Sous la direction de
Paul Scheffer

Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire et chimique

Quelles formations critiques ?

ETHIQUE & PRATIQUE MÉDICALES

L'Harmattan

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire et chimique

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Éthique et pratique médicales

fondée par Richard Moreau

Collection dirigée par Roger Teyssou

La collection *Les Acteurs de la Science*, prévue pour recevoir des études sur l'épopée scientifique moderne, se dédouble pour accueillir des ouvrages consacrés spécifiquement aux questions fondamentales que la santé pose actuellement. Cette nouvelle série cherche à faire le point objectivement et en dehors des modes sur des connaissances, des hypothèses et des enjeux souvent essentiels pour la vie de l'homme. Elle reprend certains titres publiés auparavant dans *Acteurs de la science*.

Dernières parutions

Daniel BIRNBAUM, *C'est la lutte finale*, 2015.
Jacques ROBERT, *Mal de mère et maux d'enfants*, 2014.
France BERETERBIDE, *Essais cliniques dans les pays du Sud : entre impérialisme éthique et relativisme moral ?*, 2014.
Lucien KARHAUSEN, *Mythologies médicales*, 2014.
Nausica ZABALLOS, *Vie et mort d'un hôpital psychiatrique : le Camarillo Hospital (1936-1996)*, 2014.
Monica GINNAIO, *La pellagre : histoire du Mal de la Misère en Italie*, 2013.
Pr Jean-Luc WAUTIER (avec la collaboration de Marie-Paule Wautier), *Le sens de la médecine ou la révolution culturelle dans le système de santé*, 2013.
François VACHON, *Mon corps m'a dit, Vite et mieux comprendre quand une urgence médicale menace vraiment sa vie*, 2013.
Philippe GARNIER, *Infections nosocomiales et trou de la sécu, maux croisés de santé*, 2013.
Jean-Adolphe RONDAL, *La réhabilitation des personnes porteuses d'une trisomie 21*, 2013.
Annagrazia ALTAVILLA, *La recherche sur les cellules souches : quels enjeux pour l'Europe ?,* 2012.
Michel NADOT, *Le mythe infirmier*, 2012.
Thierry PATRICE*, Chercheurs, Éthiques et Sociétés, L'avenir de l'avenir,* 2012.
Achref SNOUSSI et Jean-Pierre CAMILLERI, *L'éternelle jeunesse, L'art de bien vieillir*, 2012.
Laurence DE CHAMBRIER, *Le patient malgré lui. Réflexions sur le certificat de bonne santé obligatoire,* 2011.
Emmanuel BABIN, *Le cancer de la gorge et la laryngectomie. La découration*, 2011.
Rémi BORDES, *Dire les maux. Anthropologie de la parole dans les médecines du monde*, 2011.
François CLOUTIER, *La médecine verticale*, 2010.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Sous la direction de Paul Scheffer

LES MÉTIERS DE LA SANTÉ FACE AUX INDUSTRIES PHARMACEUTIQUE, AGROALIMENTAIRE ET CHIMIQUE

Quelles formations critiques ?

L'Harmattan

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Du même auteur

Scheffer Paul, *Formation des diététiciens et esprit critique. Comment favoriser l'indépendance professionnelle et une pratique réflexive du métier ?*, L'Harmattan, 2015.

© L'Harmattan, 2015
5-7, rue de l'Ecole-Polytechnique, 75005 Paris

http://www.librairieharmattan.com
diffusion.harmattan@wanadoo.fr
harmattan1@wanadoo.fr

ISBN : 978-2-343-05932-7
EAN : 97823430059327

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Remerciements

Cet ouvrage n'aurait pas été possible sans les retranscriptions des intervenants ayant participé aux colloques de l'Association de Diététique et Nutrition Critiques (ADNC). Elles ont été réalisées par certains diététiciens et diététiciennes membres du Conseil d'Administration de l'ADNC : Audrey Delrieu, Léna Ferri, Séverine Sénéchal, François Pot et Sylvain Duval. En tant que coordinateur, je remercie également chaleureusement les conférenciers ayant livré des contributions originales pour cet ouvrage, la revue médicale indépendante *Pratiques – Les cahiers de la médecine utopique*[1] qui a autorisé la reproduction de certains articles parus dans ses colonnes, les éditeurs et journaux qui m'ont autorisé à reproduire certains passages cités, Dominique Richez pour sa fine et précieuse relecture du manuscrit, et Rockyspring pour l'illustration de couverture. En accord avec la licence *creative commons* choisi par ce dernier, cette illustration est libre de droit et peut-être modifiée, ce qui a aimablement été fait par Jérémie Serme pour ce livre. L'illustration originale peut être consultée à partir du lien suivant : http://rockysprings.deviantart.com/art/Choose-Pill-100967292.

[1] http://pratiques.fr/

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Présentation des auteurs

Baridon Morgane : Diététicienne

Chevallier Laurent : Médecin nutritionniste, membre du Réseau Environnement Santé

Cicolella André : Toxicologue, et porte-parole du Réseau Santé Environnement et président fondateur de Sciences citoyennes

Darnis Isabelle : Diététicienne, enseignante en licence professionnelle et fondatrice d'ABC DiétÉtique

Delarue Louis-Adrien : Médecin généraliste et administrateur du Formindep

Duval Sylvain : Administrateur de l'Association de Diététique et Nutrition Critiques, et membre du Formindep

Flora Luigi : Patient chercheur, post-doctorant à l'institut de recherche en santé publique à l'université de Montréal (IRSPUM). Conseiller pédagogique de la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP), faculté de médecine, Université de Montréal.

Foucras Philippe : Médecin généraliste, fondateur du Formindep

Froissart Zoéline : Interne en médecine générale, et ancienne administratrice du réseau Medsi

Goudin Sébastien : Diététicien, Ex-membre d'ABC DiétÉtique. Salarié de l'Association Départementale d'Education pour la Santé – Rhône

Grosman Marie : Agrégée des sciences de la vie et de la terre et membre du Réseau Santé Environnement

Le Barzic Michelle : Psychologue clinicienne

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Lechopier Nicolas : Philosophe, maître de conférences en épistémologie et histoire des sciences à la faculté de médecine Lyon1, administrateur de la Fondation Sciences Citoyennes

Lenglet Roger : Philosophe et journaliste d'investigation

Lystard Léa : Statisticienne

Meneton Pierre : Chercheur à l'INSERM

Mialon Melissa : Doctorante en santé publique –Deakin University, Australie. Ingénieure agroalimentaire - Agrosup Dijon

Marzouk Auriane : Étudiante en médecine en 6e année, membre du réseau Medsi

Masquelier Philippe : Médecin généraliste, ancien président du Formindep

Monvoisin Richard : Docteur en didactique des sciences et cofondateur du COllectif d'enseignement et de Recherche Transdisciplinaire en Esprit Critique dans les Sciences

Narbonne Jean-François : Professeur de toxicologie, expert auprès de l'ANSES

Perraut-Solivères Anne : Ancienne infirmière cadre supérieur, docteure en sciences de l'éducation, et présidente de la revue médicale *Pratiques – Les cahiers de la médecine utopique*

Pissaro Bernard : Ancien professeur de santé publique

Picot André : Toxicochimiste, directeur de recherche honoraire du CNRS, expert français honoraire auprès de l'union européenne pour les produits toxiques

Rémésy Christian: Directeur de recherche honoraire de l'INRA

Saffer Florian : Diététicien libéral et enseignant

Scheffer Paul : Doctorant en sciences de l'éducation - Paris 8/Cnam. Président de l'ADNC

Souccar Thierry : Journaliste scientifique, membre de l'*American College of Nutrition*, et directeur du site indépendant www.lanutrition.fr

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

SOMMAIRE

Introduction 15

Première partie. Médecine

I) *Influence, inertie et résistance en médecine*

Paul Scheffer, L'influence de l'industrie pharmaceutique dans le champ de la santé et ses enjeux 21

Philippe Foucras, 7 ans d'engagement citoyen et scientifique : le bilan du Formindep 35

Pierre Meneton, Formation et esprit critique dans la communauté scientifique et médicale 45

Luigi Flora, Des patients réflexifs, au potentiel de transformation des systèmes de santé 55

Anne Perraut-Solivères, S'appuyer sur le sens pour résister aux dérives des institutions : une « subversion » réjouissante 67

II) *Réflexions critiques et expériences constructives pour la formation médicale*

Zoéline Froissart, Comment concilier éducation populaire et formation médicale ? 81

Philippe Masquelier, Indépendance de la formation et formation à l'indépendance 99

Louis-Adrien Delarue, Une thèse de médecine à l'épreuve d'une formation médicale sous influence 105

Auriane Marzouk, Je suis combien : témoignage d'un parcours d'étude en tension entre réussite et indépendance 117

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Nicolas Lechopier, Les « sciences humaines » rendent-elles les soignants plus humains ? Pratiques et enjeux critiques des enseignements des humanités en faculté de médecine, et de l'éthique en particulier 121

Paul Scheffer, Formation ou promotion médicale continue ? 133

Bernard Pissaro, Ré-former le médecin généraliste ? 139

Richard Monvoisin, Le vœu de Chomsky : enseigner l'autodéfense intellectuelle 145

Deuxième partie. Diététique et nutrition

I) *La nutrition et la diététique en prise avec le poids de l'industrie agroalimentaire*

Pierre Meneton, Nutrition, santé et capitalisme : une incompatibilité de fond 155

Mélissa Mialon, L'activité politique des entreprises (APE) de l'agroalimentaire 163

Paul Scheffer, Pour une nutrition critique en France 171

Thierry Souccar, Le beurre et l'argent du beurre 179

Morgane Baridon, Du changement à l'hôpital ? 187

Marie Grosman, Sucre, caries et lobbying 189

Roger Lenglet, Lobbying et alimentation : le cas de la Semaine du goût ... 199

Laurent Chevallier, Cacophonie nutritionnelle : à qui profite-t-elle ? 203

Christian Rémésy, Les obstacles à l'amélioration de la valeur nutritionnelle du pain 209

Isabelle Darnis, Stratégies marketing et publicités alimentaires, impacts sur la santé des enfants. Comment et pourquoi développer l'esprit critique en milieu scolaire ? 215

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Sébastien Goudin et Léa Lystard, Présentation du projet : « L'école des papilles » visant à encourager l'esprit critique des élèves du primaire face aux procédés marketing de l'agroalimentaire 223

II) *Quelle formation critique pour les diététiciens et les nutritionnistes ?*

Paul Scheffer, Quels enjeux autour de la place de l'esprit critique dans la formation des diététiciens ? 231

Sylvain Duval, Les biais du nutritionnisme tel qu'on le retrouve au sein du BTS Diététique : le cas des besoins en calcium, du cholestérol, et d'un manuel scolaire parmi les plus utilisés..... 243

Florian Saffer, Réflexions et critiques constructives sur le mémoire du BTS diététique..... 251

Isabelle Darnis, Quelle formation possible après le diplôme de diététicien(ne) pour favoriser les pratiques pédagogiques adaptées aux terrains ? Bilan après 6 années du module « questionner plutôt que prescrire » de la licence Professionnelle à l'université Lyon I 263

Melissa Mialon : Trajectoire alternative au sein d'un cursus d'ingénieur agroalimentaire 271

Michelle Le Barzic : De la médicalisation abusive aux abus de pouvoir : Quelle formation psychologique avant d'agir sur le comportement alimentaire ?..... 275

Troisième partie. Toxicologie

I) *L'expertise indépendante en toxicologie : regards croisés*

André Picot, Quelques réflexions d'un expert plutôt « non-expert » 289

Jean-François Narbonne, Expertise scientifique et indépendance des experts 295

André Cicolella, L'expertise française et européenne sur le bisphénol A : bilan du rôle du Réseau Santé Environnement 305

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Introduction

Ce livre souhaite aborder la santé humaine à travers une approche croisée des secteurs du médicament, de l'alimentation, et de la chimie, trois branches où l'on retrouve de puissantes industries organisées. Ces dernières ont des intérêts divergents des finalités de la santé publique et pèsent de leur poids sur les processus de décision en exerçant une influence considérable dans de nombreux domaines. On peut énumérer celui de la recherche et de son mode de financement notamment, de l'indépendance de l'expertise émanant d'agences publiques comme la Haute Autorité de Santé (HAS), des conflits d'intérêts des professionnels de santé en tant qu'acteurs de soin mais aussi de formation auprès des étudiants, ou des pratiques de lobbying auprès des élus aux niveaux local, national et international. Ces distorsions s'inscrivent dans le contexte plus global de la mondialisation capitaliste auquel ces différentes industries contribuent de manière active.

Dans le champ de la médecine, une critique robuste de l'influence qu'exerce l'industrie pharmaceutique existe depuis une trentaine d'années : des centaines d'articles ont été publiées sur ce sujet dans les revues médicales et scientifiques internationales les plus prestigieuses comme le *British Medical Journal* ou le *Lancet*. Récemment, l'affaire du Mediator® toujours en cours au niveau juridique, a considérablement ébranlé le système de santé français, montrant si l'on pouvait en douter que l'Hexagone n'échappait pas au constat établi récemment par le parlement britannique :

« L'influence de l'industrie pharmaceutique est hors de tout contrôle. Ses tentacules s'infiltrent à tous les niveaux : médecins, patients, régulateurs, chercheurs, associations caritatives, universités, médias, soignants et politiciens. Ses multinationales planifient, sponsorisent, orchestrent et contrôlent les publications sur tous les essais de médicaments. Sa réputation est aujourd'hui très mauvaise. Il faut de grands changements. »[2]

De nombreux ouvrages de synthèse ont également été rendus publics, avec les contributions remarquables d'auteurs aussi prestigieux que les deux anciens rédacteurs en chef du *New England Journal of Medicine*, l'un des fleurons de la littérature médicale mondiale[3], de différents chercheurs[4], et

[2]Collier J., House of Commons Health Committee, 2006, cité dans *The Lancet*, n°367, 2006, p.97.

[3]Angell Marcia, *La vérité sur les compagnies pharmaceutiques, comment elles nous trompent et comment les contrecarrer*, Les éditions le mieux-être, 2005.
Kassirer Jérôme-P, *La main dans le sac*, Les éditions le mieux-être, 2007.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

même d'anciens collaborateurs de l'industrie pharmaceutique, dont le PDG d'Elli Lily Suède, l'une des plus grandes firmes pharmaceutiques[5]. Tous ces travaux et témoignages viennent confirmer l'influence considérable de l'industrie pharmaceutique dans les différents domaines liés au médicament, de la recherche fondamentale à la prescription, en passant par la publication dans les revues de référence, la régulation du médicament par les pouvoirs publics, et la formation des médecins.

La réflexion critique concernant l'influence de l'industrie agroalimentaire dans le domaine de la santé n'est pas aussi florissante, mais elle a également été menée de manière poussée, avec les travaux de référence de la sociologue et professeur de nutrition Marion Nestle notamment[6], l'ouvrage pluridisciplinaire *Sick Societies*[7], et la série d'articles consacrée à ce sujet par la revue médicale de renom *PLoS Medicine* qui estime qu'il est temps de prendre cet acteur en compte avec sérieux, comme cela a été fait pour les industriels du tabac, de l'alcool et du médicament, dont les techniques d'influence se recoupent[8]. Ces publications en anglais ont pourtant du mal à trouver un écho dans les débats en France, malgré le fait ou peut-être justement parce que l'industrie agroalimentaire y est très puissante, qualifiée d' « Etat dans l'Etat » par une ancienne ministre de la santé qui s'y est confrontée après avoir voulu réglementer sans succès la publicité télévisuelle des produits alimentaires trop gras, sucrés et salés jugés peu recommandables[9]. De nombreux dysfonctionnements au sein des institutions publiques régulatrices, ainsi que le rôle des professionnels de santé, diététiciens et médecins nutritionnistes en particulier dans leur manière de collaborer ou non avec l'industrie agroalimentaire, restent ainsi à étudier dans le domaine de l'alimentation.

Cet ouvrage entend apporter sa contribution pour pallier ce manque et décrire l'environnement économique et politique conditionnant la médecine et la nutrition. Il donne également une place à la toxicologie qui a maille à partir avec la santé et l'alimentation par de nombreux biais : que cela soit la contamination des poissons par les métaux lourds, l'exposition aux pesticides des denrées, ou l'exposition à des perturbateurs endocriniens comme le bisphénol A dans les biberons et les conserves, ou les bouteilles en plastique

---

[4]Borch-Jacobsen Mikkel (sous dir.), *Big Pharma*, Les Arènes, Paris, 2013.

[5]Virapen John, *Médicaments effets secondaires : la mort*, Le Cherche midi, 2014.
Dalbergue Bernard, *Omerta dans les labos pharmaceutiques*, Flammarion, 2014.

[6]Nestle Marion, *Food politics* (2nd édition), University of California Press, Berkeley, 2007.

[7]Stuckler David, Siegel Karen (sous dir.), *Sick Societies*, Oxford University Press, 2011.

[8]Certaines traductions de ces articles de référence sont consultables ici : http://www.adnc.asso.fr/-Articles-36-.

[9]Stéphane Horel, « Les alimenteurs », Editions Montparnasse, 2013.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

pour les phtalates, tous ces produits émanant d'une industrie chimique très puissante elle aussi.

Le second axe de ce livre est de mettre en évidence certaines initiatives existantes permettant de contrecarrer ces influences affectant la santé de la population. Ces actions sont portées par des associations et des collectifs de professionnels et citoyens, des lanceurs d'alerte ou se retrouvent dans le parcours professionnel concret, sur le terrain, d'individus qui nous semblent riches d'enseignement. Ces initiatives permettent de mettre en lumière des possibles dans le domaine de la santé, comme la résistance au quotidien dans l'institution hospitalière d'Anne Perraut-Solivères, les retraits du bisphénol A en lien avec la campagne du *Réseau Environnement Santé*, et des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) entachées de conflits d'intérêts, comme le recours devant le Conseil d'Etat du *Formindep* et la thèse de fin d'études médicales de Louis Adrien Delarue l'ont mis en évidence. Ces démarches actives prouvent que les professionnels de santé, les étudiants et le public ne sont pas impuissants et sans ressource face aux stratégies d'influence de groupes puissants et aux manquements des pouvoirs publics.

Enfin, l'une des préoccupations principales de cet ouvrage est d'articuler, autour d'un troisième axe, les savoirs et les pratiques professionnels avec les formations initiale et continue. Dans ce sens nous cherchons à déterminer de quelle manière les connaissances acquises sur ces stratégies d'influence et ces blocages institutionnels délétères pour la santé publique, ainsi que les apports issus des démarches alternatives portées par des individus ou des contre-pouvoirs actifs et reconnus dans le domaine, sont pris en compte au sein des formations initiale et continue des professionnels de santé, médecins et diététiciens en particulier, mais aussi toxicologues et infirmiers. Ceci paraît crucial afin que ces derniers soient mieux préparés dans l'exercice futur de leur métier dès leur formation, et puissent davantage participer à la construction d'un système de santé irrigué par un esprit critique consistant, vu que ce dernier fait presque totalement défaut sur ces sujets pour le moment. Un collectif de chercheurs sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé, a rédigé dans ce sens un document synthétique à l'intention des étudiants en médecine et en pharmacie afin qu'ils puissent mieux déjouer les stratégies d'influence de l'industrie pharmaceutique les prenant pour cible, soulignant là aussi l'importance des enjeux. Il a été traduit en français en 2013 par la Haute Autorité de Santé qui l'a rendu disponible sur son site[10]. Seule une poignée d'enseignants l'utilisent pour le moment.

[10]http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Les témoignages d'étudiantes comme ceux de Zoéline Froissart et d'Auriane Marzouk cherchant à se former elles-mêmes à l'indépendance au sein de collectifs ancrés dans l'éducation populaire permettent de mettre en évidence les carences des dispositifs de formation, la valeur singulière des apprentissages informels se déroulant en dehors de la l'institution, et les trajectoires de formation qui peuvent concrètement en découler, sans laisser de côté leurs aléas et leurs tensions. Les contributions d'enseignants et de responsables de formations montrent quant à elles ce qu'il est possible de faire dans ces espaces d'apprentissage, mais aussi les contraintes, tant que celles-ci ne sont pas dépassées ou réformées, qui peuvent peser sur eux et les limiter dans leur souhait d'encourager l'esprit critique de leurs étudiants.

L'originalité de cet ouvrage repose donc à la fois sur l'approche croisée des secteurs du médicaments, de l'alimentation, et de la chimie affectant la santé ; d'autre part sur la prise en compte des dimensions politique et scientifique du rôle joué par les industriels et des contre-pouvoirs existant dans chacun de ces domaines ; enfin sur le souhait enfin d'étudier la prise en compte de ces connaissances dans les cursus de formation initiale et continue des professionnels de santé, ces différents axes étant rarement directement mis en relation.

Pour aborder ces thématiques, nous avons fait appel à des chercheurs, des médecins, diététiciens, ingénieurs agronomes, infirmiers, psychologues, toxicologues, journalistes scientifiques, enseignants, et étudiants qui ont fait la preuve pour nous de leur indépendance en défendant l'intérêt général et la santé publique face aux intérêts économiques et corporatistes colossaux en jeu, comme l'excès de sel, les dioxines, les recommandations publiques concernant les produits laitiers, le rapport à l'autorité et à la hiérarchie, et d'autres. Les auteurs de ces collaborations ont eu l'occasion de s'exprimer initialement lors des deux colloques organisés à l'université Paris 8 en 2011 et 2012 par l'Association de Diététique et Nutrition Critiques[11] intitulés *Nutrition, intérêts économiques, et pouvoir politique : quelle éducation critique ?* et *Formation, esprit critique, et place du politique*. Cet ouvrage collectif permet d'en restituer la teneur au plus grand nombre sous la forme de ces articles, actualisés, et ajoutés pour certains.

Précisons pour finir, que les propos publiés ici n'engagent que leurs auteurs, le coordinateur et l'ADNC ne peuvent ainsi en être tenus pour responsables.

[11]www.adnc.asso.fr.Pour nous contacter : contact@adnc.asso.fr.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Première partie
Médecine

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Paul Scheffer

L'influence de l'industrie pharmaceutique dans le champ de la santé et ses enjeux

L'industrie pharmaceutique est l'un des secteurs les plus puissants de la planète :

- 3 e ou 4 e ensemble industriel et commercial au monde après les banques et les pétroliers, à égalité avec l'informatique ;
- secteur qui assure les bénéfices pour ses actionnaires les plus importants, de l'ordre de 20% par an quand les autres obtiennent 0 à 15% ;
- environ 1000 milliards de dollars de chiffre d'affaires ;
- 200 milliards de dollars de bénéfices annuels[12].

L'industrie pharmaceutique est aussi responsable de centaines de milliers de morts chaque année dues à des prescriptions médicamenteuses, comme le rappelle le docteur Richard Smith, ancien rédacteur en chef du *British Medical Journal*, l'un des quatre journaux médicaux les plus réputés au monde. Selon L'Organisation Mondiale pour la Santé, environ 40 000 décès par an découleraient d'erreurs médicales en France, dont la moitié serait évitable[13]. L'industrie pharmaceutique encourage, par un nombre élevé de stratégies croisées et des moyens financiers colossaux, la vente de ses produits, même en connaissant éventuellement leur dangerosité et leur inefficacité et apparaît comme l'un des premiers responsables. Ce sont quelques-uns des leviers parmi les plus influents utilisés par cette dernière que nous allons mettre en relief ici.

[12]Even Philippe, introduction du livre de Virapen John, *Médicaments effets secondaires : la mort*, Le Cherche midi, 2014, p.26.

[13] Dépêche d'*APM International* du 20 janvier 2015 « Mortalité liée aux erreurs médicales : le Lien dénonce "l'omerta" française ».

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

1) La production des données médicales

Une recherche biomédicale dominée par les firmes pharmaceutiques

Pour le médecin et historien Jeremy Greene :

« Le plus grand risque dans la pratique de la médecine fondée sur les preuves consiste à traiter le corpus de connaissance médicale comme un réservoir nuancé de faits émergeant de scientifiques consciencieux et circulant seulement à travers les circuits étanches des journaux revus par les pairs et la discussion éclairée (…). Il y a plutôt des trous profonds et peu considérés dans la tuyauterie du savoir médical, qui en captent continuellement l'activité, comme c'est le cas des entreprises pharmaceutiques, qui agissent comme des moteurs pour le développement et la promotion des formes de savoir qui leur sont utiles. »[14]

Quelle est donc cette tuyauterie du savoir médical ? Et comment l'industrie parvient-elle à en capter l'activité ? Depuis l'avènement de l'Evidence Based Medicine, les médicaments sont censés faire la preuve de leur efficacité par le recours aux essais cliniques. Ces essais ont un coût important et sont majoritairement pris en charge par l'industrie pharmaceutique qui finance 70% d'entre eux aux Etats-Unis, pays qui concentre ce type de recherche en captant 3,3 milliards de dollars sur les 6 qu'en dépense l'industrie pharmaceutique à l'échelle mondiale.[15]

L'industrie avait besoin par le passé des médecins universitaires pour procéder à ces essais car elle n'avait pas l'expertise nécessaire pour établir les protocoles de recherche adéquats, mais cette dépendance s'est affaiblie dans la mesure où les entreprises emploient maintenant directement des médecins chercheurs à forte réputation.[16]

De plus les industriels ont réussi à contourner les centres universitaires médicaux en sous-traitant la réalisation des essais cliniques à des *contract research organizations* (CRO) qui sont des organismes à buts lucratifs. Ainsi, alors que 80% de l'argent des industriels pour les essais cliniques était destiné aux centres médicaux universitaires en 1991, il ne s'agissait plus que de 40% en 1998, et de

[14]Greene Jeremy, *Prescribing by Numbers*, The Johns Hopkins University Press, 2008, p.232-233 (traduction personnelle).
[15]Bodenheimer Thomas, « Uneasy Alliance – Clinical Investigators and the Pharmaceutical Industry », *New Englang Journal of Medicine vol.342 n°20*, mai 2000, p.1539.
[16]Idem.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

26% en 2004[17], ce qui intéresse grandement les firmes qui estiment que chaque jour qui retarde l'approbation de mise sur le marché de la part de la FDA leur coûte en moyenne 1,3 million de dollars[18]. Les investigateurs cliniciens opérant les essais peuvent ne recevoir de la sorte qu'une portion des données. Pour le Dr LeJemtel ce contrôle des données « permet aux firmes d'orienter les données de la manière qui les arrange. »[19] La campagne Alltrials[20] lancée par le psychiatre et chercheur Ben Goldacre cherche à obtenir l'accès aux données brutes des essais pour qu'ils puissent être revus de manière indépendante (sachant qu'un seul dossier peut représenter plus de 70 mètres d'étagères de documents, ce qui fait dire à Peter Gøtzsche qu'il est d'autant plus facile de faire disparaître les inconvénients des médicaments, ou du moins de les camoufler en les renommant de manière plus anodines ou en les mentionnant de manière fragmentée et non reliée entre eux[21] mais sans succès pour le moment.

Ceci a fait dire aux rédacteurs en chef des journaux médicaux les plus prestigieux dans un édito collectif devenu célèbre :

« L'utilisation d'essais cliniques premièrement pour le marketing, à notre sens, est une perversion de la recherche clinique, et un mésusage d'un puissant outil (…). De nombreux essais cliniques sont réalisés pour faciliter l'approbation réglementaire d'un matériel médical ou d'un médicament plutôt que pour tester une nouvelle hypothèse scientifique spécifique. »[22]

Plusieurs médecins et chercheurs, dont le rédacteur en chef du Journal of the American Medical Association (JAMA) qui fait partie des quatre journaux scientifiques majeurs en médecine ont listé les différentes techniques utilisées dans l'élaboration (souvent appelée design), la conduite, et l'interprétation de ces essais qui conduisent à orienter les résultats[23] :

---

[17]Steinbrook R. (2005), « Gag Clauses in Clinical-Trial Agreements », *New England Journal of Medicine*, 352:2160-62.

[18]Idem.

[19]Idem.

[20]http://www.alltrials.net/

[21]Gøtzsche Peter, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publischers, Londres, 2013.

[22]Davidoff Frank, DeAngelis Catherine D., Drazen Jeffrey M., Hoey John, Hojgaard Liselotte, Horton Richard, Kotzin Sheldon,« Sponsorship, Autorship, and accountability », N*ew England Journal of Medicine, vol.345 n°11*, septembre 2001, p.825.

[23]Bero L.A., Rennie D., « Influence on the Quality of Published Drug studies » *Int J Technol Assess Health Care* 1996 ; 12:209-37, Safer D.J., « Design and Reporting Modifications in

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

utilisation de critères intermédiaires, choix et usage de la randomisation, dosages et comparaisons inappropriés, double-aveugle inapproprié, invention d'échelles de mesures propres, résultats obtenus a posteriori et non selon le protocole de départ, détails fâcheux pour le médicament ni cherchés ni mentionnés, violation du protocole et du recueil des données, manipulation des statistiques, choix de l'échantillon des patients. Cette liste n'est pas exhaustive et concourt à ce qui est appelé le « massage » ou « lissage » des données dans le milieu pharmaceutique[24].

A cela on peut ajouter également ce que l'on nomme le « funding effect », « l'effet financement » selon lequel les études financées par l'industrie pharmaceutique sont en moyenne quatre fois plus susceptibles de rapporter des résultats positifs au sponsor de la recherche en question par rapport à des études dont le financement est jugé indépendant[25]. Beaucoup d'études obtenant des résultats négatifs ne sont d'ailleurs jamais publiées, ce qui est communément appelé biais de publication.

De plus en plus d'essais se déroulent aussi dans des pays pauvres avec des réglementations peu contraignantes.

L'innovation dans la recherche biomédicale

D'après les chiffres de la Commission Transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS), le nombre de molécules apportant un progrès majeur ou important entre 2006 et 2011 s'est progressivement effondré, passant de 22 à 1, tout en concernant par ailleurs plutôt des pathologies assez rares[26]. Ce qui va dans le sens de ce que l'on observe depuis les années 80 voire davantage pour certains. Les années 80 ont pour certains constitué un tournant pour les firmes pharmaceutiques qui se sont financiarisées avec l'arrivée de grands fonds d'investissement spéculatifs parmi leurs actionnaires, et orientant encore plus les entreprises vers des profits et des retours sur investissement élevés comme priorité, et même pour certains dont

---

Industry-Sponsored Comparative Psychopharmacology Trials », *J NervMent Dis* 2002 ; 190:583-92, cités par Brody Howard, *opus cité*, p.125-128.

[24]Gøtzsche Peter, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publischers, Londres, 2013.

[25]Bekelman J.E. (2003), *Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research : a systematic review*, Journal of the American Medical Association, 289(4):454-465.
Lexchin Joel, Bero Lisa A, Djulbegovic Benjamin, Clark Otavio (2003) « Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review », *British Medical Journal,* 326 : 1167.

[26]Even Philippe, Debré Bernard, *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, Le Cherche-midi, Paris, 2012, p.82.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

le professeur Even ou l'ancien PDG d'Eli Lilly Suède (l'une des plus grandes firmes pharmaceutiques) comme seul et unique objectif[27].

La plupart des nouveaux médicaments sont des « me-too », des copies quasi semblables de médicaments déjà existants. Ils représentent 77% des nouveaux médicaments mis sur le marché aux Etats-Unis entre 1998 et 2002, et sont présentés comme des molécules de 2 e , 3 e ou 4 e génération. En effectuant un changement minime dans leur molécule, les industriels parviennent ainsi souvent à obtenir un nouveau brevet pour cette soi-disant « nouvelle » molécule, ce qui leur confère l'exclusivité des ventes pendant des années, ce que l'on appelle l'evergreening, ou le rajeunissement sans fin.

