

La santé, demain

Les cahiers de l'agenda santé

L'agenda santé - Lyon métropole

n°8 avril 2007 / supplément

Dans ce huitième cahier thématique, nous vous proposons un regard prospectif sur la santé : révolution des technologies biomédicales, nouvelles attentes sociétales, nouveaux modes d'organisation des politiques de soin, évolution des objectifs des politiques de santé sont passés en revue.

Nous en tirons six questions clés pour l'avenir.

- Maintenir l'égalité d'accès aux soins : un défi pour demain
- A qui incombe la responsabilité de la santé : Etat, médecins, collectivités, individus, etc ?
- Domotique, robotique, informatique : les "Tics", un bienfait pour l'homme ?
- Le pluralisme thérapeutique : une voie d'avenir à promouvoir ?
- Et si l'on anticipait mieux le vieillissement de la population ?
- Santé et environnement : les nouveaux défis

Ces questions interrogent la société dans son ensemble, et renvoient à des responsabilités politiques multiples, aux échelons local, national et international. A chacun de s'en saisir, selon ses convictions et en fonction des leviers dont il dispose...

Le groupe de travail santé de la démarche Lyon 2020 vient de rendre ses conclusions (rapport téléchargeable sur www.lyon2020.org). Il propose, pour l'agglomération lyonnaise, trois grandes voies de progrès.

Premièrement : agir en faveur d'un environnement sain. Dans ce domaine, beaucoup a été fait depuis vingt ans, mais les études épidémiologiques nous rappellent chaque jour que c'est sur le terrain environnemental que se gagneront encore à l'avenir bien des batailles contre la maladie. En outre, nous nous devons de répondre à l'aspiration à la qualité et à l'équilibre de vie de nos jeunes générations.

Deuxièmement : renouveler et développer la culture de la santé, par le dialogue entre les différentes sphères professionnelles et de la société, et par l'éducation. En effet, nombre de problématiques contemporaines renvoient à des questions d'approche et de culture : promouvoir une conception globale de la personne (relations entre le corps et l'esprit, entre l'individu et son environnement) ; gérer son capital santé (pratiques alimentaires, rythmes de vie, comportements à risques...) ; ouvrir la recherche biomédicale sur les besoins et sur les attentes de la société ; réconcilier les citoyens avec les avancées scientifiques ; etc.

Troisièmement : assurer la cohérence de l'image en se fédérant sous une même bannière. Alors que Lyon et Rhône-Alpes multiplie les projets de très haut niveau en matière d'innovation biomédicale, il devient indispensable d'œuvrer en faveur de la reconnaissance mondiale de notre potentiel et de nos réalisations. Et donc de fédérer l'ensemble des acteurs et des projets sous une même bannière, qu'il nous faut définir.

Bonne lecture

Gérard COLLOMB
Président du Grand Lyon

Sommaire

LA MÉDECINE DE DEMAIN : UN VOYAGE AU CŒUR
DE L'INTIMITÉ HUMAINE

p 5

RÉCONCILIER BIOMÉDECINE ET HOLISME :
L'AVENIR DE LA SANTÉ ?

p 21

ATTENTES ET PRATIQUES EN SANTÉ

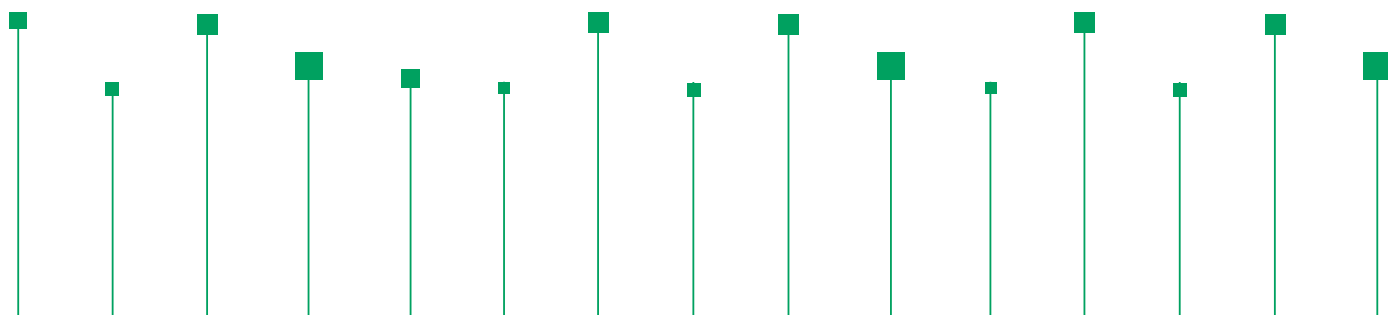
p 13

SIX QUESTIONS CLÉS POUR DEMAIN

p 31

Sommaire

INTRODUCTION	ρ 3
LA MÉDECINE DE DEMAIN : UN VOYAGE AU COEUR DE L'INTIMITÉ HUMAINE	ρ 5
L'homme dévoilé	ρ 7
Le système de santé : simples réajustements ou véritables chamboulements ?	ρ 9
La tentation de l'homme parfait : entre course au profit et perte d'humanité ?	ρ 10
ATTENTES ET PRATIQUES EN SANTÉ : BOUQUET DE TENDANCES	ρ 13
Un bon système de soins... un rien dépassé	ρ 15
L'avènement du patient « consomm'acteur »	ρ 18
Santé et médecine : quelques pistes pour redresser la barre	ρ 18
RÉCONCILIER BIOMÉDECINE ET HOLISME : L'AVENIR DE LA SANTÉ ?	ρ 21
Deux grands modèles pour penser la santé	ρ 23
Limites de la biomédecine et reviviscence du holisme	ρ 25
Vers un pluralisme des systèmes de santé	ρ 28
SIX QUESTIONS CLÉS POUR DEMAIN	ρ 31
Maintenir l'égalité d'accès aux soins : un challenge pour demain !	ρ 33
A qui incombe la responsabilité de la santé ?	ρ 35
Domotique, robotique, informatique : les "Tics", un bienfait pour l'homme ?	ρ 37
Le pluralisme thérapeutique : une voie d'avenir à promouvoir ?	ρ 39
Et si l'on anticipait mieux le vieillissement de la population ?	ρ 41
Environnement et santé : les nouveaux défis	ρ 43



INTRODUCTION

Par Cédric Polère

L'idée de ce Cahier est venue d'un constat : notre système de santé se transforme de manière profonde, mais les grandes lignes de sa métamorphose sont loin d'être claires, et convergentes ! Nous recevons en effet des signaux contradictoires tant du côté des logiques sociales (représentations de la santé, attentes des Français, nouveaux enjeux de santé...), que du côté des logiques politiques et économiques (coût du système de soin, médicalisation et consumérisme croissant...), scientifiques et techniques (progrès de la médecine).

Les représentations de la santé et les attentes sociales prennent en défaut une médecine, qui, depuis Louis Pasteur, a par choix épistémologique ignoré la personne dans sa dimension sociale et subjective, pour se focaliser sur l'éradication des « microbes » et des pathologies. Depuis une vingtaine d'années, l'évolution des attentes, relayée par les politiques de santé publique, va dans le sens de la « santé-comme-bien-être », d'une prise en compte de l'expérience subjective de la maladie (de la souffrance, du « sens » de la maladie...), de la qualité de la relation patient-soignant. Cela contribue à désarçonner maints professionnels de santé, dont la formation initiale repose tout simplement sur un modèle (celui de la biomédecine) pour lequel ces questions n'existent pas. Ces attentes favorisent le succès populaire des pratiques

alternatives. D'un autre côté, la médecine est aussi sommée de poursuivre sa course à l'efficacité, et de répondre à tous les maux que la société affronte ou se construit, ce qui conforte la biomédecine dans sa trajectoire historique. Sauf que cette tendance va de pair avec la montée du consumérisme médical, et que toute nouvelle grande avancée scientifique suscite tant l'intérêt que l'inquiétude : nous pensons notamment aux perspectives ouvertes par la génétique (régénération d'organes, greffes, procréation...) et les nanotechnologies (chirurgie de l'infiniment petit, outils diagnostiques...). A tous les niveaux, ces évolutions suscitent des questionnements éthiques.

Ce cahier comprend quatre parties. La première tente d'explorer ce que pourrait être la médecine de demain, pour le meilleur... comme pour le pire. La deuxième montre comment l'ensemble des attentes, pratiques et enjeux de santé aujourd'hui pousse le système de soin à faire sa mue, avec la contribution des politiques de santé publique. La troisième s'interroge sur l'évolution du cadre de référence théorique et opératoire des professionnels de santé : ne sommes nous pas en train de redécouvrir, dans le champ de la santé, la valeur des principes du « holisme », approche intégrée de la personne dans son milieu ? Enfin, la dernière est un bouquet de questions qui se posent au regard des évolutions et de la prospective.

La médecine de demain : un voyage au cœur de l'intimité humaine

Un plongeon dans la « médecine de demain » qui commence par une rentrée des classes en l'année 2064 ! Cela ressemble à un roman d'anticipative fiction du courant de la cyberculture, mais c'est en fait un exercice de libre prospective, fondé sur l'examen des tendances actuelles. Dans cette classe, nous découvrirons que certaines promesses de la médecine ont été tenues, telle la régénération d'organes, les greffes et les implants élec-

troniques. Quels sont les attendus, en termes d'outils et d'applications, de l'explosion du champ d'investigation de la médecine dans la génétique, les nanotechnologies, la robotique, les biomatériaux, la chirurgie de l'infiniment petit, etc. ? Quels sont aussi les risques que portent ces évolutions ? Nous remarquerons que les travers d'une biomédecine qui ignore l'humain dans la pluralité de ses dimensions ne devraient pas disparaître facilement !

Attentes et pratiques en santé

A partir d'un panorama des attentes et pratiques de santé des Français, nous essayerons de répondre à la question : l'actuel système de soin répond-il aux attentes et aux évolutions de la société, aux nouveaux enjeux de santé ? Doit-il évoluer, et dans ce cas, dans quel sens, en acceptant et en rejetant quelles logiques ? Paul Ariès, politologue, se dresse ainsi contre les « dérives » de la biomédecine, et considère, qu'il reviendrait au politique d'imposer un « nouveau paradigme ».

Nous verrons que les logiques sociales et économiques impactent directement le système de santé, engagé pour le coup dans des directions contradictoires ; que le consumérisme médical et les avancées de la médecine scientifique coexistent avec l'attrait pour des médecines alternatives, et qu'un mouvement d'intégration s'esquisse entre les médecines conventionnelle et non-conventionnelle.

Réconcilier biomédecine et holisme : l'avenir de la santé

Les représentations de la santé se transforment, et, en se combinant avec d'autres facteurs, transforment le système de santé. A partir des travaux d'anthropologie de la santé, et en prenant en compte l'histoire dans sa longue durée, nous nous demanderons si le paradigme (c'est-à-dire le cadre de référence, lié à des valeurs) « holiste », que le succès de la biomédecine a renvoyé, il y a plus d'un siècle, aux oubliettes de l'histoire, ne fait pas son grand « retour ». Les principes du holisme ne gagnent-ils pas du terrain, dans les représentations et les attentes sociales, dans des pratiques alternatives qui

tendent d'ailleurs, pour certaines d'entre elles (acupuncture, ostéopathie...) à devenir « intégratives », dans les politiques de santé publique, et enfin dans le système de santé conventionnel, à l'hôpital notamment ? Alors, allons-nous vers un pluralisme des conceptions et des thérapeutiques, comme le pense, avec toutes les précautions nécessaires, Ronald Guilloux, spécialiste de la réception de l'acupuncture dans le système de santé français ? Ou vers un système de santé remodelé, qui aura intégré, pour le meilleur, les acquis du modèle biomédical et du modèle holiste ?

Six questions clés pour demain

L'avenir de notre système de santé suscite une multitude de questions. Nous en avons retenu six, au regard de leur impact sur la qualité de la santé publique : l'accès au soin ; la répartition des rôles en matière de responsabilité de la santé ; l'impact de la robotique, domotique

et nouvelles technologies de l'information et de la communication sur le monde médical ; les conséquences du vieillissement de la population ; l'environnement ; enfin, le pluralisme thérapeutique.

LA MÉDECINE DE DEMAIN : UN VOYAGE AU CŒUR DE L'INTIMITÉ HUMAINE

Par Sylvie Mauris-Demourieux

Rentrée des classes 2064 : Rémi, 66 ans, instituteur, se prépare à sa dernière rentrée. L'an passé, on a du lui greffer un cœur tout neuf construit à partir de ses propres cellules ! Depuis il ne quitte plus son bracelet qui détecte immédiatement toute anomalie du rythme cardiaque. A cause (ou grâce !) à cela, c'est sa dernière rentrée et pensif, il contemple ses élèves. Antoine, champion à la course, équipé d'une prothèse de la jambe dernier modèle suite à un accident de la route ; Sophiane, toujours souriante, qui en a fini avec la surdité avec la pose de son implant ; le petit Florentin, très turbulent depuis qu'il a appris qu'il n'est finalement pas compatible avec son frère malade (les médecins ont fait une erreur lors du diagnostic préimplantatoire...) ; Laurence, en difficulté scolaire, qui vit avec ses grand parents rétrogrades : ils lui refusent une greffe de mémoire mais plus tard, elle pourra toujours les attaquer en justice pour perte de chance ! L'attraction du jour, c'est Samuel, tétraplégique. Il se déplace en fauteuil et communique par ordinateur grâce à la pensée. Une chose est sûre : si la médecine tient ses promesses, l'école de demain sera bien différente !

Passée d'un monde organique à une logique cellulaire puis moléculaire, la médecine connaît une explosion de son champ d'investigation et des outils à sa disposition. Face à cette compréhension de plus en plus fine du fonctionnement intime de la machine humaine, tout semble possible : de la régénération des organes aux enfants issus de couples homosexuels. De nombreuses questions surgissent : Quels sont ces nouveaux visages de la médecine du XXIème siècle ? Quels impacts peuvent-ils avoir sur le système de santé ? Sur la manière d'appréhender le corps humain, le vivant ? Si l'analyse d'un brin d'herbe permet de mieux comprendre l'univers, ne perd-on pas de vue la globalité de l'homme à trop descendre dans l'infiniment petit ? La technique ne risque-t-elle pas de mettre en danger ce qui fait le propre de notre espèce : l'humanité ?

Il est très difficile de prévoir ce qui va révolutionner les pratiques et ce qui va tomber dans l'oubli. Beaucoup d'espoirs des décennies précédentes ont été déçus. Les techniques évoluent vite et s'inscrivent dans des logiques industrielles relativement visibles et prédictibles. En revanche, le temps du changement des comportements et des organisations est très long et complexe à anticiper. Lançons-nous !



"L'évolution se fait très sensiblement vers une médecine personnalisée combinant une utilisation fréquente de l'information moléculaire pour poser un diagnostic rapide et la prescription de médicaments très ciblés"

Jean Chabbal, Directeur du département Micro-Nanotechnologies pour la biologie et la santé, LETI-CEA, Grenoble

Entretien réalisé le 14 mars 2007 par Sylvie Mauris-Demourieux

Quel est l'apport des nanotechnologies dans le domaine de la médecine ?

Aujourd'hui, les nanotechnologies sont très importantes dans le domaine du vivant. Elles ouvrent la possibilité d'interagir à l'échelle moléculaire avec les virus, l'ADN, les protéines... On parle même de nanomédecine ! L'enjeu est d'utiliser les nouvelles techniques de miniaturisation issues des micro et nanotechnologies pour développer des applications en santé et créer des ruptures technologiques sur des domaines où les besoins sociétaux sont importants. A côté des recherches en matière de diagnostic in vitro et de laboratoires sur puces, des ruptures s'annoncent en imagerie optique moléculaire, dans la réalisation d'interfaces spécialisées avec les neurones et dans la surveillance à distance de l'activité de patients.

Pourquoi cette recherche de miniaturisation ?

L'avantage immédiat est la réduction du temps de réponse. Prenons un test infectieux : à partir d'une culture de bactérie, il faut attendre 2 jours pour avoir le résultat. Avec les techniques actuelles de biologie moléculaire, il faut 12 heures. Seulement 2 heures sont nécessaires avec les techniques de miniaturisation ! Ce raccourcissement des délais peut être vital dans certains cas comme le choc septique. Autre avantage : la possibilité de réaliser des diagnostics à partir de l'expression des gènes. Lorsqu'on sait qu'une pathologie est liée à une sur-expression de certains gènes, on va rechercher ces gènes surexprimés pour poser le diagnostic. La personnalisation des traitements me semble un troisième point. Il sera possible de cibler le type de pathologie, déterminer le traitement adéquat et suivre la réponse à ce traitement. Enfin, autre atout de taille : la faible invasivité de ces dispositifs !

Selon vous, quel impact auront ces technologies dans 50 ans ?

L'évolution se fait très sensiblement vers une médecine personnalisée combinant une utilisation fréquente de l'information moléculaire pour poser un diagnostic rapide et la prescription de médicaments très ciblés.

L'importance des médicaments à large spectre comme on les connaît actuellement sera moindre. Pour les grandes pathologies comme le cancer, on s'oriente vers des diagnostics fins. On ne parlera plus d'un cancer du poumon mais bien d'un cancer de tel ou tel type localisé dans le poumon. Pour le médecin, les diagnostics par imagerie médicale et in vitro vont devenir de plus en plus interdépendants. Cette présence accrue de la biologie dans l'imagerie impacte aussi le modèle économique. L'acquisition de Bayer Diagnostic par Siemens illustre bien cette tendance des grandes sociétés d'imagerie médicale qui se rapprochent des sociétés de diagnostic in vitro. Par ailleurs, ces dispositifs miniaturisés sont promis à un bel avenir dans les pays en voie de développement, notamment pour les diagnostics infectieux. Plus faciles d'utilisation, ils ne nécessitent pas de gros investissements en terme d'infrastructures et de personnels.

Et du côté des thérapies ?

Plusieurs techniques semblent prometteuses. L'électrostimulation profonde cérébrale est un procédé qui devrait connaître un développement similaire à celui de la stimulation cardiaque et des pace-makers. Avec le Pr Louis-Alim Benabib, du CHU de Grenoble, nous travaillons à la miniaturisation d'un système intelligent qui serait à la fois capable d'exciter les neurones et de procéder à des enregistrements de leur activité électrique. Contrairement à ce qui se fait actuellement, l'ensemble du dispositif (commande, batterie, liaison radio) serait implanté dans le crâne. Concernant les modes de délivrance du médicament, on imagine être capable d'amener le médicament de façon très localisée par utilisation de nanosondes ou par des systèmes physiques qui pourront interagir au niveau local, comme amener des billes d'or au contact d'une tumeur et créer un échauffement localisé pour la détruire.

En matière de diagnostic in vitro, quel est l'état des recherches ?

Pour le diagnostic moléculaire à partir de l'ADN, notre axe de recherche

est de développer des micro-systèmes intégrés pour réaliser un protocole de diagnostic complet : préparation de l'échantillon, amplification de l'ADN par PCR et détection des séquences d'ADN correspondants aux biomarqueurs sélectionnés. Pour le moment, les biopuces commercialisées ne réalisent que la phase de détection et quelques "laboratoires sur puces" intègrent l'amplification et la détection mais pas la préparation de l'échantillon. Il faut encore compter 7 à 10 ans pour la mise sur le marché d'un dispositif complet. Pour ces puces à ADN, apparues il y a une dizaine d'années, les délais de développement pour un produit fiable, robuste et au bon prix ont été très largement sous-estimés.

Ces techniques de diagnostic ont aussi des applications dans le domaine de l'environnement : contrôle de la qualité de l'eau, de la qualité de l'air avec la détection des légionnelles, ou encore en matière de bioterrorisme avec la détection d'agents biopathogènes dans les lieux publics et la mise en place de systèmes d'alerte.

Quels sont les atouts de la région Rhône-Alpes dans ce domaine ?

Rhône-alpes bénéficie d'une combinaison d'acteurs favorables : des CHU importants, des industriels mondiaux du diagnostic et du vaccin avec Sanofi-Aventis, BioMerieux, Merial et Beckton Dickinson, un pôle technologique avec Minatec et des outils de recherche avec l'IBS, l'ESRF..., éléments auxquels il faut ajouter la spécificité du CEA capable de fabriquer à la fois des nanosondes et les instruments pour les détecter. L'ensemble constitue le pôle de compétitivité mondiale LyonBiopole. Notre atout est aussi notre expérience : celle des systèmes implantés, grâce au Pr A.L. Benabib, et notre capacité à travailler de manière pluridisciplinaire. Depuis 10 ans, dans notre département, 170 scientifiques, physiciens, chimistes, électroniciens, biologistes, biochimistes travaillent ensemble sur des projets de micro-nanotechnologies mariant par nature médecine, biologie et technologie.

L'homme dévoilé

Préventive, personnelle, mini invasive, miniaturisée sont les caractéristiques de la médecine à venir, que ce soit dans sa compréhension de l'homme ou dans les outils diagnostics et thérapeutiques.

■ ADN, ARN, mitochondries ... : la caverne d'Ali Baba de l'humanité !

