destinées à ces groupes de femmes à risque avec des modalités alternatives de suivi prénatal. Notre projet est de proposer des suivis prénataux de groupe. Nous sommes dans une phase pilote de l'étude pour étudier la faisabilité d'un tel dispositif parce que, si ce genre de dispositif existe déjà en Amérique du Nord, ce n'est pas du tout le cas en France. Pour beaucoup, c'est une révolution conceptuelle de passer d'un suivi one-to-one, avec une transmission verticale de la connaissance, à un suivi de groupe où la transmission est horizontale et la création de liens sociaux au sein du groupe sont beaucoup valorisées. Après cette étude de faisabilité, l'idée est de monter un essai en cluster afin d'étudier l'impact de ce dispositif sur les disparités observées pour certains indicateurs de santé.

Par ailleurs, il y a la question des soins différenciés qui constitue un autre axe de recherche pas du tout abordé en France. Notre hypothèse est qu'une partie des disparités en termes d'issues maternelles ou périnatales pourrait être le fait de soins différenciés, c'est-à-dire

des soins qu'on ne ferait pas de la même façon suivant des expositions sociales. On désigne par soins « différenciés » des soins inadaptés avec l'idée que certains préjugés, positifs ou négatifs, pourraient déterminer la façon de pratiquer certains soins. Par exemple, nous avons longtemps pensé que la femme africaine était l'archétype de la très bonne mère. En conséquence, ces femmes étaient moins bien accompagnées en post-partum, notamment pour l'allaitement, et elles se retrouvaient plus fréquemment confrontées à des échecs d'allaitement. Ainsi, les préjugés à l'origine de soins différenciés ne sont pas forcément négatifs, ils peuvent même être très positifs, comme l'a montré la sociologue Priscille Sauvegrain³ avec qui nous travaillons.

Je coordonne actuellement un programme ANR (Agence Nationale de la Recherche), lancé depuis un an, sur cette question des soins différenciés en périnatalité. Dans le domaine du soin en France, c'est la première fois que nous creusons cette question, notamment parce qu'elle est assez sensible. En effet, beaucoup considère le soin différencié comme une forme de discrimination. Mais, si on voulait parler de discriminations, il s'agirait en fait de discriminations inconscientes.

³ Priscille SAUVEGRAIN, *Différence de traitement et traitements différentiels : les trajectoires de soins des femmes "africaines" en maternité publique*, Thèse, 2010.

Dans votre domaine d'exercice, à partir de quand considérez-vous que le refus de soins, notamment en raison d'habitudes culturelles, n'est plus acceptable ?

Selon moi, ces questions sont prévues par la loi. De règles définissent à quel moment nous pouvons être amenés à faire des hospitalisations sous contrainte. En l'absence de pathologie psychiatrique, nous n'avons pas à juger de ce qui est mieux pour l'autre. Je dirais que la limite est là.

Ce qui est complexe dans le contexte de la périnatalité, c'est qu'il y a un enfant à naître. Ainsi, si une patiente refuse des soins avec des arguments qui ne nous paraissent pas être de bons arguments, nous n'avons pas de jugement à porter et nous avons une obligation légale de respecter son autonomie. Mais son refus est susceptible de se retourner contre un fœtus ou un nouveau-né. En définitive, qui est en capacité d'apprécier l'intérêt supérieur de l'enfant et de prendre les bonnes décisions ? C'est le cas d'école du refus de césarienne en urgence alors qu'il y a des anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal. Ce genre de situations est éminemment complexe à traiter en anténatal, en particulier parce que toutes les décisions passent par le corps de la mère.

Bien évidemment, l'autonomie des patientes doit être respectée. Toutefois, pour que cette autonomie soit respectée, il faut se donner les moyens d'une information complète, claire et pertinente. Mais il faut aussi garder une ouverture de pensée, c'est-à-dire sortir de cette idée que s'affrontent rationalité scientifique et irrationalité profane, sortir de l'idée que le patient ne peut pas comprendre. La rationalité scientifique du professionnel de santé reste toujours très discutable, de même que la soi-disant irrationalité profane de l'usager de soin, parce qu'il y a vraiment des grands experts.