Cela relativise le discours selon lequel l'industrie est le moteur de la recherche médicale, d'autant plus qu'il apparaît que de nombreux voire la majorité des nouveaux traitements sont issus de laboratoires publics dont les résultats sont ensuite rachetés par les industriels[28].

Mise en doute de la supériorité des nouveaux médicaments sur les anciens

Les essais cliniques ne comparent que très peu souvent la molécule testée avec les traitements de référence, la plupart du temps ils se font contre placebo. Les essais comparatifs sont pourtant riches d'enseignements : l'essai ALLHAT, concernant l'hypertension, publié dans le JAMA en 2002 en est l'exemple le plus frappant. Il a été réalisé essentiellement sur fonds publics à travers l'un des instituts des *National Institutes of Health* (NIH) et marque sans doute un tournant dans la conception plutôt répandue selon laquelle les médicaments les plus modernes sont les plus efficaces. Les résultats publiés dans le très réputé *Journal of the American Medical Association* (JAMA) en 2002 ont montré que le médicament le plus ancien et le moins cher, un diurétique, était aussi efficace pour abaisser la pression artérielle et meilleur pour la prévention des complications de l'hypertension, qui peuvent être sévères, comportant des maladies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux. Cela fit dire au directeur du *National Heart, Lung and Blood Institute* (NHLBI), principal financeur de l'essai : « ALLHAT démontre que les diurétiques sont le meilleur choix thérapeutique dans l'hypertension artérielle, à la fois médicalement et économiquement. »[29]

---

[27]Virapen John, *Médicaments, effets secondaires : la mort*, Le Cherche midi, 2014.

[28]Brody Howard, *Hooked – Ethics, the Medical Profession, and the Pharmaceutical Industry,* Rowman & Littlefield Publishers, Lanham, 2008, p.93.

[29]Marcia Angell, *La vérité sur les compagnies pharmaceutiques, comment elles nous trompent et comment les contrecarrer*, Les éditions le mieux-être, 2005, p.121.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Ce n'est cependant pas ce que l'on a retrouvé dans la pratique médicale, comme nous le dit Marcia Angell :

« Les nouvelles molécules ont pourtant capté une part de plus en plus grande des traitements, faisant chuter la prescription des diurétiques chez les hypertendus de 56% à 27% des ordonnances en dix ans à partir de 1982. Alors que les nouvelles molécules profitent d'une intense promotion de la part des laboratoires pharmaceutiques, aucune publicité n'est faite pour les anciennes (…) »[30]

Le Norvasc® (en France Amlor®), l'inhibiteur des canaux calciques testé dans ALLHAT, a été même la cinquième molécule la plus vendue dans le monde en 2002[31].

Marcia Angell en déduit qu'il serait nécessaire de réaliser d'autres essais comparatifs comme l'a fait ALLHAT pour d'autres traitements et pathologies afin de connaître l'efficacité réelle des nouvelles molécules des laboratoires, souvent présentées comme des miracles par ces derniers, par rapport aux traitements déjà existants et mieux connus. Nous pouvons d'ailleurs au passage noter que ces essais comparatifs constituent donc une exception pour le moment, notamment à cause de la légèreté de la réglementation en vigueur qui permet aux laboratoires de comparer leurs molécules uniquement à des placebos dans leurs essais cliniques. Les professeurs Even et Debré vont dans ce sens en affirmant que l'infériorité des nouvelles molécules par rapport aux anciennes est :« non pas fréquente, mais très fréquente, par exemple ces dernières années, avec les nouveaux antidiabétiques oraux, très inférieurs en efficacité et beaucoup plus dangereux que la Metformine et les sulfamides hypoglycémiants utilisés depuis trente ans (…), ou encore les antiasthmatiques (…) tous très inférieurs aux β2-stimulants et corticoïdes inhalés (…), ou les anti-ostéoporoses (Protelos®), très inférieurs aux bisphosphonates, depuis longtemps sur le marché ou les pilules anticonceptionnelles, dites de 3e et 4e générations, qui comportent des risques beaucoup plus grands que celles de 2e génération pour une efficacité identique, ou encore les coxibs, non pas supérieurs, mais inférieurs, aux AINS antérieurs, etc. »[32]

[30]Idem.

[31]Idem, p.120.

[32]Even Philippe, Debré Bernard, *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, Le Cherche-midi, Paris, 2012, p.58.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

La fabrication de maladies

Jusque dans les années 70, l'industrie pharmaceutique créait des médicaments pour guérir des maladies. Depuis, pour répondre à l'obligation d'un retour sur investissement immédiat, l'industrie pharmaceutique en vient à créer des maladies pour vendre des médicaments. Ce phénomène a été appelé « Disease mongering » en 1992 par Lynn Payer et a été plus connu suite à un article publié en 2002 dans le *British Medical Journal*[33]. La fabrication de maladies consiste à traiter des personnes bien portantes ne nécessitant pas de prise en charge, en baissant les seuils à partir desquels un individu est traité pour des pathologies déjà existantes (faire baisser le seuil de cholestérol, de ce qui est considéré comme de l'hypertension, du diabète etc.) afin d'élargir des marchés, en médicalisant des phénomènes physiologiques normaux comme la ménopause, ou en dramatisant des problèmes ou des facteurs de risques peu problématiques[34], engendrant ainsi des risques non négligeables pour les personnes (aucun médicament n'est anodin) et des dépenses inutiles.

2) Régulation et évaluation du secteur du médicament par les pouvoirs publics

Face à ces dérives, menaces et dysfonctionnement, comment réagissent les pouvoirs publics et arrivent-ils à endiguer le problème ?

Lobbying

Le secteur pharmaceutique est l'un des plus puissants au monde et sait en jouer sur le plan politique, en termes de compétitivité, d'emplois, en revendiquant un rôle majeur dans la recherche et les progrès thérapeutiques passés, présents et futurs. De nombreux lobbyistes portent leurs messages à Washington, à Bruxelles et à Paris et l'industrie pharmaceutique est l'un des premiers contributeurs aux élections présidentielles américaines. En France, c'est le LEEM, Les Entreprises du Médicament, qui assure la défense de ses intérêts.

Autorisation de mise sur le marché

[33]Moynihan Ray, Henry David, « Selling Sickness : the pharmaceutical industry and disease mongering », *British Medical Journal*, 2002, 324 : 886.

[34]Moynihan Ray, Henry David, « The Fight against Disease Mongering : Generating Knowledge for Action », *PLoS Medicine*, avril 2006, Vol 3, Issue 4, e191.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

La FDA accorde son homologation si deux essais cliniques apportent la preuve que la molécule en question est supérieure à un placebo même si ce n'est pas le cas dans d'autres essais[35], sachant que tous ne sont pas publiés ou connus comme on l'a vu. On peut ainsi considérer que la barrière pour entrer sur le marché n'est pas très difficile à franchir compte-tenu de tous les ressources et artifices dont disposent les grandes firmes pour conduire les essais et préparer leur dossier d'AMM.

Le fonctionnement des agences dépend aussi du climat politique. Des pressions peuvent être exercées par des supérieurs hiérarchiques voire le directeur de l'agence sur les employés réalisant les expertises d'évaluation. Les responsables haut placés pouvant eux aussi en amont avoir subi des pressions de la part de politiques influents notamment, vu que le financement des agences dépend souvent des politiques, et notamment du Congrès pour ce qui est de la FDA aux Etats-Unis. Ceci relativise ainsi le fait que ces agences sont présentées comme indépendantes. Le docteur Leo Lutwak fut par exemple forcé de quitter la FDA par l'un de ses supérieurs car il n'était pas assez à l'écoute des besoins des « clients » de l'agence[36]. Il apparaît aussi que dans nombre de dossiers concernant des médicaments, comme le Rezulin® ou le Redux®, les commissions étaient composées d'experts en situation de conflits d'intérêts. Pour Rezulin®, le comité de la FDA vota en faveur du médicament, contre l'expertise interne de David Graham, 11 voix contre 1. 3 d'entre elles appartenaient à des consultants pour Warner-Lambert, le laboratoire fabricant le Rezulin®, et 9 des 10 experts venus témoigner auprès du comité l'étaient également[37].

Il s'agit ici de l'agence états-unienne, mais cela concerne directement la France et l'Europe dans la mesure où selon le professeur Even : « l'Europe suit à peu près toujours et la France avec (…). Tous les médicaments autorisés par la FDA américaine le sont inéluctablement en Europe, de deux à douze mois après. »[38]

La procédure d'autorisation de mise sur le marché française connaît des dysfonctionnements similaires pointés dans différents rapports, émanant des sénateurs, des parlementaires ou de l'IGAS notamment :

---

[35]Marcia Angell, *La vérité sur les compagnies pharmaceutiques, comment elles nous trompent et comment les contrecarrer*, Les éditions le mieux-être, 2005, p.133.

[36]Brody Howard, *Hooked – Ethics, the Medical Profession, and the Pharmaceutical Industry,* Rowman & Littlefield Publishers, Lanham, 2008, p.273.

[37]Borch-Jacobsen Mikkel (sous dir.), *Big Pharma*, Les Arènes, Paris, 2013, p.173, p.46.

[38]Even Philippe, *La Recherche biomédicale en danger*, Le Cherche-Midi, Paris, 2010, p.224.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

« Outre les difficultés liées au dispositif institutionnel lui-même, le système de mise sur le marché et de suivi des médicaments souffre de *sa trop grande dépendance à l'égard de l'industrie pharmaceutique* (souligné par les auteures). Cette dernière s'est, en effet, imposée comme le premier vecteur d'information des professionnels de santé, mais aussi au sein même des agences par les liens étroits qu'elle entretient avec les experts. »[39]

« L'AFSSAPS, chargée par la loi de l'évaluation et de la sécurité sanitaires, applique les indulgentes règles européennes d'autorisation de mise sur le marché et a progressivement relâché sa vigilance, faisant donc la part trop belle à l'offre industrielle, participant d'une politique d'encombrement thérapeutique, devenant au fil du temps une « agence enregistreuse » sur le modèle de l'agence européenne, l'EMA. »[40]

« La mission propose une refonte d'ampleur de l'actuelle procédure d'AMM, dont le nom même doit être changé. Il s'agit d'évaluer désormais les médicaments candidats à la commercialisation de façon plus stricte en introduisant le critère de la valeur thérapeutique ajoutée. »[41]

Les agences ont mis en place des déclarations de liens d'intérêts de leurs experts, cette transparence étant censée prévenir les problèmes de conflits d'intérêts. Cependant différents travaux en ont montré les limites et surtout que cette transparence à elle seule n'était pas suffisante, alors qu'elle est souvent considérée comme telle, même si elle est une mesure qui a son intérêt[42]. Pour ce qui est de l'agence du médicament en général, sur la base des déclarations des 1379 experts recensés sur les 2000 qu'emploie l'agence (le reste des déclarations étant manquantes), 73% avaient des liens d'intérêts, et 25% aucun[43]. La Cour des Comptes a attiré aussi l'attention sur le fonctionnement des groupes de travail, faisant là aussi apparaître un certain laxisme :

« Ces 51 groupes de travail effectuent l'essentiel du travail d'analyse des évaluations réalisées par les experts internes et externes, les commissions n'examinant au fond que les rares dossiers qui ne font pas l'objet d'un

[39]Hermange Marie-Thérèse, Payet Anne-Marie, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments,* n°382, Sénat, Annexe au procès-verbal de la séance du 8 juin 2006, p.39.

[40]Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011, p.14.

[41]Idem, p.20.

[42]Lo B, Field MJ, *Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice*, Institute of Medicine, National Academies Press, 2009.

[43]Horel Stéphane, *Les médicamenteurs*, Editions du moment, Paris, 2010, p.141.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

consensus. (…) Or, le site Internet de l'Afssaps ne mentionne ni l'existence ni la composition de ces groupes d'experts. L'obligation de transmettre une déclaration d'intérêts est insuffisamment respectée dans ces groupes. »[44]

Recommandations de bonnes pratiques

Un article récent du *British Medical Journal* titre « pourquoi on ne peut avoir confiance dans les recommandations de bonnes pratiques »[45] et montre que malgré des appels répétés pour interdire ou limiter les conflits d'intérêts parmi les auteurs et les financements de ces recommandations, qui concernent la majorité de ces dernières, le problème persiste. Une recommandation émanant de l'Association des cardiologues américains et d'autres sociétés savantes a par exemple recommandé fortement l'usage d'un médicament l'Alteplase® dans les accidents vasculaires cérébraux, alors qu'elle ne prenait pas en compte certaines des études les plus pertinentes et qu'une revue indépendante Cochrane montrait que le médicament multipliait par quatre les hémorragies intracérébrales létales et qu'il était associé avec une mortalité accrue de trente morts pour 1000 personnes traitées.[46]

Quatre recommandations émanant de la HAS ont été retirées suite à un recours devant le conseil d'Etat du Formindep qui a montré que les présidents des groupes dont avaient été issues ces recommandations avaient des conflits d'intérêts majeurs alors que le règlement de l'agence lui-même l'interdit.

Les carences de la pharmacovigilance

L'affaire du Mediator® a mis en évidence qu'un médicament connu pour ses méfaits et son mésusage pouvait continuer à être délivré pendant des années, malgré le fait que les autorités aient été informées du problème, et que le médicament en question ait été retiré du marché dans d'autres pays[47]. Ce cas n'est pas isolé, cela s'est produit aussi pour le Rezulin® malgré des dommages au foie qui l'ont fait retirer par certains pays 3 mois après sa mise sur le marché, cela s'est passé aussi pour le Vioxx®. Plusieurs éléments concourent à cet état de fait : les médecins sont censés reporter les effets indésirables constatés, mais cela est fait seulement dans 1% des cas, ce qui

[44]Catherine Lemorton citée par Horel Stéphane, *Les médicamenteurs*, Editions du moment, Paris, 2010, p.144.

[45]Lenzer Jeanne, « Why we can't trust clinical guideline », *British Medical Journal,* n°346, 14 june 2013.

[46]Idem.

[47]Bensadon Anne-Carole, Marie Etienne, Morelle Aquilino, *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament*, Igas, juin 2011.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

conduit à minimiser ces derniers[48]. Surtout, les agences sont très lentes à réagir et frileuses à l'idée de retirer un médicament du marché, elles demandent souvent des études complémentaires réalisées par les firmes impliquées, ce qui retarde considérablement la prise de décision. Cela est sans doute dû à la pression externe et interne pesant sur l'agence, externe venant des politiciens et des industriels, et internes car les avis critiques sur le médicament peuvent être minoritaires et ne pas oser trop s'exposer, d'après ce qui a été dit plus haut sur le climat d'exercice de l'expertise au sein de ces institutions. Ainsi, la barrière est facile à franchir pour les industriels pour avoir accès au marché par la procédure actuelle d'AMM, et il s'avère ensuite difficile par contre de les retirer une fois qu'ils ont franchi l'obstacle.

3) Les sanctions existent-elles et sont-elles dissuasives ?

Les sanctions existent, surtout aux Etats-Unis où les class actions sont possibles, un très rapide florilège montre que les condamnations sont fréquentes, pour des montants élevés et des accusations graves[49] :

- Mai 2004 : Warner Lambert est condamnée à 430 millions de dollars d'amende pour le marketing « criminel » de l'antiépiléptique Neurontin® (gabapentine)
- Août 2004 : GSK paye à l'amiable 2,5 millions de dollars à l'Etat de New-York pour avoir marketé son anti-dépresseur Deroxat® pour les enfants et les adolescents tout en dissimulant les risques de suicide qu'il présentait pour cette population
- Décembre 2005 : Eli Lilly paye 36 millions pour le marketing hors AMM de son médicament contre l'ostéoporose
- Passons directement à 2009 : Eli Lilly condamnée à 1,415 milliard pour le marketing hors AMM de son antipsychotique atypique Zyprexa® et pour avoir occulté les risques de diabète et d'obésité associés.
- Mai 2012 GSK poursuivie au niveau fédéral pour le marketing frauduleux de ses antidépresseurs Deroxat® et Wellbutrin®, ainsi que pour avoir dissimulé les risques présentés par son antidiabtéique Avandia® : 3 milliards de dollars, ce qui constitue le montant record à ce jour.

Ces amendes paraissent vertigineuses, mais elles ne s'avèrent pas dissuasives : elles sont minimes comparées aux profits engendrés, et les

[48]Gøtzsche Peter, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publischers, Londres, 2013, p.122.

[49]Borch-Jacobsen Mikkel (sous dir.), *Big Pharma*, Les Arènes, Paris, 2013, p.170-173.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

firmes provisionnent et anticipent ces procès simplement comme des dépenses éventuelles faisant partie du business[50]. Pour le procureur général qui avait poursuivi GSK pour le compte de l'Etat de New-York en 2004 Eliot Spizer :

« Ce que nous constatons, c'est que l'argent ne dissuade pas les grandes entreprises [pharmaceutiques] de commettre des délits. À mon avis, la seule chose efficace serait de forcer les P-DG et les cadres à démissionner et de les poursuivre individuellement. »[51]

Et malheureusement, une fois que la machine à prescrire est en marche, les péripéties judiciaires ne la font pas forcément reculer.[52]

4) Économies possibles

Le professeur Even estime que les remboursements de médicaments mal prescrits, inutiles ou sur-prescrits s'élèvent à 10 milliards[53]. En Hollande, 5 consultations sur 10 chez le médecin généraliste se terminent par une ordonnance, contre 9 sur dix en France[54]. L'anthropologue Anne Véga a décrit les profils de différents médecins petits, moyens et grands prescripteurs et souligne le rôle joué par la formation initiale qui contribue à asseoir une vision positive du médicament, en occultant ainsi ses risques et ses alternatives[55].

On comprend que dans ces conditions, la mortalité induite par les médicaments arrive en troisième position selon Gøtzsche, après les maladies cardiovasculaires et les cancers[56]. Selon Even, les pharmacies proposent 25% de médicaments indispensables, 25% de médicaments occasionnellement utiles, 25% à peu près complètement

[50]Gøtzsche Peter, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publischers, Londres, 2013.

[51]Borch-Jacobsen Mikkel (sous dir.), *Big Pharma*, Les Arènes, Paris, 2013, p.173.

[52]Idem.

[53]Virapen John, *Médicaments effets secondaires : la mort*, Le Cherche midi, 2014, p.108.

[54]Rosman Sophia, « Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas », dans Bloy Géraldine, Schweyer François- Xavier (sous dir.) *Singuliers généralistes*, Presses de l'EHESP, Paris, 2010, p.122.

[55] Véga Anne, *Le partage des responsabilités en médecine. Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes – Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français,* Rapport remis à la CNAMTS sous la direction scientifique de Sylvie Fainzang,août 2011.

[56]Gøtzsche Peter, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publischers, Londres, 2013, p.1.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

inefficaces et 25% totalement inefficaces, avec au total 25% de médicaments à l'origine d'effets secondaires au moins transitoirement gênants et invalidants et 5% d'accidents graves ou mortels source de 20000 morts par an en France et certainement 30000 en comptant ceux échappant au recensement[57].

Cela permet de mieux comprendre un article récent du *British Medical Journal* qui titre « Evidence-based medicine is broken », « La médecine fondée sur les preuves est rompue », soulignant comme la recherche médicale est « polluée », et le cynisme de l'industrie pharmaceutique dont la mission est « de nous rendre tous malades quand bien même nous serions bien portants. »[58] La critique du système de santé actuel insiste pour dire que le mal est systémique et non constitué de cas isolés, à la marge. Des centaines d'articles publiés dans les meilleures revues médicales ont documenté ces éléments dans le détail depuis l'article de Charles May en 1961, et ces derniers devraient être considérés par conséquent comme appartenant à la science médicale. Il ne s'agit donc pas d'une théorie du complot, ou d'une dérive ne concernant que les Etats-Unis, et tous les médecins sont impactés par ces pratiques qui concernent toute la chaîne de connaissances du médicament (recherche, publication, régulation, promotion, prescription, pharmacovigilance), connaissances souvent diffusées par des médecins eux-mêmes considérées comme prestigieux. Comme le titrait un article du *British Medical Journal*, cette influence est donc invisible[59], bien qu'elle soit massive, et devrait donc inciter chaque médecin et étudiant, y compris et sans doute surtout ceux qui s'en croient immunisés sans avoir approfondi le sujet, à s'en prémunir.

Ces accusations graves sont confirmées par un ex-dirigeant d'un des plus grands laboratoires pharmaceutiques lui-même dans ses confessions[60]. Elles vont jusqu'à soutenir comme, le fait Peter Gøtzsche, que les pratiques de l'industrie pharmaceutique peuvent être assimilées à celles du crime organisé, soutenu en cela par des sommités médicales comme Richard Smith, ancien rédacteur en chef du *British Medical Journal* et Drummond Rennie, rédacteur en chef du *JAMA*, qui ont tous les deux préfacé son dernier livre en confirmant la gravité de la situation[61].Ces signaux forts de l'ampleur

[57]John Virapen, *Médicaments effets secondaires : la mort*, Le Cherche midi, 2014, p.108.

[58]Spence Des, « Evidenve based medicine is broken », *British Medical Journal*, 2014 ; 348:g22.

[59]Ray Moynihan, « Doctor's education : the invisible influence of drug company sponsorship », *British Medical Journal*, 2008 ; 336:416.

[60]John Virapen, *Médicaments effets secondaires : la mort*, Le Cherche midi, 2014.

[61]Gøtzsche Peter, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publishers, Londres, 2013.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

de l'influence en jeu exercée par l'industrie pharmaceutique et des problèmes qu'elles engendrent nécessairement, ont de quoi très sérieusement ébranler la confiance que l'on peut avoir dans les médicaments, les pouvoirs publics, les agences de régulations et les médecins, et provoquer un malaise profond chez ces derniers et les étudiants en médecine confrontés chaque jour à des décisions pouvant mettre en jeu la vie de leurs patients

Heureusement, les professionnels de santé ne sont pas démunis par rapport à cet état de fait préoccupant, tous les prestigieux auteurs cités dans ce texte avancent des propositions concrètes et complémentaires à tous les niveaux pour réformer le système. Le diagnostic est donc clair et posé, et les possibilités de traitement sont étayées et disponibles, incluant une réforme de la formation initiale des médecins encourageant un esprit critique et éthique en mesure de déjouer les influences délétères pour la santé des patients, ce qui fait partie des 10 raisons d'espérer que met en avant le chercheur Ray Moynihan dans un article récent du *British Medical Journa*l[62].

[62]Moynihan Ray, « Reasons to be hopeful : streams of renewal in healthcare », *British Medical Journal,n°345*, septembre 2012.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Philippe Foucras

7 ans d'engagement citoyen et scientifique : le bilan du Formindep

L'association *Formindep* correspond au rassemblement de ceux qui savent que l'influence due aux conflits d'intérêts dans le monde de la santé a un impact négatif à la fois sur la qualité de la formation et sur les soins qui en découlent, tel que cela est documenté scientifiquement aujourd'hui. La majorité des membres du *Formindep* sont des professionnels de santé, surtout des médecins généralistes, quelques spécialistes, pharmaciens, et aussi des usagers et citoyens qui ne sont pas professionnels de santé.

J'ai été auditionné au Sénat en mars 2012 et j'ai insisté sur cette dimension des conflits d'intérêts affectant la qualité des soins, tout en prenant soin de démarquer cela de toute connotation moralisante : ce n'est ni bien ni mal de travailler pour l'industrie pharmaceutique ou de développer des médicaments, le problème c'est bien celui de l'influence : lorsqu'on a travaillé pour quelqu'un qui vous a rémunéré ou pas, mais qui vous a en tout cas valorisé, qui vous a permis soit de publier dans votre carrière soit de pouvoir exister professionnellement, cela créé une influence, comme le documentent les données de la psychosociologie depuis une cinquantaine d'années dans ce domaine.

Le problème c'est que ces influences-là interfèrent dans le jugement, dans les décisions médicales, de soins, de mise sur le marché d'un médicament ou d'une commercialisation. Cet engagement influence de toutes façons la décision des professionnels de santé, qu'ils le veuillent ou non, le nier c'est simplement ignorer cette réalité. On est influençable par notre simple humanité, il y a là un vrai discours qui relève soit de l'ignorance professionnelle, soit de la malhonnêteté à dire « moi je ne suis pas influençable si je le désire », aujourd'hui c'est démontré[63], ce qui importe c'est d'identifier ces influences, comment en apprécier la nocivité ou l'importance relative, et comment les gérer au mieux pour pouvoir diminuer ce risque des influences autant que possible. C'est ça qui est important, les conflits d'intérêts en santé, maintenant, il faut clairement les identifier comme étant un facteur de risque sanitaire.

[63]Note du coordinateur : Voir par exemple Brody Howard, *Hooked – Ethics, the Medical Profession, and the Pharmaceutical Industry,* Rowman & Littlefield Publishers, Lanham, 2008.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Évidemment je suis médecin du coup cela me parle plus quand on parle de facteur de risque. Si on fume je sais qu'on a plus de risques d'avoir un cancer du poumon, si on ne se lave pas les mains quand on fait de la chirurgie on a plus de risques de favoriser des infections, eh bien dans une société de communication, dans un contexte d'industrie pharmaceutique en crise et qui donc doit pouvoir mieux communiquer pour maintenir son chiffre d'affaire et ses profits, le conflit d'intérêt est un facteur de risque sanitaire. Ce n'est pas la garantie que cela va être mauvais ou dangereux, mais cela augmente le risque, et cela la littérature internationale en est pleine depuis une trentaine d'années, et cela concerne à la fois la qualité des soins, mais aussi le coût des soins : je cite toujours cette étude du *JAMA* (*Journal of American Medicine Association)* publiée en 2004 qui a été faite après l'essai ALLHAT sur l'efficacité des diurétiques dans l'hypertension. Cette étude a chiffré aux Etats-Unis le coût de ces traitements chez les personnes âgées et évalué que si les médecins aux Etats-Unis prescrivaient selon les données de la science, donc à l'abri des influences, cela ferait des économies d'1,2 milliard de dollars par an uniquement sur ce créneau de l'hypertension chez les personnes âgées. *Que Choisir* a publié en 2007 les données de la science à partir des données de l'assurance maladie et a évalué les économies possibles à 650 millions d'euros sur quatre classes de médicaments évalués, on est donc vraiment dans une logique de gestion de risque sanitaire, et c'est cela que le *Formindep* essaie de porter depuis une dizaine d'années.

Le *Formindep* a commencé en 2004 par l'appel du *Formindep* qui était une initiative que j'ai prise, un texte que j'ai écrit qui demandait à l'époque aux membres des conseils nationaux des formations médicales continues de déclarer leurs conflits d'intérêts : c'étaient ceux qui allaient m'aider à continuer à me former, du coup c'était normal que je sache qui ils étaient. Ce texte avait été initialement rédigé pour être publié dans la revue médicale indépendante *Prescrire*, cela n'a pas pu être fait car les contraintes de publication de *Prescrire* ne l'ont pas permis, donc je l'ai mis sur internet avec quelques amis et en deux ou trois mois 750 médecins l'ont signé. C'est à la fois peu de monde et beaucoup : c'était la première fois qu'il y avait une prise de position publique d'une proportion de médecins sur cette problématique-là, c'est comme ça que le *Formindep* est né, à partir de ce document qui a pu rassembler et de cette prise de conscience qui a pu être faite sur l'importance de cette problématique des conflits d'intérêts. Cette prise de conscience vient de loin pour mon cas personnel et pour une proportion importante des médecins du *Formindep*, elle vient de la lecture approfondie de la revue *Prescrire*. Le départ c'était qu'à mesure de mon exercice professionnel depuis presque 20 ans maintenant, au fur et à mesure que je lisais la revue *Prescrire*, je m'apercevais du décalage de plus en plus important et inacceptable entre les données de la science, celles apportées par cette revue avec une fiabilité qui est bonne - c'est une chance importante en France de

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

pouvoir avoir accès à une information scientifique fiable sur le médicament en français - et les données apportées par les visiteurs médicaux et l'industrie pharmaceutique. Je m'apercevais de plus en plus que ma pratique, que je voulais de qualité, dans l'intérêt des patients, était en fait profondément influencée par d'autres intérêts que ceux des patients, et en particulier les intérêts de l'industrie pharmaceutique, et donc de ses actionnaires et de son profit. C'est cela le constat de départ, avec l'appel du *Formindep* qui en a suivi.

Est venue ensuite la charte du *Formindep* assez courte, publiée sur le site du *Formindep*, importante à mes yeux car elle a été le premier travail collectif d'environ 30 à 40 médecins sur internet. Nous avons échangé pendant environ quatre mois pour l'élaborer. Je trouve que c'est un des rares documents, assez synthétique, qui procède vraiment d'une élaboration collective et qui précise clairement que les membres du *Formindep* veulent agir dans l'intérêt seul du patient en se protégeant d'autres sources d'influence pouvant altérer cette mission. Cette charte fondatrice a été fédératrice pour ceux qui ont commencé à travailler au sein du *Formindep*, et nous a permis de donner cet axe idéologique pour avancer.

Je souhaite aussi évoquer ici une action importante selon moi, même si elle se voit peu, qui est celle du rassemblement des solitudes : le milieu médical, en particulier en médecine ambulatoire, en médecine de ville, est très isolé, très individualiste, et une de mes satisfactions a été de pouvoir recevoir des courriers ou des appels de personnes, de professionnels de santé qui disaient : « Enfin je ne suis plus seul ». Dans cette problématique où l'on voit bien l'influence exercée par des lobbies aux moyens absolument considérables, il y a un bain d'influence qui est généralisé. Ceux qui en ont pris conscience et qui résistent sont de fait isolés, de fait peu nombreux, de fait marginalisés, de fait un peu comme des lanceurs d'alerte dans leur coin même s'ils n'ont pas la même importance et se retrouvant souvent en porte-à-faux dans leur milieu professionnel. Je ne parlerai pas de mon expérience personnelle qui rejoint cette expérience là mais je témoigne de cela à travers les engagements, en tout cas les attentes d'un certain nombre de professionnels de santé qui ont dit : « Là enfin je ne suis plus tout seul à porter tout cela dans mon environnement de pratique médicale », et je crois que cette dimension de soutien individuel est importante.

Pour continuer ce bilan, j'ai commencé mon intervention en déclarant mon absence de conflits d'intérêts, c'est une loi qui est l'article 26 de la loi Kouchner, la loi du 4 mars 2002 qui oblige les professionnels de santé qui s'expriment publiquement sur un produit de santé à déclarer leurs liens d'intérêts avec une entreprise commercialisant ou fabricant un produit de

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

santé s'ils en ont. Si je connais si bien ce texte de loi c'est parce que les décrets d'application de ce texte de loi n'étaient pas parus. Cela a été notre première action un peu visible et forte de déposer un recours au Conseil d'État en 2006 pour demander la parution des décrets d'application de cette loi. Nous l'avons déposé le 4 mars 2007 pour les 5 ans de la loi Kouchner, et les décrets sont parus le 25 mars, tout était prêt donc, il n'y avait plus qu'à les signer. Le Conseil d'État nous a ainsi donné raison.