Depuis la découverte de l'ADN, les chercheurs vont de surprises en surprises. L'ADN n'est pas le seul maître à bord et d'autres éléments, tels les divers types d'ARN, se sont révélés avoir un rôle stratégique dans le bon fonctionnement du corps humain. Mieux connaître les gènes responsables de la fabrication des protéines, les relations entre eux, c'est mieux comprendre le pourquoi du comment d'une pathologie : absence, déficience, surexpression ou mutation d'un ou plusieurs gènes, présence de gènes de susceptibilité activés par d'autres facteurs environnementaux, comportementaux... Les applications censées découler de ce savoir semblent immenses mais, pour le moment, c'est surtout le diagnostic qui tire son épingle du jeu. Qu'ils soient pré-implantatoires, à la naissance ou ultérieurs, des tests permettent maintenant de détecter d'éventuelles anomalies génétiques responsables de certaines pathologies gravement invalidantes.

Couplée aux biotechnologies, la pharmacie a vu en la génétique un outil de choix pour la personnalisation des traitements. Il revient à la pharmacogénomique de prévoir l'efficacité et la tolérance au traitement envisagé. Cette année, 40% des nouveaux médicaments lancés sur le marché mondial sont issus des biotechnologies et de plus en plus ciblés : une rude concurrence pour les molécules chimiques. Antibiotiques, sérums et autres vaccins issus d'anticorps ou de protéines voient l'avenir en rose ! Les autres thérapeutiques sont un peu en reste : introduire des nouveaux gènes dans une cellule, bloquer, réparer ou neutraliser le gène responsable d'une maladie sont envisageables en théorie. Mais Dame Nature ne se laisse pas si facilement manipuler : même si la compréhension des phénomènes biologiques, les essais in vitro, les modèles animaux ont donné des résultats satisfaisants, l'essai sur l'homme peut se montrer désastreux ou générer de nouvelles maladies...

■ L'homme du XXI^{ème} siècle : phénix ou salamandre ?

Les cellules souches sont les détentrices d'un secret bien gardé : l'homme a des facultés de régénération insoupçonnées, sans commune mesure avec les capacités de reconstruction bien connues dont font preuve la peau et certains tissus comme le foie ou les muscles. Les cellules souches, lorsqu'elles sont issues de l'embryon, sont capables de se différencier en n'importe quelles cellules caractéristiques des organes du corps humain : cellules du cerveau, de la peau, du sang... Prélevées sur un adulte, leur spectre d'action est plus réduit : ainsi la cellule souche hématopoïétique ne peut donner que des plaquettes sanguines, des globules rouges, divers types de

globules blancs... Les greffes sont les grandes bénéficiaires attendues de ces découvertes en supprimant les problèmes de compatibilité immunologique. Même si, pour le moment, les chercheurs attendent surtout des progrès en matière de médicaments anti-rejet, l'homme peut toujours rêver : sera-t-il immortel demain, perpétuellement régénéré ?

Génétique et thérapie cellulaire sont un terreau fertile pour de nombreuses applications plus ou moins subversives : clonage thérapeutique ou scientifique, naissance d'enfants "médicament-docteur", en passant par le clonage reproductif et les tentations eugénistes.

■ Les nanotechnologies : bienvenue dans la 4^{ème} dimension !

Les nanotechnologies sont des structures microscopiques à l'échelle du nanomètre (un milliardième de mètre soit 100 fois plus fin qu'un cheveu !). De nombreuses applications au domaine de la santé se profilent à l'horizon et la prévention est la première concernée : détection de la pollution dans l'air ou dans l'eau, diagnostic in vitro à l'aide de laboratoires sur puce, voire de "gélules-caméras", étiquettes de médicaments sur écran souple apparaissant par simple pression du doigt sur la boîte, prothèses intelligentes renseignant sur l'état de l'articulation, monitoring à distance des personnes âgées, des malades chroniques, des sportifs... via des capteurs intégrés dans un bracelet ou tissés dans un vêtement...

Le curatif se concentre sur les maladies "du siècle" : cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, Alzheimer, dépression... Tumeurs, plaques d'athérome et autres plaques séniles n'ont qu'à bien se tenir, les thérapeutiques du futur seront de véritables têtes chercheuses attaquant le cœur de la cible ! Pour les maladies du système nerveux, les procédés d'électrostimulation miniaturisés actuellement à l'étude devraient révolutionner la vie des patients. Si la plupart de ces innovations sont en cours de développement, certaines, comme les biopuces, sont déjà commercialisées.

■ Robotique et biomatériaux : Capitaine Crochet est mort, vive l'homme bionique !

Fruit du couplage entre électronique et neurosciences, des expériences isolées mais couronnées de succès laissent entrevoir un avenir cybernétique pour les personnes handicapées. A l'aide de dispositifs de stimulation du cerveau ou des nerfs reliés à une prothèse, ces innovations rétablissent des voies nerveuses de manière artificielle. Bras ou jambe ioniques, oeil, implant cochléaire pour les surdités profondes, suppléance de l'oreille interne, prothèses péniennes... n'en sont qu'à leurs balbutiements. A l'avenir, ces appareils pourraient puiser leur énergie directement au contact du corps humain et se recharger de manière autonome. Ce système est porteur d'espoir pour les personnes victimes du syndrome d'enfermement qui découvrent la possibilité de déplacer un curseur sur un ordinateur et d'écrire par la force de leur pensée !

Côté organes, les perspectives s'emballent ! La prochaine décennie devrait fêter la naissance du cœur artificiel total entièrement implantable et se substituant définitivement au cœur naturel. En parallèle, la recherche s'oriente vers les organes naturels artificiellement créés : recours aux cellules souches, ou même à l'imprimante à jet, non plus d'encre, mais de cellules ! L'idée est de reconstituer l'organe par couches successives en utilisant une imprimante qui projette les cellules en fonction de données transmises par un ordinateur. Pour l'instant, seul l'os humain a été reconstitué avec un traitement similaire¹ par une équipe mixte autrichienne et canadienne ! Le must est bien sûr de recourir aux cellules de l'individu et les banques spécialisées dans la conservation du sang du cordon ombilical, détenteur des fameuses cellules souches embryonnaires, vont sans doute se développer à l'avenir.

■ La chirurgie de l'infiniment petit

Modélisation, imagerie 3D, systèmes de navigation et robots révolutionnent l'acte chirurgical : création d'un clone digital du malade pour simuler l'opération à venir, sécurisation de l'acte chirurgical, guidage du geste du chirurgien... ou robot reproduisant les gestes du chirurgien. Pour Jacques Marescaux, directeur de l'Institut de recherche contre les cancers de l'appareil digestif (Ircad-Strasbourg) et fervent défenseur de la robotique chirurgicale, "une intervention sur le foie, organe très géométrique, pourra se faire dans les cinq ans en auto-

matisation totale ²». Cette piste rend possible des opérations pour lesquelles la main humaine est trop grosse ou des opérations à distance comme l'opération Lindbergh réalisée en 2001 par Jacques Marescaux opérant depuis New York sa patiente à Strasbourg ! Sur la région, c'est Grenoble qui mène le bal grâce au laboratoire TIMS-IMAG et à sa start-up Praxim, devenue le leader européen en chirurgie orthopédique du genou assistée par ordinateur.

Une clinique pour la nanomédecine !

Jean Therme, directeur du Commissariat à l'énergie atomique (CEA) de Grenoble l'a annoncée officiellement : à l'horizon 2010, Minattec accueillera en son sein une clinique expérimentale dédiée aux nanotechnologies répondant au doux nom de Clinattec !

Rassemblant des chercheurs du LETI, des médecins et des biologistes, ce centre ne sera pas un centre de soins proprement dit mais souhaite développer des innovations en nanomédecine et raccourcir les délais entre le concept et l'application au patient. A charge pour les CHU voisins et les industriels intéressés d'assurer les autres phases du développement de ces nouvelles applications. Clinattec se focalisera dans un premier temps sur le système nerveux central et les dispositifs d'électrostimulation pour les maladies de Parkinson, les TOC, la dépression... L'objectif est de chercher une très grande miniaturisation des outils de biopsie, des prélèvements in vivo, des systèmes utilisant des capteurs implantés comme les prothèses auditive ou rétinienne... Tablant sur une moyenne d'un patient par mois, son activité sera suivie par un comité d'éthique.

Contact : Jean Chabbal, LETI-CEA, Grenoble
jean.chabbal@cea.fr

1 - Dans ce cas là, les chercheurs n'ont pas utilisé des cellules osseuses mais un acide projeté sur un film de poudre de ciment avec lequel il réagit pour produire une céramique calquant la forme et l'architecture interne de l'os à reconstruire. L'os est ainsi recréé par couches de 0.1 mm. Une fois vascularisé, ce faux os se dissoudra lentement dans le corps humain et sera graduellement remplacée par de l'os vivant produit par les cellules osseuses amenées par le sang.

2 - "Le chirurgien préparera les gestes de la machine en réalisant l'opération à l'avance sur un clone virtuel du patient, reconstruction en 3D obtenue par imagerie médicale. Il répétera les mouvements jusqu'à parvenir à une opération idéale, enregistrée par ordinateur. Le jour J, le robot n'aura plus qu'à l'exécuter sur le patient."

Le système de santé : simples réajustements ou véritables chamboulements ?

L'élargissement des connaissances associé au développement d'outils ultra performants conduit à s'interroger sur les conséquences à long terme d'une telle révolution. Quels sont les domaines susceptibles d'être impactés et dans quelle mesure ?

■ L'interdisciplinarité, la nouvelle pierre angulaire !

Aucune des évolutions que connaît actuellement la médecine n'auraient pu voir le jour sans une interaction forte entre disciplines scientifiques. Médecine, biologie, mathématique, informatique, physique, électronique, chimie, toxicologie, pharmacologie, technologie... ont besoin les uns des autres et cette tendance va aller croissante. L'Idea's Lab Minatec en a bien compris les atouts. Ce laboratoire, chargé de trouver l'utilité sociale des innovations issues de Minatec, réunit ingénieurs, technologues, industriels, artistes, sociologues, anthro-

pologues, ergonomes et citoyens ! Donner à tous ces spécialistes un minimum de vocabulaire commun (par exemple lors de leur formation) serait bénéfique. De même, les appels d'offres nationaux ou européens devraient mieux prendre en compte cette caractéristique et être moins sectoriels.

A l'hôpital, la restructuration en pôle d'activité plébiscite cette pluridisciplinarité au bénéfice d'une meilleure prise en charge des pathologies et d'appréhension de l'homme dans sa complexité mentale, physique et sociale.

■ Un hôpital tiraillé entre high-tech et hospitalité

Toutes ces nouvelles découvertes et techniques ont un prix très élevé et se rajoutent les unes aux autres. Il ne sera plus possible d'avoir une multiplicité de plateaux techniques sous-utilisés d'un côté, et des files d'attentes de l'autre. Seuls de grands centres hospitaliers pourront investir et rentabiliser l'achat d'appareils d'imagerie ou de techniques opératoires extrêmement coûteux. Déjà amorcée, la restructuration des établissements hospitaliers va s'amplifier et se tourner vers davantage de spécialisation dans le réseau régional avec différents niveaux en fonction des équipements, à l'image des maternités. L'hôpital omnipotent, tentaculaire et parfois déshumanisé est-il promis à une mort prochaine ? Verra-t-on se côtoyer des hôpitaux ultrasophistiqués axés vers les opérations lourdes et techniques (répon-

dant aux exigences du citoyen pour la performance et des industries pour les débouchés économiques) et des hôpitaux de proximité à taille humaine, chargés de l'accueil des plus démunis et des soins primaires, de la coordination des réseaux de surveillance à domicile... ? Parallèlement, ce progrès technologique permettra de développer de nouvelles formes d'hospitalisation tant à domicile qu'en chirurgie ambulatoire. Quelle sera alors la place du médecin ? Une porte d'entrée dans le système de soins comme aujourd'hui ou un interlocuteur central en liaison directe avec les autres pôles, centres de diagnostic et d'analyse, centres d'aide à l'interprétation des résultats et hôpitaux ? En ce cas, n'est-il pas urgent que sa formation lui donne des connaissances en génétique, économie de la santé ou encore communication ?

■ Que devient l'égalité de traitement ?

L'amélioration des soins pourra-t-elle profiter à tous ? Au regard de la qualité, la question de l'égalité de traitement pour une même pathologie pourrait s'avérer moins cruciale si des réseaux de soins sont clairement identifiés, voire labellisés. Côté financier, une information et une réflexion avec le public s'imposent. La recherche utilisant ces nouveaux savoirs est à haut risque financier, les laboratoires pharmaceutiques et les sociétés de biotechnologies attendent un retour sur investissement important. Le coût des nouvelles thérapies est déjà prohibitif ! Etant plus ciblées, elles sont rentabilisées plus lentement. En revanche, ces thérapies impliquent moins d'effets secondaires et sans doute une meilleure adhérence du patient à son traitement.

Qui prendre en charge et pour quoi ? Va-t-on offrir la même couverture financière et thérapeutique à 20 ans et

à 80 ans ? En préservant son autonomie et son maintien à domicile, une greffe de la hanche à une personne âgée ne pèsera-t-elle pas moins sur la collectivité qu'une hospitalisation au long cours ? Il semble évident que l'assurance individuelle va connaître un boom pour la prise en charge de la médecine de confort, des tickets modérateurs trop élevés, des médicaments high-tech... Serait-ce au prix du profilage des patients ? D'un parcours de prévention sans faute : mode de vie sain, vaccins obligatoires quand ils existent (sachant que les vaccins contre les cancers se développent, le dernier sur le marché étant le vaccin contre le cancer du col de l'utérus...) ? D'un contrôle du mode de vie à domicile ? Des questions à ne pas prendre à la légère qui militent en faveur de la mutualisation des risques pour ne pas exclure les plus pauvres et les plus malades.

La tentation de l'homme parfait : entre course au profit et perte d'humanité ?

Face à ces nouvelles perspectives, l'imagination humaine galope et s'enflamme. De vulnérable, soumis aux lois de la nature, l'homme entrevoit une porte vers l'invincibilité, l'immortalité. Qu'ils soient scientifiques, hommes politiques ou simple quidam, la tentation est grande pour certains de se prendre pour Dieu. Mais n'est-ce pas faire prendre un risque considérable à l'humanité toute entière ?

■ Le mythe de l'enfant parfait : Les bébés vont en baver !

Les progrès du génie génétique délivrent des informations clés pour soi-même ou pour l'enfant à venir. Le diagnostic pré-implantatoire ou lors de la grossesse permettent de détecter d'éventuelles mutations et anomalies génétiques responsables d'affections congénitales, d'handicaps ou prédisposant l'enfant à ces pathologies. Dans certains cas, les parents peuvent choisir entre donner la vie ou l'arrêter. Choix inhumain car il est impossible d'estimer la valeur d'une vie et la richesse des éventuels échanges à venir. Les législations européennes définissent clairement ce qui relève d'un avortement thérapeutique. D'autres sociétés, en raison de facteurs socio-culturels et économiques, tolèrent le choix du sexe. Résultat, la Chine ou l'Inde ont maintenant des ratios féminin-masculin significativement déséquilibrés et les jeunes filles à marier se font rares... Aux USA, la législation laxiste du marché de la fertilité laisse se profiler une sélection sournoise avec les fameux "dons" d'ovules. Taille, âge, couleur des cheveux, des yeux, race, intelligence validée par des diplômes, aptitudes physiques sont soigneusement étudiés par les acheteurs et les prix peuvent atteindre 26000 euros pour un "don"! Un marché en pleine expansion quand on sait que les femmes retardent de plus en plus l'âge de procréer.

Grâce aux efforts conjugués du clonage et des cellules souches, le bébé business va pouvoir proposer des enfants

à tous ceux qui ne peuvent pas en avoir : conjoint atteint d'aspermie, couples homosexuels... Si le consensus est pour l'instant relativement unanime contre le clonage reproductif, la demande ne peut que grandir. Entre les voix du libéralisme à tout crin réclamant une totale liberté pour les parents de choisir l'enfant qu'ils veulent et l'interdiction au nom de la morale, quelle place reste-il pour une pratique raisonnée ? Ce qu'un pays interdit, l'autre l'autorise. En cause ? Les différences culturelles en matière de conception et de valeur de la vie, l'impossibilité d'arrêter la science et la course aux débouchés économiques ! Le problème s'est posé clairement pour l'utilisation des cellules souches embryonnaires. Interdites en France, elles ont finalement été autorisées sous certaines conditions : peur de prendre trop de retard dans les recherches, de devoir dépendre de brevets déposés par d'autres... En tout état de cause, ceux qui souhaiteraient bénéficier de ces techniques le pourront, s'ils en ont les moyens !

Le débat sur le clonage et l'utilisation des cellules souches embryonnaires n'est-il pas proche du débat passionné suscité par la fécondation in vitro et les premiers bébés-éprouvettes, ou de celui sur l'utilisation des foetus et tissus embryonnaires aux fins de recherche ? Près de 30 ans plus tard, ces pratiques semblent entrées dans les mœurs.

■ Les ridés contre les liftés ?

Dans un contexte socio-économique voué à la compétition, à la performance, au culte du moi, du corps beau, jeune et sain, nombreux sont ceux qui rêvent de coller à ces projections. Aux orties, haltères, vélos et rameurs en tout genre ! Adieu complexes vitaminés et dopage chimique ! Place aux prothèses, aux puces de mémoire, aux implants nerveux... Si cette perspective effraie certains, d'autres s'en réjouissent. Partisan de la transformation de l'homme, le transhumanisme est un courant né aux USA dans les années 80. Pour ses adeptes, la nature n'est pas intangible. L'homme naît imparfait et toutes ces nouvelles technologies vont permettre à l'humanité d'atteindre un stade de développement bien supérieur. Nos descendants ne seront pas seulement humains mais n'ayons crainte, c'est pour notre bien ! L'homme peut-il s'hybrider sans conséquences graves pour son humanité que beaucoup rattachent justement à sa faiblesse et sa finitude ? Et que va devenir la notion de soi ? Pour Jürgen Habermas, philosophe et sociologue allemand, les manipulations génétiques, même sur l'embryon, menacent l'autonomie de l'individu. Il prône le développement d'une éthique de l'espèce humaine pour anticiper les dérives qui ne manqueront pas de survenir.

Les termes de capital humain et de ressources humaines prennent tout leur sens sous le prisme de l'homme transformé et de celui qui ne l'est pas.

Ce bref aperçu des possibilités ouvertes par la médecine de demain peut laisser à penser que l'individu va vivre vieux, très vieux, en repoussant toujours plus loin les limites de la souffrance et de la décrépitude liées à l'âge. Des hordes de personnes âgées liftées et bronzées vont-elles rivaliser avec leurs arrières-arrières petits enfants ? Certains sont animés d'une telle foi dans le progrès humain qu'ils ont décidé de congeler leur corps, malade ou non, en attendant l'avènement de la science. Attirant de nombreux chercheurs, la cryogénie espère que la science et notamment les nanotechnologies pourront régénérer tissus et organes au niveau moléculaire, voire même inverser les effets du vieillissement ou des maladies ! Ceux qui rêvent d'un nouveau corps, ou qui ne sont pas assez riches pour financer la cryogénisation du corps entier, peuvent opter pour une conservation du cerveau... La mort serait donc une frontière qui ne paraît définitive que parce nous ne la comprenons pas ?

■ Quid du principe de précaution ?

L'essor de ces mouvements prouve qu'il est urgent de mener une réflexion large sur les questions du sens de la vie, de ce qui fait sa valeur et de la responsabilité de chacun. L'homme modifie son rapport au vivant et à soi. Il se considère comme supérieur à toutes les autres espèces, cela lui donne-t-il le droit de disposer du vivant et de la nature ? Dans son livre "Les Scientifiques : Entre pouvoir et savoir", Jean-Jacques Salomon reproche aux scientifiques, souvent à la source des plus grandes mutations techniques et sociales, de nier toute responsabilité face aux conséquences des savoirs qu'ils délivrent. Il parle d'une communauté du déni qui, pour une grande part, ne saurait résister aux attraits et pressions du complexe militaro-industriel qu'ils nourrissent et dont ils sont tributaires.

Les risques ne sont pas pour le moment une préoccupation majeure sauf pour le public. La part consacrée à cette question pour les nanotechnologies représente à peine 1% de l'ensemble des investissements de recherche du domaine en Europe ! Les conséquences de la pénétration des nanoparticules dans l'organisme sont méconnues et pourtant, près de 1400 types sont utilisés dans 700 produits quotidiens et dans l'imagerie médicale ! Si en France, on est méfiant, n'oublions pas que d'autres pays sont pro-nano : à Taiwan, "nano inside" est un argument marketing !

Pour en savoir plus, consultez l'Agenda !

7 juin 2007 Journée éthique : "biotechnologies et mondes possibles"

19-21 septembre 2007 Surgetica 2007 (Gestes Médico-Chirurgicaux Assistée par Ordinateur)

3-4 décembre 2007 : les 20^è Entretiens du Centre Jacques Cartier proposent trois colloques :
«Repenser la pratique clinique et transformer les organisations»
"Médecine régénératrice : cellules souches et matrice extra-cellulaire"
«Nanosciences et nanotechnologies : quelles ruptures ?»