POUR EN SAVOIR PLUS :

Élie AZRIA, *Connaissance, incertitude et décision dans la pratique du soin : de la nécessité de décider*, in *Traité de bioéthique*, Tome 1 : ERES, 2010.

Élie AZRIA, "Le soignant et la standardisation des pratiques médicales," *Laennec*, Tome 61, no. 3, July 9, 2013.

E. AZRIA, *et al.*, "Neonatal Mortality and Long-Term Outcome of Infants Born between 27 and 32 Weeks of Gestational Age in Breech Presentation: The EPIPAGE Cohort Study," *PloS One*, vol. 11, no. 1, 2016.

E. AZRIA, Z. STEWART, C. GONTHIER, C. ESTELLAT and C. DENEUX-THARAUX, "Inégalités

sociales de santé maternelle," *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, vol. 43, no. 10, October 2015.

C. GONTHIER, C. ESTELLAT, C. DENEUX-THARAUX, B. BLONDEL, T. ALFAIATE, T. SCHMITZ, J-F OURY, L. MANDELBROT, D. LUTON, P. RAVAUD and E. AZRIA, "Association between maternal social deprivation and prenatal care utilization: the PreCARE cohort study," *BMC pregnancy and childbirth*, vol. 17, no. 1, May 16, 2017.

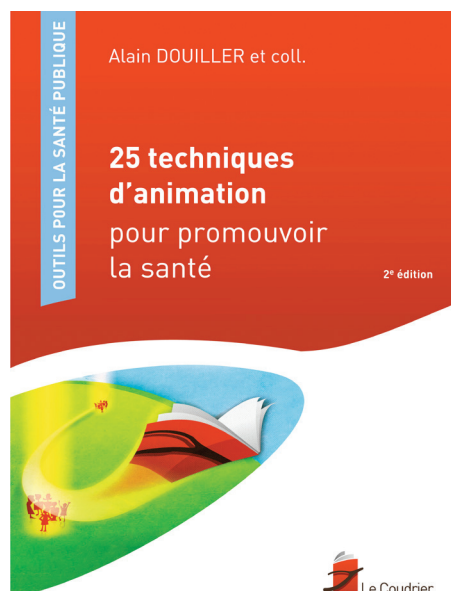
P. SAUVEGRAIN, E. AZRIA, C. CHIESA-DUBRUILLE and C. DENEUX-THARAUX, "Exploring the hypothesis of differential care for African immigrant and native women in France with hypertensive disorders during pregnancy: a qualitative study," *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, vol. 124, no. 12, November 2017.

"Comment donner la vie en étant en situation de précarité ?", *Les cahiers de l'Université Paris Descartes*, 2018.

Propos recueillis par Anne Caroline Clause-Verdreau



25 TECHNIQUES D'ANIMATION POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ



L'AUTEUR

Ce livre est écrit par Alain Douiller, directeur du comité d'éducation pour la santé du département du Vaucluse. Il dispose d'une longue expérience dans le domaine de la promotion de la santé aussi bien dans le développement de projet, que dans la formation des acteurs et l'animation de groupe. De 1998 à 2002, il a été rédacteur en chef de la revue du Comité français d'éducation pour la santé, *La Santé de l'homme*. En 2006, il a cosigné le guide d'aide à la rédaction en promotion de la santé, *Ecrire en santé publique* publié par la Société française de santé publique. La rédaction de cet ouvrage s'est faite en lien avec de nombreux formateurs en éducation et promotion de la santé.

LE RÉSUMÉ DU LIVRE

Ce livre est avant tout destiné aux acteurs devant animer des séances de groupes en éducation et promotion de la santé. Il se présente sous la forme d'un guide alliant théorie et aide pratique. Du novice au plus confirmé, chaque intervenant pourra y trouver du contenu en lien avec sa pratique.