Cette loi de la transparence de l'information est vraiment importante mais pas suffisante, c'est important de pouvoir se rendre compte des liens d'intérêts en présence, mais la perspective pour pouvoir les gérer c'est qu'il n'y en ait pas, en pouvant faire la part des choses entre ceux qui ont une activité de recherche et développement et ceux qui ont une responsabilité de décision, par exemple pour un médicament. Nous notre objectif c'est celui de l'indépendance de la formation et de l'information. La transparence permet de se rendre compte à quel point les influences sont présentes et à quel degré de force, de pouvoir les identifier, mais ce n'est pas pour simplement dire que si on les voit tout est réglé, c'est aussi pour éliminer et évacuer celles dont il est clair que leur influence est franchement néfaste, c'est cela l'objectif d'indépendance que l'on poursuit, pour lequel la transparence reste nécessaire.

En 2007 on a obtenu ce décret d'application, en 2008 on a voulu voir s'il était appliqué : on a observé pendant un mois entier plusieurs dizaines de médias aussi bien grand public que professionnels, soit une bonne centaine de professionnels de santé pour savoir s'ils appliquaient la loi, évidemment personne ne le faisait.

Il est intéressant de se replacer dans cette perspective-là, car quand un professionnel de santé ou un chercheur publie pour sa carrière, sa reconnaissance professionnelle, les critères de publication internationaux sont clairs : les déclarations d'intérêts doivent y figurer, il y a maintenant des formulaires extrêmement formalisés pour cela et cela ne pose aucun problème à ces professionnels-là quand il s'agit de faire valoir leur recherche et leur carrière au niveau international. Quand il s'agit par contre de s'adresser à leurs confrères généralistes en France ou au grand public, là c'est un problème, c'est alors remettre en question leur honnêteté, leur intégrité...

Donc cette loi n'était pas appliquée en 2008, et en plus les décrets confiaient son application aux ordres professionnels, on sait ce que cela vaut, c'est-à-dire pas grand-chose à la fois dans la volonté de les faire appliquer et aussi dans les sanctions possibles. L'*UFC Que Choisir* s'est saisie de notre étude pour elle-même porter plainte de façon symbolique contre une dizaine

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

de leaders d'opinion qui s'étaient exprimés dans les médias, pour savoir comment les ordres des médecins allaient se saisir de cette loi pour l'appliquer. On l'a vu, les ordres n'en ont rien à faire en fait, mais c'était intéressant parce que ça cause dans les milieux hospitalo-universitaires de leaders d'opinion à ce sujet, les gens même s'ils ne reçoivent pas de sanction n'aiment pas se retrouver convoqués devant leur ordre professionnel pour se justifier, du coup il y a eu un certain buzz dans les milieux hospitalo-universitaires sur l'existence de cette loi et sur la nécessité de la faire appliquer. On trouve maintenant depuis quelques temps dans les journaux médicaux quelques articles où on voit à la fin l'auteur déclarer avoir ou pas des conflits d'intérêts, cette évolution est notable depuis cette procédure.

Une autre action significative pour nous a eu lieu lors de l'épidémie de grippe A-H1N1. Quand la Direction Générale de la Santé (DGS) a pris l'initiative de demander aux médecins de prescrire le Tamiflu®, l'Oseltamivir, à l'ensemble des syndromes grippaux ou pseudo-grippaux, c'est-à-dire que les critères étaient extrêmement larges, un nez qui coule avec une toux et un peu de fièvre devaient justifier cette prescription d'Oseltamivir, c'était particulièrement caricatural car la veille de cette circulaire le *British Medical Journal* publiait les analyses de Tom Jefferson qui démontrait la quasi inefficacité de l'Oseltamivir dans cette situation. On a donc écrit un courrier à la DGS en leur demandant de nous donner les preuves, nous on n'est pas que des pantins, on n'est pas là que pour répondre à des injonctions, on est des professionnels de santé, apportez-nous les preuves scientifiques que l'Oseltamivir a une plus grande efficacité dans le nez qui coule. Et c'était important car là aussi cette lettre a été signée en trois semaines, pendant les vacances de Noël qui plus est, par plus de 1000 médecins généralistes. C'était la première fois à ma connaissance qu'il y avait un mouvement de professionnels de la santé pour demander des données de la science, ce n'était pas simplement une demande corporatiste ou professionnelle, mais vraiment pour pouvoir soigner selon les données de la science. C'était important en termes de reconnaissance et de voir que cette prise de conscience avançait un peu dans la profession, et d'autres sociétés savantes se sont jointes à cette démarche, ce qui a été aussi un point non négligeable.

Je vais terminer ce bilan avec la dernière action en cours, dont vous avez peut-être entendu parler, qui a été la demande de retrait auprès de la Haute Autorité de Santé (HAS) de deux recommandations professionnelles concernant le diabète de type 2 et la maladie d'Alzheimer. C'est un travail qui a été long, commencé début 2009, analysant vraiment au fond du fond du détail ces recommandations. Et ça c'est l'important je crois, l'enfer et le paradis d'ailleurs sont dans les détails, la contribution d'André Cicolella à cet

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

ouvrage l'illustre bien : je crois que les firmes, en tout cas les lobbies, en sont les spécialistes, on voit très bien comment elles peuvent scientifiser un discours, manipuler des données et même des études, comment elles peuvent mettre à leur service des experts de façon extrêmement pointue pour pouvoir utiliser les données de la science, manipulées et transformées, dans le sens de leur argumentation. Si on veut pouvoir s'opposer à ces pratiques-là, il faut avoir le même niveau de compétences, quand on parle de pensée critique ou de lecture critique, c'est un outil absolument indispensable, sinon on reste dans l'approximation et le risque de manipulation, car si les intérêts commerciaux ont intérêt à manipuler les données de la science, il y a d'autres intérêts qui ont intérêt à manipuler les données de la science qu'ils soient de type philosophique, religieux ou quels qu'ils soient, ce n'est pas possible de travailler dans ce sens.

Au *Formindep* on a un peu de chance au travers de *Prescrire* qui nous mâche le travail, maintenant on a aussi acquis à titre personnel certaines compétences qui nous permettent d'analyser des études, de nous apercevoir quand elles sont manipulées, et de pouvoir décrypter et contrer directement sur le terrain les arguments et les attaques des firmes, parce que c'est vraiment là que les choses se jouent. Les professionnels de santé ne sont pas très doués en connaissance critique, et en lecture critique de l'information scientifique, et donc ceux qui ont intérêt à manipuler en profitent largement, il y a donc là quelque chose qui est vraiment très important à maîtriser et à se pencher dessus, s'il n'y a pas ce bagage préliminaire je crois qu'il ne vaut mieux pas essayer, en tout cas ça me paraît très risqué.

Donc nous avons pris ces deux recommandations de la HAS, décortiquées non pas sur le fond car *Prescrire* s'en était chargé, mais sur la façon dont elles avaient été élaborées, comment la HAS avait respecté la loi et ses règles internes de gestion des conflits d'intérêts, avec la connaissance que l'on a que les conflits d'intérêts quand ils sont mal gérés constituent un facteur de risque important de biais de l'information. On a bien mis en évidence suite à un travail approfondi à plusieurs pendant près de trois mois que pour ces recommandations-là, la façon avec laquelle la HAS avait géré les conflits d'intérêts des groupes de travail à l'origine de l'élaboration des recommandations, c'était n'importe quoi, vous pouvez aller sur notre site pour analyser cela.

Et donc nous avons demandé le retrait de ces recommandations en 2009, ce qu'évidemment la HAS nous a refusé. Ayant de la suite dans les idées on a étudié quelles étaient les suites juridiques pour obtenir cela, car ce n'était pas juste un petit combat pour se faire plaisir, il y a un véritable enjeu sanitaire par rapport à ces problématiques-là. Quand on sait l'importance des

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

conflits d'intérêts on ne peut pas prendre le risque d'avoir des recommandations qui ont été biaisées par des intérêts commerciaux. Mettez-vous à la place des firmes et voyez ce que cela représente de pouvoir transmettre des messages commerciaux, promotionnels de propagande qui seraient inscrits de manière officielle dans les documents de la HAS, si vous avez une recommandation de la Haute Autorité française qui est perçue comme étant la vérité scientifique par les professionnels de santé, l'enseignement, servant même pour les remboursements et les prises en charge des usagers sociaux, si vous avez les firmes qui arrivent à influencer à ce niveau-là, elles n'ont même plus besoin de faire du marketing ailleurs puisque c'est devenu la vérité. Il y a donc là un enjeu absolument majeur, et ces recommandations par exemple celle sur Alzheimer le montraient bien, puisque le contenu de cette recommandation était en opposition avec ce que préconisait le NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*), l'équivalent britannique, c'est pour ça qu'on est allé jusqu'au Conseil d'Etat. on a étudié deux possibilités, l'une plus pénale en portant plainte pour prise illégale d'intérêts vis-à-vis des experts de groupe de travail et de complicité de prise illégale d'intérêts de la HAS mais nous avons exclu cette piste-là assez rapidement car nous ne voulions pas personnaliser le débat en mettant sur le grill des personnes nommément et aussi parce que le risque de procédure était un peu trop complexe, donc on s'est orienté vers la démarche administrative pour demander l'annulation de ces recommandations.

On a ainsi déposé un recours et vous savez le résultat pour ceux qui l'ont lu, le 27 avril 2011 le Conseil d'État a rendu une première décision sur la recommandation du diabète de type 2 en demandant à la HAS de l'abroger, ce qu'elle a fait et la semaine dernière dans l'émission de France Inter « Le téléphone sonne » où j'étais invité aussi, le président de la HAS Harousseau a annoncé qu'il retirait celle sur l'Alzheimer avant que le Conseil d'État ne prenne la même décision, il a annoncé aussi, confirmé par un communiqué de presse, que la HAS allait réviser l'ensemble des recommandations qu'elle a établies depuis 2005 à la lumière des conflits d'intérêts et en retirant éventuellement celles qui seraient trop affectées par une mauvaise gestion des conflits d'intérêts. C'est une avancée importante par rapport aux enjeux que je vous ai décrits au niveau des risques de biais que présentent ces conflits d'intérêts en particulier dans l'élaboration de ces recommandations professionnelles qui font presque force de loi, ce que même le Conseil d'État a presque reconnu puisqu'il a dit que ces recommandations pouvaient faire grief, elles ont donc une dimension légale et sont attaquables en cas de biais. C'est aussi une avancée importante car on sait, et la HAS le sait aussi désormais, que cette dernière ne peut plus faire les choses impunément, elle s'expose à un risque soit de recours, soit en tout cas à une surveillance qui est importante. On voit les problèmes que cela leur pose à la HAS, ils ont modifié pas mal de choses dans le règlement intérieur, et ils ont un peu de

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

mal à l'appliquer. L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a publié un rapport en avril 2011 sur l'expertise sanitaire, et ils ont détaillé comment la HAS avait essayé de constituer un groupe de travail en respectant ses propres règles pour établir une recommandation sur l'hépatite C, ils ont mis 18 mois pour faire le groupe de travail, ça montre bien à la fois qu'ils n'avaient pas l'habitude de le faire, et que c'est plutôt compliqué quand on veut vraiment respecter les règles de gestion et conflits d'intérêts et de limitation des influences, mais que c'est quand même possible aussi, car il y a un discours qui est récurrent affirmant que les seuls experts compétents sont liés à l'industrie et que si vous ne travaillez pas pour les firmes vous ne pouvez pas être véritablement expert dans le domaine, du coup la HAS arrive elle-même, même si cela s'avère difficile faute d'habitude, à montrer que c'est quand même possible.

C'est une avancée importante car dans l'optique de l'affaire du Mediator® du laboratoire Servier les autorités sanitaires savent qu'elles ne peuvent plus faire n'importe quoi, n'importe comment impunément, et qu'elles sont placées sous un regard citoyen. Alors on regrette franchement que cela ne soit pas spontané, cette connaissance du conflit d'intérêt comme facteur de risque, cela devrait être une connaissance professionnelle de base qui devrait être gérée comme cela. Ces autorités sanitaires devraient pouvoir gérer cela autrement que sous la « contrainte », et sous la menace d'actions juridiques. Cela devrait en tout cas rendre plus difficile, mais pas impossible, l'accès des firmes aux recommandations de la HAS.

Il y aurait encore d'autres actions que je pourrais développer mais je vais m'en tenir là. Quelques réflexions générales pour finir. La première, ce serait qu'il ne faut pas se tromper d'adversaire. Si vous allez sur le site du *Formindep*, vous ne verrez pas d'attaque à l'encontre de l'industrie pharmaceutique. On considère, en tout cas c'est le cas pour moi, que les industriels sont vraiment d'excellents professionnels qui défendent leurs intérêts, comme le dit Hubert Allemand médecin conseil de la sécurité sociale, et je voudrais que ceux qui défendent les intérêts des citoyens et des patients aient les mêmes compétences, les mêmes envies, la même niaque que l'industrie pharmaceutique pour pouvoir défendre ses propres intérêts, avec un peu plus d'honnêteté et moins de manipulation, moins de procès que ne le font les firmes certes, mais en tout cas avec la même volonté et le même professionnalisme par rapport à leurs intérêts propres.

Le problème ce n'est pas tant ce que font les firmes, sauf quand elles enfreignent la loi ce qui arrive assez fréquemment, en tout cas aux Etats-Unis on le voit, c'est plutôt que ceux qui devraient protéger les citoyens de l'action des firmes ne font pas leur boulot, ni les autorités sanitaires, on l'a vu

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

avec l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé (AFSSAPS) rebaptisée Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) suite à l'affaire du Mediator®, et la HAS avec les exemples que je vous ai cités, ni avec les professionnels de santé, ni même les associations de patients, on le voit avec le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) ou d'autres organismes comme ça qui sont soit sous influence, soit mous, soit incompétents, qui ne prennent pas en tout cas les moyens d'exercer leur mission qui est justement de protéger les citoyens et la santé publique de ces influences-là. Et nous notre action, ce n'est pas de nous attaquer aux firmes, même si c'est important de décrypter les discours et stratégies des firmes, de les mettre en évidence, de se mettre du point de vue des firmes pour comprendre comment elles fonctionnent. On arrive à bien comprendre maintenant grâce à internet qui est un outil fabuleux pour cela comment les firmes nous manipulent, mais le problème ce n'est pas que les firmes le fassent, elles font leur boulot, et quand c'est en dehors des clous, la justice doit passer, c'est plutôt pour nous ceux qui se laissent manipuler alors que ce sont des professionnels, que leur compétence ce serait justement d'être capables de ne pas se laisser manipuler et de protéger les patients.

Ne pas se tromper de personne et d'objectif, cibler petitement aussi. Comme nous ne sommes pas très nombreux, nous n'avons que peu de moyens, on n'a droit qu'à un fusil à un coup, on ne peut pas tirer dans tous les coins, le recours à la HAS que j'ai mentionné était extrêmement ciblé et a demandé déjà un travail important, plus de deux ans de boulot avec une équipe travaillant là-dessus, cela nous a coûté très cher en frais d'avocat aussi, 10 000 euros la recommandation, mais les résultats étaient au rendez-vous : la une du journal *Le Monde*, le 20 heures de TF1 en mars 2012 - je n'aurais jamais pensé y passer un jour - là on espère avoir des articles au niveau international, on prépare un communiqué dans le *British Medical Journal* et dans d'autres publications, et avec le constat que la HAS a changé de discours, et l'espoir qu'elle changera de pratiques, certainement pas de manière absolue, mais tout de même significativement. Il est important d'avoir une stratégie pour ne pas se disperser vu la faiblesse de nos moyens, alors qu'on a toutes les tentations de le faire, il ne se passe pas un jour sans une poussé de colère quand on suit l'actualité dans ces domaines : j'ai étudié l'affaire du train Alzheimer et fait un petit papier dans *Prescrire* en décembre sur le sujet, il y aurait de quoi grimper au rideau à chaque fois, d'où l'importance de bien cibler ce qui paraît le plus important, et de rester dans les clous, nous notre action c'est la formation et l'information médicale par exemple.

Je vais conclure en parlant de démocratie et de science et je crois qu'on est au cœur de leur articulation avec la problématique des conflits d'intérêts, qui

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

traduit le fait qu'il y a des puissants qui veulent s'arroger un pouvoir en dehors du fonctionnement démocratique. Le lobbying, organisé aux Etats-Unis, pas autant en France, c'est la capacité parce qu'on en a les moyens d'influencer les décisions dans son propre intérêt la plupart du temps au détriment de l'intérêt général. Il y a donc vraiment un enjeu de fonctionnement démocratique et citoyen par rapport à cela. Je ne sais pas si vous avez vu la vidéo de la commission d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de l'ANSM sur la pioglitazone-Actos® depuis que cela a été enfin mis en ligne, cela fait deux fois 40 minutes de reportage, et cela suffit pour voir exactement comment les conflits d'intérêts s'exercent au sein d'une commission comme celle-là, donc la transparence et un regard citoyen là-dessus pour pouvoir arriver à comprendre les mécanismes et agir sur eux, c'est fondamental. Le conflit d'intérêt est à la fois quelque chose qui interpelle franchement le fonctionnement démocratique et doit mettre en route l'action citoyenne, et un fait qui se joue au niveau de la science puisque c'est avec ces outils-là que la science peut-être instrumentalisée, manipulée pour défendre d'autres intérêts que l'intérêt général.

Je voudrais vous transmettre deux mots pour finir : le grain de sable et le miroir. Être un grain de sable dans les rouages du système qui m'empêche de faire mon métier dans l'intérêt des patients, il faut trouver le bon grain de sable dans le bon rouage et au bon moment, mais c'est aussi un plaisir professionnel de chercher à le faire, et le miroir car l'une de mes motivations personnelles, c'est de pouvoir me dire à la fin de ma vie en me voyant en face : « j'en aurai pas été, je n'aurai pas participé à cela ».

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Pierre Meneton

Formation et esprit critique dans la communauté scientifique et médicale

Quelques faits établis au sein de la sphère médicale en guise d'introduction. Il s'agit d'un travail publié en 2012 que vous pouvez retrouver sur les revues en ligne[64] et qui concerne le traitement de l'hypertension, sujet important car l'hypertension touche environ 10 millions de personnes en France, soignés au quotidien par les 80000 à 85000 médecins généralistes présents sur le territoire.

Cette étude a aussi un autre intérêt qui est celui d'analyser les données de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) sur les 55 millions de personnes du régime général dont font partie les 10 millions d'hypertendus. Autrement dit, il s'agit de données qui décrivent l'ensemble de ce qui se passe autour du traitement de l'hypertension en France aujourd'hui. La première chose est qu'il existe des recommandations officielles qui sont nationales et émises par des agences dites compétentes dans le domaine. Pour le traitement de l'hypertension, il s'agit de l'HAS (Haute Autorité de Santé) qui a changé de nom en 2004 mais qui existait depuis environ une vingtaine d'années en France sous le nom d'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). Il existe ainsi 2 recommandations, l'une publiée en 2000 par l'ANAES et l'autre en 2005 par l'HAS.

En les comparant, on peut faire un certain nombre de constatations même si je ne vais pas rentrer dans le détail de ces recommandations, cela n'a aucun intérêt ici. Lorsque l'on compare le type d'antihypertenseur recommandé, la façon de le prescrire, seul ou en combinaison, les doses à utiliser, les façons différentes de prescrire selon l'état des patients que l'on a en face de soi, des jeunes ou des vieux, diabétiques ou non, on s'aperçoit qu'il y a un certain nombre de différences entre ces 2 recommandations, donc à 5 ans d'intervalle. Je ne me prononce pas sur la relevance de ces différences, à ce stade-là, je constate simplement qu'il y a des différences entre ces deux recommandations qui sont les recommandations officielles pour traiter l'hypertension en France.

[64]Meneton P, Ricordeau P, Weill A, Tuppin P, Samson S, Allemand H, Durieux P, Ménard J. "Evaluation of the agreement between guidelines and initial antihypertensive drug treatment using a national health care reimbursement database". *J EvalClinPract* 18(3): 623-629, 2012.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Nous avons comparé chacune de ces recommandations avec l'état réel de la consommation de médicaments en France entre 2004 et 2008, aussi bien les types d'antihypertenseurs prescrits que les doses, toutes les données disponibles venant de la CNAMTS. Sachant qu'à la CNAMTS vous avez les données concernant les patients qui reçoivent ces médicaments mais aussi les médecins qui les prescrivent.

Quand on regarde ce qui se passe en 2004, on voit déjà par rapport aux recommandations disponibles de l'ANAES de 2000 un certain nombre de concordances entre la pratique observée de la prescription et ces recommandations mais aussi des différences très significatives. Ce que l'on constate aussi ce sont des tendances de très long terme sur cinq ans qui d'ailleurs pourraient se poursuivre aujourd'hui, par exemple la diminution de la proportion de médicaments diurétiques dénommés thiazides, et à l'inverse l'augmentation de la classe des antagonistes de l'angiotensine qui sont des inhibiteurs d'un système hormonal important pour la régulation de la pression artérielle. Ce qui est important ici c'est de regarder ce qui se passe en 2005, date à laquelle les nouvelles recommandations de l'HAS ont été mises en place et publiées. Ce que l'on voit, c'est que la publication de ces nouvelles recommandations de l'HAS en 2005 n'a eu absolument aucun effet dans le paysage global de la prescription d'antihypertenseurs en France et sur les tendances évolutives qui étaient présentes dès 2004.

En conclusion les recommandations ne servent peut-être à rien? C'est possible. Une deuxième conclusion, les médecins ne sont pas compétents, c'est aussi une éventualité. Et puis il y en aurait sans doute d'autres. Si vous preniez la consommation d'antidiabétiques, d'hypolipémiants, de médicaments psychotropes et autres vous auriez à peu près le même type de résultats.

Alors quelques réflexions autour de cela : je ne sais pas si les médecins ne savent pas lire, ne lisent pas ces recommandations ou si elles sont illisibles. À l'HAS, ils sont en train d'élaborer une troisième version des recommandations sur le traitement de l'hypertension avec un groupe de travail, sans conflit d'intérêt si possible, ça peut continuer longtemps comme ça. Est-ce que la durée moyenne d'une consultation médicale d'un médecin généraliste en France a à voir éventuellement avec le fait que ces recommandations n'ont pas beaucoup d'effets visibles dans cette pratique quotidienne? Lorsque l'on consacre 15 minutes en moyenne à chaque patient et que l'on en voit défiler par jour un certain nombre, ça ne facilite pas l'optimisation de la pratique médicale. J'aurais pu aussi mentionner le nombre de visites par jour car lorsque qu'on fait entre 50 et 100 visites par jour, il ne reste pas beaucoup de temps pour lire les recommandations. Ce ne

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

sont pas forcément des gros méchants qui ne cherchent qu'à s'enrichir. La première préoccupation d'un médecin installé la plupart du temps, qu'il soit généraliste ou autre c'est la rentabilité de son cabinet. Il aura été bien conditionné comme chacun d'entre nous pour s'installer dans une zone plutôt ensoleillée, plutôt dans le 92 que le 93 mais il va se retrouver dans une zone de surcapacité médicale donc en compétition tous azimuts avec les collègues qu'il y a autour. Il faut pouvoir rembourser l'investissement qu'il a fait en termes de loyer ou d'achat de son cabinet car ces zones-là ne sont pas données en général. Cela dépend aussi de l'intérêt des prêts bancaires. Tout cela n'ayant rien à voir avec la pratique médicale influe pourtant fortement sur la pratique du médecin dans son quotidien. Il y a la formation initiale qui est très longue, 9 ans pour un médecin généraliste c'est très long et ne parlons pas des spécialistes. Il y aurait beaucoup à dire. On pourrait envisager une formation moins restrictive et moins spécialisée. Il y a aussi le rôle des 15 000 visiteurs médicaux qui assurent la formation continue du médecin en France. Ces commerciaux sont issus de l'industrie pharmaceutique et vont porter la bonne parole auprès des médecins, cet impact ne peut être négligé bien évidemment. Mais on ne va pas exonérer non plus la forme et le contenu des recommandations en question.

Je vais vous présenter d'autres faits, là aussi c'est une étude que nous avons publiée en 2008 pour ceux qui sont intéressés[65]. Nous avons comparé les recommandations de 2005 de l'HAS sur l'hypertension que je viens d'évoquer avec les recommandations correspondantes anglaises, américaines et européennes. Ce qui correspond à la crème de la connaissance médicale et scientifique mondiale.

Cette comparaison a été intéressante parce qu'elle nous a permis de constater plusieurs choses. D'abord si vous prenez la forme de ces recommandations, pour l'HAS vous avez 2 documents, les recommandations proprement dites cela fait 20 pages et un autre document qui sont les bases scientifiques sur lesquelles sont basées ces recommandations qui fait 98 pages, le tout contenant à peu près 343 références. Il faut savoir que pour le médecin généraliste qui va devoir lire les recommandations sur l'hypertension, le diabète, l'obésité, l'ostéoporose, l'Alzheimer, etc., cela ne me semble pas évident, ce qui peut expliquer le manque d'impact de ces recommandations. Quand on les compare avec celles réalisées en Angleterre, aux Etats-Unis et au niveau européen, on remarque des différences de forme considérables. Certaines sections sont communes d'un document à l'autre mais leur importance relative est extrêmement différente. Par exemple, la prévention sur les styles de vie occupe une part très importante dans les

[65]Georg G, Colombet I, Durieux P, Ménard J, Meneton P. A "Comparative analysis of four clinical guidelines for hypertension management".*J Hum Hypertens* 22(12):829-837, 2008.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

recommandations anglaises, au contraire des européennes où la part est infime. Cela diffère aussi beaucoup dans le traitement spécifique recommandé de certaines catégories de patients.

Ce qui nous a le plus gêné, c'est le contenu scientifique de ces recommandations qui compilent entre 300 à 400 références chacune. On aurait pu penser que les recommandations portant sur un même sujet à savoir le traitement de l'hypertension se basaient sur les mêmes références scientifiques publiées dans les revues internationales. Nous avons constaté avec surprise la chose suivante : seulement 1% des références citées se retrouvent dans les 4 recommandations, 2% dans 3 des recommandations, 9% dans 2 recommandations. Donc 90% des références sont spécifiques à chaque recommandation alors que tout est élaboré à partir de la même base scientifique d'articles publiés répertoriés pour l'essentiel dans le site PUBMED. Cela pose un certain nombre de questions. Conflit d'intérêts ou pas? Incompétence ? Comment se fait-il qu'il y ait des différences aussi larges dans le contenu des recommandations entre le territoire national anglais, français, américain ou européen?

Ce qui m'amène à parler des agences en général et de la communauté scientifique[66].

Je ne vais pas revenir sur le mode de fonctionnement des agences d'expertise, qu'elles soient du médicament, de l'environnement, ou autre. Cela a déjà été fait en long et en large depuis un an à peu près avec entre autres l'affaire du Médiator®. Le fait que ces agences ne remplissent pas leur rôle à cause des conflits d'intérêt des experts qui y officient est un problème important mais qui me parait marginal par rapport à un autre problème qui est le cadre dans lequel tout cela se produit.

Le problème du médiator® est aussi celui d'autres médicaments qui n'ont pas été retirés du marché. Leur balance bénéfice/risque a été correctement évaluée par la communauté scientifique comme négative (le médicament présentant ainsi plus de désavantages que d'intérêt pour la santé des patients) mais il a été maintenu malgré tout sur le marché. C'est ça le scandale du médiator®. Mais qu'en est-il des autres médicaments ayant bénéficié d'expertises indépendantes des intérêts économiques ou de l'Etat comme celles que réalise la revue médicale Prescrire et dont la balance

[66]Meneton P. (2011), "L'aveuglement de la communauté scientifique et des agences sanitaires", dans la revue *Biofutur n° 320 avril 2011*, pp.52-53.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

bénéfice/risque est positive? Ils posent autant de problèmes que ceux précédemment cités [67] !

Il faut savoir que l'essentiel des articles scientifiques publiés sur un médicament, en particulier pendant les premières années de son existence et parfois plus, provient des industriels qui fabriquent le médicament. L'entreprise mène elle-même les recherches ou finance des laboratoires hospitalo-universitaires publics. Il s'agit quasiment de l'unique source des publications internationales à comité de lecture et donc de la documentation sur laquelle peuvent se baser des structures d'expertises comme Prescrire ou les agences d'expertise pour évaluer la balance bénéfice/risque d'un médicament. Or on sait depuis très longtemps que les études financées en tout ou partie par l'industrie pharmaceutique rapportent en moyenne sur l'ensemble des médicaments une balance bénéfice/risque 4 fois plus avantageuse que les études réalisées sur des fonds indépendants[68].

Cela est très dérangeant. Les études faites sur des fonds indépendants le sont par des laboratoires typiquement publics financés par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) comme le Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC), l'INSERM ou certains laboratoires universitaires. Ces centres entreprennent des études en général plusieurs années après que le médicament a été mis sur le marché pour étudier un mécanisme associé à la molécule ou quelques effets secondaires éventuellement suspectés.

Autrement dit, pour l'étude d'une même molécule, il existe une différence majeure dans les résultats obtenus et publiés selon que le financement provient en tout ou partie des industriels impliqués dans la fabrication de la

[67]Note du coordinateur : Même si la pollution de la littérature scientifique primaire est patent et pose un réel problème au niveau de la qualité des études, la revue *Prescrire* a élaboré depuis trente ans une méthode de recherche documentaire et d'écriture de ses textes unique qui se distingue par sa rigueur et son exigence. On peut consulter ce document pour en avoir une idée plus précise :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Methode_d_elaboration_des_textes_Prescrire_concernant_les_nouvelles_specialites_et_nouvelles_indications_et_de_la_cotation_du_progres_therapeutique.pdf.
Ses conclusions se démarquent d'ailleurs souvent considérablement de celles établies par les agences publiques comme la Haute Autorité de Santé (HAS) ou l'agence en charge du médicament (ANSM), faisant preuve s'il en est besoin de leur singularité. La revue *Prescrire* étant particulièrement soucieuse de la qualité et de l'indépendance de ses sources, on ne peut raisonnablement la mettre au même niveau que les autres expertises ne bénéficiant pas de fonds privés, comme celles conduites par les agences publiques.

[68]Note du coordinateur : Voir Bekelman J.E. (2003), « Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research : a systematic review », *Journal of the American Medical Association*, 289(4):454-465.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

molécule ou bien de fonds indépendants. Donc la source de financement induit un biais majeur dans le résultat des études scientifiques menées et cela ne concerne pas que le médicament.

En fait ce phénomène a été observé dans tous les domaines où il a été recherché, ce qui est assez remarquable. On le retrouve dans les divers domaines: tabac, alcool, bisphénol, plomb, soda, lait, graisses, OGM, compléments alimentaires, ondes électromagnétiques, techniques de chirurgie orthopédique, etc...[69] On le retrouve aussi probablement bien que cela soit moins clairement démontré dans des problèmes comme le chrome, le béryllium, le benzène, les plastiques, le réchauffement climatique, les pluies acides, le trou dans la couche d'ozone, etc...[70]

Cela indique que le financement provenant d'un intérêt particulier induit des biais sur la recherche scientifique produite. On entend par intérêt particulier tout lobby industriel ou lobby public (par exemple l'armement ou le nucléaire), tout ce qui est entreprises privées mais aussi tout ce qui est associations ou ONG de type militantes, toute structure qui a des objectifs, des profits ou des idées à défendre. Je n'ai pas trouvé dans la littérature un seul domaine qui puisse servir de contre-exemple.