5 au 8 Décembre 2007 : Congrès de la Société Francophone de la transplantation

■■■ Informez-vous

→ Ouvrages

"Les nouvelles frontières de la santé. Comment serons-nous soigner demain ?", Didier Tabuteau avec Paul Benkimoun, Editions Jacob-Duvernet, 2006

"Les Nouvelles Thérapies" sous la direction d'Yves Michaud, Université de tous les savoirs, Odile Jacob, 2004

"Les Scientifiques : Entre pouvoir et savoir", Jean-Jacques Salomon, Albin Michel, 2006

"Le secret de la salamandre. La médecine en quête d'immortalité ?", Axel Kahn, Fabrice Papillon, NiL éditions, 2005

"La médecine sans le corps. Une nouvelle réflexion éthique", Didier Sicard, Plon, 2002

→ Articles

Dossiers Nanotechnologies & Santé,
www.cnrs.fr/cw/dossiers/dosnano/accueil.htm

Dossier "La guerre des idées", Sciences Humaines, n°178, janvier 2007

Les dossiers de la recherche "Sciences à risque", n°26, février-avril 2007

Dossier "Il est né le divin enfant", Courrier International n° 842-843, 3-01-2007

Cryogénie
[//fr.wikipedia.org/wiki/Cryogénie](http://fr.wikipedia.org/wiki/Cryogénie)

Transhumanisme
[//fr.wikipedia.org/wiki/Transhumanisme](http://fr.wikipedia.org/wiki/Transhumanisme)

"Des os fabriqués avec des imprimantes à jet d'encre", Pauline Gravel,
www.ledevoir.com/2007/03/09/134164.html

"Imprimantes : du jet d'encre au jet de cellules" - fev 2006

"Missing a few brain cells? Print new ones", Will Knight, New Scientist n°2536, janv. 2006

"La médecine du futur s'invente en Alsace", Le Point, 13 avril 2006

→ Rapport

NANOSCIENCES ET PROGRÈS MÉDICAL,

www.senat.fr/rap/r03-293/r03-293.html

Un rapport de Jean-Louis Lorrain et Daniel Raoul, au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et techniques.

→ Sites et médias

www.minatec.com

Un site très fourni sur le pôle Minatec, pôle européen d'innovation et d'expertise en micro-nanotechnologie, son activité, l'environnement local, les actualités, les publications du domaine.

■ ■ ■ Approfondissez sur millenaire3.com

→ Fiches de synthèse

"Génétique et biotechnologies : l'avenir de la prévention ?"

Sylvie Mauris-Demourieux, Agenda Santé- supplément- n°5, octobre 2005.

→ Interview

Elisabeth Ducottet

PDG de Thuasne.

"Les nanotechnologies ouvrent de réelles perspectives pour développer des textiles médicaux intelligents !"

Propos recueillis par Geoffroy Bing (Nova7), le 22 septembre 2006.

Pierre Miossec

Unité d'Immunologie clinique, hôpital Edouard Herriot, Service de rhumatologie, directeur de l'unité mixte de recherche HCL-bioMérieux "immunogénomique et inflammation".

www.transhumanism.org

Site de l'Association Transhumaniste Mondiale (ATM) fondée en 1998, qui promeut une approche interdisciplinaire pour comprendre les voies qui permettront à l'homme de surmonter ses limites biologiques par les progrès technologiques.

"La pharmacogénomique aurait pu être affichée comme priorité de la région Rhône-Alpes. Lyon a un atout qui mériterait un affichage clair."

Propos recueillis par Sylvie Mauris-Demourieux, le 9 août 2005

Marc Girard

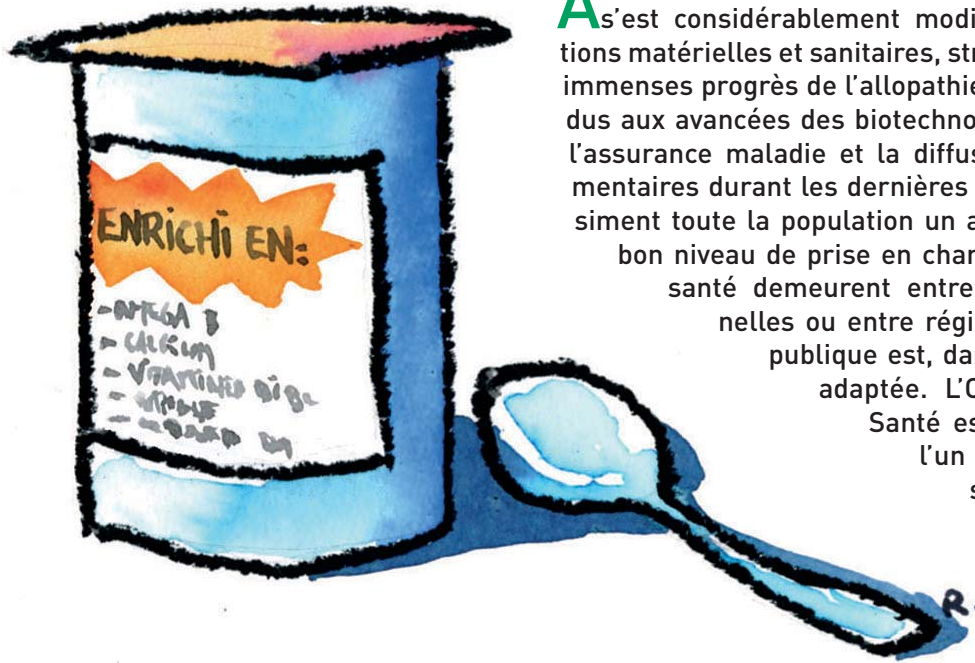
Ancien Directeur général de la Fondation Mérieux et professeur à l'Institut Pasteur, connu notamment pour ses recherches sur le vaccin contre le sida.

"Aujourd'hui, nous disposons d'une panoplie de nouveaux outils qui découlent non pas de l'immunologie, mais de la biologie moléculaire"

Propos recueillis par Cédric Polère et Laure Bornarel, le 31 janvier 2005

ATTENTES ET PRATIQUES EN SANTÉ : BOUQUET DE TENDANCES

Par Laure Bornarel



Au cours du siècle dernier, le rapport de l'homme à la santé s'est considérablement modifié. Amélioration des conditions matérielles et sanitaires, structuration de l'offre de soins, immenses progrès de l'allopathie et, plus récemment, espoirs dus aux avancées des biotechnologies... La généralisation de l'assurance maladie et la diffusion de couvertures complémentaires durant les dernières décennies permettent à quasiment toute la population un accès aisé aux soins, avec un bon niveau de prise en charge. Certes, des inégalités de santé demeurent entre catégories socioprofessionnelles ou entre régions, mais la prise en charge publique est, dans l'ensemble, élevée et bien adaptée. L'Organisation Mondiale de la Santé estime même que nous avons l'un des meilleurs systèmes de soins au monde ! Résultat, l'état de santé des français s'est amélioré, comme en témoigne la forte augmentation de l'espérance de vie sans incapacité : 84 ans pour les femmes et 77 ans

pour les hommes. Avec le phénomène actuel de vieillissement de la population, la santé n'a jamais autant compté : 88% des français y accordent de l'importance, et 47%, beaucoup d'importance ! Et 60% pensent que le secteur de la santé contribue à la croissance économique du pays : hôpital, matériel médical, soins, consultations, médicaments...

Dans les faits, comment cet intérêt se traduit-il individuellement ? La priorité, pour tout un chacun, c'est d'abord d'avoir la santé ! L'éducation, la promotion de la santé et la prise d'âge aidant, il s'agit ensuite de « préserver son capital santé ». Quand les ennuis commencent, c'est là que se manifestent les attentes envers le système de soins. Correspond-il aux besoins du malade ? Offre-t-il la souplesse, la performance et l'accès au pluralisme thérapeutique souhaité ? Se trouve-t-il en concordance avec les dernières évolutions sociétales ? En réponse, quelles sont les pratiques des français ? Conduites à risques, comportements de prévention, type de recours au système de soins... Collectivement, quels sont les principaux changements à anticiper en matière de santé ? Sommes-nous prêts ? Quelques clefs de lecture.

Des problèmes humains comme les ruptures amoureuses ou les décès sont médicalisés, faute de laisser le deuil s'accomplir, faute de pouvoir accepter que l'individu ne soit pas au top...

Paul Ariès, politologue, auteur de « Le Mésusage » (Parangon, 2007) et « Décroissance ou Barbarie » (Golias, 2006).

Entretien le 2 mars 2007 par Laure Bornarel

Quel est votre avis sur notre approche collective en matière de santé ?

Nos conceptions et pratiques médicales et sanitaires ne sont pas séparables de l'évolution de l'ensemble de la société. Du point de vue social et économique, la tendance est à la marchandisation et au « toujours plus ». Une conception « machinique » et « biologisante » du corps est développée, en oubliant la dimension sociale. La guerre mondialement menée contre la psychanalyse est symptomatique de cette évolution. Les méfaits de la « malbouffe » ne sont ainsi envisagés que du point de vue de la révolution du contenu de l'assiette (les nouveaux produits), en oubliant la révolution de notre rapport à l'alimentation. Du point de vue symbolique, la tendance est au culte de la santé parfaite. Il y a un refus collectif de vieillir et de mourir... Notre société oublie que l'homme n'est grand que dans le respect de ses faiblesses (de ses plus faibles et de la part faible de chacun). La médecine officielle adopte des fantasmes de toute-puissance et l'idée d'un monde sans limites. Elle évacue la mort, non seulement du point de vue de l'imaginaire mais aussi des rituels. Alors qu'il faudrait au contraire redonner à notre caractère mortel sa centralité pour redevenir pleinement des humains. Nous avons, dans le domaine médical comme dans les autres dimensions, totalement sombré dans la démesure, ce que les Grecs anciens considéraient être le péché suprême.

Que voulez-vous dire par là ?

Un individu qui n'est pas capable de se donner des limites va obligatoirement les chercher dans le réel : conduites à risque, toxicomanie, suicide, etc. Une société incapable de se donner des limites va aussi les chercher dans le réel : explosion des inégalités, épuisement des ressources, réchauffement planétaire, etc. Que peut donc vouloir dire renouer avec le sens des limites dans le domaine médical ? S'agit-il de laisser mourir les malades ? De limiter l'accès aux soins ? De favoriser l'euthanasie ? Je pense que c'est plutôt une invitation à analyser autrement la situation actuelle. La science peut

être, à juste titre, fière des progrès de la médecine. Tout concourt pourtant à prouver que nous sommes parvenus à un pic à partir duquel la situation sanitaire des masses va se dégrader (santé physique et mentale). La responsabilité en incombe autant aux lobbies de la santé qu'à l'idéologie de la Grande Santé dénoncée par Lucien Sfez. Notre société marchande et technicienne produit les humains qui vont avec, y compris avec la demande sociale médicale qui lui sert. Le refus de vieillir et de mourir, emblématique du défi de toute finitude, est ainsi exploité par une industrie parvenue à allonger la durée de vie en refoulant les questions sur cette fin de vie. Ce système de santé est voué à l'échec dès lors qu'il refole la mort. Cette mort refoulée ne peut que revenir nous saisir à la gorge, par exemple, sous la forme du discours sur le droit à choisir sa mort. Je suis totalement hostile à l'idée que nous serions propriétaire de notre corps et que nous pourrions généraliser l'euthanasie. Nous devons tout au contraire développer une autre conception de la fin de vie notamment en investissant dans les soins palliatifs.

Pourquoi serions-nous arrivés à un pic à partir duquel la situation sanitaire générale va se dégrader ?

Notre société consomme au bas mot 10% de ses ressources pour la santé. Or, on sait que, non seulement presque la moitié des médicaments sont inefficaces, mais qu'ils tuent bien davantage que la voiture. Le Pr Belpomme estime, par exemple, que la moitié des maladies actuelles sont des maladies de civilisation. On ne cesse d'inventer des maladies pour vendre de nouveaux médicaments, pour faire prospérer certaines spécialités. Des problèmes mineurs comme la timidité ou les syndromes prémenstruels sont de plus en plus systématiquement médicalisés. Des problèmes humains comme les ruptures amoureuses ou les décès sont aussi médicalisés, faute de laisser le deuil s'accomplir, faute de pouvoir accepter que l'individu ne soit pas « au top »... Changer la façon dont on perçoit ses propres troubles ou défauts est un

marché sans fond car, comme le prouve Canguilhem, il n'existe pas de frontière fixe entre le normal et le pathologique. Nous allons donc vers un toujours plus médical. Avec 5% de la population mondiale, les Etats-Unis consomment 50% des médicaments mondiaux : peut-on sérieusement penser généraliser cette politique ? Une politique non universalisable est-elle acceptable moralement et supportable socialement à l'heure de la mondialisation ?

Quelle(s) alternative(s) proposez-vous ?

Si nous voulons marier le principe Responsabilité et le principe Utopie, nous devons réinventer un nouveau paradigme. Comment respecter les contraintes environnementales et notre souci de justice sociale sans un retour au politique ? Nous devons défendre la (quasi) gratuité des soins et interdire toutes les formes de mésusage médical. Comment mettre concrètement en œuvre ce principe de gratuité du bon usage ? Déjà en constatant qu'il n'existe pas de définition objective ou moraliste, c'est à la société de dire ce qu'il en est. Ensuite en notant que l'enjeu est d'en finir avec le consommateur médical comme avec le consommateur de toute chose. Nous devons inventer un usager maître de ses usages, individuellement et collectivement. La société de consommation a imposé le consommateur médical comme elle a imposé le consommateur de produits alimentaires contre le mangeur, le consommateur de produits touristiques contre le voyageur, etc. Si nous n'y prenons pas garde, nous allons non seulement vers une société liberticide au nom du culte de la santé parfaite, mais aussi vers une société qui ne tolérera plus les faiblesses et les faibles (handicapés, malades, mourants...) au nom de l'efficacité et d'une esthétique de la puissance et de la pureté. Face à cela, il faut réaffirmer la centralité de la pluralité des temps humains. Nous devons mettre l'accent sur la prévention et plus largement encore sur la qualité et la joie de vivre.

Un bon système de soins... un rien dépassé

L'OMS n'est pas la seule à plébisciter notre système de santé. Les français eux-mêmes approuvent la qualité des soins à 75% lors d'une hospitalisation et à 87% lors d'une consultation ! Globalement satisfaite, la population tend à ranger l'accès au système de santé parmi les avantages acquis. Mais l'insuffisance du financement public et la pénurie de médecins sont de plus en plus ressenties comme des menaces par les français². Des craintes qui apparaissent comme justifiées...

■ Quid de la prise en charge des papys boomers ?

Facilitées par la quasi gratuité du système, les dépenses de soins sont montées en flèche depuis une quarantaine d'années. De 3,5% du PIB en 1960, elles sont passées à 8,9% en 2002 ! La France se situe parmi les pays qui consacrent la part la plus importante de leur richesse aux dépenses de santé : la part remboursée par l'Assurance Maladie a connu une évolution à peu près similaire à celle des dépenses, nonobstant quelques ajustements du ticket modérateur. Au niveau national, l'évolution a été financée par une vive augmentation des prélèvements sur les revenus d'activité. Bien acceptée lorsque le pouvoir d'achat des ménages progressait encore, la levée des recettes se fait aujourd'hui dans un climat nettement plus dubitatif : seuls 48% des français pensent que le montant des prélèvements est sensiblement équivalent aux prestations disponibles. Le système de soins fait depuis quelques années l'objet de critiques sévères, autant de la part des professionnels de santé que des usagers. La qualité ne serait pas toujours à la hauteur des investissements et l'offre apparaît comme

éclatée et mal coordonnée. L'avenir s'annonce morose : les dépenses de soins vont vraisemblablement augmenter. Le passage des plus de 85 ans de 1,2 à 1,4 millions va entraîner une inflation des polyopathologies et maladies du vieillissement (Alzheimer...). La demande de soins va exploser. Dans les pays de l'Union Européenne, la dépendance et l'incapacité des personnes âgées représentent déjà près de la moitié des coûts de santé ! La répercussion de la pyramide des âges sur le système de soins a été, selon les français, plutôt mal anticipée : 66% considèrent la prise en charge actuelle des seniors comme moyenne ou mauvaise, et 80% estime l'aide publique insuffisante. Les besoins désignés comme prioritaires sont l'accroissement du nombre d'aides à domicile et la construction de maisons de retraites adaptées à l'état des personnes les plus dépendantes. Qui doit payer ? 58% des français estiment que la prise en charge doit être mixte, avec une part de financements publics et une mise à contribution personnelle...

■ Les « soignants », une espèce en voie de disparition ?

La question de la baisse de la démographie médicale et paramédicale est prégnante. Dans les 6 ans à venir, 40% des soignants travaillant dans les hôpitaux, la médecine de ville ou les cliniques privées vont partir à la retraite. L'impact sera d'autant plus brutal que les besoins de soins vont croissants, que l'effet « 35h » continue de se faire sentir et que la répartition médicale sur le territoire est très inégale. Comment pallier la désaffection qui s'annonce ? Le recours aux compétences internationales est une piste : 10 000 autorisations de « plein exercice »

ont déjà été délivrées à des médecins étrangers, pratiquement autant sont en cours de régularisation. Néanmoins, l'instauration d'Etats Généraux de la Santé s'impose comme une nécessité : formation et parcours des professionnels, partage des tâches, adaptation des pratiques et des modes de prises en charge... Des solutions durables ne pourront émerger qu'après une mise en débat national des enjeux et des alternatives possibles à adopter.

L'avènement du patient « consomm'acteur »

La santé est une préoccupation en hausse pour l'ensemble des citoyens. Le domaine n'a pas échappé aux principales évolutions de notre société consumériste. Individualisation, performance et immédiateté se doivent d'être au rendez-vous.

■ Des patients qui prennent en main leur santé

Le patient dispose désormais d'un accès aisé à l'information médicale avec la multiplication de la presse spécialisée et de sites Web dédiés. Depuis sa création en 2000, www.doctissimo.fr, le leader du secteur en la matière, aurait vu son nombre de visiteurs doubler chaque année. 31% des français surferaient ainsi régulièrement sur des sites de santé. Un phénomène qui n'est pas sans conséquences sur le fameux colloque singulier entre le praticien et son patient ! Légitimé par la loi Kouchner 2002 sur le droit des malades, le patient demande une meilleure relation de proximité avec son médecin : 93% des usagers consultés aimeraient plus d'explications sur leur pathologie, si possible dans un langage simple et compréhensible³. Le droit à une information éclairée est réaffirmé pour une meilleure association à la décision thérapeutique. Les patients souhaiteraient à 78% être informés de l'évolution de leur maladie en obtenant la globalité et non seulement une partie des informations. 76% apprécieraient même que leur médecin reconnaisse les limites de son expertise ! Un besoin de transparence qui ne semble pas encore être bien pris en compte par les praticiens. A défaut, les français aimeraient pouvoir rester maîtres de leurs décisions en matière de consultation : 50% seraient prêts à payer

plus pour avoir davantage de liberté dans le choix du soignant. Et le remboursement intégral du « deuxième avis » est une attente qui semble tout à fait légitime pour 64% des citoyens... En attendant, les français sont de plus en plus sollicités financièrement, notamment pour certains actes chirurgicaux : au cours des trois dernières années, 41% des usagers ont dû payer un supplément non remboursé. Plus grave, 8% ont été confrontés à la demande d'un dessous de table, par exemple pour raccourcir des délais d'opération... Alors, comme dans chaque pays où le système de santé ne répond pas (sur des critères qualitatifs ou économiques) ou pas assez vite aux besoins de la population, les Français vont faire effectuer des actes de soins ailleurs. Terre d'accueil pour de nombreux malades étrangers, la France voit à son tour ses habitants participer au tourisme sanitaire. Des mouvements de patients ayant recours aux dentistes des pays de l'Est ou aux chirurgiens esthétiques de la Turquie ont déjà été enregistrés. Un phénomène encore minoritaire qui pose des questions de validation des compétences, de contrôle des conditions sanitaires à l'étranger et de suivi en cas d'insatisfaction... A quand la création d'un organisme de gestion des flux sanitaires dans l'Union Européenne ?

■ Une société habituée aux prouesses de la médecine

Les progrès de la médecine ont été spectaculaires ces dernières années, et, avec la révolution de la biologie moléculaire et des nanotechnologies, de nouvelles avancées restent à prévoir. Imagerie médicale, chirurgie assistée par ordinateur, greffes... Le patient français est accoutumé à une médecine de haut vol. Son exigence n'en est que renforcée. La prise en charge doit être immédiate, quelque soit le niveau de gravité de l'affection ou de l'organe endommagé : l'engorgement régulier des urgences la nuit ou les week-ends l'atteste. Négligences et irresponsabilités n'ont plus droit de cité. De l'affaire du sang contaminé aux infections nosocomiales, les scandales sanitaires ont été collectivement dénoncés. Les erreurs du corps médical sont moins bien tolérées : les procès se sont généralisés. L'usager a développé une certaine méfiance envers les pouvoirs publics et les professionnels de santé. L'apparition des premiers dossiers médicaux et pharmaceutiques en ligne soulève bien des résistances. Et l'essor de la médecine à distance n'est, lui non plus, pas gagné : 78% des français déclarent être contre le développement des consultations médicales par Internet et 57% ne font pas confiance aux diagnostics à distance (lorsqu'un généraliste transmet les données d'observation et les résultats d'examen d'un patient à une plateforme technique qui analyse le tout et rend un diagnostic). Par contre, 66% sont prêts à se faire opérer par un chirurgien généraliste dans un établissement de proximité si celui-ci est directement conseillé par vidéo-transmission par un grand spécialiste.