Le livre est constitué de 3 parties. Après une introduction et des définitions des termes principaux utilisés en promotion de la santé, le lecteur pourra découvrir la première partie du guide intitulée *Animer des groupes pour promouvoir la santé*. Cette partie permet de situer la démarche d'animation dans le contexte singulier de la promotion de la santé et de poser les bases pour l'utilisation des techniques. De nombreux points sont abordés : les concepts de la promotion de la santé, l'éthique de ces interventions, la démarche de projet, l'animation d'un groupe. Cette dernière sous-partie permet au lecteur de disposer de nombreux repères théoriques et pratiques en matière de dynamique de groupe, de positionnement de l'animateur face au groupe et de préparation de l'animation. Au terme de cette première partie, le lecteur dispose des connaissances

de bases en promotion et éducation de la santé pour préparer et mener une séance d'animations de groupe dans ces domaines.

La deuxième partie de ce guide, intitulée *Choisir et utiliser une technique d'animation*, se veut plus pratique et concrète grâce à la présentation détaillée de 25 techniques d'animation qui constituent le cœur de l'ouvrage. Chaque technique fait l'objet d'une fiche pratique qui détaille tous les éléments utiles à sa compréhension et à sa mise en œuvre : description, intérêts, objectifs, résultats attendus, public, taille du groupe, durée minimum, organisation matérielle, préparation, déroulement, recommandations particulières, variantes, exemples d'utilisation, éléments pour en savoir plus. En préambule de ces fiches, il est expliqué comment choisir une technique d'animation. L'objectif poursuivi étant présenté comme le critère principal de choix d'une technique, le lecteur pourra s'aider de deux tableaux récapitulatifs pour faciliter son choix. Le premier tableau permet de choisir une technique en fonction de l'objectif poursuivi. Le second tableau présente les objectifs que permet d'atteindre chaque technique.

La dernière partie intitulée *Pour aller plus loin* présente des conseils pour l'évaluation et donne accès à des ressources complémentaires.

L'ouvrage se clôture sur la charte d'Ottawa et les apports de la recherche sur la dynamique de groupe présentés en annexe.

LA CRITIQUE DU LIVRE

Ce guide didactique permet d'appréhender rapidement l'animation d'une intervention auprès de groupes dans un objectif de promotion de la santé. Il aborde les éléments nécessaires pour être capable de préparer, mener et évaluer une séance d'animation dans ce domaine. La présentation claire permet de retrouver facilement les informations, notamment grâce à un sommaire détaillant les fiches techniques à la suite du sommaire général.

Cet ouvrage s'avère très utile dans le cadre du service sanitaire car il permet de s'approprier des notions propres à l'animation dans le domaine de la promotion de la santé, notions peu familières à un interne de santé publique, telles que la dynamique de groupe, la position de l'animateur face au groupe, la préparation d'une

séance. Ce guide permet de maîtriser les connaissances de base de l'animation. Ainsi, il s'avère plus aisé d'expliquer et de transmettre ces notions aux étudiants de médecine qui devront les assimiler en vue de leur séance d'animation dans le cadre du service sanitaire. De plus, ce livre permet de se familiariser de manière approfondie à de nombreuses techniques d'animation dont certaines pourront être expliquées aux étudiants et utilisées par ces derniers dans le cadre du service sanitaire.

Outre le service sanitaire, ce livre s'avère être un complément intéressant pour les internes de santé publique s'intéressant à la promotion de la santé car il permet d'appréhender la promotion de la santé d'un point de vue concret et pratique. En effet, il aborde un aspect essentiel et fondamental de la promotion de la santé : les techniques participatives. L'intérêt de ce guide est, qu'au-delà de cet aspect résolument pratique, les auteurs gardent une réflexion constante sur les intentions et les objectifs des animations. Cet aspect fait d'ailleurs l'objet d'un chapitre très intéressant dans lequel le lecteur est invité à s'interroger sur ses propres valeurs et sur le sens qu'il donne à ces interventions.

En conclusion, je conseille ce livre aux internes s'engageant dans la formation des étudiants en médecine dans le cadre du service sanitaire afin de maîtriser les connaissances de base de l'animation et de se familiariser aux techniques d'animation. Enfin, je pense que ce livre est à mettre entre toutes les mains des internes souhaitant s'informer voire travailler dans le domaine de la promotion de la santé car la participation des publics est un principe fondamental dans ce domaine. Ainsi, ce guide permet de disposer des connaissances de base de l'animation en promotion de la santé et d'une palette de techniques pour mener ces interventions.