Ce phénomène peut aller jusqu'à la caricature comme pour le bisphénol. 90% des études financées sur fonds indépendants démontrent un effet nocif de la molécule à faible dose alors que 100% des études financées par les industriels prouvent son innocuité. Vous comprenez dans quel sens va le biais. Il existe une accentuation continue du biais entre des fonds complètement indépendants, publics pour la plupart, des fonds provenant de fondations alimentées elles-mêmes par des fonds privés introduisant un biais puis des fonds mixtes privés et publics et enfin des fonds exclusivement privés. Vous avez un effet dose-dépendant.

La plupart du temps les chercheurs ne sont pas de gros méchants qui cherchent à s'en mettre plein les poches et qui vont manipuler leurs données. Cela peut exister mais ce n'est pas le plus fréquent. Il s'agit d'une accumulation de choix de la part des chercheurs allant de la conception à la réalisation puis à la publication des études qui vont aboutir à l'existence de ces biais modifiant de manière importante les résultats et conclusions qui vont être publiés. Cela commence dès le départ quand vous élaborez le protocole de recherche qui détermine la sélection du nombre de sujets, les

[69]Note du coordinateur : Voir Michaels David, *Doubt is their product*, Oxford University Press, New-York, 2008.

[70]Note du coordinateur : Voir Oreskes Naomi, Conway Eric, *Les marchands de doute*, Le Pommier, 2012.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

sujets en question, la durée du suivi, les doses et les comparateurs des produits testés, les paramètres mesurés. Ce sont là des moyens d'influencer les résultats que vous allez obtenir et donc les conclusions que vous pouvez en tirer. Lors de l'analyse des données, les hypothèses que vous aurez retenues, les méthodes statistiques que vous aurez utilisées et les modèles que vous allez suivre influenceront aussi de manière critique la conclusion des résultats que vous aurez obtenus. Enfin, le fait que vous puissiez ou non publier tout ou partie des résultats aura une influence majeure sur l'impact de cette recherche en santé publique ou dans la société en général. Si vous la laissez dans un tiroir l'impact ne sera pas le même que si vous la publiez.

J'insiste car c'est un point important. L'essentiel de ces biais qui résultent réellement d'une accumulation de choix tout au long du processus de recherche n'implique pas forcément des erreurs de type méthodologique. C'est pourquoi ces études sont publiées dans les revues internationales à comité de lecture.

Dans ces conditions, pourquoi les agences sanitaires européennes mais aussi américaines ne tiennent aucun compte de cela dans leurs évaluations aujourd'hui? Cela va peut-être changer, espérons-le. C'est quand même hallucinant que les expertises qui sont faites à l'ANSM ou à l'ANSES ne tiennent aucun compte de cela. Toutes les études sont mises dans un même panier et évaluées de la même façon, ce qui pose un certain nombre de problèmes. D'autant que l'information est largement disponible sur les études scientifiques telles qu'elles sont publiées puisque la plupart des journaux scientifiques demandent depuis maintenant 10 à 15 ans aux auteurs de déclarer les conflits d'intérêt qu'ils peuvent avoir en lien avec l'article publié.

À mon avis, ce mode de fonctionnement des agences ne fait que refléter le mode de fonctionnement de la communauté scientifique dans son ensemble. La plupart du temps, il ne s'agit pas de manipulation délibérée et mafieuse des résultats scientifiques. La plupart du temps, vous avez des scientifiques qui sont absolument convaincus que leur démarche est à la fois rationnelle, objective et qu'elle ne peut pas être influencée par des sources de financement et ce d'autant plus qu'il s'agit de sciences dures. Nous ne sommes pas dans les sciences économiques, sociologiques ou historiques où effectivement les biais d'interprétations sont quand même beaucoup plus fréquents. Nous sommes dans du dur avec des statistiques, des modèles, des choses qui ne sont pas manipulables comme ça, on pense que ce n'est pas possible.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Voilà l'état d'esprit de la communauté scientifique aujourd'hui !

Donc, on fait l'autruche, on ne veut absolument pas reconnaître l'existence de ce phénomène dans la recherche quotidienne ou en tant qu'expert dans une agence. Il faut sortir du cadre de la recherche et voir dans quel contexte se situent les chercheurs depuis une bonne dizaine d'années maintenant, de plus en plus poussés à rechercher des financements auprès d'intérêts particuliers, de moins en moins indépendants. Seul exemple, la totalité de l'argent distribué dans le cadre du grand emprunt, les LABEX, IDEX[71],est seulement distribué dans le cadre de partenariat public/privé. Il va être de plus en plus difficile de pouvoir faire de la recherche dans un cadre relativement indépendant. Vous voyez les problèmes qui en découlent. La littérature scientifique publiée qui est la base même de la connaissance scientifique va contenir de plus en plus de biais majeurs introduits sous une forme plus ou moins masquée. Vous pouvez ensuite faire toutes les expertises indépendantes que vous voulez sur cette base, cela ne changera pas grand-chose.

Tout cela a un lien avec la pratique de la médecine, la vision de la santé, de l'enseignement de la recherche, etc. Mais cela concerne surtout de mon point de vue le fonctionnement général de notre société qui se répercute dans tous ces domaines. Premièrement vous avez des individus séparés les uns des autres, des individus « privés » d'interactions et de relations avec les autres. Donc ils ne sont pas en coopération intelligente mais en compétition bête et méchante les uns avec les autres. Voilà où en est notre société à l'heure actuelle. Associé à cela vous avez une division du travail de plus en plus importante nourrie par cette concurrence. Il faut être productif, compétitif. On ne peut pas faire autre chose que s'occuper de son petit domaine si on ne veut pas être doublé par son voisin ou le compétiteur d'en face. On en arrive à connaître tout sur rien. Il vous reste le « rien » et le « tout » vous échappe. C'est une caractéristique fondamentale du système capitaliste. C'est-à-dire une désappropriation des individus à la fois des conditions intellectuelles et des conditions matérielles de leur vie. C'est une perte de contrôle et de maîtrise sur tout ce qui caractérise l'existence et donc aussi sur l'environnement, l'alimentation, la santé. Les gens sont complètement mystifiés par un certain nombre de fétiches : l'argent, le travail, le salaire, la marchandise, l'Etat. Un des facteurs de désappropriation majeur des individus, c'est l'Etat. J'entends par là tous les abandons de pouvoir, de la municipalité au conseil général, du conseil régional à l'Etat national et aux institutions européennes et internationales, qui sont autant d'outils de désappropriation du contrôle des gens sur leur vie. Cette situation

[71]Note du coordinateur : Il s'agit là de programmes de recherche dits d'excellence

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

explique pour une large part les dysfonctionnements dans les domaines de la santé ou de la recherche.

Je suis persuadé que tout ce qui est fait par un certain nombre d'associations ou individus comme l'ADNC est important et doit être poursuivi et développé. Mais il ne pourra y avoir de changement majeur dans tous ces problèmes auxquels nous sommes confrontés sans changement manifeste du système de société dans lequel on vit.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Luigi Flora

Des patients réflexifs, au potentiel de transformation des systèmes de santé

Je suis un patient vivant avec plusieurs maladies chroniques depuis des décennies. J'ai ainsi eu l'occasion d'expérimenter de nouvelles pratiques tant relationnelles que thérapeutiques au cours de mon expérience du système de santé. Il se trouve qu'au début du 21ème siècle, avec le développement exponentiel de l'accès à l'information permis par Internet, j'ai souhaité entamer une réflexion sur ce sujet. L'objectif consistait à m'aider moi-même et à permettre à tout internaute se préoccupant à un niveau ou un autre de sa santé de développer un esprit critique vis-à-vis de l'information accessible sur Internet.

Permettre aux patients, aux proches, aux citoyens de développer un esprit critique vis-à-vis de l'information médicale, de son émetteur et de l'environnement qui la constitue, au vu des écrits de mes co-auteurs, se trouve donc être en continuité avec un certain nombre de mes travaux passés et actuels. Il s'agit de permettre aux patients et aux citoyens d'apprendre les motivations des producteurs d'information. Comment sont-ils financés? Quelles stratégies d'opacité se mettent en œuvre et quelle (s) attitude (s) adopter face à de telles pratiques ?

Participer à cet ouvrage a donc pour moi un sens qui n'est pas nouveau mais qui reste tout à fait d'actualité.

L'émergence d'une nouvelle figure de patient : le patient partenaire

De nouvelles formes d'implication des patients (Carmen et al, 2013[72] ; Flora et al, 2014[73]) dans les soins qui les concernent se développent depuis plusieurs années. Cette participation des patients se retrouve tant aux stades

[72] Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. (2013), "Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies". *Health Aff (Millwood), n°* 32(2), pp. 223-231. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1133.

[73] Flora L., Jouet E., Las Vergnas O. (2014), « Contribution à la cartographie des publications établissant le fait social de la reconnaissance des savoirs des malades », dans, (Coord. : Jouet E., Las Vergnas O., Noel-Hureaux E.), *Nouvelles interventions réflexives dans la recherche en santé : du savoir expérientiel des malades aux interventions des professionnels de santé*, Paris, Archives contemporaines, p. 235.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

de prévention primaire, que secondaire et tertiaire[74], puisque comme le dit Martin Winckler nous sommes tous des patients[75]. C'est dans ce climat général que peu à peu a émergé une vision d'un « patient partenaire »[76] de ses soins, mais également de l'organisation de ces derniers et des politiques de santé et de recherche associées.

Ce constat est aujourd'hui largement partagé depuis une vingtaine d'années. Les approches paternalistes de soins ont laissé progressivement la place aux approches centrées sur le patient. Celles-ci personnalisent de plus en plus les soins selon les particularités, les valeurs et le vécu des patients.

Cependant, malgré la contribution indiscutable et significative de ces dernières, le médecin et les professionnels de la santé conservaient jusqu'alors encore le monopole du rôle de soignant. Partout dans le monde, les organisations de soins, les institutions et les universités ont redoublé d'efforts pour donner un rôle plus important aux patients et rendre leur participation de plus en plus active selon des modalités d'engagement très différentes et selon diverses motivations (Pomey et al, 2015[77])[78]. Les initiatives récentes, telles que la prise de décision partagée (Legaré et al, 2012[79]) ou certaines approches d'éducation thérapeutique (Flora, 2013[80]), s'inspirent des approches centrées sur le patient et proposent de nouvelles manières d'impliquer celui-ci. La perspective du partenariat de soins franchit

---

[74] Les stades de prévention primaire, secondaire et tertiaire sont les termes consacrés en promotion de la santé qui balaient l'éventail des actions pour préserver sa santé et gérer sa vie avec la maladie.

[75] Winckler M. (2003), *Nous sommes tous des patients*, Paris, Stock.

[76] Lorsque la notion de patient est utilisée, elle inclut systématiquement celle de proche.

[77] Pomey M.-P., Flora L., Karazivan P., « Le modèle relationnel patient partenaire : Quels enjeux de santé publique ? Proposition d'une méthodologie de déploiement et d'appropriation. », *Santé publique*, Vol. 27, N°1 Supplément, Janvier-février, pp.41-50.

[78] Note du coordinateur : On peut se réjouir de la présence et de l'influence de plus en plus importante des patients dans les institutions de soin, cependant ce nouveau pouvoir n'a pas échappé à l'industrie pharmaceutique qui finance la plupart des grosses associations de patients, à hauteur de 521922 euros en 2011 pour l'association française des diabétiques par exemple, cité par Le Parisien le 12 octobre 2010 dans son article La HAS livre le nom des associations de malades les plus financées par l'industrie pharmaceutique ». Cette instrumentalisation potentielle et parfois indubitable comme dans le cas de la création de toute pièce d'associations de patients dites indépendantes de la part de l'industrie pharmaceutique est de plus en plus documentée. Voir notamment l'ouvrage *Hooked*, du médecin et philosophe Howard Brody. Les dérives lucratives concernent aussi les communautés de patients sur internet : « Le mercantilisme menace les communautés de patients », *Le Monde*, 18 juin 2014, http://www.lemonde.fr/sciences/article/2014/06/18/le-mercantilisme-menace-les-communautes-de-patients_4440551_1650684.html.

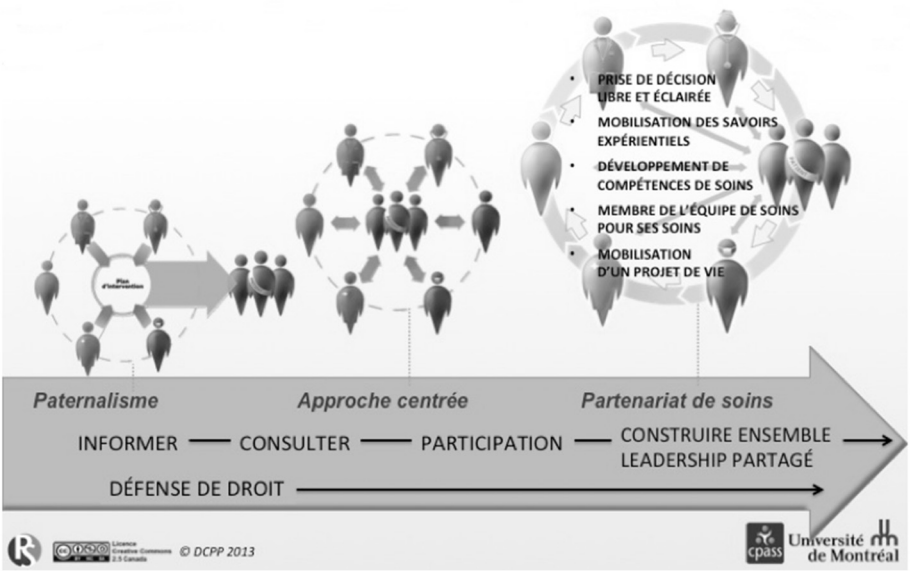
[79] Legare F, Turcotte S, Stacey D, Ratte S, Kryworuchko J and Graham ID. « Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice ». *Patient.* 2012; 5(1): 1-19.

[80] Flora L. « Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : état des lieux. », Éducation permanente. 2013; 15:59-72

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

un pas de plus par rapport à l'approche centrée sur le patient en considérant celui-ci comme un acteur de soins à part entière. Elle génère en cela une nouvelle étape dans le processus évolutif de la relation de soins et s'affranchit donc de l'approche centrée sur le patient, comme le montre le schéma (Figure 1).

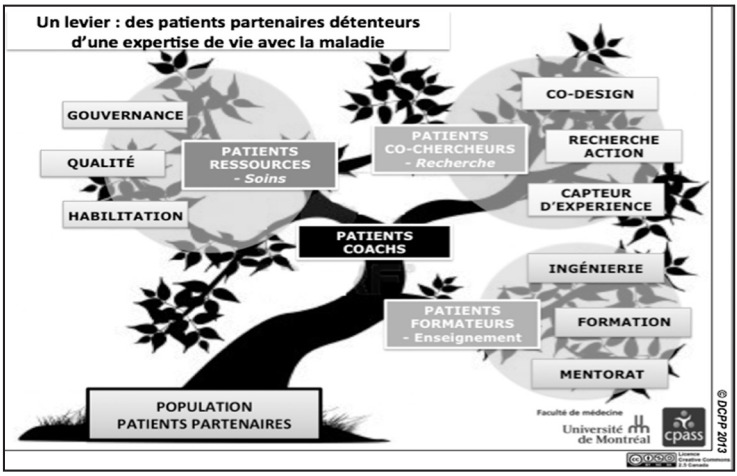
Figure 1 : Les différentes approches à travers le temps



Ce virage est devenu d'autant plus important que le vieillissement de la population et les autres mutations de comportements (chronicisation des maladies, démocratisation de l'accès à l'information, augmentation des taux d'inobservance aux traitements) modifient largement la dynamique de la relation de soins, et du prendre soin de chacun d'entre nous de manière autodidacte, ou entre pairs.

C'est selon nous, dans ces savoirs « être » et « faire » que réside la force de transformation des soins. C'est à partir de l'expérience des soins que peut surgir un regard critique sur les services de soins, leur organisation, et le système de santé et son environnement ainsi que leur évolution.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177



Ainsi qu'indiqué dans l'illustration ci-dessus, différentes figures de patients « formateurs, « ressources » et « co-chercheurs » donnent aux personnes vivant avec la maladie un certain éventail de possibilités pour s'impliquer dans ce virage « patient partenaire » et agir de la sorte comme des médiateurs, des agents de changement favorisant l'émergence d'une nouvelle culture de soins.

De plus, selon la conception du patient partenaire, le patient est progressivement habilité à prendre des décisions libres et éclairées, il est reconnu comme une personne potentiellement capable de prendre soin d'elle-même, de s'autodéterminer grâce au savoir expérientiel (Jouet, Flora, Las Vergnas, 2010[81]) construit au cours de son cheminement de la vie avec la maladie. Nous définissions les savoirs expérientiels des patients comme les « savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches » (Ruis, 2013[82]).

Les compétences que développent les patients favorables à l'essor de l'indépendance

Le patient développe donc différentes compétences au fil de cette expérience. Des premières recherches en ont identifié quatorze sur la base de 6

[81] Jouet, E., Flora, L. ; Las Vergnas O. (2010) « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels ». Pratiques de formation/Analyses. N° 58/59, p. 13-94.

[82] « Savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches », cette définition est issue du guide : Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (RUISM). Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. « Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient », p. 14. Mai 2013.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

ans d'observation et de conduite d'entretiens triangulés avec des publications. Ces compétences, parmi d'autres résultats de recherche, ont été présentées dans le cadre d'une thèse multi-référentielle en novembre 2012 (Flora, 2012[83]). En 2013, avec l'intensification de mes collaborations avec la faculté de médecine de l'université de Montréal, une quinzième compétence est venue compléter ce référentiel de compétences des patients décliné depuis dans une logique d'approche par compétences en capacités et manifestations observables. C'est à dire des actions ou comportements qui permettent de constater la mobilisation d'une compétence en situation.

Ainsi dans le cadre du sujet de cet ouvrage, parmi ces compétences, deux d'entre elles m'apparaissent comme pertinentes pour relever les défis auxquels les patients ont à faire face personnellement et collectivement entre pairs. Il s'agit des compétences de *réflexivité et de transmission* et *d'analyse relationnelle des situations complexes*. Ce sont les compétences clés qui permettent selon moi, de développer un esprit critique permettant de se situer dans un environnement mais également d'y influer pour relever les défis tels ceux relevant d'un travail de distanciation si ce n'est d'indépendance vis-à-vis d'agents d'influence travaillant pour des entreprises privées dont les objectifs principaux sont rarement le bien commun.

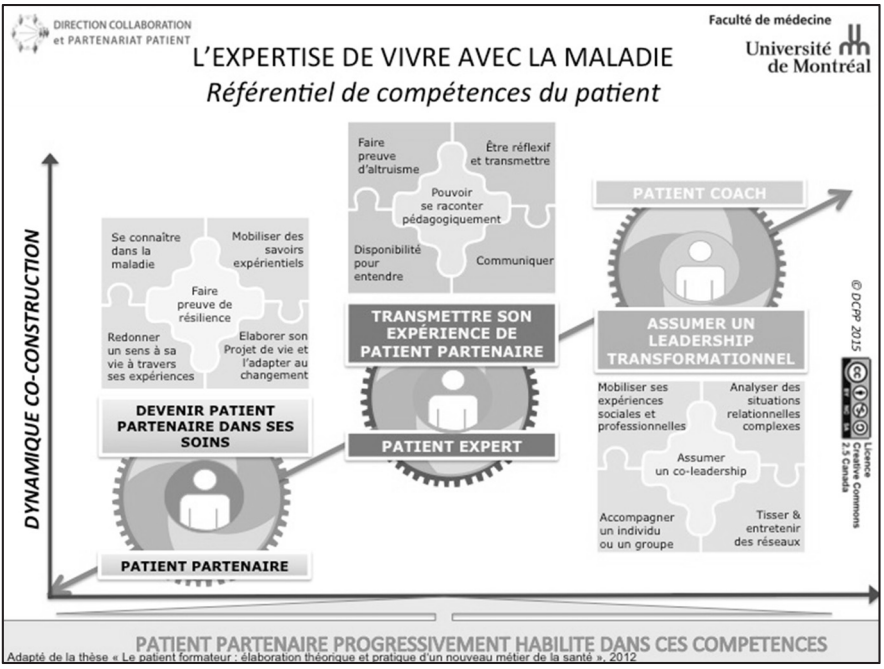
A ce sujet, voici une expérience récente vécue par l'un des membres de notre équipe de la Direction Collaboration et Partenariat Patient (DCPP). Ce patient a été contacté par une firme pharmaceutique fin 2014, afin d'intervenir en 2015 en Floride. Lors des échanges entre les deux parties, un contrat lui est envoyé par les avocats de la firme en question. Les nouvelles normes de transparence poussent les compagnies pharmaceutiques à agir de la sorte, et plus particulièrement en Amérique du nord. Pour une heure de conférence dont le sujet est le partenariat des soins du « *Montreal model* » (que nous animons et dont il sera question plus bas), le contrat implique non seulement que l'ensemble des contenus peuvent être exploités par la firme, mais que toutes les conférences données pendant trois ans devront signifier que ce membre de la DCPP[84] de la faculté de médecine de l'université de Montréal est associé à la firme en question. Le patient a par conséquent décliné cette proposition, les avocats de la firme l'ont ainsi recontacté en lui expliquant que tous ses collègues (des médecins en majorité) signent ce type de contrats. Pour le patient en question, soit ces derniers ne lisent pas les contrats, ce qui est déjà

[83] Flora L. (2012), Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé, vidéo de la soutenance de la thèse produite le 20 novembre 2012 à l'université Vincennes Saint-Denis Paris 8 campus Condorcet. À paraître en 2015 aux presses académiques universitaires francophones sous le titre « *Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé ou comment la complémentarité des savoirs expérientiels des malades et des professionnels de la santé peuvent relever les défis de nos systèmes de santé* ».

[84] La direction collaboration et partenariat patient est une co-direction composée d'un patient Vincent Dumez et d'une médecin, la professeure Paule Lebel.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

un problème, soit ils le font bel et bien sans que cela remette en cause leurs pratiques, ce qui poserait un problème encore plus important. Quoi qu'il en soit c'est ce type de réflexion et de positionnement critique, notamment par rapport aux industries du médicament et à leurs stratégies d'influence, qui finit par ne plus se manifester chez nombre de professionnels de santé. A contrario, la mobilisation de la compétence d'*« analyse systémique des situations complexes »* que promeut le modèle de Montréal peut permettre à ces situations d'être vécues différemment et peut favoriser des transformations sociales plus importantes[85]. Le schéma suivant permet d'avoir une vue d'ensemble des différentes compétences identifiées et de leur articulation.



[85] Note du coordinateur : à ce titre le témoignage d'Anne Chailleu, patiente devenue experte, paru dans les colonnes du journal *Le Monde,* permet d'illustrer une caractéristique supplémentaire cruciale qui pourrait et devrait à mon sens faire partie du bagage éthique de base des patients experts, à savoir le souci de l'indépendance des expertises et des informations en matière de santé, pour la gestion de leur propre maladie, mais aussi pour favoriser des changements au sein des institutions de soins. En effet, Anne Chailleu est à la source de transformations conséquentes de l'Agence européenne du médicament (EMA) suite à ses propres investigations qui ont mis en évidence l'opacité des procédures et décisions de l'agence. L'exemple d'Anne Chailleu pourrait à mon sens constituer un premier modèle de ce qui pourrait être envisagé et encouragé au sein des mouvements des patients partenaires et des témoignages que ces derniers pourraient porter auprès des étudiants en médecine et des professionnels de santé. Voir l'article du journal *Le Monde* en question : http://www.formindep.org/IMG/pdf/Medecine_-_temoignages_d_incorruptibles.pdf.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Au sein du *Montreal Model* que nous développons actuellement, ce référentiel de compétences des patients s'imbrique dans une logique méthodologique et méthodique avec le référentiel des compétences de collaboration et de partenariat (figure 2) développé au sein du réseau universitaire intégré de l'université de Montréal (RUISM, 2013)[86] . Ce dernier a été conçu à partir du référentiel de recommandations des compétences professionnelles du CanMed (2010)[87].

Figure 2, référentiel de compétences de collaboration[88]

Il a été élaboré pour former l'ensemble des professionnels de la santé et du domaine psychosocial de cette université. Je participe en effet actuellement à une aventure pionnière depuis le début de cette seconde décennie du 21ème siècle. Elle s'organise au cœur même d'une faculté de médecine, à l'université de Montréal. Après avoir contribué en France à l'émergence de la première université des patients à la faculté de médecine de l'université Pierre et Marie Curie – Sorbonne Universités avec Catherine Tourette-Turgis et la professeure Corinne Isnard-Bagnis à partir de 2009, nous réorganisons progressivement, au Québec, avec une

[86] Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010). A National Interprofessional Competency Framework. Accessible sur Internet à l'adresse : http://www.cihc.ca (Accessed on 13-05-16).
[87] Opus cité en référence 11, p.27.
[88] Voir l'ensemble des compétences de collaboration interprofessionnelles au Canada sur : http://cio.partenaires-de-soins.ca/?page_id=96.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

équipe de patients et de professionnels de santé, les formations de ces derniers, ainsi que les milieux cliniques dans lesquels se tient une partie significative de leur formation. Une manière de transformer durablement les pratiques car tout en initiant ces nouvelles pratiques ils participent comme agents de changement à l'intégration de cette nouvelle culture dans les soins.

Des changements dans la formation porteurs de transformations sociales ?

Ces nouveaux concepts et compétences ainsi que les nouveaux usages qui en découlent sont une réelle innovation. Ils font l'objet de nombreuses conférences à l'échelle nationale et internationale pour leurs conséquences sur les pratiques de soins, et s'imposent désormais dans les programmes d'enseignement universitaire. Accompagner les équipes de soins dans ce changement est important, mais préparer les étudiants à bâtir de solides pratiques de partenariat, dès la construction de leur socle référentiel de connaissance et leurs premières expériences cliniques, est un passage nécessaire.

Ainsi aujourd'hui, à l'Université de Montréal, tous les étudiants des professions de la santé et du domaine psychosocial sont formés au partenariat de soins dès les trois premières années d'études.

175 patients expérimentés s'investissent dans ces cours à titre de co-formateurs pédagogues, en duo avec des professeurs cliniciens des 13 programmes impliqués, pour que les étudiants soient exposés à de larges perspectives de partage et notamment à celle de patients partenaires de leurs soins au quotidien.

Le cœur de l'enseignement auquel ils participent, selon l'approche par compétences, s'articule autour des compétences de collaboration, de partenariat et de communication. Un programme de mentorat patient a également été initié et les cours d'éthique clinique en médecine sont co-construits et co-enseignés selon la même philosophie. C'est au sein de ce type d'enseignement que des modules devraient s'organiser dans les années à venir pour encourager l'esprit critique permettant une indépendance face aux stratégies de lobbying des industries pharmaceutiques et des compagnies d'assurance cherchant à maximiser leurs intérêts privés[89].

[89] Note du coordinateur : A contrario, l'espace éthique de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) a paradoxalement fait le choix de travailler en commun avec la firme pharmaceutique Novartis. Interpelé à ce sujet, son directeur ne semble pas y voir là matière à conflits d'intérêts préjudiciables. Il semble donc d'autant plus important d'être vigilant aux partenariats réalisés, l'éthique n'étant pas un domaine épargné par les enjeux d'influence et

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Patients et populations seront également progressivement invités à se sensibiliser, à s'investir et à participer à ce nouveau paradigme du patient partenaire. Ce dernier entend susciter la prise de conscience de la part de patients et des populations de leurs savoirs expérientiels, à ce que ces connaissances puissent être mobilisées à bon escient, et à augmenter par ce biais leur capacité d'*empowerment*. C'est par ces processus en œuvre que des individus et des groupes pourront se développer au sein de la population et devenir des lanceurs d'alerte, tel le patient de notre équipe dont j'ai détaillé l'anecdote précédemment. Des leviers de changements plus importants pourraient en outre être envisagés si un nombre suffisant de personnes engagées dans ce processus est atteint pour constituer une masse critique.

C'est selon moi le vecteur principal qui permettra d'une part d'ouvrir des champs de recherche non dépendants des jeux d'influence économique, et d'autre part de fédérer une recherche basée sur l'épidémiologie populaire (Brown, 1987[90]) qui est un moyen ayant donné des preuves dignes d'intérêt pour contrer les méthodes de lobbying des grandes entreprises industrielles, même si jusqu'ici elle n'a pu obtenir que des victoires relatives[91].

Pour cela, la Direction Collaboration et Partenariat Patient a élaboré une méthodologie d'éducation populaire en santé qui devrait progressivement prendre place au sein des milieux universitaires (Association avec l'université de Sherbrooke au Québec pour son expertise en éducation populaire dans le domaine) et des institutions citoyennes par le biais de l'Institut du nouveau monde. Ce dernier est une entité citoyenne largement mobilisable et mobilisée pour animer des débats et participer aux décisions démocratiques au Québec.

En parallèle de cette démarche méthodologique, depuis l'automne 2013, la DCPP accompagne les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) dans le virage du partenariat patient en structurant la présence de patients susceptibles de mobiliser leur savoir pour co-construire les politiques de

---

les réflexions et choix à mener en matière d'indépendance. Voir l'article : http://www.formindep.org/La-proximologie-l-Espace-Ethique.html.

[90] Brown P. (1987), « Popular Epidemiology: Community Response to Toxic Waste-Induced Disease *in* Woburn, Massachusetts and Other Sites », Science, Technology and Human Values, N° 12 (3-4), pp.76-85.

[91] L'épidémiologie populaire consiste en l'appropriation d'un sujet de société environnemental et/ou de santé par une population qui, par sa démarche, créé de la connaissance. L'histoire la plus symbolique qui a fait connaître ce courant a été reprise par l'industrie du film hollywoodienne à-travers du film « Erin Brockovich ». Il montre comment cette femme a réussi par elle-même à documenter les impacts d'une industrie ayant contaminé des nappes d'eaux souterraines par un cancérogène à base de chrome exhalant à la source d'intoxications pour les populations locales et l'environnement et à faire changer les choses. Ce film a reçu plusieurs prix internationaux.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

recherche à venir. C'est ainsi, pensons-nous à la DCPP, que nous pourrons infléchir durablement le cours des choses en favorisant notamment la thématique de l'indépendance au sein des formations des professionnels de santé.

Nous ne souhaitons cependant exclure ou ostraciser aucun des acteurs du système de santé pensant qu'il est préférable de fédérer les forces et ressources disponibles quand cela est possible et compatible avec notre philosophie. Nous avons donc pour le moment choisi une stratégie comprenant la participation d'entreprises ou marques mais qui ne sont pas spécifiquement parties prenantes dans l'économie de la santé. Ce consortium d'acteurs devra de plus suivre nos règles qui sont élaborées par des patients impliqués au sein du milieu académique, ce qui constitue jusqu'ici une instance autorégulatrice que nous avons réussi à créer.