L'attrait des médecines alternatives

1 Français sur 2 aurait déjà eu recours au moins une fois aux médecines alternatives, et 1 personne sur 3 les utiliserait régulièrement... Les raisons de l'engouement sont multiples. Accusée d'être trop technique voire déshumanisée, la médecine officielle se révèle peu efficace pour la prise en charge des maladies chroniques comme le diabète, les troubles mentaux et les maladies cardio-vasculaires.

Le médecin est réputé accorder peu de temps à son malade, 16 minutes en moyenne⁴. A l'opposé, le thérapeute alternatif est ressenti comme plus amical. Il écoute et consacre davantage de temps à la consultation. Son approche est globale : chacun possède sa propre constitution et sa propre histoire, qui seraient à la source des « causes de la maladie » et des traitements. Enfin, des associations sont couramment faites entre médecines alternatives, nature et vitalisme (renforcement ou rééquilibrage de l'énergie vitale), ce qui peut attirer certains types de patients.

En France, acupuncture, homéopathie et ostéopathie exceptées, les pratiques alternatives relèvent de l'exercice illégal de la médecine. Un positionnement politique qui laisse perplexe lorsqu'on sait que des millions de personnes consultent des dizaines de milliers de thérapeutes... L'absence d'encadrement et d'évaluation n'est, en effet, pas sans impact sur la sécurité sanitaire. Et la rareté des recherches sur les pratiques alternatives interroge. Celles-ci ont en général une conception préventive de la santé. Pourquoi ne pas les intégrer à la médecine officielle pour une meilleure prise en charge du patient ?

3 - Sondage IPSOS du 8-9 décembre 2006

4 - DRESS, 20002

Quand la santé devient un argument de vente

La préoccupation du consommateur pour sa santé est une tendance largement repérée et exploitée par l'industrie agro-alimentaire. A juste titre car, en France, le taux d'obésité atteint près de 14% chez les jeunes âgés de 4 à 16 ans. La prévalence atteint 17% (enfants et adultes confondus) dans les foyers disposant d'un revenu mensuel inférieur à 900 euros par mois. Les populations défavorisées privilégient, en effet, les produits à forte densité énergétique : le prix est plus avantageux, mais ils sont souvent de mauvaise qualité nutritionnelle. La peur de l'obésité chez le consommateur (et l'obsession de la minceur, notamment chez les femmes) contribuent à l'explosion des ventes de produits dits « aliments santé ». Les produits « allégés » en matière grasse et en sucre ont ainsi connu une très forte progression ces dernières années (+ 19% en volume en 2004), alors même que les allégations mises en avant sont loin d'être justifiées au plan nutritionnel.

1970 → apparition des différents régimes pour avoir un corps svelte.

1980 → vague des produits allégés de toutes sortes (matières grasses, caféine, sucre, alcool...)

1990 → valorisation des profils nutritionnels, essor des produits enrichis (fibres, vitamines, minéraux, protéines...)

1995 → alicaments

Avec l'apparition des alicaments (contraction d'aliments et de médicaments), une étape supplémentaire a été franchie. Yaourts au bifidus actif, beurre aux oméga 3, jus de fruits multivitaminés... Artificiellement enrichis en nutriments divers, les alicaments sont des aliments à qui l'on prête des vertus spécifiques pour la santé : rétablissement du transit intestinal, lutte contre le mauvais cholestérol, etc. En pratique, le bénéfice reste à prouver. Chaque nutriment possède une place définie au niveau des apports journaliers recommandés, normalement couverts par une alimentation diversifiée. L'intérêt d'une augmentation artificielle d'un de ces apports reste à priori relatif. De plus, la nutrition humaine est complexe, et il peut y avoir des interactions imprévues entre les divers composants. Cela n'empêche en rien le marché des alicaments d'augmenter de 20% tous les ans, avec des nouveautés toutes plus « scientifiquement prouvées » les unes que les autres. C'est là que le bât blesse. En Europe, interdiction est faite de présenter des produits avec des allégations faisant état de prévention, traitement ou guérison de maladie humaine. Quant à la récente obligation d'émailler les publicités pour les boissons ou les produits sucrés de messages sanitaires, suffira-t-elle à ralentir leur consommation ? La puissance économique de l'industrie agro-alimentaire permet actuellement de contenir toute réglementation visant à réguler une offre alimentaire surabondante, peu lisible pour le consommateur et dont certains produits s'avèrent même nocifs pour la santé. Un choix de société, lorsqu'on sait qu'en moyenne, une personne obèse dépense 27% de plus en médecine de ville, 39% de plus en pharmacie et comptabilise deux fois plus d'arrêts maladie de longue durée qu'une personne de poids normal...

Santé et médecine : quelques pistes pour redresser la barre

Alors, l'avenir de la santé des français ? Ce n'est tout d'abord pas celui du système de soins. Comme l'affirme la célèbre citation de l'OMS, la santé se définit comme un « état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». Avant de s'occuper de l'organisation sanitaire, l'urgent n'est-il pas de préserver l'état de santé de la population ?

■ Miser davantage sur la prévention

Les français s'avèrent fatalistes face à la maladie. 2 personnes sur 3 croient que celle-ci ne peut être évitée une fois déclarée. La maladie, ce serait le hasard, la malchance... La santé, c'est autre chose ! Cette fois, 3 personnes sur 4 déclarent être vigilantes à son égard. Massivement, les Français estiment facile de l'entretenir par le seul jeu de la volonté. Le paradoxe est donc considérable entre la santé vécue comme proche et objet d'entretien et la maladie survenant dans des conditions inopinées et imprévisibles. Tabac, alcool, qualité de l'alimentation, contextes sociaux et environnementaux sont autant de paramètres à intégrer dans l'énorme champ de la prévention et du dépistage. A éviter, la prévention dite d'« affichage politique » ! Pourquoi ne pas se donner les moyens de faire un travail de fond, ne serait-ce qu'en relevant le niveau des budgets affectés aux épidémiolo-

gistes ? Ce n'est qu'en intégrant les spécificités de chaque catégorie de population que les « préventeurs » pourront atteindre leur cible. La mutualisation des actions de prévention menées depuis la création des Plans Régionaux de Santé Publique (loi d'août 2004) vont dans ce sens, mais la route est encore longue. Seuls 49% des français ont fait un dépistage (sur incitation ou de leur propre initiative) durant les 5 dernières années. Par contre, et c'est bon à savoir, un programme de surveillance de la santé tout au long de la vie intéresse 58% d'entre eux, surtout s'il est remboursé (dont 42%)... Un outil qui serait également un bon indicateur des effets à moyen et long terme de mesures de prévention, souvent seulement conçues pour des périodes coïncidant avec celles des mandats !

■ Restructurer l'hôpital

Ceci étant dit, l'avenir du système de soins et, notamment, celui de l'hôpital (50% des dépenses de l'Assurance Maladie) reste à débattre. Public ou privé, l'hôpital est d'abord tourné vers la pathologie aiguë et les déstabilisations médicales brutales. Si de véritables efforts ont été faits ces dernières années en matière d'humanisation (lutte contre la douleur, soins palliatifs, éducation thérapeutique...), les établissements de soins ne sont actuellement pas structurés pour la prise en

charge des maladies chroniques. Or, qu'elles soient liées ou non au vieillissement, leur champ augmente sans cesse, et leur prise en charge à l'hôpital se réduit souvent à un vrai parcours du combattant. C'est donc dans les murs et hors les murs des établissements de soins que cette problématique doit être revue. En aval, réaménagement de la structuration hospitalière, promotion des réseaux de santé, multiplication des actes de soins à domicile...

■ Réinvestir dans le domaine de la recherche médicale

... Et en amont, développement des technologies sanitaires ! Dépistage des cancers, thérapie génique, nanomédecines : il y va à la fois du progrès médical mais aussi de la capacité de la France à disposer d'un secteur d'innovation économique bénéficiaire. La progression des connaissances scientifiques et les nouvelles technologies constituent encore et toujours des espoirs thérapeutiques : prise en charge de maladies rares, réduction des handicaps, etc. 81% des français pensent que le montant des investissements alloués à la recherche

médicale doit être augmenté, principalement par des investissements publics ! S'il est vrai que tirer sur la recherche publique est devenu, en France, un sport national, le montant des investissements, les salaires des chercheurs, la durée des contrats et les capacités à s'intégrer dans des programmes européens ou internationaux sont, réellement, à réexaminer. Car l'enjeu se situe désormais à ce niveau : innovations et surveillances sanitaires se dessinent aujourd'hui à l'échelle planétaire.

Publications

En 2004, la part mondiale des publications françaises s'élevait à 4,8% en biologie fondamentale (contre 5,6% en 1996) et à 4,5% en recherche médicale (5,6% en 1996). Dans ces deux disciplines, le Royaume-Uni atteignait des scores de 7,2% et 8,8%, et l'Allemagne de 6,5% et 7%.

Brevets

En 2004, la France a déposé 5,9% de brevets mondiaux en pharmacie et biotechnologies. Le Royaume-Uni en a déposé 5,7% et l'Allemagne 10,9%.

Montant des investissements

L'effort de recherche américain par habitant en sciences du vivant, qui était, en 1999, le triple de celui de la France, est aujourd'hui 4,5 fois plus élevé. Au Royaume-Uni, la part des financements publics alloués à cette discipline est passée, durant la même période, de 36 à 45 %.

■ Développer la coopération sanitaire internationale

L'OMS a de l'avenir : dispose-t-elle d'ailleurs de l'indépendance, des financements et de la légitimité nécessaires pour répondre à sa mission ? Si chacun s'accorde à reconnaître le maintien de grandes disparités entre les pays occidentaux et ceux en voie de développement, la résurgence de maladies infectieuses comme le sida, le SRAS ou, plus récemment, la grippe aviaire, incite les gouvernements à harmoniser leurs pratiques. Que le porteur soit humain, animal ou végétal, les virus ne connaissent pas de frontières ! La santé de l'humanité

passera par la mise en place de plus en plus efficiente d'une surveillance sanitaire mondiale réactive aux menaces. Mieux : elle passera également par l'urgente institution d'une quelconque ONU (Organisation des Nations Unies de l'Environnement) pour limiter les dégâts écologiques et coordonner des mesures de réparation actives. Sinon, d'ici une petite centaine d'années, toutes ces belles réflexions sur l'organisation des systèmes de soins risquent de ne plus servir à grand-chose....

■■■ Contactez-les

→ Acteurs

CISS-RA

Palais de la Mutualité
Place Antonin Jutard
69421 Lyon cedex 3
tél. 04 78 62 24 53
fax. 04 78 95 82 68
Contact : Gaëlle Pierson
cissra@wanadoo.fr

Rassemblant quelques 65 associations d'usagers, le CISS-RA informe, harmonise et forme les représentants d'usagers de la région Rhône-Alpes. A noter, la ligne juridique du CISS, Santé-Info-Droit, tel : 0 810 004 333

■■■ Informez-vous

→ Rapports

La perception des Français en matière de couverture santé, Sofres, mai 2006.

Les Français et la santé, Sofres, juin 2005.
Les Français et l'hôpital, Sofres, mai 2006.
L'hôpital vu par ses praticiens, février 2006.
www.tns-sofres.com

Loi relative à la politique de Santé Publique, 9 août 2004
<http://www.sante.gouv.fr>

Les soins de santé en Europe : un modèle d'efficacité et de solidarité ? Les entretiens du Cercle Santé Société : 1er Baromètre paneuropéen Cercle Santé-Europ Assistance. Paris, 25 janvier 2007, Sénat.

Plan Régional de Santé Publique

<http://www.rhone-alpes.sante.gouv.fr>

Sondage IPSOS du 8-9 décembre 2006, réalisé à la demande du CISS, Collectif interassociatif sur la santé, pour le 5e anniversaire de la loi 2002 « Droit des malades ».

→ Articles

Alicaments : info ou intox ?

<http://www.doctissimo.fr>

Internet interpelle les médecins, Sandrine Blanchard, Le Monde, 21 février 2007.

La présidentielle, loin des blouses blanches, Cécile Prieur, Le Monde, 10 février 2007.

Les sciences de la vie souffrent, en France, d'un manque de crédits et de pilotage, Le Hir et Nau, Le Monde, 21 mars 2007.

Lutte contre l'obésité : le poids des lobbies, Christophe Fourel, Alternatives économiques, n°255 février 2007.

Santé, surtout n'en parlons pas ! François Aubart, Libération, 11 janvier 2007.

■ ■ ■ Approfondissez sur millenaire3.com

→ Interview

Vincent Marsala

Médecin Inspecteur Régional, Chef de projet du Plan Régional de Santé Publique, DRASS. Entretien réalisé par Laure Bornarel le 20 juillet 2005.

« La loi du 9 août 2004 donne les moyens d'élaborer une véritable politique régionale en mutualisant les ressources dans le respect des compétences et préoccupations de chacun ».

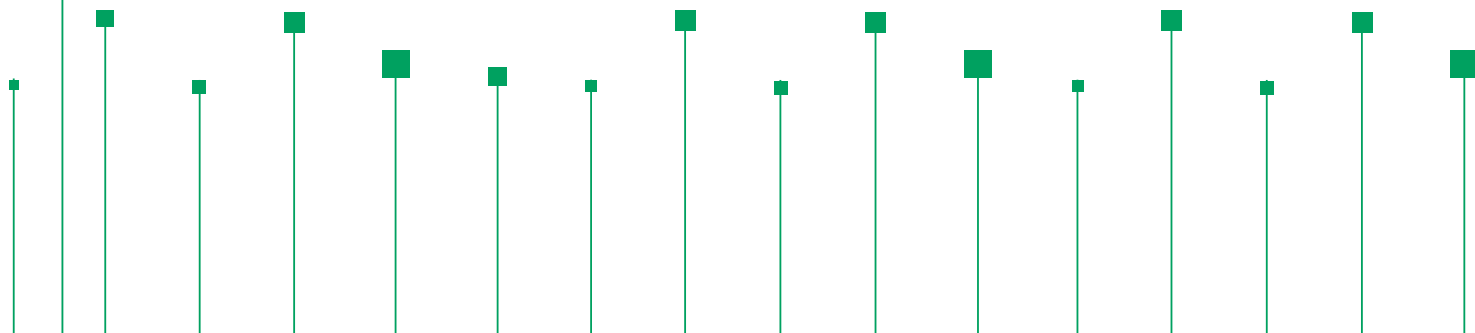
Thierry Philip

Vice-Président Santé et Sport à la Région, Directeur Général du Centre Léon Bérard, Prof. de cancérologie médicale. Entretien réalisé par Laure Bornarel le 4 août 2005.

« Nous prévoyons de doubler au minimum notre budget santé lors du lancement du Plan Régional de Santé Publique... »

→ Fiche de synthèse

Les médecines non-conventionnelles, Laure Bornarel, novembre 2006.



RÉCONCILIER BIOMÉDECINE ET HOLISME : L'AVENIR DE LA SANTÉ ?

Par Cedric Polère

La très ancienne conception « holiste » (du grec holos, entier) de la santé, partagée par toutes les sociétés humaines de la fin de la Préhistoire jusqu'à l'ère moderne, a été supplantée en Occident et dans la plupart des régions du monde par le paradigme scientifique de la biomédecine à partir des années 1870. Mais le modèle biomédical ne peut répondre seul aux enjeux de la santé et aux attentes sociales. Il est certes absolument nécessaire, garant de l'efficacité de la médecine, car les progrès scientifiques et techniques appliqués à la pratique médicale ont amélioré, améliorent et amélioreront l'efficacité des soins. Mais c'est aussi un "modèle estropié", selon la formule de G.L Engel¹, car, contrairement au holisme, il n'inclut pas le patient et ses attentes en tant qu'être humain. Il prend mal en compte les déterminants de la santé et ne valorise pas la prévention primaire. C'est la raison pour laquelle les principes du holisme retrouvent aujourd'hui vigueur, visibilité et réalité, non seulement dans le champ des pratiques parallèles, mais aussi dans les hôpitaux et dans l'orientation des politiques de santé publique. Ces principes ne traduisent pas un « retour » en arrière : ils sont réinventés, adaptés à un contexte totalement nouveau, où les contre-tendances sont fortes.

L'enjeu est aujourd'hui de repenser et refonder la médecine en tant que discipline humaine, en conservant les acquis de la biomédecine. Mais faut-il le faire en inventant un nouveau paradigme, ou en élaborant une forme de complémentarité entre le modèle de la biomédecine et le modèle holiste ?



1 - "The need of a new medical model : a challenge for bio-medicine", Science, n°196, 1977.

Ce qu'il y a de caricatural pour la biomédecine, c'est qu'on la réduit généralement à l'idée qu'elle est centrée sur le curatif

Ronald Guilloux, a soutenu en 2006 une thèse de doctorat en science politique (IEP de Lyon, Groupe de Recherche en Epistémologie Politique et Historique) sur *La réception de l'acupuncture extrême-orientale dans le système de santé français, du 17^e siècle à nos jours. L'acupuncture est-elle en cours d'intégration à notre système médical, traduction d'un élargissement de nos conceptions de la santé et du champ des pratiques « légitimes » de la médecine ?*

Entretien réalisé par Cédric Polère, le 20 mars 2007

A quand remonte le premier contact de l'Occident avec l'acupuncture ?

Les premières descriptions occidentales sont probablement celles fournies par les dictionnaires japonais-latin des Jésuites portugais installés au Japon depuis 1549. Pour la France, ce sont les Jésuites français envoyés à Pékin par Louis XIV qui vont, dès la seconde moitié du 17^e siècle et pendant le 18^e siècle (voir *Les Lettres édifiantes et curieuses*), donner un aperçu général de ce qui est alors appelé la « médecine des Chinois ». En théorie, cette médecine leur paraît assez étrange, car elle mêle des notions encore concevables à l'époque et des notions d'anatomie sommaires, voire inconcevables : par exemple, on traduit *yin-yang* par "humide radical" et "chaleur innée", *k'i* par "vent" ou "souffle", mais *king* est censé désigner des "voies" invisibles traversant le corps. Cette tension entre le concevable et l'inconcevable montre que la médecine occidentale est dans une phase de transition entre la vision cosmologiste héritée de la médecine grecque et la vision anatomiste naissante. En pratique, on reconnaît cependant à la médecine des Chinois une certaine efficacité, notamment pour la pharmacopée. Quoiqu'il en soit, l'acupuncture est simplement effleurée dans cet aperçu.

Il faut aller du côté de la Compagnie commerciale hollandaise des Indes Orientales basée au Japon (île de Deshima) pour davantage de détails : vers la fin du 17^e siècle, deux médecins successifs, Willem Ten Rhijne et Engelbert Kaempfer, vont consacrer des passages précis à l'acupuncture et au moxa² qu'ils auront eu l'occasion d'observer durant leurs séjours. (...) Il faudra attendre le début du 19^e siècle pour que la pratique apparaisse en France. (...)

L'acupuncture est aujourd'hui enseignée à la faculté. Le « mur » épistémologique et idéologique que l'Occident opposait à la médecine d'Extrême-Orient a donc cédé ?

(...) Le fait que l'acupuncture fasse l'objet d'un enseignement universitaire ne signifie pas que le mur a cédé, mais qu'il est en train de céder. Un tel mur ne peut céder brutalement, d'un seul coup, car il repose sur ce qu'on pourrait appeler une structure d'opposition idéologique du parallélisme médical, c'est-à-dire une vision par couple antagonistes : biomédecine/médecines parallèles, médecine légale/charlatanisme, rationalisme/empirisme, modernité/tradition, Occident/Orient. La force du discours des partisans de la médecine occidentale moderne vient de cette structure idéologique qui est une véritable structure identitaire dont la solidité tient à son ancrage historique. Et à l'inverse, le discours des partisans des médecines parallèles repose sur ce même type de vision antagoniste. Toutefois, ce survol historique du 20^e siècle nous montre que le mur est en train de céder, pour plusieurs raisons : épistémologique, sociale, institutionnelle.

Dans le futur, pensez-vous qu'un véritable pluralisme thérapeutique prévaudra ?

Il est difficile d'y répondre, mais on peut effectivement imaginer un pluralisme thérapeutique institutionnalisé (parce que le pluralisme thérapeutique est un fait), avec des médecines ayant un rôle alternatif ou complémentaire. D'autre part, le rapport prévention-intervention pourrait tendre vers un équilibre, voire un renversement. Ce qui ne signifie pas une marginalisation de la recherche biomédicale, ou une victoire des médecines non-conventionnelles sur la biomédecine : aborder les choses de cette manière, c'est rester prisonnier d'une

vision idéologique. La question est moins celle de l'utilité de la recherche biomédicale et de la thérapeutique médicamenteuse, que celle de l'exclusivité de ces deux aspects en médecine. Il serait absurde de souhaiter la fin de la compréhension biologique de la maladie et du médicament. Mais il convient de se demander s'il n'existe pas d'autres formes de compréhension et de soin.