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à vous connecter : www.edition-lecoudrier.fr

Clémence Lavier,
ISP de Lyon

ACTUALITÉS DU RÉSEAU EURONET-MRPH



Rencontre avec la santé publique en Europe via Euronet : retour d'expérience

Du 1er au 3 décembre 2018 avait lieu le meeting Euronet d'hiver en Slovénie, une superbe expérience et une première pour moi dans la cadre de l'association Euronet MRPH.

Moi, c'est Alice Vabre, interne en santé publique, actuellement en 1er semestre au DIM de Dijon.

Oui, mais « C'est quoi Euronet ? » me direz-vous pour certains !

Rapide présentation : Euronet MRPH (pour European Network of Medical Residents in Public Health) est une association française à

but non lucratif, internationale et non-gouvernementale, qui a été officiellement créée en 2011 sous l'impulsion d'internes en santé publique français et italiens. Il s'agit d'un réseau d'associations d'internes en santé publique de différents pays européens (une dizaine actuellement). Le but de cette association est de permettre l'échange d'expériences sur les programmes de formation durant l'internat de santé publique dans les différents pays membres à travers le vécu de chacun, faciliter l'accès à des stages à l'étranger, mais aussi collaborer sur des travaux de recherche inter-pays portant sur différentes thématiques.

L'internat de santé publique est pluraliste. L'intérêt des plus curieux peut être satisfait grâce à la diversité qu'il offre dans les différentes possibilités de formation, les enseignements et problématiques abordées, et enfin grâce à la multitude de terrains de stage proposés. Le fait de partager cela avec des internes d'autres pays européens élargit encore les perspectives possibles. Cet échange permet d'appréhender d'autres cultures et donc d'autres façons de penser la santé publique, tout en s'enrichissant humainement et linguistiquement, au fil des rencontres durant les meetings ou bien lors d'un stage à l'étranger facilité par Euronet. En

somme, un enrichissement des plus complets !

Chaque année, 3 meetings, ouverts à tous les internes de santé publique des pays membres, sont organisés.

Quelques mois après le début de mon internat, après une présentation d'Euronet au SANI et quelques retours d'internes membres du réseau, j'ai été curieuse d'en apprendre plus. Je me suis donc rendue au dernier meeting de l'année : le Winter Euronet MRPH meeting à Velika Plenina, en Slovénie du 1^{er} au 3 décembre. Il avait lieu à la suite de la 11^{ème} European Public Health Conference (EPH Conference) à Ljubljana, à laquelle de nombreuses personnes présentes au meeting ont également assisté.

Après avoir pris le bus de Ljubljana puis le téléphérique pour arriver jusqu'aux alpages de Velika Planina, le meeting a commencé par un repas typique de Slovénie, l'occasion de rencontrer les internes présents et de découvrir les spécialités locales. Ensuite, a eu lieu une assemblée générale afin de revenir sur l'année écoulée, faire le bilan sur les groupes de travail et l'activité d'Euronet, et enfin présenter le bureau nouvellement élu.

La journée suivante a été consacrée à la présentation de travaux des internes du réseau. Les sujets étaient très variés, allant du domaine des maladies infectieuses jusqu'à la communication en santé publique. L'après-midi a ensuite été dédiée à des projets de groupes menés sur le long terme par des différents internes dans le cadre d'Euronet (appelés Working Groups). Actuellement, on retrouve entre autres des projets traitant des sujets suivants : Post-residency employability, Conflict of interest research project, LGBT + residents' outness and work environment, Perceptions towards e-cigarettes, Public Health Informatics (plus de précision et de WG sur le site internet d'Euronet).

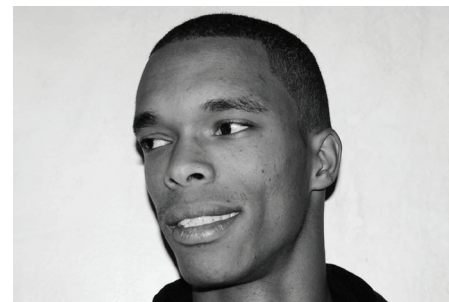
Pour la première fois, une nouvelle activité « Euronet-athlon » a été mise en place. Le principe ? Réfléchir par équipe pour trouver des solutions face à une problématique donnée, avec un prix remis au groupe ayant abouti à la meilleure proposition (le tout dans une ambiance très conviviale bien sûr !).