Gageons que si le modèle développé actuellement à partir de Montréal s'étend dans le respect des méthodologies élaborées, une pensée critique pourrait prendre son essor, se diffuser et réorganiser nos milieux de soins et systèmes de santé dans une autre direction que celle encore majoritairement à l'œuvre dans nos sociétés. Il est toutefois nécessaire d'être attentif à un certain nombre de garde-fous que seuls, selon nous, des patients sont en capacité de mettre en œuvre pour le moment. Ils concernent l'instrumentalisation qui pourrait être opérée à différents niveaux. Le référentiel de compétences des patients utilisé peut être détourné pour servir des intérêts particuliers, et celui déployé aujourd'hui à partir de la faculté de médecine de l'université de Montréal n'en est pas à l'abri non plus. Les formes d'organisations collectives sous forme d'associations et de *think tank,* qui sont celles que l'on retrouve particulièrement en France, en constituent un autre exemple. En effet, des missions relevant de politiques de santé publique sont déléguées à certaines associations d'usagers sans que la force publique ait les moyens de les accompagner financièrement pour cela, étant donné les contraintes fortes pesant sur le contexte économique du pays (Delarue, 2011)[92]. Les lobbies peuvent en profiter comme c'est le cas dans bien des pays (Schilling, 2008[93] ; Bazinet, 2014[94]). Enfin, des dispositifs innovants, comme les

[92] Delarue A (2011), *Les Recommandations pour la Pratique Clinique élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle ? À propos de trois classes de médicaments*, Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers.

[93] Schilling C. (2008), « Patienten-Organisationen: Geldspritzen von der Pharma », (traduction française « Associations de patients sous perfusion financière de l'industrie pharmaceutique »), *Der Beobachter*, 20/08/2008.

[94] Bazinet C. (2014), « Patient Leader d'Opinion: un nouvel acteur du réseau de la santé », Communication santé 2.0, 19/05/2014 – Accessible sur Internet à l'adresse : http://cathybazinet.com/2014/05/19/patient-leader-dopinion-un-nouvel-acteur-du-reseau-de-la-sante/, (Dernière consultation le 27/02/2015).

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

universités populaires, pourraient être déstabilisés, voire détournés par les immenses pouvoirs de lobbying de l'industrie pharmaceutique, de l'agro-alimentaire ou encore du monde de l'assurance privée.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Anne Perraut-Solivères

S'appuyer sur le sens pour résister aux dérives des institutions : une « subversion » réjouissante

Je vais me présenter dans un premier temps parce qu'effectivement, je vais raconter des tas de choses de ma vie mais encore faut-il que vous sachiez d'où je viens. J'ai donc une formation d'infirmière au départ, qui s'est conclue par une espèce de frustration assez terrible, où j'avais le sentiment de n'avoir quasiment rien pour exercer, c'est-à-dire rien pour faire face aux vraies questions. J'avais déjà été une élève un peu remuante parce que je trouvais qu'il y avait beaucoup de choses qui me paraissaient un peu trop bien « léchées » et bien carrées. En gros j'ai compris assez vite que des certitudes que l'on m'avait enseignées avaient leur limite et pouvaient se révéler fausses, comme ce fut le cas d'un certain nombre d'entre elles par la suite. Donc il ne m'a pas fallu très longtemps pour comprendre qu'il fallait quand même se poser des questions, y compris au sujet des certitudes, en particulier même je dirais.

J'ai été infirmière pendant une dizaine d'années mais en sortant de l'école d'infirmière, l'année d'après, je me suis aussi inscrite à l'université Vincennes qui était ouverte pour les non bacheliers et les travailleurs, donc j'ai embrayé très vite ne sachant pas trop ce que je cherchais mais sachant que je cherchais, et j'espérais trouver là ce que je n'avais pas appris en fait à l'école d'infirmière. Je ne l'ai pas trouvé si facilement d'ailleurs. Maintenant je commence à pouvoir regarder de loin ce que j'ai fait, ce qui est un inconvénient évidemment mais aussi un avantage.

J'ai ensuite fait l'école des cadres après 10 ans d'exercice. Je travaillais en réanimation, la nuit. Et cette école des cadres, je ne savais pas très bien ce que j'allais y faire non plus mais je savais juste que j'avais besoin d'un break. En fait j'ai choisi la très bonne école, qui était une école qui fonctionnait à partir de l'*analyse institutionnelle*[1]. Il n'y en avait qu'une seule en France, je suis tombée dessus par hasard, je ne savais pas vraiment ce qu'il y avait dedans, et ils m'ont prise ce qui d'ailleurs prouvait que c'était un lieu différent par rapport aux autres car on ne m'aurait pas prise dans une autre

[1]Note du coordinateur : L'analyse institutionnelle est un courant théorique vincennois dont l'objet est l'analyse permanente de l'aliénation sociale, selon la formule de Jean Oury.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

école de cadres. Je n'ai rien de particulier sauf que je n'étais déjà pas très complaisante avec le « système ».

Donc, l'école, la sensation d'être dans une espèce de truc, où on m'a gavée du petit-lait de la médecine parce qu'on avait des questions extrêmement bien développées alors qu'on n'avait que deux lignes sur le rôle de l'infirmière ensuite[2]. C'est à dire qu'il n'y avait jamais vraiment de place pour l'infirmière dans tout ça, bien qu'elle soit la seule à être là tout le temps. Donc déjà ça m'interrogeait forcément, mais je ne trouvais pas vraiment ma place là-dedans et j'ai commencé à travailler à l'assistance publique. J'étais dans une école de l'assistance publique donc je suis allée de fait à l'AP, et alors là je me suis vraiment demandé si ce que nous faisions avait un sens parce que l'organisation du travail était une espèce de course permanente entre les actes de soin, je vous parle de ça, cela fait maintenant quarante ans, et cela n'a pas changé. Aujourd'hui c'est une autre course, il y a des choses qui ont disparu, il y a en a d'autres qui se sont ajoutées, donc on court toujours mais moi j'ai couru pendant quarante ans, du coup si vous voulez il faut quand même avoir les jambes dès le départ. Mais justement, dans mon parcours en fait, ce sont les inconvénients, les aléas, qui m'ont le plus appris.

Je me suis beaucoup opposée parce que j'ai toujours pensé qu'il y avait un sens à mon métier. J'étais la seule à l'affirmer mais en tout cas j'en étais sûre, pour moi, je ne défendais pas mon bout de gras, mon bifteck, je défendais le sens de quelque chose. Et c'est là-dessus que tout s'est articulé tant bien que mal, parce que je n'avais pas de technique, je n'avais pas été formée, je n'avais pas eu une éducation très poussée.

J'ai passé ainsi trois ans à l'assistance publique à courir et un jour j'ai été exaspérée et j'ai démissionné tambour battant alors que j'avais un contrat comme beaucoup de mes camarades et je suis partie à l'aventure en me disant : « je vais me former ailleurs. » J'ai d'abord commencé par le privé et cela a été encore pire, évidemment. Et puis j'ai abouti dans cet hôpital qui était un ancien sanatorium qui se reconvertissait, une espèce de terrain d'aventures ou tout était possible puisque tout devait se reconstruire, mais où tout était possible dans un schéma très délimité, pas du tout celui de mes rêves. Enfin j'avais déjà compris qu'il y avait de l'espace malgré tout, et

[2]Note du coordinateur : Pour une vision de l'évolution du métier des infirmières, voir André Petitat « La profession infirmière » dans *Les métiers de la santé – Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Pierre Aïach, Didier Fassin (sous dir.), Anthropos-Economica, Paris, 1994, pp.261-280. Pour une comparaison de la conception du métier infirmier sensiblement différente entre la France et la Grande-Bretagne, voir Philippe Delmas, « Le développement de la pensée infirmière » dans *Médecine, santé et sciences humaines*, Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé, Les belles Lettres, Paris, 2011, pp.71-78.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

surtout j'ai choisi la nuit, l'espace de la nuit c'est aussi un temps, un moment où on est beaucoup moins, je dirais, en butte aux pouvoirs, au pluriel car ils sont nombreux. La nuit, les pouvoirs sont un peu endormis.

Sinon, la culture du doute, c'est quelque chose qui s'est imposée à moi, même si j'étais très peu critique au départ. Quand j'ai commencé mes études, j'étais très contente, c'était une opportunité d'aller dans cette école mais je ne comprenais pas ce qu'il s'y passait. Je n'avais aucune éducation critique ni évidemment politique, j'étais assez naïve en la matière. Donc ça s'est imposé à moi malgré moi, c'est pas du tout une démarche très construite, avec du bagage dès le début, mais j'avais une espèce de sens que moi j'appelle mon bon sens paysan, c'est-à-dire que ce que je fais doit servir à quelque chose et ça doit avoir du sens. Du coup forcément je ne fais rien pour rien et ça a été en quelque sorte ma ligne de conduite pendant très longtemps, jusqu'à la fin de ma carrière même, car j'ai toujours exigé qu'on me donne les bonnes raisons pour lesquelles il fallait que je fasse certaines choses, et quand il n'y avait pas d'argument, je ne faisais pas ce qui était demandé. J'ai malgré cela fait une carrière totale jusqu'à la retraite, même s'ils étaient très contents que je m'en aille. Mais en attendant, j'ai quand même tenu jusqu'au bout et j'ai même pu faire énormément de choses simplement par conviction et puis aussi parce que même s'il y avait beaucoup d'obstacles, je parvenais quand même à mes fins.

C'est là où je parle de réjouissance parce que la subversion ça peut être un jeu et ça peut aussi être très négatif. Ce n'est pas forcément en soi une chose positive sauf que lorsqu'on est dans un système qui se mord la queue, je pense que la subversion est le seul moyen qu'on ait pour mettre de temps en temps le doigt là où il faut pour que cela s'arrête. Finalement ça n'a jamais été un jeu parce que j'en ai quand même un peu bavé mais en même temps ça n'a jamais été non plus négatif. J'allais me coucher avec le sentiment d'avoir accompli ce que je devais faire. Donc je crois que ça aussi c'est important, de tirer les bénéfices au fur et à mesure, et qu'il ne faut pas attendre et qu'il faut ajuster ses attentes dans l'institution mais en même temps l'institution c'est un truc fou qui n'a pas de sens, qui n'a pas d'âme. C'est nous qui instituons ce qui est, mais si nous ne sommes pas capables de critiquer notre propre institution, c'est-à-dire ce que nous-mêmes nous avons fait, les choses n'avancent pas. Arriver à un moment donné ou à un autre à incarner ce que nous pensons, à mettre de la viande dans les légumes, essayer de faire que tout ait toujours du sens, pas seulement pour moi, pas seulement par rapport à ma vision du monde mais par rapport aux tâches, à ma mission, à ma fonction, par rapport à un certain nombre de choses qui ne sont jamais données ni écrites.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Finalement, je pourrais dire que je mène mon parcours sauf que j'ai été infirmière, puis cadre infirmière et cadre supérieur pour finir, et que du coup on pense que c'est incompatible, qu'on ne peut pas être cadre et militante. Mais pour moi c'est impossible d'imaginer l'un sans l'autre.

En fait je pense qu'au contraire, être cadre et engagée, être militante, cela a été une espèce de garantie qui m'a permis de ne pas me laisser embarquer d'un côté comme de l'autre. Parce qu'il y en a des tas de nécessités qui ont l'air toujours de s'imposer, et finalement on s'aperçoit que si on les contourne, elles ne s'imposent pas du tout. Seulement il faut avoir le courage de les contourner parce que finalement si on ne le fait pas on ne peut pas savoir que cela est possible, et même si on est assez isolée, car je vois à travers mon expérience par exemple que mes collègues n'étaient pas du tout d'accord avec moi, elles n'étaient jamais prêtes à partir ni dans un sens ni dans l'autre, du coup je me trouvais très seule dans l'hôpital.

J'avais beaucoup de discussions avec les médecins, avec les chefs de service qui étaient parfois extrêmement poussées mais c'était toujours interindividuel, en petit « colloque singulier ». Jamais aucun d'entre eux n'a levé le petit doigt pour m'aider quand j'étais dans des impasses. Je peux dire que j'ai travaillé quarante ans dans un hôpital où je me suis en permanence engagée dans la défense de la qualité des soins, de la qualité de vie des soignants, de la qualité de l'institution, de mon hôpital que j'aimais vraiment beaucoup, etc...

Je n'ai jamais baissé les bras. Je n'ai jamais eu personne, aucun des médecins, jamais, ne m'a soutenue et dieu sait qu'il y en avait plein qui étaient d'accord avec moi parce qu'ils venaient me le dire dans mon bureau. Mais jamais je n'ai été soutenue officiellement.

Il existe toujours un problème de caste. Actuellement les relations sont bien meilleures en apparence, elles sont moins caricaturales : on ne se précipite plus quand le patron débarque par exemple, il y a des petites choses qui ont changé, comme le fait qu'on se tutoie très souvent. Mais rien n'a changé sur les places, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de communication réelle.

J'ai eu de très bons amis médecins. Je leur demandais pourquoi ils ne pouvaient pas discuter de sujets comme l'euthanasie avec leurs collègues pneumologues ou cardiologues qui avaient leur âge, ils me répondaient qu'il n'y avait qu'avec moi qu'ils pouvaient en parler. Cela venait peut-être aussi du fait que je provoquais ce dialogue : je leur ramenais les questions des infirmières, je leur demandais de s'expliquer. J'ai réussi quelques fois à ce que le médecin puisse dire aux infirmières de son service : « je n'ai pas tous

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

les jours le courage d'asséner la vérité ». Parce qu'on reprochait au médecin de ne pas en dire assez.

Mais en fait le médecin dit des choses que les gens n'ont pas forcément envie d'entendre, et les infirmières préfèrent souvent penser que le médecin ne fait pas ce qu'il faut plutôt que de se demander si elles-mêmes seraient capables d'aller dire, d'aller répéter tous les jours que l'état de santé de telle ou telle personne va se dégrader. Personne n'a envie de parler de cela. Là c'est du concret.

Quand des familles se plaignent de ne pas être informées, que le médecin ne leur a rien dit alors qu'il a reçu tous les jours un membre de la famille différent, que tous les jours il a dit les choses et que personne n'a rien entendu, que personne n'a pu entendre ce qui devait être entendu, il n'y a pas d'échange sur ce genre de situation avec les infirmières. J'avais organisé avec ce médecin et les infirmières de son secteur un rendez-vous mensuel pour poser des questions, eh bien à la deuxième réunion elles ont amené des collations et très vite elles n'ont plus voulu que boire et manger.

En fait les discussions ne font pas peur qu'au médecin, elles font peur à tout le monde et ces échanges ne s'abordaient qu'entre gens qui en avaient envie et qui pouvaient le faire. Beaucoup de gens préfèrent éviter les questions, cela ne veut pas dire qu'ils ne se les posent pas mais les soignants préfèrent éviter de s'opposer. Les infirmières n'aiment pas le conflit tout comme les médecins, donc c'est très compliqué. Pour ne pas avoir de conflit, on ne discute pas, c'est plus facile. Il n'y a pas de raison objective pour que cela ne se fasse pas mais je ne l'ai jamais vu.

Alors je me suis dit tant pis, on fera sans eux et j'en ai trouvé ailleurs par bonheur, au moment où je suis allée à l'école des cadres. J'avais une trentaine d'années, j'étais encore toute jeune, pas encore tellement bien costaud. Et au moment où j'ai fait cette école des cadres, j'ai décidé déjà de transgresser : je n'irai pas à l'hôpital pendant un an, je n'irai dans rien qui ressemble à quelque chose que je pratique. A la place je me suis inventé des stages.

Mon premier stage ça a été un stage technique, la technique moi je connaissais bien ça, je n'avais pas envie de la technique des infirmières, du coup je suis allée chez un médecin généraliste qui s'appelle Jean Carpentier[3].

[3]Note du coordinateur : Ses écrits restent des références que l'on retrouve dans certains travaux universitaires actuels : voir le remarquable rapport «Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français » commandé par la CNAMTS à l'anthropologue Anne Véga notamment, dont une synthèse est accessible sous le lien suivant : http://www.formindep.org/_Anne-VEGA_.html.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

C'était un médecin très engagé, très réactif, et qui d'ailleurs s'est fait interdire d'exercice pendant un an par le Conseil de l'Ordre dans les années 70 parce qu'il avait publié un petit fascicule avec un comité de parents d'élèves qui avait été distribué au lycée et qui s'appelait *Apprenons à faire l'amour*. Extrêmement subversif donc, le conseil de l'ordre avait interdit ce mec-là, et moi j'étais tombée sur un petit livre qu'il avait écrit avec Wolinski et j'ai trouvé ça formidable, je me suis dit : « il faut que je connaisse des gens comme ça, c'est des gens avec lesquels je me sens des intelligences communes ».

Et donc je l'ai appelé, je lui ai dit voilà, je voudrais aller chez vous en stage. Alors il m'a dit pourquoi pas, il était très accueillant. J'ai donc fait mon premier stage chez Jean Carpentier, je l'ai suivi dans ses visites de médecin généraliste et je l'ai soutenu dans ses combats, ça a commencé comme ça en fait. Cela a été ma première rencontre déterminante, celle qui m'a donné accès à une vision plus philosophique de mon métier que je n'avais pas.

J'avais une pratique un peu engagée, plus morale qu'éthique d'ailleurs à l'époque et donc en fait j'ai trouvé d'un seul coup un souffle différent qui m'emmenait plus loin. J'ai embrayé, j'ai fait avec lui des occupations d'hôpital, et j'ai ainsi vraiment commencé ma vie militante, dans le soin, ce que je ne faisais nulle part à cette époque-là, même si j'étais quand même syndicaliste déjà. Mais j'avais avec le syndicalisme, un peu la même histoire bagarreuse qu'avec l'hôpital, j'étais quand même syndicaliste parce que c'était un excellent moyen d'être informée, d'être au cœur de chaque événement de l'institution et de l'hôpital

C'est cette aventure qui m'a montré qu'on pouvait commencer à se bagarrer et que finalement on ne finissait pas systématiquement en prison. Parce qu'il faut quand même savoir que les soignants hélas, que ce soient les infirmières ou les médecins sont quand même en général un milieu extrêmement non politisé : officiellement, politique c'est un gros mot à l'hôpital, où d'ailleurs dans ce même ordre d'idées, s'opposer c'est faire de la politique. Donc de toute façon on n'a pas le choix, on est politique dès lors qu'on n'est pas d'accord avec ce qui se passe. J'ai du coup fait de la politique sans savoir même encore que cela en était. J'ai su plus tard que c'en était, mais pas tout de suite.

J'ai ainsi rencontré Jean Carpentier qui m'a emmenée sur ces chemins-là, cela a été mon premier groupe de réflexion. Là j'y ai rencontré des tas de gens qui étaient en bagarre partout, pour l'école, la justice ... On rencontrait beaucoup de personnes comme nous dans d'autres milieux et d'autres systèmes. Et c'est comme ça que j'ai rencontré aussi ma deuxième famille

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

avec la revue *Pratiques – Les cahiers de la médecine utopique*[4] par le biais d'Elisabeth Maurel-Arrighi. On a eu plusieurs organisations qui se sont succédé et on a fini par créer ce qu'on appelle l'*Ecole dispersée de santé européenne* qui est un lieu de rencontre, de quelques illuminés mais pour moi les plus sensés évidemment, que je continue à fréquenter aujourd'hui. Cette rencontre avec *Pratiques* m'a encore emmenée ailleurs. Pendant ce temps-là, je travaillais toujours à l'hôpital, mais tout cela nourrissait considérablement mon besoin de sens. Déjà ne pas céder demande tous les jours un petit courage et finalement la première fois qu'on ne cède pas à une injonction, on sait que l'on est en faute puisqu'on sait bien nous faire savoir que c'est à la limite de la faute professionnelle.

Donc j'ai frôlé ces limites certes, mais j'ai quand même toujours su où étaient mes limites et les limites de ma profession, je n'ai jamais eu par bonheur de problème de travail à proprement dit, de faute professionnelle, j'étais extrêmement attentive. Par contre dans ma fonction de cadre, j'ai subi toutes les pressions que l'on peut imaginer puisqu'en tant que cadre supérieur qui plus est j'étais supposée faire partie de la direction me disait-on. Bien sûr, je ne dirigeais rien du tout et je ne pouvais évidemment pas entendre ni accepter d'être mise comme ça dans cette case où finalement ma directrice me disait à l'époque : « mais vous ne pouvez pas vous prononcer contre cette mesure parce que finalement c'est un défaut de loyauté. Vous n'êtes pas loyale envers la direction et la direction, vous en faites partie, donc il y a un problème de loyauté », tout en me disant par ailleurs : « je ne suis pas loin de penser comme vous mais je ne me permets pas de le dire ». Ce à quoi je lui répondais que mon éthique m'interdit de me taire quand je ne suis pas d'accord. Il y a quelque chose que j'ai cultivé qui s'est finalement inscrit dans mes gènes probablement, c'est que je ne me tais pas tant que je ne crois pas que l'on m'ait entendue. On peut ne pas être d'accord et dieu sait que j'ai rencontré beaucoup d'oppositions mais je n'ai jamais cédé sur ce que je croyais être le bien fondé de ma démarche[5].

En particulier dans cette évolution du système qui n'a cessé de se dégrader, ce qui s'inscrit aujourd'hui dans la marche des hôpitaux, j'ai pu l'anticiper depuis le début puisque je l'ai vu arriver pas à pas. Comme je connaissais bien le milieu, que je l'ai considérablement observé, je savais et je prévoyais ce qui allait advenir. On me disait : « non, vraiment, vous êtes madame soleil », et moi de répondre : « je ne suis pas madame soleil mais je

[4]Note du coordinateur : *Pratiques* est une revue trimestrielle, reconnue pour son indépendance, qui explore différents aspects du lien entre médecine et société depuis 1975. www.pratiques.fr

[5]Note du coordinateur : Voir notamment le numéro 53 de la revue *Pratiques* « Résister pour soigner ».

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

connais les soignants, je sais comment ils travaillent, je sais quelles sont les conditions qui leur permettent d'être le mieux possible dans leur fonction, si vous changez ça, si vous bougez ça, si vous touchez ça, de la façon de travailler aux protocoles, en passant par les rythmes de travail, cela va avoir une influence considérable sur toute l'organisation et conditionne le fait que ça peut marcher ou pas ». Quand on a un truc qui marche, on peut se dire qu'il faut le garder, même s'il faut le faire évoluer. J'ai toujours eu envie que ça évolue, et donc que cela ne reste pas à tout prix dans notre petit pré-carré à travailler tranquille, etc.… C'est, au contraire, être assez serein, assez sûr, assez tranquille pour pouvoir évoluer c'est-à-dire qu'en fait l'évolution à coup de pied au cul ou à coup de protocole, non seulement ça crée des résistances mais cela perturbe encore plus le fonctionnement des services.

Au niveau de la formation, rien que l'idée de pouvoir apprendre autre chose et autrement, de se poser des questions ensemble, c'était de la subversion, me disait-on. Moi par exemple, j'ai créé, un petit truc de formation à la prévention des lombalgies, on ne peut plus concret, qu'on m'a autorisée à faire. Ce n'étaient que des volontaires, puisque tout le monde est venu de soi-même. Ce qui est quand même extraordinaire c'est que c'était considéré comme une sorte de semaine de remise en forme. La remise en forme, ça veut dire qu'effectivement, on allait un peu crapahuter dehors, puisqu'on avait la chance d'avoir un hôpital au milieu des bois. Mais surtout, on se posait plein de questions sur comment il fallait qu'on travaille. Parce que la manutention, il y a évidemment des gestes et des postures, et des réflexions à mener, mais il y a aussi la manière comment on travaille ensemble et individuellement, et ce que l'on met dans le travail, se rendre davantage compte que faire attention à soi, ce n'est pas pour autant négliger l'autre. C'est très facile aussi d'en passer sur le voisin ou la voisine et de se débarrasser des contraintes, j'ai vu ça très souvent, et pour moi on ne pouvait pas travailler comme ça parce qu'on ne peut pas améliorer ses conditions de travail en pourrissant celles des autres.

Il faut dans ces conditions-là se poser des questions sur les interrelations entre les services, et cela a été extrêmement positif de le faire dans notre cas. D'abord j'ai formé l'ensemble du personnel, après on a même formé des cuisiniers notamment grâce à un prix de la sécurité sociale que j'ai obtenu et qui nous donnait les moyens de continuer à former et acheter du matériel. Cela a été le point de départ d'un grand changement dans l'hôpital qui avait été initié, non pas par moi, mais par des préventeurs de la caisse régionale d'assurance maladie, dont j'avais pu m'inspirer car c'était une très bonne piste pour se poser des questions sur les conditions de travail, sur la manière d'envisager le soin, et en fait une autre manière d'envisager le travail. Tout ça s'est déroulé et a eu un succès phénoménal, on a descendu les arrêts de

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

travail pour lombalgies de 300%. Tout ça pour dire que les gens étaient plutôt contents et qu'on avait l'impression que cela avait instauré une dynamique. Mais, me disait mon directeur, ce n'est pas forcément significatif, on ne peut pas s'appuyer là-dessus... L'hôpital s'est malgré tout beaucoup modernisé grâce à cela, c'est-à-dire que l'on a commencé à acheter du matériel ergonomique, cela a été une vraie réflexion qui a fait son chemin ensuite. J'ai fait ça pendant douze ans et à la fin, j'avais commencé à créer des groupes de relais que je réunissais une fois par mois et qui lançaient des opérations.

À un moment donné, on a commencé à réfléchir sur les liens entre les différents services : la radio, le transport, enfin, comment on peut harmoniser tout cela pour que les patients n'attendent pas sur le pas de la porte ou n'attendent pas des heures à la radiologie etc. Et là, j'ai reçu une injonction, on m'a dit que ce n'était pas de ma responsabilité, que je dépassais les bornes... alors qu'on avait juste réfléchi, on n'avait rien changé. On nous a demandé de livrer toutes nos réflexions au groupe de pilotage de l'hôpital et donc on nous a arrêtés dans cet élan. Mais les fruits ont germé quand même.

Moi j'ai semé des choses, je parle de mon propre parcours, puisque l'on est en train de regarder comment on peut se débrouiller avec l'institution pour ne pas se laisser enfermer dans des rôles, des fonctions. Je me suis débrouillée pour semer des choses qui finalement ont poussé toutes seules autrement, ou avec d'autres. Finalement, quand j'ai décidé d'être infirmière, je n'ai certainement pas décidé de travailler à l'usine sinon j'aurais fait un autre métier, je me disais toujours, « moi, je soigne des gens, je ne remets pas des choses en état, donc il y a quelque chose qui me semble indispensable à entendre, c'est que les personnes sont des personnes ».

On nous a énormément dit le malade est une personne, seulement la personne c'était une somme d'organes et de dysfonctionnements, cela ne m'a jamais convenu, et je trouve que toute la démarche qui s'est mise en place, c'est une démarche justement de règlement des dysfonctionnements. D'un côté on nous enjoignait de traiter la personne dans sa totalité et d'un autre côté on nous la faisait découper... Ce que les infirmières font aujourd'hui par nécessité, c'est de cibler les dysfonctionnements. Après trente ans de réflexions qui ont abouti à une prise en compte de la globalité de la personne dans ses soins, on est revenu à quelque chose d'on ne peut plus biomédical, c'est-à-dire à l'information. Le travail des infirmières doit principalement renseigner et servir la médecine, donc les médecins et l'administration puisque maintenant il n'y a plus de médecine sans gestion comptable. En fait tout cela s'est totalement enkysté et on a complètement tourné le dos à une évolution qui semblait assez prometteuse et qui d'ailleurs explique

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

aujourd'hui le grand mal-être des soignants dans le système de soins. Il n'y a pas un seul soignant aujourd'hui qui est satisfait de cette manière de travailler, je n'en connais pas et j'en connais quand même un certain nombre[6].

Les patients eux sont prisonniers, ils ont toujours été les otages du système. Il y a fort à faire aujourd'hui pour être réellement pris en compte, être réellement entendu et respecté dans son intégrité physique et psychique parce qu'on donne des outils aux soignants pour les découper. Malgré tout, il y a quand même des choses extraordinaires qui se passent parce que les êtres humains ont cette capacité justement de subversion et de sortir des injonctions même quand elles sont paradoxales, ils arrivent toujours à trouver le biais pour passer s'ils le souhaitent. Mais en attendant, aujourd'hui on ne peut pas soigner si on n'est pas subversif à mon sens. On ne peut pas soigner des patients aujourd'hui si on ne résiste pas à cette manière de les mettre en paquet, enfin de les mettre en choses à réparer pour qu'elles puissent se remettre à leur travail, enfin pour ceux qui en ont un[7].

Il n'y a qu'une conception parcellaire du soin qui s'énonce dans nos formations. Il y a des choses très séparées, on va nous parler d'éthique par exemple mais on va nous faire travailler d'une manière à l'envers de l'éthique, ce qui fait écho ici à l'article de Nicolas Lechopier, et cela ne choque presque personne justement, sans doute parce que tout cela est séparé, on a des unités où maintenant on parle un peu philosophie mais c'est très, vraiment très loin du quotidien.

Moi je me suis ancrée dans la réalité du quotidien y compris dans mes études universitaires où je me suis arc-boutée sur une ligne de conduite pour que la pensée ne s'éloigne pas trop de l'action et du faire, parce que c'est trop facile. On peut faire sans réfléchir, mais on peut aussi bien sûr penser des choses formidables et être étonné qu'elles ne s'appliquent pas. Je suis convaincue qu'il faut retrouver le sens, mais le sens dans l'action.

Avoir des opinions est formidable mais il faut que cela s'incarne et c'est là que le bât blesse. Il y a des tas de gens qui pensent des tas de choses, qui

[6]Note du coordinateur : Voir notamment les numéros 54 de la revue Pratiques « Infirmières : la fin d'un mythe ».

[7]Note du coordinateur : Voir notamment le numéro 49 de la revue *Pratiques* « La place du patient ».Pour certaines dimensions du rôle moteur que peuvent jouer les patients dans le système de soin, voir notamment le numéro58-59 de la revue *Pratiques de Formation – Analyses* « Usagers – Experts : la part du savoir des malades dans le système de santé », coordonnée par Emmanuel Jouet et Luigi Flora, 2010.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

critiquent la situation, mais il y a très peu de gens qui osent s'emparer du réel pour le mettre en marche. Je crois qu'il y a une petite histoire de courage, ce n'est pas naturel, cela demande un petit effort d'affirmer des choses en face de gens qui ne pensent pas comme vous. Et cela demande encore plus d'efforts de le mettre en évidence dans ce que l'on fait.

Si on n'est pas attentif aux conditions d'exercice des soignants, si l'on n'est pas entendu en tant que soignant, comment pourrait-on savoir ce que c'est qu'écouter? C'est très difficile, ce ne sont pas des techniques managériales ou de communication que l'on apprend. Comment sait-on que l'on écoute? On croit tous que l'on écoute. Le monde entier est plein de gens qui écoutent et n'entendent rien.

C'est aussi en acceptant d'être dans la situation et de se dire comment je fais quand je ne sais pas quoi faire, avec quoi je fais quand je n'y arrive pas? Comment je fais avec celui-là qui ne veut pas faire ce que je lui demande ou qui ne veut pas faire ce que l'on m'a dit qu'il fallait qu'il fasse? C'est là qu'il y a de la pensée, de la nécessité d'engagement de part et d'autre. Il y a cette nécessité de faire face, pas si j'ai envie ou le temps ou le courage, on est là et l'autre aussi, donc il y a un moment où on ne peut plus se sauver. Et peut-être que ces métiers-là nous mettent vraiment en face de cela. Quand quelqu'un vous dit : « est-ce que vous pensez que je vais mourir? », d'abord vous commencez à déconner en disant : « non s'il vous plaît, pas avec moi! Pas ce soir! ». Puis, petit à petit, vous dites d'abord : « je ne sais pas! » et puis vous vous demandez que répondre à cela.

Vous ne pouvez pas vous échapper.

Vous pouvez faire une pirouette mais pas dix fois de suite si quelqu'un a envie de parler de quelque chose qui est douloureux pour lui et douloureux pour vous.