Quand on oppose le paradigme holiste au paradigme de la biomédecine, c'est, de plus en plus souvent, pour idéaliser le premier et critiquer le second : mais peut-on résumer la biomédecine en disant qu'elle appréhende la maladie comme un agent extérieur au corps qu'il faut éliminer par la connaissance biologique ?

Ce sont effectivement des caricatures qui servent à valoriser son propre « paradigme ». Ce qu'il y a de caricatural pour la biomédecine, c'est qu'on la réduit généralement à l'idée qu'elle est centrée sur le curatif, et en particulier qu'elle cherche à détruire l'agent pathogène externe. Or en immunologie par exemple, les maladies auto-immunes sont dues au propre système, et non à un agent extérieur (à condition aussi de distinguer « agent » et « facteur ») ; de même en endocrinologie avec les « schémas de régulation » à l'intérieur de l'organisme. Donc l'endogène est pris en compte par la biomédecine. Historiquement, cette identification de la médecine occidentale à la lutte contre l'exogène résulte du succès social du pastorisme, qui a éclipsé les apports du bernardisme sur une conception endogène de la maladie, avec notamment le concept de « milieu intérieur »³. Cette identification est donc une représentation sociale bien ancrée. C'est pourquoi la notion de « paradigme », qui suggère l'idée d'une homogénéité théorique et pratique, est trompeuse.

2 - Le moxa, ou moxibustion, est la combustion d'armoise séchée sur des points d'acupuncture.

3 - Claude Bernard met en évidence l'homéostasie (constance du milieu intérieur) vers 1860.

Deux grands modèles pour penser la santé

■ L'interaction du biologique et du social

Des travaux d'anthropologie de la santé, initiés à partir des recherches de Claudine Herzlich sur les représentations de la santé et de la maladie chez les Français (1973), nous ont appris qu'au sein même d'une même aire de civilisation, le Français, l'Italien ou le Russe n'ont pas tout à fait les mêmes représentations de la santé. A un niveau plus fin, selon que l'on soit homme ou femme, en haut ou en bas de l'échelle sociale, de culture catholique ou musulmane, etc., nos conceptions de la maladie ont des chances de varier : Sylvie Faizang, anthropologue et directrice de recherche à L'INSERM a établi la corrélation entre appartenance socio-culturelle et recours aux médecines parallèles. Le fait que l'homéopathie soit par exemple davantage prisée par les protestants que les catholiques s'explique par plusieurs hypothèses, la plus centrale étant qu'un rapport plus libre à la norme trouve son origine dans une attitude différente à l'égard de la religion officielle, du dogme et de la hiérarchie religieuse. Nous percevons encore ce rapport au dogme quand les catholiques qui recourent à la médecine non-conventionnelle le font de manière "souterraine", tendent à le cacher à leur médecin ("cela ne lui plairait pas"), alors que le protestant affirme plutôt ce choix...

Nous arrivons à ce qui est devenu un postulat de base de l'anthropologie médicale, constaté par nombre de professionnels de santé : une personne n'est pas seulement « malade » ou en bonne santé en fonction de son état objectif, mais aussi en fonction de la représentation qu'elle se fait de la santé. Un diabétique qui a trouvé un bon équilibre biologique peut ne plus se considérer comme « malade », de même que les patients du Knock de Jules Romain, avant que celui-ci ne leur indique que leur rhume est une pathologie méritant consultation ! L'anthropologue Arthur Kleinman a apporté sur ce point une distinction sémantique utile entre les termes anglais *disease et illness*. *Disease* se réfère aux états pathologiques et aux anomalies au niveau de la structure et/ou de la fonction des organes et systèmes organiques ; alors que le terme *illness* porte sur les perceptions, le sens et le vécu individuel de la maladie. La maladie, c'est les deux, un état biologique et un état subjectif ! Cette dernière dimension reste encore largement ignorée par la médecine moderne, en dehors de quelques spécialités (éducation et promotion de la santé, médiation interculturelle, santé publique, psychiatrie).

■ La conception holiste de la santé : le maintien des équilibres

Pour penser la santé, il existe au fond deux grands paradigmes dans l'histoire de l'humanité : celui, holiste⁴, qui prévaut dans toutes les cultures du monde avant d'être progressivement abandonné en Europe entre le 16^e et le 18^e siècle, et celui, biologique, qui apparaît en Europe après cette date.

Dans le premier grand paradigme, les conceptions de la santé étaient profondément holistes : « Toutes les cultures du monde, explique l'historien Lawrence Conrad, y compris celles de l'Occident, se sont appuyées sur ce qu'on pourrait appeler des systèmes transactionnels : le corps garde sa bonne santé tant que les éléments qui le composent maintiennent leur équilibre et que l'harmonie règne entre son régime, son milieu, les influences surnaturelles, les forces internes et les humeurs, qui en affectent le destin. L'état de santé traduit l'équilibre entre le monde intérieur et le monde extérieur. L'état morbide (la maladie) se définit comme un déséquilibre dont on ne peut se libérer que par un retour à l'harmonie ».

Pour faire revenir le corps à l'équilibre, maître-principe de ce paradigme, on utilise des purges, des régimes, des exercices, des prières, etc. Cette conception reste aujourd'hui présente dans les médecines traditionnelles (indienne, chinoise...). Michèle Therrien, universitaire spécialiste du monde Inuit, a appelé « bio-cosmos » cette vision holiste de la personne en unité avec son milieu. Dans cette totalité intégrée, chaque partie du corps est reliée à toutes les autres parties du corps et même à ce qui se trouve au-delà du corps. Les dimensions physiques, psychologiques, sociales, morales, spi-

rituelles de la personne sont appréhendées dans une perspective d'unité. Ces médecines établissent toujours un lien avec le sacré. La proximité est forte entre médecine, magie et religion. L'efficacité de ces médecines reste limitée, et l'on est très souvent impuissant devant le mal, les épidémies notamment.

A l'intérieur de ce paradigme, deux grands ensembles doivent être différenciés.

Dans les « modèles traditionnels » (Haute Antiquité grecque, Égypte pharaonique, Mésopotamie, médecines traditionnelles asiatiques, africaines, amérindiennes, des Druides et des chamans...), la maladie a souvent une cause surnaturelle, mais on prend aussi en compte l'influence d'autres facteurs, naturels ou « objectifs ». Ainsi, dans l'Égypte pharaonique, première civilisation de l'Antiquité à parvenir à une forme très élaborée de médecine, la maladie est la possession du corps par une divinité, un mort ou un ennemi, mais elle peut aussi être provoquée par des principes non magiques, comme les excès alimentaires ou le climat.

Dans la Grèce antique après le 4^e siècle av. J.-C., la médecine se transforme complètement en se détachant de la religion, et donne naissance à la médecine hippocratique. Hippocrate (460-377 av JC) contribue à ce que la santé (« *hygieia* ») soit définie, et pour de nombreux siècles, comme le « bon mélange » de tous les éléments constitutifs du corps de l'homme (les quatre humeurs : sang, phlegme ou feu, bile jaune et bile noire), alors qu'inversement, la maladie vient d'une perte de l'harmonie entre ces éléments, provoquant la douleur, sous l'effet de causes internes, ou de causes externes comme le

4 - Le paradigme holiste est parfois appelé holistique, systémique, global, participatif...

climat, les vents, et ce que l'on appellerait aujourd'hui les modes de vie (alimentation, manque d'exercice...). Le médecin hippocratique seconde la nature, qui spontanément, défend le corps contre la maladie et restaure la santé. Le galénisme, du grec Claude Galien (131 - vers 201), s'inscrit dans le prolongement de la médecine hippocratique en reprenant la théorie des humeurs, et en améliorant la connaissance du fonctionnement des organes. La santé (« euexia » : bon état) se définit comme un état de non-souffrance qui ne nous empêche

pas de vaquer à nos affaires, et la capacité à faire bon usage de nos membres.

La médecine hippocratique et galénique est fondamentalement holistique, même si elle introduit une singularité dans ce modèle, d'une part en abandonnant (en partie) la référence au sacré, et d'autre part par son caractère pré-scientifique. Hippocrate s'efforçait en effet de faire coïncider ses théories avec l'observation attentive de l'état du malade.

■ Le paradigme de la biomédecine : le triomphe de la biologie

Le modèle biomédical, appelé parfois « paradigme pasteurien » ou « pastorien » est le fruit de la rencontre entre des avancées techniques décisives (chimie, physique, bactériologie) et une pensée philosophique (cartésianisme, positivisme). Le progrès des sciences remet en cause la perspective intégrée de la personne qui avait toujours prévalu. Pour Goldsmith (1992), "la vision scientifique cartésienne a eu pour effet non seulement de diviser la personne en elle-même, mais aussi d'en faire un étranger sur sa terre et dans son univers, de situer les dimensions socioculturelles en dehors de la personne et d'exclure la conscience. L'environnement, dans ce contexte, prend un sens exclusivement matériel et est défini comme « tout ce qu'il y a là à l'extérieur et autour »".

De la médecine axée sur l'histoire individuelle du malade, on passe, très progressivement, à l'intelligence scientifique de la maladie saisie dans sa nature physico-chimique. La rupture opérée à partir du 16ème siècle se transforme en véritable révolution médicale et scientifique dans la deuxième moitié du 19ème siècle (médecine expérimentale de Claude Bernard). Les progrès s'accélérent en histologie, physiologie, chirurgie (découverte de l'anesthésie, antiseptie, aseptie), pharmacologie.

Pour autant, avant 1870, la médecine est incapable d'apporter des réponses satisfaisantes aux grandes pathologies de l'époque, choléra, diphtérie, typhus, tuberculose, etc. Si l'espérance de vie est passée de 28 ans sous le règne de Louis XV à 43 ans en 1872, ce n'est pas vraiment grâce à la médecine ! Selon Claudine Herzlich, "le progrès médical, au sens strict, n'a eu qu'une part limitée : l'amélioration des villes, de l'économie, l'amélioration des techniques agricoles, celles des transports et du commerce qui permettent de mieux lutter contre famines et disettes sont infiniment plus importantes".

La révolution pasteurienne transforme tout cela. Entre 1870 et 1885, elle donne à la médecine une efficacité qu'elle n'avait jamais eue, et aux médecins un prestige immense. Louis Pasteur prouve l'efficacité d'une démarche : une cause (un germe spécifique), un effet (une maladie spécifique), un traitement (une intervention spécifique, comme la vaccination). Il en assure la publicité en sauvant par la vaccination, le 20 août 1885, le petit Joseph Meister, mordu par un chien enragé. Avec Koch en Allemagne, la découverte des micro-organismes microbiens a des conséquences considérables pour la prévention comme pour la thérapeutique.

Ce paradigme scientifique donne naissance à notre système de santé : l'hôpital devient centre de techniques et de recherches de pointe, lieu de traitement et de guérison ; l'activité des médecins est valorisée au détriment des autres acteurs de la santé (infirmières, psycho-

logues, ergothérapeutes, diététiciens, etc.), et, entre les médecins, la spécialisation médicale diminue l'aura des généralistes ; cette médecine est centrée sur les pathologies, les organes malades, les aspects cliniques et techniques de diagnostic et de traitement, le curatif, le médicament, et non les déterminants socio-culturels de la santé, ou le patient, qui n'est que l'hôte passif du germe. Selon L. Conrad, *ce modèle conçoit « les maladies comme des entités étrangères parties à l'assaut du corps et que le médecin dûment formé a mission d'expulser et de détruire. [...] Ce modèle veut que la maladie n'ait d'explication que biologique. Seule la biologie matérialiste donnerait accès à la réalité »*.

Ce modèle change aussi profondément la relation médecin - patient : le médecin n'a plus à prendre en compte les interprétations subjectives de son patient et l'expérience de sa souffrance, a contrario de toute l'histoire de l'humanité. C'est le facteur clé du sentiment récurrent de « dépersonnalisation » du système de santé. Selon le philosophe Henri Atlan, « les sciences actuelles se sont développées en rupture avec toute idée de sujet. Devenue physico-chimique, moléculaire, la personne n'a plus sa place », d'où une nostalgie de médecines non scientifiques, parées, souvent avec raison pour Atlan, de vertus d'humanité. Le soignant analyse en effet la situation, essaie d'en comprendre la cause et de la supprimer : la complexité de l'homme est simplifiée ou évacuée, justement par souci d'efficacité. La mise à distance du patient en tant que personne est particulièrement marquée à l'hôpital. Dans la relation à la souffrance et à la mort, le personnel infirmier et les aides-soignantes sont présents près du mourant lors de son agonie, et non pas le spécialiste, ou le chef de salle. Mais ne chargeons pas trop la biomédecine. L'occultation de la dimension humaine de la personne dans la médecine résulte aussi de l'orientation de nos sociétés vers le progrès et l'efficacité technique, l'individualisme, des finalités économiques, etc. La médecine scientifique est à l'image de notre modernité.

Ce paradigme s'exporte dans le monde entier, donnant lieu à des « clash » avec les médecines traditionnelles locales. Il rejette le paradigme holiste et les pratiques qui s'y rattachent, associées à un obscurantisme. S'il triomphe sur le plan scientifique, institutionnel, économique, il n'élimine pourtant pas les conceptions holistes, qui survivent de manière "souterraine" dans les pratiques que l'on appelle en France "parallèles", et dans les représentations sociales. L'anthropologie de la santé a ainsi démontré que l'individu des sociétés hyper-développées continue de porter un certain nombre de croyances qui sont reliées à une conception holiste de la santé.

Limites de la biomédecine et reviviscence du holisme

Le paradigme holiste semble faire un grand retour : dans les médecines non-conventionnelles modernes, dans les politiques de santé publique, dans les attentes sociales, et enfin dans le système conventionnel de santé.

■ Une reviviscence du holisme dans les pratiques non-conventionnelles

Hors des frontières de la médecine conventionnelle, commence un territoire d'immense diversité, celui des médecines non-conventionnelles : médecines traditionnelles multimillénaires (chinoise, ayurvédique, africaines, amérindienne...), qui sont parfois des médecines conventionnelles dans certaines aires culturelles, et pratiques thérapeutiques alternatives modernes inventées pendant la phase d'essor de la biomédecine (homéopathie, médecine anthroposophique, ostéopathie...). Les approches non-conventionnelles sont pluralistes, et reposent sur des prémisses et des univers thérapeutiques souvent différents.

Néanmoins, cinq grands traits communs les rattachent sans doute possible à une conception holiste de la santé⁵ : principe selon lequel le corps humain contient des mécanismes axés sur l'autoguérison ; approche intégrée de la personne, avec moins de division que dans la biomédecine entre le corps et l'esprit ou entre l'environnement, la société et la personne ; appréhension du patient comme participant actif de sa guérison ou de la gestion de sa maladie (c'est largement pour "contrôler" leur santé que des personnes de plus en plus nombreuses choisissent de s'adresser à un praticien de la médecine parallèle) ;

accent sur la santé et l'amélioration du bien-être plutôt que sur l'absence de maladie ; enfin, les maladies sont souvent envisagées comme des « outils d'éveil », selon la formule du Dr Kempénich, médecin anthroposophe : « Les maladies ne sont pas elles-mêmes l'éveil, mais elles sont un moyen d'éveil (...). Un déséquilibre de la nature qui amène l'homme à s'interroger sur la manière dont il était disposé auparavant, sur le concept qu'il avait de la vie, sur sa façon de la ressentir et d'agir dans le monde. »

Le succès populaire de ces médecines aujourd'hui traduit, dans les faits, une reviviscence des conceptions holistes de la santé, même s'il faut être prudent sur ce constat : on ne recourt pas seulement aux médecines alternatives parce qu'elles offrent une approche intégrée de l'être humain, et correspondent à nos systèmes de croyance. Une partie du public y est « poussée » par des expériences insatisfaisantes vécues dans la médecine conventionnelle, ce qu'indique bien l'enquête menée par Triadou et al. sur le public de l'acupuncture. La tendance à l'intégration (progressive, certes !) de pratiques alternatives dans le système conventionnel de plusieurs pays indique, là aussi, que les frontières bougent !

■ La bonne parole de l'OMS et des politiques de santé publique

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), banale à force d'être répétée : " la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité " a pourtant marqué une évolution dans la conception de la santé, déplaçant la référence de la maladie vers la santé, et ouvrant à une approche « globale », « positive », holiste de la santé, par opposition (très explicite !) avec la définition biomédicale.

Les politiques de promotion de la santé, qui, selon la Charte d'Ottawa (1986), confèrent aux populations le moyen d'assumer un plus grand contrôle sur leur propre santé, découlent directement de cette approche. Elles recherchent une collaboration étroite de tous les acteurs sociaux, pour définir les problèmes, prendre les décisions et agir sur les déterminants de la santé. Ces politiques utilisent comme instruments la prévention et l'éducation pour la santé (d'ailleurs pas forcément avec succès, comme l'indique, à partir de son expérience de coopération, le médecin Bruno Dujardin). La Déclaration d'Alma-Ata (1978), et la Charte d'Ottawa (1986) ont affirmé la dimension sociale de la santé : « La santé est une ressource de la vie quotidienne et non un but en soi. La santé est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » (Charte Ottawa).

La promotion de la santé se décline en une série de démarches dont la « santé communautaire » est la plus connue. Au cours des années 1970 elle a servi de base (au Québec notamment) à un mouvement idéologique qui cherchait à fonder une intervention collective à visée préventive et à permettre la participation de la population à la définition de sa propre santé. A partir de ce type de prémisses, le Québec a adopté une "politique de la santé et du bien-être" en 1992, qui recourt explicitement à une conception holiste de la santé.

Le retard français en matière de santé publique et de prévention s'explique directement par le primat de la représentation biomédicale de la santé (Joël, 2000). La réappropriation actuelle de la santé publique (du fait de l'épidémie de sida, des effets de l'exclusion, du vieillissement de la population, du lien de mieux en mieux établi entre santé et développement durable...) pousse à affirmer les principes holistes, inscrits d'ailleurs dans les fondements de la politique française de santé publique, à savoir l'hygiénisme. Ce mouvement médical et social avait, à partir de la fin du 18^{ème} siècle, marqué un mouvement vers la prise en compte du lien entre santé et qualité de l'environnement (la qualité de l'air par exemple a été une grande préoccupation de la fin du 18^{ème} siècle !) et contribué à assainir les villes. Le terme de "santé publique" en France s'est d'ailleurs substitué à celui de "hygiène publique".

5- Nous nous référons principalement au rapport du York University Centre for Health Studies - Toronto.

La transformation de nos conceptions de la santé, un enjeu de luttes

Plusieurs mouvements sociaux ont œuvré à la transformation des conceptions de santé dans le sens d'une définition élargie, en influençant des Etats et les organisations internationales telle l'OMS. L'approche féministe en santé des femmes a ainsi joué un rôle, remettant d'abord en cause du modèle biomédical, pour ensuite promouvoir le principe de "médecine intégrée", tirant partie du modèle biomédical et du modèle holiste.

Un autre vecteur grand d'influence a été la rencontre entre univers symboliques différents par diffusion de la biomédecine en dehors de l'Occident, et, en Occident, par le soin des migrants notamment ; enfin, de nombreux professionnels de santé, confrontés aux sociétés traditionnelles ou du fait de leur propre parcours personnel, adhèrent à une conception holiste de la santé.

■ L'individu contemporain rêve d'humanité... mais sans renoncer à l'efficacité de la biomédecine !

Les attentes et pratiques du public, malgré leur caractère contradictoire, poussent le système de santé à intégrer dans ses pratiques les principes du holisme. Cinq attentes sont repérables.

Plus d'autonomie !

De plus en plus de personnes sont convaincues qu'elles ont un rôle actif à jouer dans leur propre guérison ou dans le maintien d'un « bon état de santé ». C'est un principe du holisme. Elles refusent la dépendance absolue au médecin. L'explosion des sources de savoirs accessibles sur les médicaments et les maladies favorise cette tendance. L'automédication, qui devrait prendre une place croissante, traduit aussi cette recherche d'autonomie et de responsabilité personnelle. Sur le plan institutionnel, la loi Kouchner de 2002 relative aux droits des malades suppose, pour son application, que le malade devienne "partenaire" des décisions qui concernent sa santé et sa vie. Cela suppose une révolution des pratiques soignantes et hospitalières, qui est loin d'avoir eu lieu, mais va dans le même sens. Attention ! Cette tendance ne résume pas tous les comportements, tous les patients ne sont pas "proactifs" : dans une étude menée en septembre 2003 pour les centres de lutte contre le cancer auprès de 1000 personnes hospitalisées, la Sofres a montré que 52% des patients n'ont pas cherché d'information sur la maladie.

Une relation plus riche avec les soignants !

Toutes les enquêtes le disent : nombreuses sont les personnes à se plaindre de l'incapacité des professionnels de la santé à établir avec eux une relation de qualité. Cette demande est le reflet d'une attente des personnes d'être mieux écoutées, respectées, comprises et informées, pour pouvoir participer aux décisions de santé qui les concernent, et d'être traitées selon la spécificité de leur condition. Ici encore, en pointillé, le holisme refait surface.