Après ces 2 jours et demi bien remplis, je suis repartie avec énormément de bons souvenirs : des échanges enrichissants, des paysages à couper le souffle, une

gastronomie slovène délicieuse et surtout de très belles rencontres avec des internes de santé publique de divers pays d'Europe.

J'espère que ce témoignage vous aura donné envie de vous rendre au prochain meeting. L'édition printanière se tiendra à Turin du 11 au 13 avril avec au programme : Workings Groups, réflexions collectives et 2 workshops ayant pour thème « Data Science in Public Health » et « Public Health Policies regarding Fake News ». Tout ceci agrémenté d'un programme social à base d'apéros italiens, de gastronomie fine et d'exploration de la nuit turinoise !

Enfin, je relaie une dernière information : l'équipe française d'Euronet recrute ! Elle se compose de 6 internes qui ont la charge de représenter la France au sein du réseau et dont l'un d'eux fait le lien avec le CLiSP. La participation aux 3 meetings de l'année et aux visioconférences est souhaitée mais pas obligatoire, tout niveau d'anglais accepté. Alors si vous avez envie de participer à l'aventure Euronet, envoyer votre CV accompagné d'une lettre de motivation à euronetmrphfrance@gmail.com.



De plus, si vous voulez en savoir plus sur l'histoire, le fonctionnement, les projets en cours et les opportunités offertes par Euronet, n'hésitez pas à aller consulter le site internet : www.euronetmrph.org ou à contacter le chargé de relations Euronet au CLiSP Emmanuel à eb.chabot@gmail.com.

A bientôt pour le prochain séminaire j'espère !

**Alice Vabre &
Emmanuel Chabot.**

ARBOVIRUS IN EUROPA



Arbovirus. The term seems familiar, especially since a few years as we heard it more and more often, but what do we know about it?

Arbovirus are virus, like you can guess, but, specifically, arbovirus is an acronym of “arthropod-borne virus”, which means virus transmitted by arthropod vectors. And what are arthropod vectors? It's, technically, an invertebrate animal having an exoskeleton, a segmented body and paired jointed appendages. Which can lead to a lot of things, including arachnid (spiders), myriapods (like the centipede), crustaceans (crab and others) and insects. Yeah, insects, like butterfly, but also mosquitoes.

And that's a big issue. No, not all mosquitoes, but some of them (*Aedes albopictus*).

You see, arbovirus are usually tropical diseases, not because the virus don't like our Western Europe climate, but because their vectors don't. At least until some

years, when they arrived in Europe (through Italy) and decided that they like it here. By the way, I speak of *Aedes albopictus*, more commonly known as tiger mosquito because of his striking white and black pattern.

Of course, this mosquito is not the only one responsible of diseases transmission, especially arboviruses. This cousin, *Aedes aegypti*, also known as the yellow fever mosquito. Guess what? He could transmit yellow fever virus! Yeah, with a name like this, it's not surprising. But he is also a vector for dengue fever, chikungunya, Zika fever and Mayaro virus. But, fortunately for us, he doesn't like it very much here, in Europe. Unlike the tiger mosquito, who likes it more and more and, since this first fly around in 1979 in Albania, he spread more and more, moving country by country, town by town, and, progressively, colonized all the south of Europe, and spread even in the north.

In fact, this tiny mosquito is not a great traveller. Most of the time, he will live and die near his birthplace. But, he is also an opportunist and profits greatly on our modern transport tools. Car, train, plane, boat, anything would do to him! That's why, he

colonizes first big cities, who are on the long of busy traffic routes. For instance, in an area who's marked as colonized, you can find a big gap between dense urban areas and the countryside, with a strong presence of mosquitoes in the former and almost absent in the latter.

He likes water, especially small ponds, water puddles and the likes. So watch out! He dislikes drought and mostly attacks at day's end/twilight.