Moi, pendant très longtemps, j'ai eu peur de m'effondrer quand quelqu'un m'attrapait de la sorte et puis finalement, j'ai accepté que ça puisse arriver et ça m'a rendue plus forte. En tout cas, cela m'a rendue plus curieuse et plus exigeante parce qu'au fur et à mesure on se rend compte qu'on n'a pas de réponse, qu'il n'y a pas de réponse convenue, d'attitude convenue, que c'est tout le temps une personne différente et que la même personne peut être différente d'un jour à l'autre.

C'est quelque chose qui nous rend la pensée plus élastique.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

On est obligé de carburer pour trouver les réponses. Moi je pense que c'est ça qui m'a entraînée. C'est comme un marathon. Plus ça va et mieux on court. Plus ça va et moins on a peur et plus ça va et moins on se sauve, moins on fuit, moins on envoie des banalités. Et plus ça va et plus on se tait aussi, parce qu'on n'a pas de réponse. Je n'ai pas de réponse aujourd'hui plus qu'hier mais j'accepte de ne pas en avoir. J'ai compris que ce n'était pas ça mon métier.

Ce n'est pas d'amener des réponses aux autres, c'est essayer d'être là, accepter d'entendre ce qui me fait du mal et ce qui leur fait du mal à eux.

Donc ce n'est pas un métier drôle tous les jours mais c'est un métier très fort, sans doute un des plus forts que je connaisse. Car il n'y a pas le patient et le soignant de part et d'autre mais une alchimie qu'il va falloir faire advenir. Et ça demande une sobriété, une inventivité, il faut être là à 200%.

Et quand on y est et ça ne marche pas à tous les coups, au moins on se dit qu'on était là même si on n'a pas réussi. On veut trop en faire, on voudrait guérir l'humanité avec nos petites mains. Et heureusement qu'il y a des gens comme ça car les autres s'en balancent et s'arrangent pour ne pas être en contact avec les choses fâcheuses. Donc il y a des gens qui s'y collent mais il faudrait les aider pour le faire intelligemment, sans faire de dégâts, sans s'abîmer, sans s'épuiser comme on le voit de plus en plus. Pour cela il faut un engagement de l'institution, mais nous sommes nous-mêmes aussi partie prenante de l'institution. Il nous faut aller à l'encontre de ce que nous-mêmes produisons car pour moi l'institution ce ne sont pas les autres, la société c'est nous! Les institutions, c'est nous qui les avons construites. Incarner ses valeurs dans son travail c'est une grande satisfaction au bout car on se construit. Moi cela m'a donné énormément de forces. Il y a une nécessité de renchérir pour pouvoir déborder le système plutôt que d'être en retrait car cela ne suffit pas à faire des gens épanouis.

C'est avec la revue *Pratiques* que j'ai rencontré des médecins autre part qu'à l'hôpital, des gens avec lesquels j'étais à égalité de réflexion. Je n'étais pas celle qui se tait quand on parle de médecine car j'en sais moins qu'eux, ce qui est vrai d'ailleurs pour certaines choses, mais faux pour d'autres : j'en savais pas mal à la fin de ma carrière et j'étais meilleure dans le tri des patients en urgence que certains médecins, je connaissais l'hôpital de A à Z, je savais qui faisait quoi, quel type de patient était pour quel type de médecin. Quand on est infirmière, on apprend à faire avec le système mais à l'envers. C'est tout un savoir-faire avec ce que l'on est et ce que l'on a. Faire que l'institution tourne mais pas comme ils le voudraient car sinon il n'y

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

aurait plus de soignants, car l'institution ne donne pas de bénéfice en retour, ce n'est pas bien payé et c'est à forte contrainte.

Il y a une nécessité à rechercher toutes les failles c'est là que se glisse l'intelligence collective. Ce n'est pas parce qu'on est nombreux que l'on est un collectif. L'université m'a aidée à comprendre ça. *Pratiques* c'est un groupe de gens qui se forment à l'horizontale, il n'y a pas les professeurs au-dessus des élèves. À l'hôpital, il y a beaucoup trop de frilosité et quand on a la tête dans le guidon, on ne regarde rien, on fait tout ce qu'on doit faire, on va au bout même si le lendemain on se retrouve dans la même situation. J'avais besoin de gens qui se posent des questions. Je ne voulais ni être un gourou ni un missionnaire je voulais trouver des gens en marche. Le collectif est une mise en réseau de gens qui ont la même démarche individuelle sans prendre le pouvoir. C'est un travail énorme où l'on ne peut pas se relâcher mais plus on est nombreux et mieux c'est. [8]

[8]Note du coordinateur : Voir notamment le numéro 41 de *Pratiques* « Redonner le goût du collectif »

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

II) *Réflexions critiques et expériences constructives pour la formation médicale*

Zoéline Froissart

Comment concilier éducation populaire et formation médicale ?

Ce texte est avant tout pour moi un espace où il m'est permis de questionner mes études, de douter et d'avancer. J'ai ainsi tenté de déconstruire/reconstruire ma formation professionnelle initiale – à savoir les études médicales au sein de la faculté – en me référant à mon expérience acquise en dehors de celle-ci. Ce texte raconte en quelque sorte mon double cursus universitaire à travers ma rencontre partielle et partiale de l'éducation populaire.

Double cursus : partie universitaire

Plusieurs années se sont écoulées avant que je réussisse enfin à mettre les mots sur ce que je vivais et ressentais dans mes études. Ce moment arriva lors de ma 4ème année de médecine, année qui avait pourtant mal commencé : je voulais tout arrêter. Il était alors pour moi hors de question que je devienne Médecin.

Mais pour bien comprendre, il faut reprendre au début des études, maintenant que je parviens à ordonner un peu les événements.

Arrivée sur les bancs de la faculté de médecine

En septembre 2007, j'entre directement à la fac. À peine sortie du baccalauréat, obtenu quelques mois plus tôt, me voilà en P1. En PCEM1. En Première Année du Premier Cycle des Études Médicales. Ça voulait sûrement dire que je voulais être Médecin.

Quoi comme médecin ? La question n'était pas d'actualité. L'urgence était à la réussite du concours. Et je n'ai pas prêté l'oreille aux mille et une questions qui se bousculaient à l'entrée de mon esprit. D'abord le concours, la suite je verrais bien après. Quoique je puisse en dire, je n'ai pas mal vécu cette année en réalité. Du moins, pas quand j'y étais. Mais lorsque j'ai réalisé plusieurs années après, j'ai voulu hurler de tout mon être.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Alors je n'ai pas hurlé et j'ai mis en off mes pensées.

On m'avait dit de bien travailler mes cours pour réussir. Alors j'ai travaillé.

On ?

Les Professeurs de la faculté qui nous faisaient cours. La famille qui m'a soutenue et que je ne voulais pas décevoir. Les amis qui avaient le regard admiratif et que je ne voulais pas décevoir non plus. Globalement l'environnement social.

Je n'avais pas encore l'ombre d'une idée de la place du Médecin dans la société.

Alors je travaillais mes cours, j'allais à la fac en cours, je relisais mes cours, j'allais en écurie plancher sur mes cours, je révisais mes cours, j'apprenais par cœur mes cours, je rentrais le week-end en emportant mes cours. Bref, je travaillais mes cours. Une routine installée progressivement et qui m'allait. Je ne me posais pas de question, ou plutôt je ne me posais plus de questions, plus le temps de toute façon… Je travaillais, toujours et toujours inlassablement du par cœur… sur mes cours !

Évidemment que je ne sortais plus jusqu'à 4h du mat, mais je ne sortais carrément plus du tout ! Jamais ! … Je travaillais. Je n'ai presque plus vu personne, je travaillais. Je ne lisais plus, je travaillais. Je n'allais plus au cinéma, je travaillais. Je ne m'informais plus, je travaillais. Je ne réfléchissais plus, je travaillais…

En fait non, je ne travaillais pas, je m'abrutissais et j'ai tellement bien glissé dans ce moule exigé pour réussir que je trouve ça effrayant aujourd'hui. Une partie de mon cri.

Et je vous assure que paradoxalement j'ai réellement traversé cette année sans plus d'embûches qu'ailleurs, comme si inconsciemment je m'étais résignée à cette année-là puisque ensuite je ferais « quelque chose » qui me plairait. Ce quelque chose complètement flou, qui avait l'air chouette à en croire les autres, mais que je n'avais pas pris le temps de réfléchir au moins un peu.

Au lycée je voulais être « médecin social » avant d'atterrir presque naturellement sur les bancs de la faculté.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Soigner des gens, n'est-ce pas le plus beau métier du monde ? N'est-ce pas un métier humaniste ? Alors je suis rentrée dans le moule de plain-pied, avec envie et naïveté, armée de courage et de ténacité… et je travaillais. Je suis rentrée tellement bien dans ce moule que je travaillais encore et encore et toujours inlassablement.

Sauf que ce moule m'a collé à la peau, sans que je ne m'en rende compte et sans parvenir à en sortir aussi facilement que j'y étais rentrée.

En juin 2008, j'ai eu le concours de médecine. Des mois de travail plus tard, je fais partie des 10% reçus au concours. Et j'étais fière. J'allais pouvoir être sauvée.

Par qui ? Par mes études ? Sûrement pas, mais je ne le savais pas encore. Il ne restait que moi, mais ça non plus je ne le savais pas. Et il allait falloir se sortir du moule… Mais pour ça, il allait falloir réactiver mes pensées. Je ne savais juste pas à ce moment, que le bouton marche/arrêt avait été tellement bien enfoui que le travail s'annonçait long et fastidieux. Je n'avais pas compris que certains, beaucoup peut-être, ne veulent pas non plus qu'on se sorte du moule… Ça dérange parait-il.

La première réponse que j'ai trouvée à ma furieuse envie de tout arrêter se trouve là. Dans cette première année. Dans ce qu'on nous impose, ce moule dans lequel on nous force à entrer pour nous façonner, ce tunnel que l'on nous force à emprunter si l'on veut pouvoir sortir de l'autre côté : du côté des reçus, du côté des 10% qui réussissent, du côté des futurs Médecins. Toutes ces connaissances brutes, froides, abstraites, distantes que j'ai ingurgitées mais pas digérées afin de pouvoir les vomir au concours. Qu'en reste-il ? Un goût amer dans la bouche et l'envie de fuir.

Ce qu'on ne nous dit pas, c'est qu'on peut rester enfermé dans ce moule, ne jamais sortir, ou pire, ne pas comprendre pourquoi en sortir ou ne pas vouloir s'en sortir.

La première année donc, c'est la création d'un immense désert… Tout brûler pour mieux pouvoir construire dessus, est ce que l'on veut ! Le problème, c'est que maintenant que je comprends, je ne veux pas, je ne veux plus poser bêtement des briques, je n'ai plus la force de construire…

Mais…

Mais on s'en fout non ? C'est la P2 !! Tu te souviens ? On a eu le concours, on est les 10%, on est Médecin, ça y est !! Soirées, sorties,

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

resoirées, intégration, sorties, rere soirées, rerere soirées, ah cours… on s'en fout *–euh non ?-* mais si ! rererere soirées… etc. Bon, qu'est-ce qu'on attend ? En route ! En septembre 2008, je suis rentrée en 2ème année de médecine, et j'ai ressenti un grand malaise.

« Même bourrés, nous restons l'élite de la nation. »

Tel était le message délivré sur une grande banderole lors de notre week-end de rentrée, dit « d'intégration ». Sûrement avait-on voulu faire de l'humour. Mais je riais bien jaune en lisant cela, sans parvenir à mettre les mots sur mes sentiments. Que faire alors ? J'ai fui. Tout simplement. Et je n'ai, à ce moment, pas pris le temps de vraiment réfléchir sur la signification de ces mots. Et pourtant, des chics types mes collègues de promo, mais j'étais incapable de formuler mes pensées, mon malaise, mes questions. Je devais m'in-té-grer. Primordial au premier abord. Impossible en réalité.

Qu'est-ce qu'être une élite ? Qu'est-ce que cela signifie, à la fois pour moi, mais aussi pour mes collègues de promotion et a fortiori pour la société ? Ce que nous nommons élite ne se doit-elle pas d'être un modèle pour la société ? Peu importe, je ne pouvais pas être là.

Et puis les cours ont commencé. Je voulais être médecin. Mais pas Médecin. Soigner. Avoir un rapport à l'Autre. J'allais enfin apprendre, comprendre, tester, découvrir, m'émerveiller, me tromper, créer… Les études. L'idée me plaisait bien, je voulais comprendre. Plein de choses. Sur le Soin, l'Autre, le Monde, la Vie. J'ai foncé en cours. J'allais être sauvée.

Les cours étaient plutôt intéressants dans l'ensemble, en 2ème et 3ème année mais très théoriques et toujours abstraits. Sans raccords possibles à une pratique, à de l'expérience. Et sans espaces de discussions possibles. Je n'ai rien compris à ce qui m'arrivait. Et trop peu de stages. Comment raccrocher les trains ensemble alors ? Une pauvre demi-journée par semaine à l'hôpital, sans réelle pédagogie mise en place, où les Médecins qui nous encadrent ignorent notre présence.

Je n'avais juste pas saisi la nuance : médecin ou Médecin… En faculté de médecine, apprendre n'est pas synonyme de comprendre. C'est dommage. Sans le conscientiser réellement à ce moment-là, j'ai senti que la formation qui allait m'être proposée, telle qu'elle nous serait donnée et transmise, n'aurait rien de questionnable. Tant pis, je questionnerais quand même.

Non. On ne me donnait pas non plus les outils pour développer un esprit critique. Le savoir qu'on m'inculquait ne pouvait souffrir d'aucune remise

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

en question. Et même au-delà de pouvoir le questionner, je n'avais tout simplement pas le droit.

Très mal vu de dire « je ne sais pas » ou « je ne suis pas d'accord ». Et très déstabilisant. Car le Médecin qui se prend pour ton supérieur hiérarchique et non un maître de stage te fait vite sentir que tu n'es rien, que tu ne sers à rien, que tu es la main d'œuvre corvéable de l'hôpital et que si par hasard tu as de la chance il te donnera quelques miettes de son immense Savoir. Celui qui ne « sait pas » finira mal classé aux ECN (Épreuves Classantes Nationales, le concours de 6e année) et sera médecin du travail dans la Creuse.

J'étais globalement là dans ma tête au bout de quelques mois en deuxième année. Je me torturais l'esprit avec mille situations cliniques pour lesquelles, non seulement je n'avais aucune réponse médicale (ça allait probablement arriver), mais surtout aucun outil pour appréhender la situation. Par exemple, je suis médecin généraliste (dans la Creuse) et je reçois un patient. Il me présente une souffrance pour X ou Y raisons au travail… mais qui suis-je moi, pauvre petit médecin, à 30 ou 40 ans ? Qui n'ai aucune expérience d'entreprise, de travail à l'usine, de chômage, de taffe-gagne-pain, de hiérarchie, de pression, de harcèlement moral ? Je ne sais pas ce que ça veut dire être au chômage, galérer pour payer ses factures, avoir un travail pas forcément plaisant mais il faut bien se nourrir à la fin du mois… Par-dessus tout ça, aucun espace de concertation, de discussion, de rencontres avec les gens de la vraie vie, aucune formation de psychologie, d'économie. Seulement de la connaissance brute, froide, du médical technico-centré sur lui-même. Et l'écoute ? Et l'humanité ? Comment j'apprends à rencontrer un patient ? À lui parler ? Qui va m'aiguiller, me guider, me montrer ?

Mais arrêtez de vous torturer le cerveau, vous aurez bien le temps pour ça pendant l'externat… Un programme de deux années de fiesta alcoolisées, insouciantes et surtout irréfléchies était donc prévu par les anciens pour l'ensemble de la nouvelle promotion… chouette idée ! Bienvenue en médecine (la vraie, enfin !) et on pourrait presque dire « plus belle la vie » ! Profitez amis néo-P2, la vie est courte mais les études sont longues !

Était-ce cela que de se former à être soignant ? Quelle place pour l'Art de la médecine ? Les sciences humaines ? La créativité ? Quelle place aussi pour les émotions ?

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

À première vue, très peu. A posteriori, aucune.

Alors on s'en accommode. On est jeune, malléable, on peut apprendre. De véritables éponges. J'ai appris et j'apprends toujours sur les bancs de la faculté cette médecine qui se veut scientifique et objective. Bienveillante, neutre et sans émotions. Lisse et plate. Dure, froide et distante.

Je perdais peu à peu mes rêves et ne retrouvais plus de sens, ou si peu, dans ce pavé de connaissances si distantes de la réalité de soignants, si loin de mes utopies de patients, de soins, d'écoute, de rencontres. Si loin de ce que j'imaginais, voulais, désirais, …

Je n'avais droit qu'à la Science médicale. Dure et objective.

Je n'avais droit qu'à une non remise en question des savoirs et du système dans lequel je devrais désormais évoluer, l'acceptation docile des normes et des savoirs. Une perte de sens impossible à accepter. Un paradoxe que je ne pouvais résoudre. Je me suis échappée, j'ai fui, j'ai sauté par-dessus la barrière pour aller courir à travers champs.

Ne croyez pas que tout est noir. C'est l'analyse partielle et éminemment subjective que j'en fais 4 ans plus tard. La touche très positive qui m'a amenée là où j'en suis aujourd'hui, c'est le temps. Le temps ! Aussi incroyable que cela puisse paraître, après le concours de première année, le temps s'offre à nous. Le temps nous est littéralement offert sur les bancs de la faculté. Chacun est libre de le mettre à profit pour faire ce que bon lui semble. Pas de contrainte, ou si peu.

Je me suis tournée instinctivement vers l'extérieur pour retrouver un équilibre. À l'insu de mon plein gré, j'ai alors emprunté le chemin de l'école buissonnière, sans le réaliser pleinement.

Partir à la découverte du monde associatif

Si je n'avais pas trouvé de lieux ou de personnes pour poser mes questions au sein de la faculté, j'avais néanmoins le droit de prendre mon temps libre sous le bras et d'aller voir à l'extérieur. Chose faite juste après le week-end dit « d'intégration », j'ai fait le week-end « de rentrée ». Organisé non pas par la corporation, mais par la minuscule association de solidarité internationale du campus. A l'instant même où j'ouvrais cette porte, il était trop tard. J'avais mis le doigt dans l'engrenage, et mes pieds marchaient déjà sur le chemin de l'école buissonnière.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

EMASSI. Étudiants Marseillais Actifs dans la Santé et la Solidarité Internationale. Waouh ! Je n'allais pas être sauvée mais j'allais sauver le monde. Oui, oui, à moi toute seule et avec mes petits bras ! Je m'y voyais déjà en grand !

Bon… après ce week-end de formation, je devais déjà réorienter le curseur. Non, je n'irais pas sauver le monde grâce à un projet humanitaire, mais j'irais apprendre l'écoute et l'art de la rencontre à travers un projet étudiant d'interculturalité. Et j'apprenais à descendre de mes a priori, de mes préjugés. J'ai appris à me mettre face à moi-même. J'ai beaucoup pleuré, j'ai beaucoup ri aussi. Et j'ai rencontré ce que j'appelle désormais ma famille. Des étudiants comme moi, pour beaucoup en médecine, qui se trimbalaient un sacré tas de questions, en soif de découverte, curieux du monde, plein d'envie.

À partir de cette nouvelle rentrée, tout s'est enchaîné très vite, un questionnement en amenant toujours d'autres. Pendant deux années, je me suis investie à fond dans cette association, comme pour étancher ma soif de comprendre. Tous mes sens étaient en éveil permanent !

S'offrait à moi la possibilité enfin de questionner mon rapport aux autres, à la société, au fonctionnement du monde. J'allais de trésor en trésor. Peu à peu, j'ai soulevé des questions en mettant face à moi-même : Pourquoi ai-je envie de sauver le monde ? Le sauver de qui ? Pourquoi aider ? Pourquoi partir ? Et pourquoi loin ? Comment découvrir l'autre ? Comment appréhender une culture nouvelle ?

Alors de fil en aiguille, je suis partie… J'ai découvert... J'ai rencontré… Là-bas…

D'un projet de rencontre interculturelle à Madagascar, je suis revenue enrichie de questionnements nouveaux, j'ai mis les mots sur ce qu'il me manquait ici, dans mes études : de l'écoute, de la générosité, de la solidarité à l'état brut.

Et puis, il fallut revenir… Ici… Rentrer chez soi… Comprendre le sens de ces mots.

Alors j'ai poursuivi ce chemin hors des murs de la faculté, creusant toujours plus loin. J'ai appréhendé la complexité du monde actuel, de notre société et j'ai voulu partager tout ça. J'ai voulu faire quelque chose de tout ça. De ces connaissances que j'accumulais. Je suis partie là-bas, puis-je

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

partir ici ? J'ai découvert là-bas, comment transposer ici ? J'ai questionné le monde qui m'entoure, comment le faire dans mes études ?

…

Pour l'instant, seul le silence me répondait. Je ne voyais pas comment raccrocher mon début d'expérience associative et mon début de formation médicale. Je me suis alors tournée vers l'animation. D'abord intuitivement. Je débutais ma troisième année de médecine, et j'avais encore un sacré paquet de temps libre à disposition. L'année précédente, j'avais fait plusieurs interventions en milieu scolaire « d'Éducation à la Solidarité et à la Citoyenneté » qui m'avaient emballée. J'ai découvert le réseau et l'association « Starting Block » avec laquelle j'ai pu me former durant 4 ans à des pratiques d'animation (quelle animation pour quel public ? Quels outils pour quel âge ? Quelle place pour l'animateur dans un groupe ? Eduquer, qui et pour faire quoi ?), ainsi qu'à des thématiques variées de Solidarité Internationale : de l'envie d'aider au commerce équitable, de la place de l'agroalimentaire au problématiques de logement.

Je découvrais au fil des années que la Solidarité Internationale était un bien grand mot pour recouvrir une multitude de pratiques, d'expériences, de questionnements. Je retiendrai celle-ci : « La solidarité internationale, c'est prendre en compte la réalité de ces inégalités, en comprendre les causes et agir pour les combattre. Tous les acteurs de la société peuvent s'y engager : pouvoirs publics, collectivités territoriales, entreprises, médias, organisations syndicales, associations… Chaque citoyen est concerné »[1]. Définition que j'ai choisie délibérément car elle est large. Mais l'objet de ce texte n'est pas de disserter sur les mots solidarité et internationale, encore moins de chercher à définir précisément ce qu'elle est.

Au fil des expériences d'animation, j'ai appris l'écoute, l'horizontalité, le questionnement, le conflit, la remise en question et j'ai tenté à ma manière de le transmettre, de le partager. Je reste persuadée aujourd'hui que mon engagement comme animatrice et mes réflexions débutantes prennent racine en grande partie lors de mes premiers pas avec EMASSI.

Rentrer dans le moule de l'externat ?

Puis finalement, mes études m'ont rattrapée. Nous sommes en septembre 2010, je m'apprête à rentrer en 4ème année de médecine. J'appréhende. Énormément. Pendant 2 ans, j'ai complètement séparé mon engagement

[1]Définition selon le collectif national lasemaine.org

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

associatif et mes études médicales sans parvenir à les réunir. Je me sens écartelée entre ces deux parties de moi. À l'aube de cette 4ème année, je me prépare à être « externe », à devenir un étudiant hospitalier. Salariée de l'hôpital, je vais être catapultée tous les matins en stage et les après-midi en cours (obligatoires avec signature à Marseille) ou à leur préparation, en vue des « fameuses » Épreuves Classantes Nationales, en fin de 6ème année. Épreuves, ou plutôt concours, qui détermineront quelle sera ma spécialité et ma région de formation. On nous fait bien comprendre que si l'on est bien classé le choix s'offrira à nous : cardiologie, radiologie, anesthésie ou autre. Mais que si l'on est mal classé on finira Généraliste à Rouen ou pire… Médecin du travail dans la Creuse.

Au programme m'attendait donc un apprentissage assez bête et stupide : des cours, où je devais retenir des mots-clés, afin de pouvoir les recracher sans réfléchir lors de cas cliniques où les points se comptent selon leur nombre de mots sortis. Aucune réflexion. J'ai donc entendu un nombre d'heures de cours assez conséquent où s'alignaient les uns à la suite des autres des mots-clés : symptômes de la maladie X – diagnostic de la maladie X – complications de la maladie X – traitement de la maladie X. Retenez bien tout ça, on passe à la maladie Y. Le tout sans beaucoup de cohérence entre les modules. Par exemple le module 5 regroupait presque tous les items de gériatrie, alors que le module 12 regroupait tous les cours qu'on ne savait pas où mettre : un peu de cardiologie – ceux qu'on n'a pas pu mettre dans le module 9, un peu de néphrologie – sachant que l'essentiel serait fait l'année suivante – pas d'urgences, ni de réa – réservé à la dernière année alors que les stages obligatoires aux urgences puis en réa se font 2 ans auparavant. Et je pourrais continuer sur des lignes et des lignes toutes les aberrations de l'organisation des cours.

Et puis nos profs aussi. Pardon nos Professeurs. Ces grands Médecins, qui lorsqu'ils nous font l'honneur de donner leur cours – car bien souvent ce sont leurs assistants, voir leurs internes – ont à première vue aucune formation quant à la pédagogie à utiliser. Je rageais toujours plus à chaque cours : 100 étudiants dans un amphi avec un prof qui fait défiler un power point en le lisant. Ahem ! L'envie de hurler me reprenait chaque fois : je suis capable de télécharger un power point et de le lire chez moi tranquillement à mon rythme. Où était la valeur ajoutée du cours ? Le petit plus du professeur qui me donnerait envie de revenir, de comprendre, de creuser, de questionner ? Alors oui évidemment, certains étaient vraiment pédagogues. Peu importe le cours qu'ils faisaient, je fonçais les yeux fermés. Mais ce fut si peu comparé au nombre d'heures interminables que j'ai passées à écouter d'une oreille distraite un prof qui lisait un power point, me lisant à l'écran les mots clés que je devais retenir.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Enfin, ce début de 4ème année fut surtout la pire des infantilisations. Je sortais de 3 ans de fac où les cours étaient non obligatoires, où j'y allais très régulièrement, où je me plaisais car finalement nous n'étions jamais très nombreux dans les amphithéâtres. En 4ème année, pour une raison que je n'explique pas vraiment, peut-être le souhait du doyen et de l'administration de vouloir à tout prix « être bien classé au classement des facultés post ECN » ?, nous nous sommes retrouvés avec l'obligation d'aller en cours. Un après-midi sur deux. Avec signature deux fois dans l'après-midi pour être sûr que nous soyons bien là. Et vérification aléatoire par contre appel. Session de rattrapage en septembre si absence. J'ai personnellement eu beaucoup de mal à m'y faire.

En parallèle à cette pédagogie universitaire, nous nous retrouvions tous les matins en stage. Devenue étudiant hospitalier, j'ai très vite compris que plusieurs choix s'offraient à moi.

Rentrer dans le moule et devenir un brancardier-secrétaire-trieur de résultat de biologie-teneur de dossier à la visite-oui oui aux questions du chef parce que de toute façon je comprends rien. En effet, il arrivait trop souvent que je ne comprenne rien aux discussions, aux dossiers, au cas du patient. Combien de fois ai-je entendu le foudroyant « Comment ? Tu ne sais pas ça ? Mais qu'est-ce que tu sais alors ? Tiens, donne-moi LE traitement de la maladie de Duchmol ? Tu ne sais pas ? Mais tu vas finir généraliste dans la Creuse ma petite ». Je pouvais en effet rester là, baisser la tête, dire oui, ne pas être révoltée par cette institution-broyeur que sont les CHU et ne pas oser. Ne pas oser demander. Toute la réponse était là. Mais comment apprendre à oser ? Apprendre à questionner ? Apprendre à dire « je ne sais pas » ?

S'offrait alors un autre choix et j'ai fait un pas de côté en commençant à tout questionner : je peux aller voir le patient ? Je peux l'examiner ? Je peux venir avec toi ? Tu peux m'expliquer ce qu'il a ? Tu peux m'expliquer pourquoi on met ce traitement ? Alors soudain, tout s'arrange. Tu n'es plus le larbin du service, mais oui tu as 3 ou 4 patients que tu suis. Alors soudain, ça ne dérange pas de ranger les résultats de ces patients-là, ni de faire leur ECG (électrocardiogramme), ni d'aller chercher leurs dossiers. Car en s'organisant comme ça, ils sont devenus peu à peu mes patients. J'ai appris avec eux, j'ai appris d'eux. Comment leur parler, comment leur répondre, comment écouter. Non seulement des cœurs ou des poumons, mais aussi des interrogations, des souffrances, du ressenti, des émotions. Si souvent je n'ai pas eu de réponses mais j'ai prêté des oreilles attentives à ce qui m'était offert par le patient, j'ai tendu mes bras maladroits et absorbé quelques larmes sur mes épaules. Si j'obtenais du savoir à la faculté, ce sont les

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

patients qui m'ont appris à être. En me remerciant d'être là quand je voulais disparaître, pour mes mots gentils quand j'avais la gorge nouée, pour mes explications quand je les sentais dépassés, … Avec eux, j'ai appris à écouter. Puis à dialoguer. Et trouver à tâtons les mots qui apaisent, questionnent, accompagnent ... Et surtout j'ai déconstruit mon savoir si froid et distant extrait des pages polycopiées de l'université pour le mélanger à des histoires, des récits de vie, des impressions, des émotions de personnes rencontrées à travers ces couloirs arpentées. Un début de réponse à ce qu'il me manquait, un espace de paroles et de partage. Alors de fil en aiguille, j'ai appris à dire « je ne sais pas », à demander puis à chercher. Je me souviens de ce médecin qui m'a dit « Tu ne sauras jamais tout mais sois consciencieuse et fais l'effort de chercher des réponses aux questions que tu te poses ». La révolution s'est faite sans que je m'en rende compte : j'ai osé le questionnement, j'ai redécouvert le naïf étonnement : « toi qui as l'air de savoir, apprends-moi ». D'innocentes questions qui déstabilisaient les grandes certitudes. Je ne découvrais pas une façon de soigner mais des façons de soigner.

En réorientant les choix d'apprentissage, en privilégiant la pratique clinique, l'interaction avec les patients, l'échange avec les soignants dans le but de se projeter dans une pratique concrète du soin, dans des prises en charge adaptables au contexte, on quitte nécessairement le sentier de LA vérité pour celui du doute. Alors les œillères se lèvent pour ne plus voir que devant soi, mais tout autour de soi. Quitter le chemin des dogmes pour retrouver celui de l'art de la médecine, basée aussi sur l'expérience et le doute...

Pas de doute, j'étais désormais bel et bien sur le chemin de l'école buissonnière. Je n'arrivais pas à apprendre ces fichus mots-clés, ni à retenir le schéma type de réponse, alors je n'avais qu'à ne pas en tenir compte. J'ai longtemps douté de mon choix. Ai-je le droit d'apprendre comme ça ? De dire zut à la manière dont on me note et m'évalue parce que moi, petit être, estime que ce n'est pas une bonne méthode – du moins pour moi ? Pendant mes 3 ans d'externat, j'ai douté. Beaucoup. J'ai finalement passé les ECN, en arrivant très mal classée évidemment. Mais peu importe. Je voulais être médecin social en rentrant, je suis future médecin généraliste en sortant. Pas si loin que ça finalement.

Sur le chemin de l'école buissonnière, le goût de l'éducation populaire : comment me construire comme futur soignant ?