Une demande de sens !

Les médecines non-conventionnelles permettent de construire un sens à la vie et à la maladie, et il ne fait pas de doute que c'est l'une des clés de leur succès. Elles se placent de ce point de vue dans une recherche analogue à celle des religions. Il est admis que ceux qui recourent aux médecines non-conventionnelles demandent davantage que la « santé du corps » : selon Monseigneur Vernet, spécialiste de ces médecines, « ils en attendent un art de vivre, un mieux être, et finalement un cer-

tain salut de l'âme et de l'esprit. À l'inverse, par delà le salut de l'âme, un certain nombre de gens cherchent dans les nouvelles religions une certaine santé du corps : bien vivre dans le cœur, dans l'esprit, dans l'âme, voire dans la sexualité. » Cette demande de sens de la maladie, de la souffrance et de la mort, est une constante anthropologique, et déborde bien évidemment le champ des médecines non-conventionnelles. Les acteurs de la santé sont de plus en plus interpellés sur ce terrain.

Non à l'évolution de nos sociétés !

Chez une partie du public des médecines non-conventionnelles, perce une critique d'une société individualiste, matérialiste et consumériste. C'est un paradoxe, car les personnes qui recourent aux médecines alternatives sont les premières à valoriser l'autonomie individuelle dans leurs choix thérapeutiques, et donc à s'inscrire dans une perspective individualiste. Comme l'a résumé M. Vernet, dans une formule qui par son schématisme rend bien compte qu'il s'agit d'un stéréotype, « les médecines alternatives, c'est une volonté de prendre de la distance par rapport à la pensée unique, qui rejoint la montée en puissance du mouvement alternatif, concernant l'économie ou l'agriculture aussi bien que la non-violence ». Les plus radicaux de ces critiques pensent, comme Karl Jaspers, père de la psychologie moderne, que la médecine moderne est elle-même un symptôme de la maladie de notre civilisation.

Mais cette critique est présente, sous une forme atténuée, bien au-delà de ce cercle des patients des médecines non-conventionnelles, ce qui alimente par exemple une relation faite de fascination et de rejet pour les avancées scientifiques de la médecine.

Du bien-être, de l'équilibre, de la "santé plaisir"...

En lien avec des transformations sociétales, l'idéal de la santé est de plus en plus synonyme de bien-être physique et psychique, d'épanouissement personnel. La définition de l'OMS correspond bien aux perceptions dans la société d'aujourd'hui ! L'attention se focalise sur la façon dont chacun vit et ressent son corps. Comme le souligne Georges Vigarello, les régimes se vendent comme « alimentation plaisir ». En effet, il est impossible de vanter les soins du corps sans les associer au souci d'accroître le registre des sensibilités. Dans cette transformation, les représentations non médicales ont pris une place croissante relativement aux représentations médicales.

■ Les professionnels de santé n'ont pas d'autre choix que d'évoluer dans leurs pratiques

L'écart est grandissant entre les enjeux de santé et les capacités du paradigme de la biomédecine à y répondre. Aujourd'hui, de nombreux problèmes de santé laissent en effet peu de prise aux méthodes et techniques médicales. Les maladies non transmissibles, comme les troubles cardio-vasculaires, les cancers, les dépressions et les dégénérescences diverses, liées aux modes de vie, sont devenues la première source de mortalité dans les pays développés (même si l'ère des maladies virales n'est pas terminée). La résolution de ces maladies passe par un changement de mode de vie, bien davantage que par une action ex-post, et interpelle de nombreux acteurs (appelés alors à articuler leurs missions), dans le champ de la santé et en dehors.

La reconnaissance de l'impact des modes de vie et comportements sur la santé devrait pousser, selon Alain Deccache (professeur de l'unité d'éducation pour la santé à la faculté de médecine de l'Université de Louvain), tant les médecins que les pharmaciens à intégrer de plus en plus prévention et éducation du patient dans leur pratique quotidienne, et à revoir par conséquent leur fonction : "Dans les lieux de vie des patients, les pharmaciens jouent ou pourraient jouer un rôle préventif important. Ils sont les plus consultés, voient les patients parfois plus souvent que les autres soignants, et notamment au moment de la délivrance des médicaments, moment privilégié pour l'information et l'éducation au bon usage". Cela nécessite, ajoute-t-il, car il n'est pas sans ignorer que cette mission butte sur des logiques commerciales, "un nouveau cadre professionnel (déontologique, financier, etc.) et des compétences de relation, de communication et d'éducation".

Si la médecine officielle n'évolue pas vers ces nouvelles compétences, le déplacement des patients vers les médecines non-conventionnelles s'amplifiera. Cette conviction est portée par exemple dans le champ de l'oncologie : « si la thérapeutique oncologique s'appuie exclusivement sur la triade chirurgie-radiothérapie-chimiothérapie, elle risque de tracer simultanément une voie royale compensatoire vers les médecines parallèles. » (Reynaert et al.)

De fait, la prévalence des maladies chroniques, maladies qui ne se guérissent pas, mais se gèrent dans la durée et dans le cadre de la vie quotidienne des patients, et plus globalement l'expérience sociale de la souffrance (physique et, de plus en plus, psychique), poussent le public vers les médecines non-conventionnelles. Un rapport de

recherche de la Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin (qui touchent plus de 100 000 personnes au Canada), publié en 2002, indique à partir d'une enquête sur 2828 personnes atteintes, que 47% d'entre elles ont indiqué qu'elles utilisaient ou avaient utilisé les médecines parallèles (probiotique, massothérapie, graines de lin, méditation, naturopathie...) (<http://www.ccfc.cca>). En Amérique du Nord, on estime que la moitié des patients atteints de cancer traités par chimiothérapie et radiothérapie ont aussi recours à des médecines complémentaires.

Mais plusieurs secteurs de la médecine ont commencé une mutation. À travers les associations créées autour du sida, le point de vue des maladies et de la société a pesé d'un poids nouveau. De plus en plus de soignants sont formés à la dimension humaine et sociale de la médecine, dans les pratiques de soin. La nécessité de restaurer la dimension humaine et sociale de la médecine a d'abord été le fait de nouvelles spécialités médicales (comme la médecine psychosociale, la médecine sociale et préventive, la médecine communautaire, la prise en charge des migrants, les soins palliatifs). L'arrivée des soins palliatifs a ainsi modifié la conception des soins, la façon de soigner, et les relations patients-soignants : "Loin de mépriser les progrès techniques médicaux dont ils bénéficient également, les acteurs des soins palliatifs affirment que la valeur et la qualité des soins ne dépendent pas seulement de l'efficacité ni des prouesses techniques. La relation fait partie intégrante du soin. Relation avec le malade mais aussi ses proches dont la souffrance spécifique est souvent sous estimée. L'une des priorités en soins palliatifs est d'établir un climat de confiance, de dialogue entre tous" (Hubault et al. 2002). Ces formations devraient s'étendre à l'ensemble des soignants. La montée du questionnement éthique favorise également, au nom du respect de la dignité de l'être humain, une approche plus intégrée de la maladie et de la personne.

Enfin, la nécessité de prendre en compte le contexte spécifique du patient et d'obtenir sa participation active est de plus en plus reconnue comme un gage d'efficacité : une stratégie correcte d'un point de vue scientifique et technique peut être contreproductive lorsque le vécu des patients n'est pas pris en compte, par exemple lorsqu'un médecin propose un médicament efficace mais qui n'est pas adapté à ce que le malade est disposé à payer.

Vers un pluralisme des systèmes de santé

Les prochaines décennies verront probablement se renforcer le pluralisme des « systèmes de santé », avec sans doute une concurrence accrue, sur le plan cognitif, entre la science biomédicale et des démarches basées sur les principes du holisme.

Des enquêtes, menées par exemple sur la consommation de médicaments (J. Collin), ou sur les patients qui ont recours à l'acupuncture (P. Triadou), indiquent un pluralisme croissant des conceptions de la santé, des stratégies préventives et des itinéraires thérapeutiques. S. Faizang relevait en 2001 des « comportements nouveaux qui consistent à organiser un recours à la fois double et alternatif aux deux médecines » : s'il y a urgence, on va voir le médecin, ou pour avoir un diagnostic, mais pour maintenir la santé au quotidien, on s'oriente de plus en plus vers les médecines non-conventionnelles. Le mélange d'influences donne lieu à des nouveaux syncrétismes : dans de nombreux pays, des thérapeutes « néo-traditionnels » combinent ainsi plusieurs registres thérapeutiques, sociaux, et symboliques. Ces attitudes se retrouvent aussi dans le champ de la religion.

■ Des tendances contradictoires

L'infléchissement dans le sens du paradigme transactionnel se réalise finalement dans un contexte où les tendances sont contradictoires. Mise en question du modèle de la biomédecine pour insuffisance d'un côté, et tendance de l'autre à ce que ce modèle aille jusqu'au bout de sa logique, et poursuive sa course à l'efficacité diagnostique et de guérison. Les attentes sociales indiquent bien cette contradiction : elles donnent une nouvelle modernité aux très anciennes conceptions holistes de la santé, mais donnent aussi à la biomédecine sa

puissance (autrement considérable !) de recherche, d'innovation, qui se traduit dans les institutions de santé et l'économie. Il est impossible d'ignorer que la quête de bien-être, de beauté et de longévité « profite » à la médecine scientifique, à la chirurgie esthétique, et contribue à la médicalisation croissante de la société, qui s'applique de la naissance à la mort de chacun d'entre nous. Le système médical fait émerger, sans cesse, de nouveaux besoins, qui alimentent sa course, mais brouillent au passage les finalités de la médecine.

■ La médecine face à deux grandes alternatives

Finalement, se présentent donc deux grandes alternatives, ou deux grandes questions : doit-on repenser et refonder la médecine en tant que discipline humaine, et donc renouveler dans sa globalité le paradigme scientifique qui fonde la formation des savoirs et des pratiques en médecine, ce qui impose à la fois de redéfinir l'objet de la médecine, le sens de l'acte de soigner, et ses modalités opératoires ? C'est une position que défend par exemple Marco Vannotti, Privat-docent, médecin interne à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne.

Ou faut-il plutôt laisser au paradigme holiste la capacité de fonctionner en relation de complémentarité avec la biomédecine, comme le propose Bruno Dujardin ? Dans un tel cas, on pourrait favoriser, à la marge, une ouverture vers le modèle "complémentaire", sans que les fondements de chaque modèle soient modifiés. Les étudiants en médecine auraient par exemple une connaissance théorique et pratique du paradigme holiste.

■■■ Informez-vous

→ Ouvrages

Histoire de la lutte contre la maladie. La tradition médicale occidentale de l'Antiquité à la fin du siècle des Lumières, Conrad Lawrence, Neve Michael, Nutton Vivian, Porter Roy, Wear Andrew, Paris : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1999

Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge, Georges Vigarello, Paris : Seuil, 1999

Médecines du monde. Histoire et pratique des médecines traditionnelles, Claudine Brelet, Paris : Laffont, 2002

Médicaments et société, Sylvie Fainzang, Paris : PUF, 2001

Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue, Bruno Dujardin, Paris : Karthala-Éditions, 2003

Sociologie de la maladie et de la médecine, Philippe Adam, Claudine Herzlich, Armand Collin, 2004

Vous avez dit santé ? Réflexions philosophiques, Henri Atlan, Paris : Maisonneuve et Larose, 1996

→ Rapport

Les approches complémentaires et parallèles en santé. Un aperçu canadien, York University Centre for Health Studies - Toronto, Santé Canada, 1999
http://www.yorku.ca/ychs/summary_fr.pdf

→ Articles

A propos des rapports entre santé, culture et religion, Bernard Ugeux, 2001, Introduction au colloque de l'ISTR « Qu'est-ce que guérir ? »
http://www.cesh.org/evenement/colloque/2004/Communications_conferenciers/Rapports%20sante%20culture%20religion.pdf

Au corps de l'« anthropie » : vers une santé publique écologique, Rose Dufour, 1995, in La construction de l'anthropologie québécoise,
<http://www.bibl.ulaval.ca/doelec/pul/chap10.html>

Chaque âge de l'humanité a ses maladies, entretien avec Robert Kempénich, Nouvelles Clés, mars 2007

Circulation des savoirs sur le médicament et transformation du rapport des profanes aux professionnels dans le cadre de la relation thérapeutique, Johanne Collin, 2004 http://www.printemps.uvsq.fr/Com_coli.htm.

Des soins à la santé publique, La santé, l'expert et le patient, Marie-Eve Joël, 2000,
<http://www.ceras-projet.com/lodel/document.php?id=1141>

Éducation pour la santé : reconnaître les " nouveaux rôles " des médecins et pharmaciens, Alain Deccache, La santé de l'homme, n°376, mars-avril 2005
<http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/376/02.htm>

Humanisme et histoire du médecin. La construction des valeurs de la pratique médicale, Marco Vannotti, in La transmission des valeurs et des savoirs. Quelle médecine pour quelle société ? Volume 2, Genève : Georg éditeur, 2001

Le malade à la fin de sa vie, regards croisés, Ph. Hubault, A. Pignon, P. Leynia, M-P Ombredane, 2002, 8è Congrès National de la Société française d'accompagnement de soins palliatifs <http://www.sfap.org/pdf/VI-D3-pdf.pdf>

Jalons pour une analyse critique des représentations de la maladie, Sylvie Carbonnelle, Bruxelles Santé, 2006
http://www.questionsante.org/03publications/charger/bxl_sante2006.pdf

L'acupuncture en France aujourd'hui, Patrick Triadou et al., 2005, Acupuncture & moxibustion, 2005 (série de 4 articles)

Le fil rouge des nouvelles thérapies, entretien avec Jean Vernet, Nouvelles Clés, mars 2007

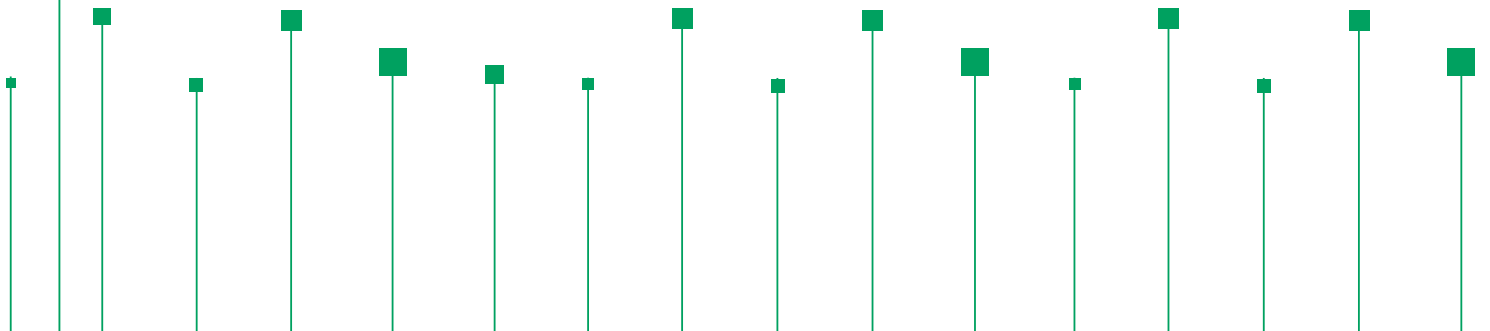
La pratique du soin infirmier au XXI^e siècle : repères conceptuels d'une pratique réflexive, Pierre Fornerod, 2005
<http://www.unige.ch/fapse/SSE/groups/cahiers/cahiers/cahier-parutions.htm>

■■■ Approfondissez sur millenaire3.com

→ Fiches de synthèse

Les médecines non-conventionnelles, Laure Bornarel, novembre 2006.

Lyon dans l'histoire mondiale de la santé. Une approche par les conceptions et les systèmes de santé, Cédric Polère, avril 2007.



SIX QUESTIONS-CLÉS POUR DEMAIN

Par Laure Bornarel et Sylvie Mauris-Demourieux

La santé interpelle, concerne et mobilise chacun d'entre nous. Rapports et colloques, articles enflammés, prises de positions alimentent régulièrement les débats. Du coût de la Sécurité sociale au vieillissement, des limites et faiblesses du système de soins aux perspectives ouvertes par les nouvelles technologies... L'avenir de notre système de santé dépendra des réponses que nous apporterons collectivement aux questions qui se posent.

Parmi les nombreuses interrogations suscitées, nous en avons retenu six. Six questions clés pour la santé de demain, au regard de leur impact éventuel sur la qualité de la santé publique, leurs interactions avec la société ou parce que les valeurs sur lesquelles est actuellement fondé le système de soins sont remises en question :

- L'accès aux soins est jugé bon en France et n'apparaît pas pour le moment comme un sujet sensible pour l'avenir. Pourtant, à trop dormir sur nos lauriers, pouvons-nous ignorer l'apparition de tendances bien réelles ? Un renversement de situation en défaveur de ceux qui sont déjà les moins bien lotis en matière de santé n'est-il pas à craindre ?

- A l'heure d'un durcissement des exigences en santé, des limites visibles du système de soins, des problèmes de financement, du refus des risques... la question suivante se pose de manière cruciale : à qui incombe la responsabilité de la santé ? Une nouvelle répartition n'est-elle pas en train de se dessiner pour les décades à venir ?

- Et si les chemins qu'empruntent médecine moderne et médecines traditionnelles devenaient plus croisés que parallèles ? Le pluralisme thérapeutique, déjà esquissé dans les pratiques, est-il une option à défendre ? Quels sont ses atouts et ses leviers d'action ?

- Robotique, domotique et nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) semblent bien parties pour révolutionner le monde médical. Simples évolutions ou véritables ruptures dans les pratiques ? Faut-il avoir peur de l'invasion des "tics" ?

- Le vieillissement de la société est une donnée inéluctable qui est, somme toute, peu anticipée. Quels peuvent en être ses conséquences ?

- Sur toutes les bouches et dans tous les esprits, l'environnement est la star incontestée du moment ! Mais si les risques majeurs et chimiques sont analysés sous toutes les coutures, qu'en est-il des pollutions plus pernicieuses, de ces objets du quotidien dont la toxicité est méconnue ?

Éléments de réponse dans les pages qui suivent !

Maintenir l'égalité d'accès aux soins : un challenge pour demain !

Huit milliards d'euros de déficit : voila un chiffre familier pour les fervents lecteurs des comptes de la branche maladie de la Sécurité Sociale ! Face à l'ampleur de la dette et aux disparités croissantes du système de soin, les idées de réformes se succèdent allant jusqu'à la mise à mort du monopole de notre chère Sécurité sociale ! L'accès aux soins est considéré par tous comme un acquis pérenne. N'est-ce pas méconnaître certaines tendances qui vont faire de la garantie de ce droit, un combat de demain ?

■ Côté législatif : rien à redire ou presque !

Avec de bons indicateurs de santé, la santé de la population française semble bien prise en charge et l'accès aux soins facile. Cette situation doit beaucoup à la création de la Sécurité Sociale en 1945. Depuis l'instauration en 2000 de la Couverture Maladie Universelle et de l'Aide Médicale d'Etat (AME) pour les étrangers, la France a atteint un taux de couverture de sa population frôlant les 100% et semble oeuvrer dans le bon sens pour réduire encore les inégalités dans ce domaine.

■ Mieux vaut habiter la Côte d'Azur que la Bourgogne !

L'offre de soins s'est développée de manière spectaculaire durant le siècle passé mais elle est inégalement répartie sur le territoire. La France concentre médecins, cliniques, spécialistes, hôpitaux, auxiliaires de santé... au sud d'une ligne Lyon-La Rochelle, en Ile-de-France et en Alsace. En regardant de plus près, on s'aperçoit que l'offre de soins se superpose à la richesse des territoires et non pas aux besoins des populations. Le constat est d'ampleur : l'offre de soins induit la demande et non pas l'inverse. L'Ile-de-France et PACA concentrent la moitié des dépenses de santé mais ne représentent qu'un quart de la population !

A cet état de fait, il faut ajouter la désertification médicale croissante des territoires ruraux. Les médecins généralistes deviennent rares, sans parler des spécialistes ! Ceux qui partent à la retraite trouvent difficilement un successeur. Ce phénomène ne peut que s'amplifier avec la désaf-

Ainsi, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 prévoit d'étendre le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, portant à près de 3 millions de personnes le nombre de bénéficiaires. Mais si du côté législatif tout est en ordre, en revanche sur le terrain, certains facteurs pourraient bien compromettre cette situation et amener une rupture de l'égalité d'accès aux soins dans les décades à venir.

fection croissante des étudiants pour la médecine générale. Au-delà des disparités du maillage territorial, l'inégalité guette l'accès à certaines spécialités. Pédiatres, ophtalmologues, ou encore gynécologues sont pris d'assaut même s'ils pratiquent le dépassement d'honoraires.

Parallèlement, la recherche de qualité et de rationalisation des soins conduit à une restructuration de l'offre hospitalière. Fermetures de services voire d'hôpitaux, regroupement avec d'autres... n'en sont qu'à leurs prémices et pourtant le débat fait rage, alimentant le mécontentement des populations concernées qui ne veulent pas

choisir entre qualité et proximité. Comment concilier la liberté d'installation des praticiens, les normes draconiennes de qualité, la maîtrise des dépenses de santé et les demandes de la population ?