But rest assured: it's not because you've been bitten by one of these mosquitoes that you will catch a disease (for the tiger mosquito, the diseases he can carry are dengue fever, Zika and chikungunya). He is a vector, yes, but most of the mosquitoes do not carry viruses. In fact, none of the mosquitoes in Europe usually did.

So, what's the problem?

The problem is, he can carry the virus and diffuse them. For that, he needs first to be in touch with a virus, to bite an infected person. And, among travellers who returned from an endemic area, you can find infected persons. This person may not know by the time of their return that they are infected if they are in incubation

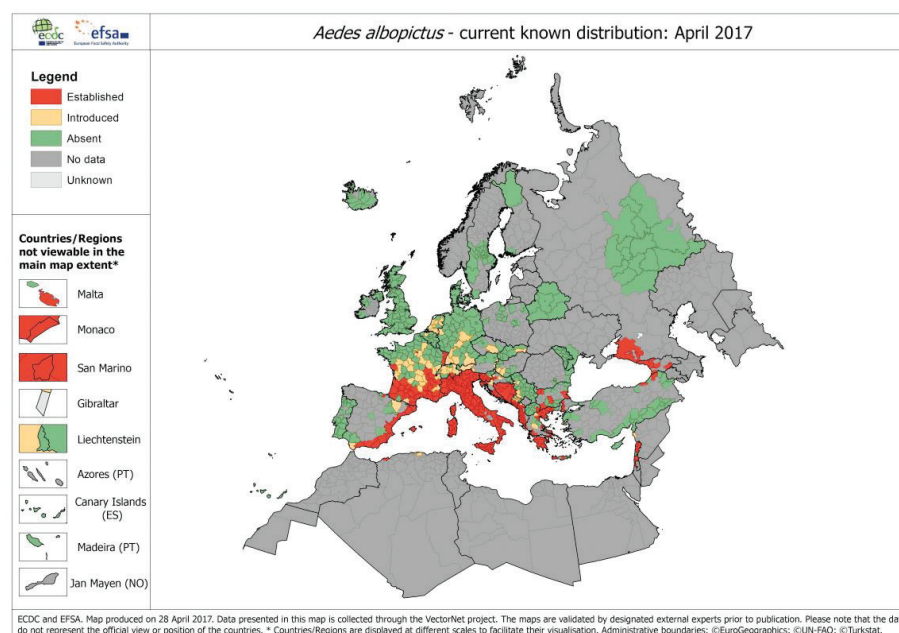
Symptomatology of arboviruses

What do arboviroses do in practice?

Well, in most cases, nothing, it remains asymptomatic, even pauci-symptomatic, and it is complicated to identify carrier patients in this case (except for chikungunya). And what are the signs when it happens? A high fever that appears suddenly for chikungunya and dengue fever, with arthralgia (especially for the former) and non-specific signs (myalgia, headache, rash) and for zika first a rash with +/- fever and non-specific signs.

There may be neurological complications and congenital malformations in the most severe forms in zika, leading to surveillance of pregnant women. For treatment, we stay on symptomatic.

period. They may even be asymptomatic carrier (it's occur more for person who regularly come and goes in endemic area). And if this person, this carrier, is bitten by a mosquito tiger in viremia period, he will transmitted the virus to the mosquito; then, the mosquito will transmit the virus to other persons. And that's the problem. Because, now, you have what you can call an indigenous case. You go from a standby situation to an alert situation. So, the authorities stay focus to prevent this situation for happening. In France, Santé Publique France is in charge of monitoring dengue fever, zika virus and chikungunya, alongside the regional health Agencies (Agence Régionale de Santé) who are in charge of the health response. In European Union, it's the European Centre for Disease Prevention and



Control (ECDC) whose goals are to strengthening Europe's defenses against infectious diseases and who's responsible of European-wide monitoring.

But what about viruses in the world or, more particularly, in France ? Well, they mostly affect tropical areas near the equator. Chikungunya is mainly found in America and the Caribbean, Asia, and Africa. As for dengue fever, in addition to its areas, it also affects Australia-Pacific, and the Indian Ocean. In this regard, one French department is particularly affected by the dengue virus, namely: Reunion Island. As I write his lines, a new epidemic is raging there with nearly 1200 cases recorded since January 1, 2019 (according to the ARS Réunion and Mayotte).