Il manque en réalité, l'étape de transition. Je n'ai pas décidé seule de choisir ce chemin-là. Je suis donc au début de ma 4ème année de médecine, je débute l'externat, je découvre pas à pas le monde de l'hôpital, ses règles, son

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

fonctionnement. Je mets alors dans mes cartons mes carnets et notes d'animation. J'aligne sur mon bureau les bouquins et notes de cours. Dans un élan de nostalgie, avant de refermer définitivement la porte, j'accompagne la nouvelle équipe de l'association à – ce que je croyais être - mon dernier week-end de rencontres associatives. C'est ainsi que je me retrouve au Mans, au week-end MEDSI (Mobilisation Étudiante pour le Développement de la Solidarité Internationale). MEDSI était, à ce moment-là, un réseau national regroupant les associations étudiantes en Solidarité Internationale issues des campus de santé. J'ai trouvé dans ce réseau exactement ce qu'inconsciemment j'étais venue y chercher. Je n'avais alors pas mis ces mots, mais d'autres m'ont aidée : un lieu, un espace de paroles et de réflexions, d'échanges et de constructions, de partage d'expériences mais aussi de transition…On y rentre, on la traverse et on finit par en sortir, tel un formidable tremplin. Ça prend plus ou moins de temps, de la même manière que nous n'allons pas tous à la même profondeur, ni sur les mêmes chemins. On y découvre beaucoup sur soi, sur les autres, sur la société. On y parle de questions politiques, d'engagements militants et de révolutions à venir. On s'interroge sur le fonctionnement collectif et démocratique et sur la place de l'individu. On réfléchit et surtout on se réfléchit pour mieux comprendre l'autre. J'avais vite compris en arrivant en médecine que personne ne me permettrait de formuler ni de poser ces questions. Pourquoi cette persistante et désolante pauvreté de sens dans notre cursus universitaire ? Restait donc à trouver un autre chemin pour me les poser.

À partir de ce moment-là, je n'ai plus pu mettre de côté ce pan entier de moi-même, à savoir l'animation. Peu à peu, je glissais vers l'éducation populaire.

Catapultée trésorière par manque de personnes pour reprendre les rênes de ce réseau, J'étais là, comme quelques autres, à me retrouver là un peu hébétée et ahurie de la situation. Mais nous étions, je crois très fiers et contents de nous lancer dans l'aventure.

C'est finalement cette année-là dans MEDSI qui m'a fait continuer mes études et ma formation. A l'heure où je ne voyais pas les liens entre animation et formation médicale, l'association décidait d'organiser son congrès de printemps sur la thématique large de « l'accès aux soins ». Plusieurs petits groupes d'étudiants germèrent un peu partout en France pour réfléchir à l'une des thématiques suivantes : l'accès aux soins en psychiatrie, en prison, auprès de personnes en précarité ou migrantes, l'idéologie de la santé publique ou bien encore explorer la notion de dépendances et de handicap. C'est ainsi qu'armée de motivation et d'interrogations, je me suis penchée avec un groupe d'amis sur l'accès aux soins des migrants et des

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

sans-papiers. Tandis que mes co-stagiaires ne comprenaient rien à ce que je faisais : mais pourquoi perdre du temps à réfléchir en plus alors qu'on n'a déjà pas le temps – entre cours obligatoires, matinées de stages et conférences le soir pour préparer le concours ? Nous étions animés par l'envie d'apprendre.

Une forme nouvelle, atypique, jamais expérimentée au sein du réseau. Un apprentissage pour concevoir une démarche de réflexion, de recherche et de rencontre. Nous sentions tous la rareté de cette occasion : 3 mois pour réfléchir collectivement sur une thématique, aller à la rencontre d'acteurs du système de santé sur le terrain et partager nos interrogations. Nous étions alors en train de construire une multitude de petits espaces de paroles et de rencontres, essaimant aux quatre coins de la France.

Des espaces qui nous ont renvoyé sans cesse nos interrogations, qui nous ont fait avancer.

Des espaces où nous avons réfléchi ensemble, questionné notre formation, notre profession et notre société pour tenter de mieux la comprendre.

Des espaces dans lesquels chaque groupe a produit un travail d'écriture collectif retraçant son cheminement et argumentant ses positionnements.

Quelques mois plus tard, tous ces petits groupes se sont retrouvés à Lyon en avril 2011 pour le congrès Solidar'Soin. Sous forme de tables rondes ou de cafés débats, mille questions ont émergé, la réflexion a fusé dans tous les sens, l'échange et l'écoute pour imaginer des solutions alternatives aux dysfonctionnements que nous identifions.

Un véritable espace de paroles citoyennes est né, utilisant l'éducation populaire comme outil pour les articuler autour de plusieurs repères : les expériences vécues par chacun, l'apprentissage né de celles-ci et de leurs partages, l'identification des rapports de pouvoir existants et la construction d'actions collectives.

Cette démarche, ouverte à tous, pose ses bases en partant de ce que chaque personne représente et des contradictions qu'elle apporte pour élaborer ensemble des cheminements dans une évolution à la fois personnelle et collective. Certes, cette expérience est imparfaite car éphémère. Il s'agit d'un engagement situationnel : des jeunes qui sont animés par l'envie de réfléchir collectivement sur un thème précis. Et ce collectif est bel et bien limité dans le temps… horizontal et peu institué. À nous de continuer sous une autre forme et de peut-être nous relier à des mouvements peut-être plus

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

traditionnels : syndicats, mouvements associatifs, politiques, philosophiques… Des actions communes se dessinent à travers l'écriture, l'animation ou encore la formation de collectifs parmi les externes. De nombreux participants ont souhaité poursuivre ce chemin et (re)prendre en main cette partie de leur formation qui n'est pas, au moment où j'écris ce texte, enseignée sur les bancs de la faculté.

Suite à cet événement, nous avons proposé aux participants un espace d'écriture intitulé « Et moi ? ». L'intitulé était : « Et moi, j'en suis où ? Être soignant…ça veut dire quoi pour moi ? Ai-je envie de partager ce que j'ai vécu ? Pourquoi ? … Nous sommes venus, nous avons vu, et maintenant ? Maintenant MEDSI vous propose de dire, de vous dire, de vous exprimer non plus sur ce qui s'est passé mais sur ce à quoi tout ça vous a renvoyés, sur vos pensées, vos envies. Pour cela nous vous proposons un travail d'écriture. Écrivez-nous un article, un éditorial, une lettre, une nouvelle, (un roman ?), un manifeste, une diatribe, un pamphlet, une BD, un manga,… Bref ! Prenez la forme qui semble convenir le mieux à ce que vous souhaitez dire, se dire, nous dire ce que toutes ces questions soulèvent en vous, en quoi ce congrès vous interpelle, en quoi certains intervenants, certaines discussions vous ont ouvert de nouvelles pistes de réflexion… Et plus loin que ça, où vous en êtes dans votre parcours personnel de soignant en devenir, qu'est-ce que vous en attendez, qu'est-ce qui vous semble difficile, qu'est-ce que vous aimeriez changer,… Et enfin quels liens existent entre votre parcours associatif solidaire et vos aspirations de soignant, quelles actions citoyennes doivent être menées pour notre système de santé, quels paradoxes devez-vous assumer, quels changements voudriez-vous incarner,… Mélangez tout ça et EXPRIMEZ-VOUS !!! Prenez un peu de temps et trouvez le plaisir de poser des mots, d'écrire et de dire pour que tout ça ne reste pas trois jours en l'air ou dans un coin de votre tête, mais le début de quelque chose avec, en premier horizon, la possibilité de dire et d'être entendu. »

Alors j'ai pris la plume. J'ai écrit. J'ai témoigné. J'ai hurlé. J'ai stoppé mon hibernation. J'ai fait des liens entre les différentes parties de moi. Qu'aurais-je appris de plus si je m'étais sagement mise dans le rang pour apprendre encore et encore mes items de l'internat ? J'ai compris à travers cette année et cet événement que je voulais être un soignant qui s'interroge. Pas seulement sur la pathologie que peut éventuellement présenter son patient, mais aussi sur soi, sur sa pratique, sur la relation soignant-soigné et sur la société dans laquelle il s'inscrit. J'ai compris qui je ne voulais pas devenir, ai-je pour autant compris ce que je voulais devenir ? Bien sûr que non, mais j'y travaille.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

J'ai pris le temps de réfléchir aux enseignements de cette année. J'ai assumé de sortir du chemin tracé. J'ai appris à exprimer mes pensées, à me positionner, à argumenter, à changer d'avis. J'ai compris que ce qui est « Autre » a toute sa place. J'ai appris à cerner ma cohérence personnelle : comment articuler mes émotions avec mes pensées et comment agir en conséquence ? J'ai appris avec d'autres à dépasser le simple constat d'un problème pour tâtonner ensemble vers une solution, acceptant en parallèle qu'elle n'est qu'une parmi d'autres. Que La vérité est relative et que ma vérité n'est que la mienne.

J'ai arrêté de dire « quand je serais grande, je pourrai…» pour dire « quand je serai grande, j'aurai fait… ».

Intuitivement j'ai construit ma propre pratique de l'éducation populaire. Un mot presque magique qui m'évoque tant de choses. À la fois un courant d'idées, une méthodologie, un outil, un savoir-faire, un savoir-être, et sûrement bien plus encore, il m'est bien impossible d'en donner une unique définition. Et la rechercher est probablement une chose vaine. Mais l'éducation populaire repose aussi sur une conception humaniste : mettre en commun nos savoirs pour aboutir à une transformation, en développant des capacités pour vivre ensemble, confronter idées et débattre, écouter… Ce qui m'a toujours fascinée, c'est que l'éducation populaire est née dans la culture ouvrière et visait une juste répartition des richesses et du pouvoir dans l'entreprise.

Assemblant tout ça dans ma tête, j'essayais de mettre tout ça en pratique, à la faculté, en stage, en conférence (comme sont appelés les lieux où l'on se prépare aux examens). Pas toujours avec facilité, mais j'essayais au maximum. Je savais désormais dire « je ne sais pas », me positionner et argumenter, j'apprenais à accepter de me tromper. Je tâtonnais pour travailler en collectif plutôt qu'en concurrence.

Et j'ai appris à esquiver aussi. C'est comme ça que j'ai fait ma première rencontre avec l'industrie pharmaceutique. Pour m'aider dans cette première épreuve, j'avais croisé la route du *Formindep* au moment de l'affaire du Médiator, cette association qui milite pour l'indépendance de la formation et l'information médicale. Chouette, chouette, chouette !

J'étais en stage en chirurgie orthopédique à ce moment-là, et j'entamais alors ma 5ème année de médecine. Je venais de traverser une année houleuse avec la furieuse envie de tout arrêter, de tout stopper et de hurler ce qui me tenait à cœur. Et j'avais alors fait sans me rendre compte un pas de côté, en partant à la recherche d'un ailleurs pour questionner. J'ai pu faire de

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

merveilleuses rencontres qui ont fait exploser mille questionnements. Parmi tout cela, la place de l'industrie pharmaceutique dans notre formation et la construction de notre sens critique.

J'ai vu des médecins accepter des repas de laboratoires, des interventions en congrès, tout en étant persuadés de rester indépendant. Ils se sont sentis agressés quand j'ai voulu questionner.

J'ai vu des internes harponnés par des visiteurs médicaux, ne sachant pas dire non, attrapés au détour d'un couloir. J'ai senti leur malaise quand j'ai voulu questionner.

J'ai vu des externes au regard brillant d'excitation en sentant l'odeur des croissants en staff, en récupérant une réglette ECG, un stylo ou un carnet estampillé « laboratoire X – parce que nous avançons ensemble ». J'ai perçu l'incompréhension quand j'ai voulu questionner.

J'ai vu, senti, perçu tous ces petits riens qui ne nous semblent que peu de chose mais qui finissent par prendre toute la place.

Ce que je redoutais tant a fini par m'arriver un matin.

Vendredi, 8h30, staff. Présentation des patients, ou plutôt de leur fracture et du type d'opération. Oublié l'humain, juste des os et des mécanismes de réparation.

En entrant dans cette salle, je me savais coincée : une nappe était disposée sur la table. Dans ma tête la tempête : « meeeeeerde, va y avoir un labo après ! » Impossible de s'échapper ?

Fin du staff, une belle jeune femme entre. Je devais fuir. Très vite. Je prétexte alors timidement l'envie d'aller aux toilettes et interprète comme affirmatif le grognement du chef de service. En sortant de la salle, j'ai le cœur qui bat à mille à l'heure, je tremble, mais j'ai réussi ! Je suis dehors. Très vite, panique à bord : hors de question que je retourne dedans, mais quelles seront les conséquences de mon évasion ?

À la fin de la petite sauterie, un des internes me prévient que je risque de « me faire tuer » et que « franchement ça se fait pas de quitter le staff ». Je rétorque un truc du style « j'étais au staff mais qu'en effet j'ai raté le lavage de cerveau ». Il hausse les épaules et nous rejoignons la visite professorale qui débute. J'appréhende d'éventuelles remarques du chef, mais il m'ignore

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

superbement, comme tous les autres étudiants. J'ai survécu, et dans ma tête chantait la victoire.

Aujourd'hui je suis devenue interne et j'assume ma position :

« - Bonjour, laboratoire bidule, je peux vous déranger deux minutes ?

- Non désolée ça ne va pas être possible, ni deux minutes, ni jamais, je ne reçois pas les délégués commerciaux des laboratoires. Et non, ne vous inquiétez pas pour ma formation, j'utilise le temps que je ne passe pas avec vous pour cela. Au revoir. »

Conclusion

Qu'apprenons-nous finalement ? N'apprenons-nous pas trop finalement ? Ou mal peut-être ?

Tout ce savoir, toute cette « science scientifique », toutes ces preuves et ces certitudes ne participent-ils pas à construire une obsession de la santé parfaite ? Une image d'une médecine objective et scientifique, qui peut tout, qui a réponse à tout, prétexte à en faire toujours plus (ou trop ?) mais qui finalement, piège les soignants dans la culpabilité ?

Comment déconstruire cette image du médecin qui sait tout, qui peut tout et qui peut tout entendre, génératrice d'angoisse et de souffrance ? Image parfois recherchée car elle amène une valorisation sociale, mais pour laquelle le doute n'est pas permis. Toutes ces certitudes serinées durant la formation médicale initiale, par des médecins qui pensent encore que faire croire aux patients qu'on sait - le savoir comme unique compétence – et qu'asséner des certitudes incertaines pour les rassurer est la meilleur des attitudes, ne fabriquent-elles pas des futurs médecins rigides et en souffrance, considérant comme des échecs des situations qui ne rentrent pas dans « le cadre » ? Cultiver les questionnements, générateurs d'initiatives, d'expérimentations et de rencontres, ne nous amène-t-il pas à cheminer côte-à-côte et non face-à-face dans la relation de soin, pour ainsi nous enrichir mutuellement ? Alors oserons-nous prendre le « risque » du déséquilibre qui ouvre de nouveaux horizons, plutôt que la « sécurité » de vérités étriquées ?

À ceux qui me disent de rester dans le « droit chemin », je réponds que le droit chemin ne mène pas à l'école buissonnière.

Notre formation doit nous permettre d'évoluer dans le système en sachant nous y inscrire mais aussi le remettre en cause. Formation n'est pas

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

synonyme de formatage. Formation médicale est encore moins synonyme de capitalisme médical. Il faut (ré)apprendre la remise en question du système dans lequel nous évoluons et savoir changer de cadre de lecture.

Mais y en a des biens ! Et heureusement. Ces soignants sont souvent ceux qu'on voit le moins durant notre formation, qu'il faut aller rencontrer, toujours sur le chemin de cette école buissonnière. Ceux qui luttent, ceux qui imaginent, ceux qui construisent, … ces créateurs d'alternatives.

Voilà une partie de mon double cursus à temps plein. J'ai appris à être étudiante en médecine à la faculté et au CHU. Après 6 années à la faculté, j'ai obtenu l'équivalence « technicien de santé » - option relations humaines. Cependant, j'ai appris ailleurs à être soignante. À articuler tout ce joyeux mélange ensemble pour écrire la suite.

La suite ? J'y suis déjà, vous y êtes aussi. La suite, c'est nous. Dès maintenant.

Et elle est à écrire sur la page blanche suivante.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Philippe Masquelier

Indépendance de la formation et formation à l'indépendance[1]

Les conflits d'intérêts omniprésents : risque sanitaire avéré

Les problèmes de santé publique liés aux activités de soin, largement médiatisés ces dernières années (distilbène, sang contaminé, hormone de croissance, Vioxx®, Médiator®) ont comme point commun la non prise en compte des conflits d'intérêts des acteurs (structure, experts…). D'autres affaires retentissantes révélées à l'occasion de grands procès aux Etats-Unis d'Amérique comme celui du Neurontin®[2] ou d'études cliniques indépendantes comme *WHI* sur le traitement substitutif de la ménopause (à mettre en parallèle avec le rapport de la documentation française « les notables de la ménopause »[3], mais aussi l'étude minutieuse des conditions d'élaboration de certaines recommandations professionnelles de la HAS par le *Formindep*[4] puis par Louis-Adrien Delarue dans sa thèse de doctorat en médecine[5] révèlent l'ampleur des conflits d'intérêts en médecine. La gestion de la grippe H1N1 a reposé sur une expertise sous influence, responsable de décisions ne reposant pas sur les données de la science[6]. Il ne fait plus de doute que d'autres intérêts que ceux de la santé des usagers de soin influencent les décisions de soins. Ces conflits d'intérêts constituent de fait un risque sanitaire[7] important à part entière dont les enjeux se mesurent en termes de morbi-mortalité, et de perte de confiance des usagers dans le système de santé.

---

[1]Ce texte est initialement paru dans la revue *Pratiques – Les cahiers de la médecine utopique* n°55, « Quelle formation pour quelle médecine? », octobre 2011, il est reproduit ici avec leur aimable autorisation : http://pratiques.fr/

[2]Stratégies de promotion des firmes pharmaceutique : l'exemple du Neurontin – *Revue Prescrire* 2007 ; 27(284) :464-466.

[3]Au bénéfice du doute. Les notables de la ménopause face au risque du traitement hormonal substitutif de la ménopause, Christelle Salles, Rapport de recherche pour la MiRe, septembre 2004.

[4]Des recommandations professionnelles peu recommandables, Philippe Masquelier, www.formindep.org, mars 2009.

[5]Les Recommandations pour la Pratique Clinique élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle ? A propos de trois classes thérapeutiques, Louis-Adrien Delarue, Thèse de doctorat en médecine-Université de Poitiers, juillet 2011.

[6]Lettre ouverte-pétition à Didier HOUSSIN, Directeur Général de la Santé, www.formindep.org, décembre 2009.

[7]Transparence de l'information médicale une question d'hygiène, Philippe Foucras, www.formindep.org, août 2008.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Au XXIe siècle les soins de qualité au service de l'intérêt de la santé des usagers de soins doivent prendre en compte le risque sanitaire que constituent les conflits d'intérêts en santé.

Indépendance de l'information

La formation des soignants doit reposer sur des informations fiables et donc indépendantes:

De nombreux acteurs de l'indépendance de l'information en santé réfléchissent depuis longtemps aux conditions d'indépendance de l'information médicale A l'occasion du scandale du Médiator®, des propositions pertinentes ont été faites par la *Revue Prescrire*[8] et par le Sénat[9]. Depuis plusieurs années le *Formindep* s'exprime à ce sujet[10].

L'analyse de l'ensemble de ces sources d'informations met en évidence la place essentielle prise par les experts dans tout le circuit de l'information de santé. Les firmes l'ont bien compris. Des agences de communication[11] en font leur commerce, intermédiaires entre experts et firmes. Elles détiennent et mettent à jour des données sur les champs d'influence des experts (universités, agences sanitaires, recommandations, réseaux, sociétés savantes, formation médicale, associations de patients…), identifiés comme Key Opinion Leader (KOL), considérés comme outil marketing des firmes. Elles sont capables de faire un suivi très fin de l'influence du KOL. Les services proposés par ces officines sont larges : aide à l'élaboration de recommandations, invitations à intervenir dans des congrès, rédactions d'articles scientifiques, aide au montage des dossiers d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), think tank[12]…

Une grande partie de l'information de santé est sous l'influence d'autres intérêts que ceux de la santé des patients[13,14].

---

[8]*« Après Mediator, les propositions Prescrire pour redresser le cap de la politique du médicament*. »

[9]Rapport d'information commune du Sénat sur *: « Médiator® : Evaluation et contrôle des médicaments »,* 28 juin 2011

[10]Transparence de l'information médicale une question d'hygiène, Philippe Foucras, www.formindep.org, août 2008

[11]Heartbeat Expert

[12]Intervention d'Anne Chailleu au cours de l'audition du Formindep dans le cadre de la Mission commune d'information du Sénat, *Médiator : évaluation et contrôle du médicament,* 19 mai 2011

[13]Information médico-pharmaceutique sous influences, Philippe Masquelier, www.formindep.org, mai 2010

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Le contenu de la formation des soignants doit s'appuyer sur la recherche et la promotion d'informations médicales indépendantes. Les futurs soignants et les soignants en activité doivent connaître ces enjeux et les intégrer à leur pratique.

Formation des soignants à l'indépendance

La formation des soignants à l'indépendance est effective depuis plusieurs années dans un nombre croissant de facultés de médecine aux Etats-Unis avec pour objectif de former des soignants connaissant les sources d'influences, leurs mécanismes, leurs enjeux, et sachant s'en prémunir. La prise en compte des données factuelles, la culture du doute, la pensée critique, l'éducation à la responsabilité à la prise en compte de l'intérêt de la santé du patient du bien communsont des outils à développer pour former les futurs soignants.

Aux Etats-Unis, une société savante l'American Association of Medical Colleges (AAMC)[15], l'équivalent de notre académie de médecine l'Institute of Medicine (IOM)[16], une association d'étudiants en médecine l'American Medical Student Association (AMSA)[17] ont produit des rapports et des outils pour réglementer et promouvoir une formation universitaire sur le thème des conflits d'intérêts.

Les habitudes apprises et acquises au cours des années de formation ont tendance à perdurer et à s'intégrer aux pratiques professionnelles. Il est donc pertinent d'envisager l'intégration des problématiques des conflits d'intérêts dans le cursus et les programmes tout au long de la formation théorique et pratique des étudiants, mais aussi des professionnels.

Pour illustrer cette nécessité nous pouvons nous appuyer sur l'engagement de l'AMSA qui propose depuis 2007 à ses 67 000 étudiants en médecine adhérents :

---

[14]Expertise médicale : des pistes pour réduire les conflits d'intérêts, Paul Benkimoun, *Le Monde*, 4 mars 2010.

[15]Industry Funding for Mecical Education, A report of an AAMC Task Force, 2008.

[16]Conflict of Interest in Research, Medical Education and Practice, Institute of Medicine, 2009.

[17]Evidence and Recommandations for a Model Pharmfree Curriculum, AMSA.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

1. Une charte PharmFree :

Je m'engage à pratiquer la médecine dans le meilleur intérêt des patients et à poursuivre une formation basée sur les meilleurs niveaux de preuves, plutôt que sur la publicité et l'information promotionnelle.

Par conséquent je promets de n'accepter ni argent, ni cadeaux, ni hospitalité de la part des firmes pharmaceutiques ; de rechercher des sources d'information non biaisées qui ne reposent pas sur l'information diffusée par les firmes ; d'éviter les conflits d'intérêts au cours de ma formation médicale et ma pratique professionnelle.

2. Une classification des facultés de médecine[18] :

Il s'agit d'un palmarès de l'indépendance des facultés vis-à-vis des firmes qui repose sur treize critères dont dix ont trait à l'indépendance structurelle, un à l'enseignement de l'indépendance, deux à l'existence d'un contrôle et de sanction en cas de non-respect de la réglementation.

3. Un programme type d'éducation et de formation à l'indépendance vis-à-vis des intérêts des firmes :

L'objectif principal de ce programme est de préparer les étudiants aux interactions avec les firmes pharmaceutiques dans un sens qui garantisse la santé individuelle des patients, les intérêts de santé publique et qui préserve la confiance du public dans la médecine.

Ce programme développe :

- Les compétences à acquérir :
- Pratique professionnelle de qualité et conflits d'intérêts : être capable d'expliquer ce qui constitue un conflit d'intérêt et de décrire comment ceux-ci influencent la pratique clinique et les référentiels professionnels.
- Circuit et régulation des médicaments et des dispositifs médicaux : être capable de décrire les facteurs influençant la recherche et le développement des produits de santé, les étapes de leur développement et de leur autorisation de mise sur le marché, ainsi que les conséquences de ses AMM délivrées par les agences sanitaires sur la santé publique.

[18] AMSA Scorecard 2010

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

- Sécurité et efficacité des produits de santé : être capable d'évaluer les essais cliniques, de décrire les conséquences des biais de publication et des conflits d'intérêts sur l'accessibilité aux données de sécurité et d'efficacité des produits de santé

- Marketing et les comportements des praticiens : être capable d'expliquer les relations qui existent entre influence et réciprocité, et d'identifier les différentes manières avec lesquelles les pratiques de marketing parviennent à influencer le comportement des praticiens.

- La formation médicale continue : être capable d'en décrire les processus, d'identifier les sources de biais, et les sources fiables de connaissance médicale.

- Les stratégies d'enseignement concernant les conflits d'intérêts et les liens des professionnels de santé avec les firmes :

Il existe très peu de données concernant l'efficacité des stratégies d'enseignement dans ce domaine. Dans ce contexte, l'AMSA préconise d'utiliser des moyens pédagogiques qui favorisent l'engagement de l'étudiant, les échanges contradictoires plutôt que les méthodes classiques de cours magistraux. L'AMSA insiste également sur la valeur pédagogique de l'exemplarité des enseignants. Ce principe implique la mise en place d'un règlement qui réduise les conflits d'intérêts à tous les niveaux d'enseignement.

Aux Etats-Unis, une enquête a montré que près de 95 % des étudiants de 3e année ont déjà reçu soit un petit cadeau, un livre, un échantillon, ou une invitation à un repas de la part des firmes. De fait, retarder la formation sur les influences et conflits d'intérêts engendrés par de telles pratiques, c'est prendre le risque du formatage des étudiants sur le modèle des relations d'influences industrielles sur les praticiens. La formation sur les conflits d'intérêts doit donc débuter dès le début du cursus.

- La gestion et l'interdiction des conflits d'intérêts dans le processus de formation :

Pour les années de formation préclinique, l'AMSA préconise le choix d'enseignement libre de tout conflit d'intérêts. En absence d'enseignant indépendant, l'enseignant doit déclarer de manière exhaustive et détaillée ses conflits d'intérêts.

Pour les années de formation clinique, l'interdiction des conflits d'intérêts étant non applicable, la déclaration d'intérêts (nature précise du lien,

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

montant des intérêts financiers…) doit être systématique pour tous les enseignants et maître de stage sur tous les lieux de formation.

L'IOM dans son rapport *Conflict of Interest in Research, Medical Education and Practice*[19], au chapitre traitant de la formation médicale, préconise l'interdiction :

- d'accepter des offres d'articles de la part d'entreprises de produits de santé,
- des supports de formation ou des publications scientifiques produits ou contrôlés par les firmes,
- de développer des activités de conseil aux firmes en dehors de contrat institutionnel
- d'entrer en contact avec des représentants des firmes commercialisant des produits de santé,
- d'accepter des échantillons de produits de santé.

Urgence d'une telle formation pour les étudiants et les professionnels en France

Les conflits d'intérêts dans le monde de la santé constituent un risque sanitaire important en termes de santé publique et individuelle, et de perte de confiance dans toute la chaîne du soin. Ils ont un impact économique défavorable sur le budget de la santé. Il y a maintenant urgence à ce qu'une formation qui aborde spécifiquement ce risque voie le jour en France. Elle devra alors intervenir tout au long du cursus des études des soignants, puis de leur développement professionnel continu. Le modèle développé aux Etats-Unis depuis plusieurs années mérite d'être analysé en détail et pourrait être adapté pour servir de base aux programmes de formation français.

[19]Conflict of Interest in Research, Medical Education and Practice, Institute of Medicine, 2009.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Louis-Adrien Delarue

Une thèse de médecine à l'épreuve d'une formation médicale sous influence

En médecine, dans les facultés, on ne propose pas beaucoup de transversalité dans les disciplines. Je trouve ça important qu'on puisse parler entre différents corps de métiers, différents corps de soignants, comme dans cet ouvrage. Je vous propose ici d'expliquer mon parcours d'étudiant avec la réalisation de ma thèse de médecine qui a fait un peu de bruit médiatique et qui permet encore de l'optimisme.

Je suis médecin généraliste, thèsé depuis juillet 2011, exerçant en Charente. J'ai toujours voulu faire ça parce que la médecine de spécialité, bien qu'elle soit nécessaire, divise le corps en organes et ce n'était pas quelque chose qui me plaisait.

J'avais la chance d'avoir le mari de ma mère qui était lui-même généraliste, qui lisait la revue médicale indépendante *Prescrire*, il m'a formé à la pensée critique et à la remise en cause des dogmes. J'ai également un grand-père qui est agriculteur, retraité maintenant, qui a fait de l'agriculture conventionnelle avec usage de pesticides et autres avant de se rendre compte qu'il était manipulé. Maintenant, son fils a repris ses terres mais essaye de transformer ça en agriculture biologique.

Lors de mon parcours, je me suis vraiment intéressé aux relations entre santé et environnement, j'ai lu beaucoup d'ouvrages et à chaque fois qu'il y a un scandale sanitaire, on parle de conflits d'intérêts. J'avais du coup la conscience aiguë que l'homme n'était pas une marchandise et que si c'était possible aux cours de mes études, je donnerais de la voix et j'essayerais de donner de mon temps pour lutter contre ce concept industriel.

Normalement un professionnel de santé, avant de commencer à parler en public, doit faire une déclaration publique d'intérêt. Ça c'est une victoire, notamment du *Formindep* qui est le collectif pour une formation et une information médicale indépendante, puisque la loi Kouchner de 2002, la loi de santé sur le droit des malades, avait mis dans les cartons ce projet de loi qui n'avait jamais été appliqué. Le *Formindep* a assigné l'Etat en conseil d'état pour faire appliquer la loi et a gagné.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Personnellement je n'ai aucun lien d'intérêt avec les industriels quels qu'ils soient. Je suis nouvellement membre du conseil d'administration du *Formindep*. Il se trouve aussi que je suis militant anti-OGM et anti-nucléaire. Je suis militant syndical adhérent à un syndicat qui a malheureusement signé la prime à la performance avec la sécurité sociale, j'ai fait partie des 1% de médecins à avoir refusé.

Voilà le décor qui a conduit à la réalisation de la thèse.

Dès la deuxième année de médecine, j'étais atterré par l'immixtion de l'industrie pharmaceutique dans nos facultés et dans les hôpitaux. Les étudiants sont au contact des visiteurs médicaux qui viennent leur offrir des petits cadeaux alors que normalement, il y a une loi anti-cadeau qui existe. Ils leurs offrent des repas, du bon vin, ils organisent des soirées étudiantes. Ce contact, des visiteurs médicaux en présence des étudiants, est là de la deuxième année de médecine jusqu'à la thèse.