■ Quand renoncement rime avec argent

En 2004, 13% de la population déclare avoir renoncé à des soins faute de moyens : soins dentaires, optiques et consultations de spécialistes sont les premiers touchés. Moins bien pris en charge par la Sécurité Sociale, ces soins relèvent le plus souvent de démarches de prévention couvertes par l'assurance complémentaire. Or, une personne sur dix n'en a pas : en particulier les hommes jeunes, les personnes très âgées, les ménages d'employés de commerce et les ouvriers.

Ces catégories ont souvent un travail précaire et sont moins susceptibles de bénéficier de complémentaires dans le cadre d'accord collectif d'entreprise, tout en étant au-dessus des seuils d'affiliation à la CMU. Résultat : elles sont en moins bonne santé que le reste de la population, consomment nettement moins et sont directement touchées par les réformes de la sécurité sociale cumulant augmentation du ticket modérateur et déremboursements massifs. A l'heure actuelle, le taux de remboursement tourne autour de 70-75% du prix.

Certains proposent de le réduire encore, pourtant, il est démontré qu'au-delà de 25% du prix à la charge du patient, un effet de renoncement aux soins apparaît.

Les médicaments et traitements de demain s'annoncent coûteux, de plus en plus personnalisés et préventifs. Qui va en bénéficier ? Comment déterminer ce qui relève de la prise en charge collective et ce qui relève du confort, du superflu, du personnel ? Comment élaborer un panier de soins qui garantisse l'égalité de l'accès aux soins ?

Quant aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, les enquêtes récentes menées par le Fonds CMU et Médecins du Monde sont inquiétantes : refus direct de soins, demande d'avance de frais ou fausse indisponibilité sont à la hausse. Dentistes, gynécologues et spécialistes sont près de 40% à refuser un patient CMU et les chiffres s'envolent pour l'AME ! En revanche, seule une très faible minorité des généralistes de secteur 1 pratique cette discrimination.

■ Les sirènes du libéralisme : attention danger !

Pour certains, mettre fin au monopole de la sécurité sociale et donner à chacun la liberté de s'assurer auprès de l'assureur de son choix est "la solution" tant pour garantir l'égalité entre tous que pour améliorer la rentabilité et l'efficacité du système. Rappelons que le système américain, parangon de ce modèle, ne brille pas par ses performances : indicateurs de santé mauvais, près

de 16% de la population non couverte par une assurance au détriment des femmes, des enfants, des personnes de couleurs, des plus pauvres et des plus malades. Tout ça pour 16% du PIB consacrées aux dépenses médicales, soit le double du ratio français pour les dépenses par habitant. Un modèle d'avenir ?

A qui incombe la responsabilité de la santé ?

Comment s'établit le partage des responsabilités entre Etat, patients, mutuelles et secteur industriel ?

■ Risques et limites du consumérisme médical

Prédominant dans notre société, le consumérisme a gagné le champ médical. La récente mesure du médecin traitant, préalable à l'accès au spécialiste, vient en effet tardivement encadrer la souplesse d'un (parfois long) parcours de soins responsable en partie du déficit de la Sécurité Sociale... La santé tend désormais à être perçue comme un droit individuel et la médecine tenue à une obligation de résultats. On a même pu assister à l'émergence d'une philosophie de l'indemnisation où le citoyen se considère assez facilement victime d'autrui et cherche à obtenir réparation des aléas de la vie. Jusqu'où ce désistement à l'américaine ira-t-il en France ? Le nombre de procès intentés par des patients révélant des négligences ou un grave manque de conscience professionnelle de la part de médecins a explosé. Si l'évolution est révélatrice d'une nouvelle exigence bien légitime, elle n'est pas sans danger. Les soignants adaptent leurs pratiques professionnelles : multiplication des actes de diagnostics, avec le coût que cela entraîne pour la col-

lectivité, et prise de risques minimale dans les actes thérapeutiques les plus périlleux (chirurgie, etc.). La qualité de la prise en charge se trouve ainsi questionnée. Le durcissement des relations a d'autres conséquences : le comportement ou l'état du patient lui-même pourrait aussi être examiné. Les patients ayant clairement eu un comportement à risque au long terme (addiction au tabac ou à l'alcool, par exemple) seront peut-être, un jour, moins assurés que les autres... Conscientes des implications financières, les mutuelles jouent, pour l'instant, la carte de la prévention en remboursant les cures de désintoxication et autres. Mais pour combien de temps ? Certains individus atteints de pathologies lourdes se voient déjà refuser l'accès à une couverture. Le positionnement des mutuelles sera déterminant pour l'avenir : l'apparition d'une médecine à deux vitesses dépendra indéniablement de leur attachement réel ou non aux valeurs solidaires...

■ Le patient nouveau est arrivé

La fin du sentiment d'appartenance à une société oeuvrant pour le bien collectif s'est soldée par l'apparition d'une nouvelle conscience chez les malades. Hausse du niveau d'instruction général aidant, une presse spécialisée et des sites web dédiés à l'information médicale se sont multipliés. Le médecin a été descendu de son piédestal : le modèle paternaliste où le patient est infantilisé en raison de l'asymétrie des connaissances et de son désarroi supposé face à la maladie est de moins en moins toléré. Le patient réclame une véritable information sur sa pathologie et la reconnaissance de sa responsabilité au moment des choix thérapeutiques. Message reçu : la loi Kouchner de 2002 consacre une meilleure prise en compte des droits des malades. Elle fixe notamment le droit d'accès direct du patient à son dossier médical et légitime l'implication des associations

d'usagers dans l'organisation du système de soins. De figurative, la présence des représentants de patients devient de plus en plus participative dans les organes décisionnels des institutions de santé. Le risque de voir des « professionnels » de la représentation s'ériger en nouveau pouvoir n'est pas nul... Le corps médical prend, quant à lui, la mesure du changement en associant davantage le patient à la prise de son traitement : encore réservée à des pathologies lourdes ou chroniques, l'éducation thérapeutique est en plein essor. A la clef, une baisse du taux d'échecs thérapeutiques. Aux Etats-Unis, des diplômes de patients sont même décernés et les mutuelles les prennent en considération. En France, cela signifierait l'apparition d'un nouveau corps de métier dans les milieux hospitaliers : les accompagnants thérapeutiques. Qui s'en plaindrait ?

LA SANTÉ, L'AFFAIRE DE TOUS



■ A l'Etat de garantir la santé publique

Si, pendant des années, les avancées de la médecine et le financement du système de protection social ont été au centre des préoccupations institutionnelles et médiatiques, l'émergence du Sida dans les années 80 a constitué un tournant. Un véritable plan de prévention national a été nécessaire pour enrayer l'épidémie. Ont suivi une série de crises sanitaires qui ont progressivement poussé l'Etat à se réapproprier la question de la santé publique. La demande de protection de la population ayant été fortement relayée par les médias, la préservation de la vie est devenue un enjeu politique essentiel. Le système de veille sanitaire s'en est trouvé modernisé avec la création de grandes agences. Et la loi du 9 août 2004 a fait basculer la politique de santé publique dans une logique de résultats novatrice pour l'Etat. Avec une obligation légale de prévention, les mutuelles ont été mises à contribution. L'affichage d'un gouvernement

préoccupé par la santé de ses concitoyens est devenu plus lisible : lutte contre le cancer, Programme National Nutrition et Santé... La cohérence du discours et des politiques menées reste désormais à assurer. Sur le tabac, par exemple, source de revenu notoire pour le gouvernement... Ou sur la nutrition : quid de l'impact du lobbying industriel agro-alimentaire face à la timidité des mesures prises pour lutter contre l'épidémie d'obésité ? Et celui de l'industrie pharmaceutique sur la place accordée aux médecines non-conventionnelles ? Enfin, la France a des choix à faire : comment rester une nation innovante en injectant aussi peu de moyens dans la recherche publique ? Comment admettre qu'avec le niveau très honorable de nos chercheurs, nous restions parmi les pays européens les plus en retard en épidémiologie, outil de base pour des campagnes de prévention ciblées ?

Domotique, robotique, informatique : les "Tics", un bienfait pour l'homme ?

Robotique, domotique et nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) semblent bien parties pour révolutionner le monde médical mais aussi le rapport du patient aux soins. Simples évolutions ou véritables ruptures dans les pratiques ? Le développement de systèmes de surveillance et d'alerte à distance et la mise en réseau croissante de données médicales n'ont-ils que des atouts ?

■ La domotique : que du bonheur ?

En permettant le maintien à domicile des personnes âgées ou dépendantes, en facilitant l'hospitalisation à domicile, les nouvelles technologies souhaitent allier sécurité, autonomie et maintien du lien social. Pour révolutionnaires qu'elles soient, ces solutions ne doivent pas conduire la société à faire l'économie d'une réflexion

sur une solidarité à visage humain. Une fois la surveillance médicale garantie, qui assurera la présence humaine chez les personnes isolées ? La demande en personnel va être forte et les investissements seront-ils au rendez-vous alors que cette facette de la prise en charge n'a rien d'innovant ?

■ Les robots sont parmi nous !

Les robots investissent l'acte chirurgical aujourd'hui, bientôt le domicile et pourquoi pas demain le cabinet du médecin ? Jean-Paul Escande, médecin et professeur à l'hôpital Cochin-Tarnier, n'est pas optimiste. Le cabinet du médecin de demain risque fort de se conjuguer sur le mode automatisé. Machines et robots assureraient un premier questionnaire lors de la prise de rendez-vous pour orienter sur un autre centre de soins ou préparer les tests diagnostics et de mesures physiologiques à pratiquer dès l'arrivée au cabinet. Une fois les résultats obtenus, on pourrait imaginer que l'ordinateur utilise les

bases d'aides à la prescription pour produire une première ordonnance ou dispenser des conseils santé. Le rôle du médecin ? Validation des propositions, prise en charge des cas spécifiques ou graves, ou tout simplement temps de parole avec le patient qui en a besoin. Un scénario de science-fiction ? Pas si sûr. L'essor d'une médecine de plus en plus normée soumise aux chiffres, aux preuves et autres protocoles modèle déjà si fortement la pratique du médecin, que les professionnels de santé s'inquiètent de leur perte d'autonomie et du devenir de l'art du diagnostic et du toucher.

■ Le remède informatique : attention vous êtes fichés !

Professionnels de santé, établissements hospitaliers publics, privés, laboratoires d'analyses, réseaux de soins... utilisent différents systèmes informatisés pour conserver les données de leurs patients. Le hic ? Conçus pour répondre au mieux aux besoins de chaque profession, ces systèmes sont cloisonnés et ne communiquent pas entre eux. Ils n'assurent donc aucun suivi du patient et de son parcours santé. Pourtant, les experts s'époumonent : un bon système d'information de santé est un facteur déterminant de qualité des soins et d'économie. Qualité et économie étant les mots d'ordre du moment, les projets fleurissent pour mettre le patient au cœur de cette informatisation dans les années qui viennent.

Acteur central : le Dossier médical personnel (DMP), véritable biographie sanitaire du patient. Sur son autorisation, n'importe quel professionnel de santé pourra accéder à l'ensemble des informations médicales : consultations, résultats d'analyses, imagerie, comptes rendus d'interventions chirurgicales, liste des médicaments délivrés... Ce suivi devrait permettre d'améliorer de manière sensible la coordination, la qualité et la continuité des soins en évitant les actes redondants et les interactions de médicaments. Prévu par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, ce DMP est en cours d'expérimentation dans 17 sites pilotes. En

Rhône-Alpes, deux établissements de santé à Annecy et six du bassin lyonnais sont partie prenante.

Petit frère du DMP, le dossier pharmaceutique est dans les starting-blocks. Initiative de l'Ordre des pharmaciens, ce dossier devrait permettre aux pharmaciens de consulter pour chaque patient, l'historique de délivrance des spécialités prescrites par un médecin ou conseillées par un pharmacien. A terme, ce dossier devrait être accessible aussi aux médecins en s'intégrant au DMP. La CNAMTS¹ propose aussi son bébé : le "Web Médecin" ! Derrière ce titre jovial se cache la possibilité pour les praticiens de consulter l'historique des 12 derniers mois des prestations de l'Assurance Maladie du patient. Une prestation qui fait ses premiers pas dans trois départements...

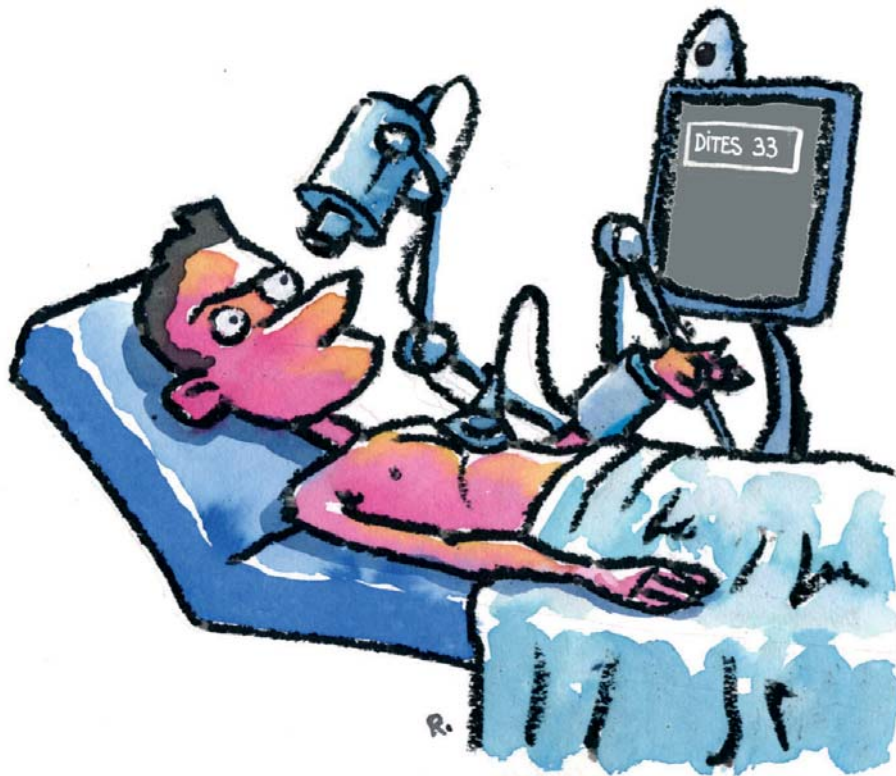
Côté patient, la nouvelle carte vitale sera multifonctionnelle : règlement des consultations, ordonnances dématérialisées, accès au DMP et aux informations vitales en cas d'urgence. Il s'en est fallu de peu qu'elle fasse aussi carte d'identité : Philippe Douste-Blazy, lors des débats à l'Assemblée Nationale en juillet 2004, estimait que c'était l'occasion ou jamais d'y incorporer un identifiant anthropométrique, type empreintes, en plus de la photo numérique...

■ Quid de la sécurité et confidentialité des informations médicales ?

Toutes ces innovations ne sauraient fonctionner sans le consentement du patient. Mais a-t-il toujours bien conscience de ce qu'il donne à savoir ? De manière générale, les patients formulent des exigences de confidentialité et de sécurité extrêmement fortes. Les discriminations dont sont victimes les malades dans l'assurance, le travail, la société ou encore parfois dans la famille sont fréquentes. Réflexion et vigilance sont nécessaires : qui a accès aux données, à quelles données et pour quelles utilisations ? Quels sont les moyens de contrôle ?

La Commission Nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) est censée veiller au grain. Ainsi, tout traite-

ment automatisé d'informations nominatives par le praticien, notamment la constitution de son fichier patient, doit faire l'objet d'une déclaration à la CNIL. Investie de nouvelles missions de contrôles et de sanction, la CNIL voit son champ d'action s'étendre sans cesse. Pour autant, les moyens ne suivent pas et les dépenses consacrées à la protection des données sont largement insuffisantes. Avec deux, voire quatre fois moins de personnels que ses homologues européens, la CNIL est, aux dires de son président Alex Türk, dans une situation préoccupante pour l'avenir... et nous avec !



Le pluralisme thérapeutique : une voie d'avenir à promouvoir ?

"Cela fait trop longtemps que les systèmes traditionnels de médecine et la médecine « moderne » cheminent séparément, dans la plus grande antipathie mutuelle. Mais leurs objectifs ne sont-ils pas les mêmes : améliorer la santé de l'humanité et donc la qualité de la vie? Seuls les esprits bornés oseraient soutenir que chacune de ces deux écoles n'a rien à apprendre de l'autre." En 1977, Halfdan Mahler, directeur de l'Organisation Mondiale de la Santé, s'exprimait clairement en faveur d'un rapprochement des différents systèmes. 30 ans plus tard et bien que les esprits bornés soient encore légion, force est de constater que les choses évoluent lentement mais sûrement ! Quel intérêt ont les nations développées et les pays en développement à promouvoir un tel rapprochement ? Le cas échéant, comment faciliter cette évolution ?

■ Complémentarité vaut mieux que monopole

La biomédecine ne peut plus représenter le seul référentiel en matière de santé : les populations attendent une science de la santé, voire une philosophie de l'homme, et pas seulement une technique du soin et de la maladie. La médecine moderne, en imposant son modèle, tend à éliminer des conceptions millénaires, véritables patrimoines de l'humanité. Les pratiques des patients l'attestent : dans les pays développés, entre la moitié et les 3/4 des populations confirment avoir recou-

ru au moins une fois aux médecines non conventionnelles. Combiner médecines moderne et traditionnelles permet d'utiliser les avantages de l'une pour combler les insuffisances de l'autre. Maladies chroniques, maux de dos, stress, angoisse, insomnie, fatigue, douleur, atténuation des effets secondaires des traitements allopathiques sont autant de domaines pour lesquels l'efficacité des médecines traditionnelles est reconnue.



■ Un accès à la santé pour tous

Dans des sociétés vouées au multiculturalisme, la présence d'une offre de soins plurielle permet de mieux prendre en compte la culture des migrants et les traditions autochtones. La prise en charge de certaines populations, qui ne peuvent accepter des pratiques médicales jugées diaboliques (mixité, nudité, injection de substances...) ou contraire à leur croyance religieuse, s'en trouve aussi améliorée.

Pour Jean-Claude Saily, directeur de recherche au CNRS, la vision réductrice de la santé issue de la biomédecine n'est pas adaptée aux problèmes de santé rencontrés par les populations les plus défavorisées de nos sociétés riches et par la majeure partie de l'humanité confrontée aux problèmes de santé primaire. Les pays en développement manquent de moyens pour financer les équipements, former le personnel et acheter les

médicaments nécessaires. Les populations continuent d'utiliser de façon plus ou moins exclusive leur système de soins ancestral. Devant cette situation, nombreux sont les acteurs (pouvoirs publics, ONG...) à promouvoir un partage de la responsabilité de la santé entre médecines traditionnelles et moderne. En Afrique, les "tradipraticiens" sont en voie d'institutionnalisation et leurs savoirs sont enseignés parallèlement à la médecine occidentale. En 2002, l'OMS a mis en place sa première stratégie globale en matière de médecines traditionnelles afin d'aider à leur développement et reconnaissance. L'officialisation de ces médecines permet de constituer une défense contre ceux qui tirent profit de l'ostracisme de la biomédecine pour prôner des théories fantasmées et dangereuses.

■ Pas de panique : finances publiques et industries y trouvent leur compte !

Côté finances sociales, les rares enquêtes qui se sont penchées sur le sujet montrent que le recours aux médecins homéopathes et/ou acupuncteurs est moins coûteux : prescriptions pharmaceutiques allégées de plus de 30% par rapport aux généralistes classiques, recours aux paramédicaux diminué de 70% et quasiment

aucun arrêt maladie ! Côté industrie, à l'heure où la manne des médicaments chimiques s'épuise, les ressources des pharmacopées traditionnelles sont inestimables et certains grands laboratoires l'ont bien compris, d'ailleurs au détriment des populations indigènes.

■ Des pistes à méditer

Pour évoluer vers plus de mixité, les possibilités ne manquent pas : de la reconnaissance des pratiques au remboursement des actes à l'instar de certaines mutuelles. Officialiser des diplômes et des filières de formation, donner aux allopathes des clés de compréhension de ces systèmes traditionnels très souvent méconnus seraient plus qu'utile ! Certains pays, comme la Chine ou le VietNam ont fait le choix d'intégrer à égalité médecines traditionnelle et moderne. En Chine, où ce développement conjoint est même inscrit dans la Constitution, 3000 hôpitaux de médecine traditionnelle

chinoise exercent à côté des 14000 hôpitaux de médecine occidentale. Sur le million et demi de médecins près d'1/3 sont des médecins traditionnels. Quant aux préparations à base de plantes issues de la pharmacopée, elles représentent 30 à 50% de la consommation totale de médicaments ! En France, ce sont quelques 24 hôpitaux, soit une cinquantaine de services, qui utilisent hypnose, sophrologie, massage, relaxation, acupuncture, auriculothérapie, homéopathie ou encore ostéopathie pour le plus grand bien de leurs patients ! Des pratiques à diffuser et valoriser !

Et si l'on anticipait mieux le vieillissement de la population ?