Donc, comme on peut le voir, les arboviroses sont des pathologies en pleine progression qui ne se limitent plus aux pays du sud, mais affectent de plus en plus de ré-

gions, à mesure que leurs vecteurs, les moustiques-tigres colonisent de nouveaux territoires. La lutte contre ses affections passe donc par la lutte ciblée contre le vecteur, l'information aux populations et la surveillance renforcée des zones touchées pendant les périodes à risque. On ne risque pas de manquer de travail sur le sujet !

Bureau du CliSP

Sara Corbin

Présidente

president@clisp.fr

Jalal Charron

Vice-Président

president@clisp.fr

Cécile Longchamps

Secrétaire Générale

contact@clisp.fr

Arthur Barnay

Trésorier

tresorier@clisp.fr

Melchior de Giraud d'Agay

Secrétaire évènementiel

evenement@clisp.fr

Fanny Velardo

Chargée de la Communication

communication@clisp.fr

Camille Rolland

Rédactrice en chef du Bulletin

bulletin@clisp.fr

Pierre Balayé

Webmaster

webmaster@clisp.fr

Louise Petit Bourdel

*Secrétaire déléguée aux affaires
nationales*

louizpetit@gmail.com

Romuald Cruchet

*Chargé de relation avec les représentants
des subdivisions*

coordination@clisp.fr

Emmanuel Chabot

Chargé de relation avec EuroNet MRPH

eb.chabot@gmail.com

Collège du CliSP 2018-2019

Ile-de-France

Nicolas Deniau

representant-clisp@isp-paris.org

Nord-Est

Besançon : Alice Barbier

alice.barbier@edu.univ-fcomte.fr

Dijon : Emmanuel Delmas

masaru240del@gmail.com

Nancy : Ngoc-Ha Nguyen

ngoc.ha55956@gmail.com

Reims : Pauline Marchand

paulinemarchand89@gmail.com

Strasbourg : Marie Mielcarek

mielcarek_marie@hotmail.com

Nord-Ouest

Amiens : Sébastien Delescluse

delescluse.sebastien@gmail.com

Caen : Laure-Marine HOUEL

lm.houel@gmail.com

Lille : Louis Rousselet

louisrousselet@laposte.net

Rouen : Thibault Laffouilhère

thib64du@hotmail.fr

Ouest

Nantes : Cécile Ferriot

referent.santepublique@gmail.com

Poitiers : Clotilde Morineaud

clotilde.morineaud@etu.univ-poitiers.fr

Rennes : Aurélie Pétureau

referent.santepublique@outlook.fr

Tours : Sixtine De Lafforest

sixtinedelafforest@gmail.com



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

15, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris

www.clisp.fr - contact@clisp.fr

Rhône-Alpes et Auvergne

Clermont-Ferrand : Romain Mortier

romortier@hotmail.fr

Grenoble : Maxime Rigaud

maxime90rigaud@gmail.com

Lyon : Maxime Bonjour

association.spl@gmail.com

Saint-Etienne : Robin Chaux

robinvchaux@gmail.com

Sud

Marseille : Mathilde Besson

ISP.Marseille@gmail.com

Montpellier : Marie-France Malcher

Malcher.mf@gmail.com

Nice : Seda Bakirci

seda.bakirci@hotmail.fr

Sud-Ouest

Bordeaux : Romain Griffier

referent.santepub.bordeaux@gmail.com

Limoges : Alexis Cazorla

alexiscazorla.31@gmail.com

Toulouse : Emmanuel Chabot

eb.chabot@gmail.com

Antilles, Guyane : Edouard Hallet

edhallet@gmail.com

Océan Indien : Nicola Iv

ncls4@yahoo.fr

Avec le soutien de :



CliSP - Bulletin n°38 - Avril 2019

Rédactrice en chef :

Camille Rolland

Conception et réalisation :

Philippe Enderlin

Crédit photo couverture :

iStockphoto @ Shidlovski