Quand on apprend que Sophia Loren, 72 ans, pose nue pour le calendrier Pirelli 2007, là, on se dit qu'on est face à un véritable phénomène de société. Les vieux ne sont plus ce qu'ils étaient ! D'ailleurs, on ne parle plus de « vieux » : les plus de 60 ans sont des « seniors », les plus de 80 des « anciens »... Un Français sur quatre a 55 ans ou plus. Un Français sur trois sera concerné en 2020. La société est-elle prête à absorber le changement ?

■ Un vieillard qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle

Dans le (bon vieux) temps, les anciens étaient considérés pour leur sagesse et leur expérience. Du moins c'est ce qu'on dit. Aujourd'hui, la retraite se prend entre 55 et 60 ans, soit une vingtaine d'années avant la fin, l'espérance de vie étant de 84 ans pour les femmes et de 77 ans pour les hommes. Avec l'arrivée massive des papy-boomers, deux questions se posent : la classique interrogation sur le financement des retraites, et celle, moins courante, de la déperdition d'énergie et de savoir pour la société. Si certains sont ravis de refermer la porte derrière eux à 60 ans, pourquoi ne pas permettre à ceux qui le souhaitent de prolonger leur activité professionnelle ? Le travail, c'est la santé ! Le salarié doit d'ailleurs l'avoir pour pouvoir prolonger sa vie active. D'autres conditions sont à réunir : compétences adéquates, conditions de travail satisfaisantes, bonnes relations avec la hiérarchie et les collègues, et surtout, mission professionnelle

motivante. En Allemagne, l'âge de la retraite est passé à 67 ans, en Suède, elle peut atteindre 70 ans. La Finlande met actuellement en place des programmes Seniors dans les entreprises pour inciter les volontaires à repousser l'heure du départ jusqu'à 68 ans. Gagner des points de retraite supplémentaires, maintenir un niveau de vie satisfaisant ou valoriser son expérience en la transmettant auprès des plus jeunes... Les motifs qui poussent les sexagénaires à rester sont variés, mais la méthode managériale reste la même : la continuation de carrière doit être personnalisée. Et la France ? La loi Fillon, misant sur l'allongement des durées de cotisation dès 2008 pousse tout le monde à travailler plus longtemps. Pourtant en 2006 ¹, 415 000 chômeurs âgés de plus de 55 ans ont été invités à ne pas chercher de travail. Leur nombre a augmenté de 2% en un an...

■ Faut-il enterrer le jeunisme ?

La question se pose ! Le public garde une image périmée du vieillissement, alors que les seniors d'aujourd'hui arpentent boutiques, concerts, avions, hôtels et séances d'abdo-fessiers ! Pression médiatique aidant, l'accent est mis sur l'apparence physique : pratique sportive, boom de la chirurgie esthétique, les retraités sont en moyenne « bien conservés » ! Alors, à quand des couvertures de magazines avec des mannequins joliment ridés ? Jusqu'à présent, c'est le porte-monnaie des seniors qui a fait l'objet de toutes les attentions, notamment par les voyagistes. Mais, finalement, les besoins spécifiques de cette population sont peu pris en compte : la domotique teste

certes ses premiers produits pour le 4^e âge, mais rien n'est fait ou presque pour les sexagénaires en bonne santé qui n'ont tout simplement plus la même résistance. Les Etats-Unis, Floride en tête, ont une longueur d'avance sur tout le monde : villages entiers conçus pour le 3^e âge, voitures adaptées, grande distribution qui offre des chariots électriques sur lesquels il est possible de s'asseoir... Sécurité, confort, simplicité : les entreprises qui sauront adapter leurs produits et services auront un bel avenir devant elles, surtout si elles s'abstiennent de baptiser leurs nouvelles gammes « seniors ». Qui a envie qu'on lui rappelle en permanence qu'il vieillit ?

■ La médecine du futur, une médecine à deux vitesses ?

Reste la question de la santé : pour bien vivre sa longévité, mieux vaut avoir un corps en bon état ! La révolution de la biologie moléculaire et la nanomédecine pourrait bien y contribuer. Des cellules embryonnaires ont déjà permis la reconstitution de vessies : à l'avenir, elles pourraient régénérer des organes comme le cœur, le foie ou les reins. Se présentant sous la forme d'un support en verre ou en silicium d'au maximum 1 cm², les biopuces lisent l'ADN et détectent les molécules indésirables. En 2005, 7 millions ont été utilisées dans le monde, contre seulement 100 000 en 1999 ² ! Elles trouvent des applications dans la recherche sur la fonction des gènes, l'industrie pharmaceutique et agroalimentaire,

le diagnostic et le suivi thérapeutique. Exemple, pour les diabétiques, une biopuce pourrait analyser d'ici quelques années la quantité de glucose dans le sang et délivrer, en cas d'insuffisance, la production d'insuline. Autre exemple, l'identification des biomarqueurs, ces révélateurs d'un désordre physiologique avant-coureur d'une maladie grave comme le cancer : grâce au nano-diagnostic, les médecins devraient bientôt pouvoir traiter la maladie bien avant la formation d'une tumeur ! Et les nanorobots, circuleront-ils un jour dans notre corps pour nettoyer nos artères ? Pour l'instant, cela reste encore de la science-fiction, mais qui sait ? Voici l'avènement de l'homme bionique. Son profil ? Riche, bien

1 - Source Unedic, Le monde du 12 janvier 2007.

2 - Vieux, moi ? Jamais. La société en quête d'immortalité, Benoit Helme, Le monde 2, 14 octobre 2006.

informé, il aura une espérance de vie sans doute supérieure à celle d'un individu plus démuné. 10 ans séparent déjà en moyenne une personne aisée avec un bon niveau d'éducation d'une personne pauvre vivant dans des conditions précaires. Or, un million de plus de 60 ans vivent dès aujourd'hui sous le seuil de pauvreté. Qu'en sera-t-il demain, au temps des retraites allégées ? Se pose aussi la question de la dépendance : 14% des personnes âgées vivent en famille et 13% en maison de retraite. Gérontologie (organisation médico-sociale) et

gériatrie (médecine de la vieillesse) sont-elles dans les starting-blocks ? Pour l'heure, la France ne recense qu'une quarantaine de professeurs en gériatrie. Et on compte un aidant pour trois personnes dépendantes en institution, alors que la moyenne européenne est d'un aidant pour une ou deux personnes dépendantes... Ceci pour ceux qui ont la chance de trouver un établissement. Peut-être serait-il temps de se pencher politiquement sur le sujet ?



Environnement et santé : les nouveaux défis

La thèse d'Hippocrate établissant l'influence de l'environnement sur la santé n'a jamais été autant d'actualité. Comment parvenir à concilier développement économique et préservation durable de la vie humaine ?

■ Attention à la crème solaire qui tue

Les premiers liens entre santé et environnement ont été faits dans le champ de la médecine du travail. De la silicose¹ aux cancers générés par l'amiante, le chemin a souvent été long pour faire reconnaître le caractère professionnel de maladies dues à l'environnement de travail. Aujourd'hui, l'alerte est donnée sur l'exposition aux produits chimiques toxiques. En 2003, 2,4 millions de travailleurs ont été en contact avec des produits cancérigènes. Une réalité qui déborde forcément dans la sphère privée : jouets, ustensiles de cuisine, produits de beauté... Exemple : le Centre international de Recherche sur le Cancer confirme ainsi que l'utilisation des crèmes solaires chez les jeunes est clairement associée au développement du cancer de la peau. L'Europe vient d'adopter la Directive Reach² qui impose aux industriels d'évaluer les éventuels effets sur l'homme et l'environnement de 30 000 substances. 1 500 produits de la vie courante ont déjà été classés comme dangereux. A charge pour les entreprises de les retirer de la circulation et

de les remplacer par des solutions de substitutions. Une victoire pour Greenpeace, qui en avait brocardés plusieurs dans son Guide des produits domestiques... Scientifiques et associations peuvent se réjouir de l'avancée : en 2004, l'Appel de Paris, initié par le Prof. Belpomme, cancérologue réputé, attirait l'attention des pouvoirs publics sur le fait que la majorité des pathologies actuelles sont induites par nos modes de vie. Son livre, « ces maladies créées par l'homme » ou « comment la dégradation de l'environnement met en péril notre santé », fait désormais référence en la matière. Encadrement législatif aidant, parions que le recours à des produits non toxiques sera bientôt un argument commercial de plus auprès des consommateurs. Et un nouveau moyen de recrutement... Pourquoi ne pas créer un référentiel normé « développement durable » pour les entreprises, réunissant à la fois des indicateurs de santé au travail et de préservation de l'environnement ?

■ Alimentation : des Oméga-3 aux OGM

Bonne nouvelle : il est de plus en plus démontré que l'alimentation peut avoir une influence positive sur la santé. Pour s'en convaincre, il suffit de lire les récents travaux scientifiques³ sur le rôle de la nutrition dans la prévention des maladies cardiovasculaires, du cancer, de la dépression et bien évidemment, du diabète et de l'obésité... Une information qui tarde à être divulguée en France, alors qu'elle tend à être plébiscitée dans le reste du monde. Certains s'interrogent même sur le contenu du Programme National Nutrition et Santé, soutenant que les recommandations émises par l'Etat visent à assurer autant la santé des multinationales de l'agro-business que celle du grand public⁴ ! L'indépendance des experts sollicités par les agences nationales de veille sanitaire est-elle réellement respectée ? La législation sur les allégations nutritionnelles affichées sur les produits alimentaires ne devrait-elle pas être durcie pour éviter les confusions chez le consommateur ?

Mauvaise nouvelle pour les 86% de français⁵ qui souhaitent l'interdiction pure et simple des aliments transgéniques. L'Etat vient de donner le feu vert à la commercialisation d'une trentaine de nouvelles variétés

de maïs, soja, tabac, chicorée et colza... Sans parler des 4 500 hectares de « maïs insecticides » récoltés et vendus en toute légalité, ni du fait que la majorité des bêtes élevées en France mangent d'ores et déjà des plantes OGM. L'intérêt des aliments transgéniques reste discutable car pour l'instant, seules sont disponibles des plantes résistantes à un herbicide ou émettrices d'insecticides. Faut-il s'inquiéter des OGM dans son assiette ? Le danger reste hypothétique, même si le principe de précaution ne semble pas être respecté : les nouvelles variétés sont testées sur des animaux pendant une période de 3 mois⁶. Les scientifiques prétendent que si les tests de toxicité duraient plusieurs années (comme pour un médicament, par exemple), cela permettrait de repérer d'éventuels effets comme des cancers. La marge de liberté du consommateur va désormais se jouer sur la lisibilité du traçage des produits alimentaires issus de la filière transgénique. Quant au risque sur l'environnement, il est plus durable : une fois libérés dans la nature, les OGM sont totalement incontrôlables. Un atout pour l'avenir de la planète ?

1 - Maladie du mineur

2 - Registration, Evaluation and Autorisation of Chemicals, Sciences et avenir, février 2007.

3 - Le régime oméga 3, le programme alimentaire pour sauver notre santé, Dr Michel de Lorgeril et Patricia Salen, EDP Sciences.

4 - Santé, mensonges et propagande, Arrêtons d'avalier n'importe quoi ! Thierry Souccar et Isabelle Robard, Seuil.

5 - Sondage septembre 2006.

6 - OGM : mais à quoi ça sert ? Matthieu Auzanneau, Le monde 2, 25 novembre 2006.



■ Le siècle sera écologique ou nous ne serons plus

Difficile d'échapper à l'écrasante information du réchauffement climatique. L'importance de la mobilisation scientifique internationale (500 délégués représentant les gouvernements de 120 pays) et les conclusions sérieusement alarmantes de leurs travaux réveille enfin le monde politique : la responsabilité de l'homme dans le réchauffement climatique est entérinée. En France, le Pacte Ecologique de Nicolas Hulot incite les candidats à l'élection présidentielle à s'emparer de la question environnementale. L'enjeu est si grave (la préservation de conditions d'existence viables pour l'humanité) que les discours devront rapidement être suivis d'actes collectifs significatifs : au-delà de l'hypothétique création

d'une ONU (Organisation des Nations Unies Environnementale), Etats, entreprises et ménages vont chacun devoir contribuer à leur niveau à la lutte contre le réchauffement. Des solutions pour se déplacer, se nourrir et se loger « autrement » sont à trouver. Ce qui suppose des investissements à consentir et des comportements à changer... Exemple, la formation des professionnels pour répondre à la demande d'une consommation moins intense en carbone. Et l'orientation des évolutions technologiques vers des solutions de moins en moins émettrices. Pour être efficace, l'exhortation citoyenne devra s'accompagner d'incitations économiques et de contraintes fiscales. On s'y met ?

Pour en savoir plus, consultez l'Agenda !

2^e Symposium de Médecine Traditionnelle Africaine

4-6 Mai 2007, Unimail – Genève
www.csmt.ch/site/index.php

Conférence annuelle de l'European Health Management Association (EHMA)

Values and Management in Health Care
27 au 29 Juin 2007, Manufacture des tabacs, Université Jean Moulin Lyon 3
Contact : Alice Teil (Graphos / Ifross), 04 78 78 75 81, alice.teil@univ-lyon3.fr

29^e Conférence Annuelle de l'IEEE / EMBS

Institute of Electrical & Electronics Engineers / Engineering in Medicine & Biology Society
23 au 26 Août 2007, Centre de Congrès, Lyon 6e
Contact : André Dittmar, 04 72 43 89 86/88, dittmar@univ-lyon1.fr

Exposition "De la mesure à la robotique"

1^{er} Février au 31 Octobre 2007, Musée grenoblois des sciences médicales
Contact : Musée grenoblois des sciences médicales, 04 76 76 51 44

Journée Technique du Suivi à Domicile

18 Octobre 2007, Saint-Etienne
Contact : Agnès Chavand (Pôle des Technologies Médicales), 04 77 91 16 65, a.chavand@pole-medical.com

■■■ Informez-vous

→ Ouvrages

Imaginaires et rationalité des médecines alternatives, Jean-Jacques Wunenburger, Médecine & Sciences Humaines / Les Belles Lettres 2006.

J.-J. Wunenburger est professeur de philosophie à l'Université Jean Moulin-Lyon 3 et directeur associé du Centre de recherches G. Bachelard sur l'imaginaire et la rationalité de l'Université de Bourgogne.

La santé et les richesses immatérielles, introduction de Jean-Claude SAILLY, Actes du Colloque « Economie et Santé. La Santé, moteur économique », Fondation Rhône-Alpes Futur, janvier 1999.

La France malade de sa médecine, Roland Maes, Editions de Paris.

Antimanuel de médecine. I.R.M. du monde médical, Jean-Paul Escande, éditions Bréal, 2006.

→ Articles

Changement climatique, les politiques interpellés, Le Monde, 30 janvier 2007.

Coup de vieux sur l'innovation, Pascale Krémer, Le Monde 2, 13 janvier 2007.

Internet interpelle les médecins, Sandrine Blanchard, Le Monde, 21 février 2007.

Les produits chimiques encadrés, Loïc Chauveau, Sciences et Avenir, février 2007.

Lutte contre l'obésité : le poids des lobbies, Christophe Fourel, Alternatives Economiques, n°255, février 2007.

OGM : mais à quoi ça sert ? Matthieu Auzanneau, Le Monde 2, 25 novembre 2006.

S'alimenter, se déplacer et se loger en polluant moins, Le Monde, 30 janvier 2007.

Vieux, moi ? Jamais ! Benoit Helme, Le Monde 2, 14 octobre 2006.

Dossier "La réussite des médecines alternatives", Sciences et Avenir, février 2007.

→ Rapport

Les technologies pour la santé, Régis Beuscart, Rapport du Ministère de la Recherche, janvier 2005.

→ Sites et médias

www.d-m-p.org

Grand public ou professionnels de santé, ce site vous renseigne de manière très complète sur le dossier médical personnel : mode d'emploi, documentation, législation et rapports, informations sur les expérimentations en cours...

www.who.int

Pour mieux connaître la stratégie de l'OMS au regard des médecines traditionnelles, la page "Médecine traditionnelle" (onglet Thèmes de santé) vous propose de nombreuses références documentaires, liens et informations sur les programmes et bureaux de l'OMS travaillant sur le sujet.

Retrouvez sur www.millenaire3.com

les dossiers thématiques de l'agenda santé :

n° 1 : les biotechnologies dans la région lyonnaise (oct 2003)

n° 2 : l'animal et la santé (avril 2004)

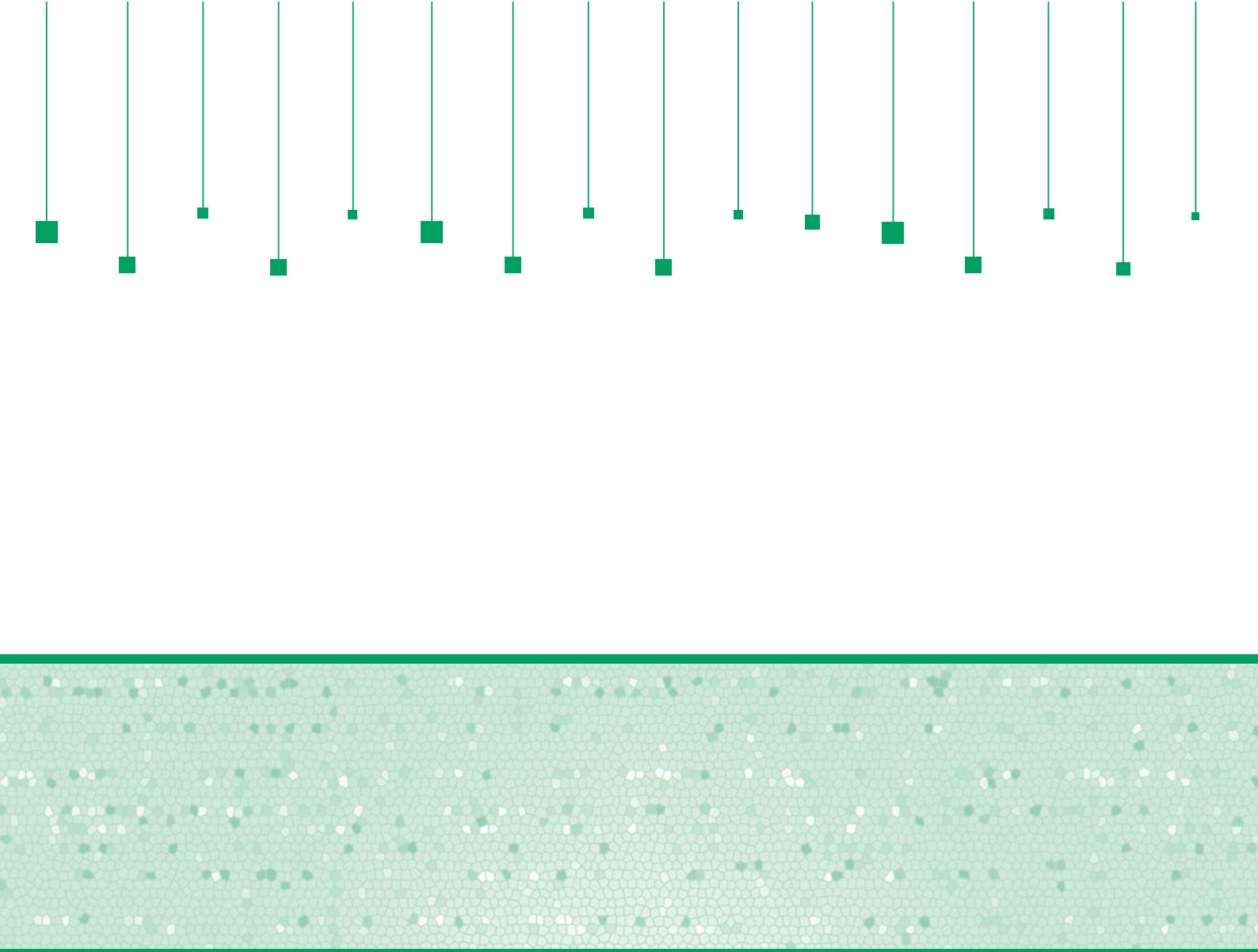
n° 3 : la formation continue en santé (novembre 2004)

n° 4 : vaccinologie et immuno-virologie (avril 2005)

n°5 : Santé, prévention et politiques publiques (octobre 2005)

n°6 : Le cerveau (avril 2006)

n°7 : Travail et santé (novembre 2006)



Direction de la prospective et de la stratégie d'agglomération

Grand Lyon, 20 rue du Lac 69003 Lyon - tél : 04 78 63 41 82

www.millenaire3.com

www.grandlyon.com

millenaire3@grandlyon.org

Directeur de la publication : **Corinne TOURASSE**

Coordination : **Jean-Loup MOLIN**

Réalisation : **Laure BORNAREL**, laure.bornarel@free.fr, avec **Sylvie MAURIS-DEMOURIoux**, mauris-demourieux.sylvie@wanadoo.fr,

Cédric POLÈRE, cedric.polere@tele2.fr,

Conception/réalisation graphique : **Crayon Bleu**, tél. 04 72 61 09 99

Illustrations : **Romuald Font**

GRANDLYON
communauté urbaine

millénaire3
le centre de ressources prospectives
du Grand Lyon