Quand j'étais interne en médecine au CHU de Poitiers, j'ai eu des contacts virulents avec des visiteurs médicaux que je voulais refuser. Mais il y avait la pression du chef de service pour dire « il faut que vous les receviez, sinon le stage ne sera pas validé ». J'ai eu ainsi un contact dans ma dernière année de médecine avec un visiteur médical qui voulait me présenter le médicament Crestor® qui est une molécule anti-cholestérol qui a des effets indésirables graves comparé à d'autres molécules anti-cholestérol existantes. Quand j'ai commencé à dire que je ne souscrivais pas à son discours, il s'est énervé en disant que c'était la première fois qu'il voyait ça. J'ai essayé d'être le plus scientifique possible jusqu'à un moment donné où j'ai dit « bon, ce n'est pas la peine de continuer » je l'ai donc fait sortir du bureau et il m'a menacé en disant « de toute façon c'est inadmissible, j'en parlerai au chef de service », le professeur de gériatrie qui était chef de service au CHU de Poitiers.

Ce qui veut bien dire à quel point, les visiteurs médicaux sont au contact des médecins, des étudiants, jusqu'à nos enseignants. Je n'ai cependant pas eu de problème particulier par rapport à cette situation, mais je me souviens que ce professeur s'est mis dans une colère noire et mes co-internes se carapataient et s'enfuyaient du bureau parce qu'ils avaient du mal à accepter ce conflit.

Voici un autre exemple en ce qui concerne les enseignants et l'industrie. Toutes les semaines on avait un repas organisé par le laboratoire pharmaceutique, j'y suis allé une fois, au premier, parce que j'étais un petit peu timide et que je n'avais pas osé froisser tout le monde dès le départ.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

C'était un visiteur médical qui venait présenter une molécule anti-Alzheimer qu'on a depuis 10 ans, mais cette fois-ci en forme de patch. Il vantait les mérites de ce produit pendant que tout le monde mangeait des mignardises. Il expliquait qu'il avait lui-même essayé ce patch et que grâce à ça il gagnait mieux au jeu Mémory-France. On devait être 40 dans la salle avec une dizaine de médecins plus le chef de service et personne n'a dit un mot. C'est-à-dire que nos enseignants qui sont censés à un moment donné mettre le holà et avoir une pensée critique n'ont rien dit. Ils avaient la bouche pleine et ils ont accepté ça. Voilà un peu dans quel mode de fonctionnement est la faculté de médecine en France, une fois qu'on a fait nos 9 ans d'étude pour être médecin généraliste et 10 à 11 ans pour les spécialistes... On a un tronc commun de 6 ans de médecine et puis on a la préparation au concours de l'internat. La préparation au concours de l'internat se fait essentiellement avec des entreprises privées parce que l'enseignement public n'est pas assez « compétitif » pour avoir une bonne place à l'internat. J'ai appris pendant l'affaire du Médiator® que la conférence Hippocrate qui est une entreprise privée qui donne des cours privés pour le concours de l'internat appartenait au laboratoire Servier commercialisant le Médiator®.

Beaucoup d'étudiants se font financer la thèse par l'industrie pharmaceutique. J'ai quelques copains qui se sont fait payer leurs frais d'impression, l'envoi d'enveloppes pour des études... Avant de vous parler de ma thèse, puisque je suis dans la formation sous influence, une autre anecdote : quand j'ai voulu organiser mon pot de thèse avant ma soutenance, j'ai été dans une entreprise qui organise des réceptions qui est juste à côté de la faculté de médecine de Poitiers et qui reçoit beaucoup de thésards. J'ai demandé leurs différents menus, ne voulant pas faire nécessairement un repas, mais plutôt un apéritif. On m'a présenté des prix prohibitifs et j'ai dit que ce n'était pas dans mon budget. Ils m'ont dit « comment ça ce n'est pas dans votre budget, ce n'est pas un visiteur médical qui vous paye votre pot de thèse ?». À cela, j'ai répondu que non et ils m'ont dit que j'étais le premier et que d'habitude ils organisent ces réceptions directement avec le visiteur médical sans voir le thésard.

Une fois la formation médicale initiale terminée, on a normalement une obligation de formation médicale continue pour que nos connaissances ne soient pas obsolètes. Cette formation médicale continue est financée à 98% par l'industrie pharmaceutique avec seulement 2% qui est indépendante.[1]

La formation des médecins est formatée au service de l'industriel avec une transmission verticale du savoir. Nos maîtres nous apprennent des

[1]http://www.senat.fr/rap/r05-382/r05-3821.pdf, page 42

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

« recettes » et nous les avalons sans réfléchir la plupart du temps sans place pour la créativité, la curiosité, la remise en cause et aucune place pour la transversalité. C'est pour cela que je salue l'initiative de cet ouvrage.

J'ai toujours cherché personnellement à m'extraire d'une formation sous influence. Ça ne se fait pas sans dégâts parce qu'on est relativement isolé, on a peu de copains dans ces cas-là et surtout on ne participe pas aux fêtes organisées par l'industrie. J'ai toujours refusé les cadeaux, et de recevoir des visiteurs médicaux, sauf exception. Il m'est arrivé de prendre position face aux enseignants et ça m'a valu quelques inimitiés notamment avec une chef de service à qui j'ai exprimé mon opposition et qui dès le lendemain me disait qu'elle avait l'impression que je n'étais pas à l'aise avec le service et qu'elle ne savait pas si j'étais fait pour ça. J'ai remis les choses en place rapidement et elle s'est calmée.

Le concours en fin de 6ème année de médecine s'appelle l'examen national classant (ECN), il est obligatoire. En fonction de la place au concours, on choisit sa spécialité et son lieu de stage de fin d'étude. Je n'ai pas préparé le concours car pour être généraliste, c'est dans les dernières places et je n'ai pas souhaité m'embêter à apprendre des choses que je chercherais à déconstruire par la suite.

Au cours des études, j'ai découvert le *Formindep* créé en 2004 à l'initiative du médecin généraliste Philippe Foucras, comme il le précise dans sa contribution, et je lisais dès la deuxième année de médecine la revue *Prescrire* qui est la seule revue sur les données scientifiques et médicales indépendante des laboratoires pharmaceutiques et des subventions publiques.

J'ai du coup souhaité faire une thèse en cohérence avec mon cursus.

Au départ, je n'avais pas l'idée de cette thèse car je pensais ce thème impossible. C'est un médecin généraliste chez qui je suis passé en stage qui avait eu vent de mes positions et qui me pensait suffisamment armé pour me lancer dans la première thèse qui parlerait des conflits d'intérêts. Je voulais faire une synthèse française accessible au plus grand nombre. Ma thèse par son thème peut être considérée comme subversive. Mon directeur de thèse est un enseignant de médecine générale très impliqué qui est très engagé avec une casquette syndicale. C'est quelqu'un de très compétent, pas ambitieux, et qui ne craint pas pour sa carrière, c'est lui qui m'a proposé mon sujet de thèse. Il m'a prévenu que j'allais sur un sujet glissant et qu'il fallait m'y adjoindre des conseillers.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Je suis allé chercher Philippe Foucras, président du *Formindep*, et Dominique Dupagne médecin généraliste et administrateur du site atoute.org (site médical avec plus d'un million de visiteurs). Il s'est illustré par rapport à cette problématique des conflits d'intérêts en dénonçant l'association française de l'étude de la ménopause (Afem) qui est une vitrine pour l'industrie pharmaceutique et qui défendait les traitements hormonaux substitutifs alors qu'il y avait des études indépendantes internationales qui révélaient que ces traitements étaient susceptibles d'augmenter certains cancers et des accidents cardio-vasculaires. Pour avoir dit que le président de l'Afem avait des liens avec l'industrie, il s'est retrouvé devant le Conseil de l'Ordre. Celui-ci a donné raison au leader d'opinion de l'Afem en première instance. Monsieur Dupagne s'est battu et a obtenu un non-lieu au conseil national de l'Ordre. Pendant l'épisode de la grippe H1N1, il a été l'un des contestataires par rapport à la prescription systématique du Tamiflu® qu'on voulait nous imposer et de la vaccination anti-grippale. Il a fait un article sur son site qui a été plébiscité et à ce titre, il a obtenu une audition au Sénat.

Voilà mes deux conseillers.

Je me suis également inscrit sur des forums, celui de la revue médicale *Prescrire* et celui de Mgclinique, ce qui m'a permis d'obtenir un nombre incommensurable d'avis rapidement accessibles grâce aux personnes qui m'envoyaient des liens vers des articles pertinents. Je me suis servi de cette intelligence communautaire comme conseiller virtuel pour établir un document scientifique le plus crédible possible afin de ne pas être attaqué facilement et d'être irréprochable sur le fond. J'ai cherché à réunir des données scientifiques du meilleur niveau de preuve et si possible indépendantes. Je voulais des arguments référencés et pas seulement les avis des autorités ou opinions de certains professeurs ou enseignants comme ce qui sert souvent de base à l'enseignement de la médecine en France.

J'avais fait un avant-propos pour préciser que je cherchais à dénoncer un système et non des personnes. L'objet de ma thèse était d'étudier les recommandations professionnelles élaborées par nos autorités sanitaires pour savoir si elles étaient sous influence industrielle.

Je me suis attaqué à 4 recommandations émanant toutes de la Haute Autorité de Santé (HAS, considérée comme la référence par les pouvoirs publics en matière d'information scientifique) concernant :

- la maladie d'Alzheimer
- le diabète de type II

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

- la polyarthrite rhumatoïde
- la spondylarthropathie

J'ai choisi ces maladies car elles traitaient de médicaments litigieux et sont fréquemment remboursées intégralement par la collectivité et la sécurité sociale. J'ai fait un comparatif entre les recommandations au sujet de ces médicaments et les données de la science indépendante en ayant une lecture critique. J'ai divisé ma thèse en deux parties, j'ai choisi de prendre ces recommandations et de les étudier à la loupe, et dans la deuxième partie je me suis posé la question de l'indépendance de l'expertise puisque la transparence et l'indépendance sont imposées depuis 1993 dans le statut juridique de la HAS. J'ai voulu étudier les liens d'intérêts de chaque expert présent dans les comités d'organisation à l'origine de ces recommandations.

Dans la première partie, je vois que de nombreuses études connues pour être biaisées dans la littérature scientifique internationales ont été mises en avant. Ils ont omis des données de toxicité médicamenteuses, il y avait beaucoup d'assertions et aucune analyse des coûts, pour aboutir à des recommandations de médicaments inutiles comme les médicaments anti-alzheimer qui ne permettent pas d'améliorer la morbimortalité de cette pathologie, qui par leur toxicité font des morts par malaises cardiovasculaires et qui entraînent des chutes, avec toutes les conséquences que cela implique en termes de perte d'autonomie, et des risques neurologiques (des convulsions, des confusions, des délires). Ces médicaments ont coûté à la Sécurité Sociale plus d'un milliard d'euros en 4 ans. La question qu'il est légitime de poser est « est-ce que les experts chargés des recommandations ne sont pas sous influence? ». Il fallait savoir si la HAS respectait son devoir de transparence et d'indépendance imposé par la loi et dans ses statuts déontologiques. Il n'est pas facile de consulter les déclarations publiques d'intérêts car sur le site de la HAS nous n'avons pas ces déclarations de façon résumée. Nous n'arrivons pas à voir le niveau global de conflit d'intérêt pour une recommandation, il faut aller piocher nom par nom dans une barre de recherche. On passe des heures et des heures à essayer de décrypter les déclarations publiques d'intérêts des experts. Heureusement le *Formindep* avait déjà fait ce travail d'enquête pour le diabète de type II et la maladie d'Alzheimer. J'ai donc pu me reposer sur ces démarches pour ces deux pathologies. Pour les deux autres maladies, j'ai fait mon propre travail d'enquête.

Tout lien d'intérêt ne veut pas dire conflit d'intérêt. Par exemple, pour un expert ayant des actions dans des entreprises de garage, on n'estime pas qu'il puisse y avoir un conflit d'intérêt avec un médicament. Nous savons par

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

contre que les conflits d'intérêts biaisent le jugement. Pour ces quatre recommandations d'importance, il n'y avait aucune déclaration publiée sur le site de la HAS entre 66 et 80% des cas.

Si l'on prend par exemple le groupe de travail pour la polyarthrite rhumatoïde, qui correspond à une recommandation de la HAS datant de novembre 2007, donc assez récente, on y trouve des médecins surtout mais aussi des représentants d'associations de patients, et quasiment aucune déclaration de liens d'intérêt n'est disponible, le devoir de transparence est donc complètement bafoué, alors qu'il s'agit de la HAS qui se déclare elle-même transparente et indépendante, sachant que c'est elle qui a le cahier des charges le plus contraignant par rapport à toutes les autres agences sanitaires, alors je vous laisse imaginer le reste. Quant à l'indépendance, comme j'avais un tableau aussi vide il a fallu que je passe de longues heures sur internet à essayer de taper les noms sur Google afin de trouver qu'untel était lié à tel nom de firme, comme cela à l'arraché. Je n'ai pas du tout là quelque chose d'exhaustif, mais avec ce que j'ai pu trouver il y avait déjà un tiers voire la moitié des professeurs de médecine qui avaient des conflits d'intérêts majeurs, et tous les présidents de groupe de travail étaient en situation de conflits d'intérêts majeurs, pour les quatre recommandations, alors même qu'il était dit dès 1993 par l'Anaes, l'ancêtre de l'HAS, que « ne pouvait être président de groupe de travail quelqu'un qui présentait des conflits d'intérêts considérés comme majeurs ». Les devoirs de transparence et d'indépendance n'étaient absolument pas respectés en somme.

Les recommandations biaisées le sont-elles par influence industrielle? À la lecture du travail que j'ai réalisé on pouvait s'imaginer que oui, mais je ne voulais pas me contenter de cela, j'ai donc fait un état des lieux de ce qui existe au niveau de la littérature internationale : on sait globalement que les firmes pharmaceutiques engrangent des bénéfices faramineux alors qu'elles n'innovent plus depuis vingt ans : la plupart des molécules qui sortent sur le marché ne sont pas des découvertes, on a déjà des molécules qui marchent mieux, depuis longtemps, et qui coûtent beaucoup moins cher.

Comment fait donc l'industrie pour faire autant de bénéfices alors qu'elle n'innove plus du tout? Eh bien elle cible ce que l'on appelle des leaders d'opinion, c'est-à-dire des experts qui ont une certaine notoriété et qui sont susceptibles d'impacter l'opinion du plus grand nombre. En médecine ce sont la plupart du temps des professeurs de médecine, des spécialistes, qui sont considérés comme des références pour leur confrères, et notamment les

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

prescripteurs en bout de chaîne que sont les généralistes[2]. Les entreprises pharmaceutiques s'adjoignent aussi le service d'entreprises de conseil dont la plus grande dans le monde, Heartbit, a doublé ses profits en 2009, et agit pour la plupart des entreprises pharmaceutiques mondiales. Elle leur fournit des logiciels, des bases de données sur les experts, c'est-à-dire qu'elles répertorient les professeurs des universités, les spécialistes, susceptibles d'avoir une certaine notoriété, elle cartographie leur réseau d'influence et elle met cela à jour quotidiennement. Voilà une citation du Vice-Président d'Heartbit que j'ai notée dans ma thèse : « Ces leaders d'opinion ils sont rentables car ils influencent des millions de prescripteurs à travers la notoriété de leur recherche, leur participation à des sociétés savantes, à des journaux médicaux, à des groupes de travail chargés des guides de pratique clinique » qui sont les recommandations dont je vous parle.

J'ai pioché un document sur internet, disponible sur Google gratuitement, émanant cette fois d'une entreprise de conseil française qui agit pour le compte de l'industrie pharmaceutique et qui établit les nouvelles stratégies promotionnelles en 2012 pour influencer les prescriptions beaucoup plus en amont, au sein des autorités sanitaires car c'est beaucoup moins visible, suite à l'affaire du Médiator®. Nous avons donc un document qui nous dit clairement qu'on cherche à infiltrer les guides de bon usage et de recommandations de bonne pratique de l'HAS. Des moyens financiers, marketing, sont développés pour essayer de s'approcher de ces leaders d'opinion susceptibles de travailler dans ces recommandations. En fait on dispose de beaucoup de travaux depuis trente ans, issus non de la littérature française mais internationale, publiés dans des grandes revues comme le *Journal of the American Medical Association* (JAMA), qui nous montrent qu'à chaque fois que des médecins sont liés avec des firmes, ça biaise leur jugement, ça biaise leur expertise, ça biaise leurs conclusions toujours bien sûr en faveur des firmes. On a des études en sciences sociales, on a des études comparatives qui nous montrent que plus les prescripteurs recevaient de visiteurs médicaux, plus des médicaments inutiles comme les veinotoniques sont présents sur les ordonnances. On a des études cliniques qui nous montrent que plus elles sont financées par les firmes plus elles sont en faveur des sponsors (voir l'article de Pierre Meneton), là aussi des études comparatives. Il y a eu aussi des études comparatives entre les conclusions de la presse sponsorisée par les firmes pharmaceutiques et la presse indépendante comme la revue *Prescrire* en France.

[2]Note du coordinateur : Voir par exemple Dr Bernard Dalbergue, *Omerta dans les labos pharmaceutiques*, Flammarion, 2014

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

À partir de tous ces constats c'était facile de dire que les recommandations de la HAS que j'avais étudiées étaient biaisées par l'influence de l'industrie pharmaceutique.

Voilà ce qu'il a fallu que je soutienne le 6 juillet 2011 à la faculté de médecine de Poitiers. J'avais essayé d'obtenir les membres du jury que je pensais pouvoir être les plus cléments avec moi que. J'ai essayé d'en trouver et bien m'en a pris car lorsqu'on voit leurs réactions je me demande si j'aurais été admis en tant que docteur avec d'autres. J'ai été atterré par la parodie de science dans laquelle j'ai été acteur parce que pendant une heure et demie, on m'a cuisiné pour me dire que j'étais trop jeune, que je n'avais pas de recul critique, quand bien même eux n'avaient manifesté aucun recul critique vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique au cours des études, que je lisais trop les revues indépendantes… Il y en a un qui m'a dit : « Mais monsieur Delarue, vous présentez beaucoup de références, c'est un travail faramineux, j'ai mis quatre heures pour lire votre thèse alors que d'habitude cela ne me prend qu'une heure, mais vraiment là, toutes vos références bibliographiques, est-ce que vous les avez lues ? » Un autre membre du jury m'a un moment complètement délaissé et a essayé de ramener le public à sa noble cause, sans que je puisse répondre, heureusement le public était acquis à la mienne, cela donc était la bronca dans la salle ce qui est très rare dans les soutenances de thèse, d'habitude tout le monde s'écrase. On m'a prêté des propos que je n'avais pas tenus, et je me dis qu'Hippocrate dans sa tombe a dû se retourner de nombreuses fois, car on a réussi à me dire que dans ma thèse j'avançais que le Mediator® avait causé des milliers de morts, alors que je n'y évoque pas du tout l'affaire du Mediator®. La présidente du jury m'a aussi demandé combien avait fait de morts le Mediator®, j'ai répondu que je ne savais pas vu que ce n'était pas l'objet de ma thèse, cette dernière m'a soutenu que c'était dans la thèse, je n'ai pas osé lui sortir le document pour lui démontrer le contraire, « si si c'est dans votre thèse, alors à votre avis combien? » me demande-t-elle, je ne savais pas alors je dis 200, puis 500 « ah vous faites monter les enchères? », donc là on s'écrase, « non monsieur le Mediator® n'a fait que huit morts », après vérifications le Mediator® a fait près de 2000 morts, de source officielle. 8 morts c'est la version du laboratoire Servier.

Pas une seule fois en une heure et demie on n'a analysé le fond de ma thèse, et au final mon titre de docteur a été obtenu sous condition que j'enlève le nom des confrères cités dans la thèse alors que je ne faisais que citer, ou citer leur absence d'ailleurs, les déclarations publiques d'intérêts, mais c'était déjà trop pour mon jury qui considérait cela comme diffamatoire. Dès le lendemain j'ai dû noircir le nom des experts en essayant d'en oublier aucun, ainsi les confrères et les membres du jury étaient protégés, on se fiche par contre royalement de l'intérêt des patients. En effet comme le mot de la

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

fin de la présidente de jury le laissa entendre, il fallait noircir le nom des confrères afin « d'éviter une plainte aux membres du jury et des problèmes avec le Conseil de l'Ordre des médecins ».

Ce à quoi ne devaient pas s'attendre les membres du jury, et moi non plus à vrai dire, c'est la médiatisation qui en suivit, via les réseaux internet. En effet dès le lendemain, vert de colère, j'ai envoyé ma thèse non-censurée sur ces réseaux, elle a circulé très vite, il y a eu des articles de syndicats médicaux, il y a eu le blog de Jean-Claude Grange qui est un médecin généraliste écouté de la communauté médicale car il fait des articles au vitriol à la qualité scientifique souvent irréprochable et qui titre en plein été : « Louis-Adrien Delarue dénonce les compromissions systémiques des agences gouvernementales et fait l'honneur de la médecine générale », l'article circule, et l'Agence de Presse Médicale (APM), qui est une agence indépendante, s'en inspire pour en faire un article à son tour et l'envoie à tous les hôpitaux de France, directeurs et chefs de service, ainsi qu'au ministère de la santé.

La présidente de mon jury a contacté dès le lendemain le journaliste de l'Agence de Presse Médicale et a fait appel au doyen de la faculté de médecine de Poitiers car le journaliste a repris la version non-censurée de la thèse. Très en colère, celle-ci m'envoie un mail ainsi qu'à tous les professeurs en pharmacologie, son domaine, ce que j'interprète comme une tentative de décrédibilisation. Des sociétés savantes s'inquiètent, comme celle de rhumatologie, mais on me fait aussi circuler des mails de responsables enseignants qui me félicitent, tout en me disant en substance « d'accord pour déranger mais attention à ne pas bousculer ». Il y aura ensuite un article dans *Rue 89* qui va mettre le feu aux poudres car il reprendra une partie du mail que ma présidente de jury m'a adressé, la censure de la thèse, en plein affaire Mediator® il titre : « Les révélations qui ébranlent la HAS, la thèse d'un médecin dénonce les conflits d'intérêts de l'institution trop proche des laboratoires pharmaceutiques ». Suite à cela, une avalanche de journalistes me contacte, et l'on commence à parler d'un « effet Delarue » suite au retrait de quatre recommandations de la HAS.

Le Conseil de l'Ordre local a pris position, me soutenant, on peut penser qu'en pleine affaire Mediator® cela faisait bon effet de se mettre du côté des lanceurs d'alerte, toujours est-il qu'il l'a fait aussi publiquement et pas seulement dans son bureau quand France 3 l'a interviewé. C'était plutôt une bonne chose, vu que je redoutais une action en justice pour diffamation. Je salue aussi une initiative qui s'appelle le MedOcean d'or qui organise un prix de thèse dans l'Océan Indien, et qui m'a décerné le prix hors-catégorie.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

MedOcean a depuis organisé à deux reprises les *Journées Internationales de l'Indépendance Médicale* (JIIM)[3].

« Dorénavant, il faudra mieux encadrer les sujets de thèse pour que cela ne se reproduise pas », voilà un mail d'enseignant en Poitou-Charentes que l'on m'a fait suivre, un autre dit : « Je ne te cacherai pas que cette affaire nous complique beaucoup la gestion de notre filière en médecine générale », on s'en fiche du retentissement sur l'étudiant, chacun cherche à défendre son pré-carré... Ma thèse sera mise deux mois après sa soutenance sur le site de l'université, c'est-à-dire après médiatisation. Un responsable, ancien président d'une société française de médecine générale écrit aux directeurs de thèse: « chers amis, récemment une thèse a posé problème, porter un jugement sur des confrères en citant leur nom ou en rapportant des propos qu'ils auraient tenus mais non publiés représente une violation du code de déontologie, parfois même une diffamation avec des conséquences judiciaires possibles, faites attention à ce que vos thésards respectent bien l'anonymat dans les thèses, soyez vigilants, car la thèse incriminée a posé bien des problèmes. Tout ceci ne doit pas amoindrir votre détermination à diriger des travaux de recherche ». Cette personne se base sur l'article 56 du code de déontologie, repris dans le code de santé publique, qui dit que les médecins doivent entretenir entre eux une conduite de bonne confraternité, mais il ne cite pas les articles 3 et 5, et il y en a encore deux autres du même acabit du code de déontologie qui disent que « le médecin doit respecter avant tout les principes de moralité et de probité », et qu' « il ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ».

Comme tout cela me contrariait, nous avons publié le verbatim de la soutenance sur 15 pages grâce à un copain qui avait filmé la soutenance avec son téléphone sur le blog du Dr Dominique Dupagne pour respecter mon devoir de transparence à l'égard du public. L'enseignant de médecine générale qui était dans mon jury dit dans un mail destiné à ses collègues : « je t'avoue que dorénavant je serai très prudent sur ce que je dirai lors d'un jury de thèse, de peur d'être enregistré sans être prévenu et qu'ensuite mes propos ne soient jetés à la vindicte populaire ». Pour moi cela veut dire qu'on peut avoir deux discours, un « discours off », en catimini, car normalement les jurys de thèse ne font pas trop parler d'eux, par rapport à un « discours on » destiné au citoyen. Un autre responsable enseignant : « ceux-là doivent avoir l'impression d'être tombés dans un traquenard », ou celui-ci : « je trouve que plusieurs membres du jury n'avaient pas totalement tort, mais moi ce qui me trouble avant tout c'est que la discussion dans la salle soit publiée » alors qu'il est fréquent que des vidéos des thèses soient publiées

[3]http://www.medocean.re/2012/05/1ere-journee-internationale-de-lindependance-medicale/

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

sur internet, il n'y a jamais eu d'interdiction contre cela, et puis une soutenance c'est public, du coup tout ce qu'on appelle ici « traquenard », « vindicte populaire » c'est seulement de la transparence à mon sens d'une soutenance publique.

Ces soubresauts sont l'expression d'un malaise dans le milieu universitaire médical français, tout simplement car il est sclérosé par les conflits d'intérêts à mon avis. Alors bien sûr, tout cela génère du stress, de l'angoisse, des nuits courtes, parce qu'on peut être facilement soumis à la stigmatisation et à la caricature de la part des confrères avec des relations confraternelles parfois houleuses. Et puis la médiatisation c'est chronophage, et cela ampute la vie personnelle... Il y a néanmoins beaucoup de points positifs, comme la satisfaction personnelle de pouvoir se regarder dans la glace tous les jours, une patientèle sélectionnée plus attentive à ces problématiques, moi je ne veux pas prescrire n'importe quoi, c'est un partenariat avec les patients, une relation à deux... Autre point positif, c'est le retrait des recommandations de la HAS, cela a fait du bruit dans le monde académique médical français, au point que certaines sociétés savantes s'en émeuvent, et je pense que c'est un espoir pour d'autres étudiants, et j'ai déjà vu des thèses soutenues où la mienne était référencée. Bien sûr cela donne une légitimité pour évoquer cette problématique des conflits d'intérêts vu comme un facteur de risque sanitaire, le conseil scientifique de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) m'a demandé une intervention, j'ai eu le droit de relire une expertise pour l'un des membres qui travaille à la HAS.

Je rappellerai pour les étudiants que cela pourrait intéresser que le premier garde-fou pour réaliser un tel travail, c'est d'être très sérieux, et que pour ça il faut savoir s'entourer des bonnes personnes.

À ce jour, je suis donc parti d'une thèse de médecine qui n'aurait pas dû faire parler d'elle car ces dernières sont toujours rangées au placard en temps normal, mais suite au sujet que j'ai étudié pour être en cohérence avec moi-même, je suis entré au *Formindep* pour militer sur la base de données scientifiques fiables pour une indépendance de la formation et surtout pour être formé à cette indépendance et à cette problématique des conflits d'intérêts qui sont un facteur de risque sanitaire, on se lave les mains avant d'opérer pour limiter le risque infectieux, il faut se laver des intérêts autres que celui du patient.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Auriane Marzouk

Je suis combien : témoignage d'un parcours d'étude en tension entre réussite et indépendance[4]

Voilà, j'ai fait ma première année d'externat.

Après une année de pause pour reprendre de l'énergie et prendre le temps de mettre au clair mes questions et mes critiques d'un système de santé que je découvrais, j'étais pleine d'énergie. J'avais compris pourquoi la médecine et la politique sont indissociables et j'avais la tête pleine de projets. Dont celui de refuser d'apprendre de manière passive.

Tous les chemins mènent à la médecine…

J'ai dansé toute l'année dans deux directions. La première est la voie universitaire, celle de l'étudiant en médecine qui se réfère au collège des enseignants. Elle est unique et toute tracée :

- Apprendre par cœur, maîtriser la connaissance médicale : physiopathologie, sémiologie, diagnostic, examens complémentaires, prise en charge, traitements, pronostic.

- Faire des cas cliniques et des annales pour valider les examens.

Je me suis laissée guider par les bouquins, j'ai eu du plaisir à découvrir, comprendre et apprendre, j'ai pris un rythme de travail régulier, j'ai assisté à quelques cours en amphithéâtre décevants et j'ai refusé de me laisser influencer par les stressés du concours de l'internat.

La deuxième voie est plus rebelle : elle interroge la connaissance, ose l'esprit critique, la remise en question de la science médicale et, pire, le comportement des soignants. Elle est sinueuse, avec plusieurs routes. Cette voie est anti-universitaire, elle est politique. La politique serait l'art à travers lequel le collectif prend soin de lui-même. Mais j'ai eu beau chercher, pas l'ombre d'éléments politiques dans la formation du métier de médecin.

[4]Ce texte est initialement paru dans la revue *Pratiques – Les cahiers de la médecine utopique* n°55, « Quelle formation pour quelle médecine? », octobre 2011, il est reproduit ici avec leur aimable autorisation : http://pratiques.fr/

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

J'ai d'ailleurs commencé par un blog[5] pour remettre un peu de vie dans les livres-catalogues de pathologies et refuser d'apprendre des maladies en dehors de l'histoire d'un malade. Car si on se plonge dans les livres d'externat, on en oublie qu'on parle de personnes malades. J'ai donc lancé un appel à écriture pour partager des anecdotes qui expliqueraient la maladie à quelqu'un qui ne l'a pas encore apprise. Une première approche illustrée et vivante pour mettre un visage aux pathologies.

J'ai aussi tenté un collectif de réflexion entre étudiants, des discussions avec des professeurs, j'ai rencontré des militants de longue date… un ensemble d'activités qui m'ont stimulée, donné de l'énergie pour me construire en tant que future médecin, mais aussi pour partager et proposer aux autres étudiants un espace pour être actif.

Une vie d'externe cyclique

Je me suis promenée, tantôt sur une voie, tantôt sur l'autre. À chaque début de trimestre, je suis sur la voie critique, je fais des recherches, je bouquine, je rencontre, je réfléchis et j'écris. Le temps passe, alors je mets un pied dans les livres. Les examens approchent et je me sens obligée de changer de voie. Il n'y a pas toujours de route pour relier les deux (ou bien je ne les trouve pas) et je sens l'envie de me dédoubler. Une partie de moi pense aux partiels « *hors de question de gâcher un été à cause des rattrapages ».* Et de l'autre côté, je suis déçue de ne pas finir ce que j'ai commencé (parfois cela ne finit jamais). Mais ce n'est pas si grave, je me concentre sur mes livres, mes stages, j'apprends et je serai un bon médecin plus tard. Je mémorise, j'oublie, je recommence, je zappe, je craque, je me demande en quoi tous ces détails vont bien pouvoir me servir. Je me rappelle que j'ai lu un article sur ces recommandations et qu'elles sont fausses parce que les essais cliniques ont été faits par des vendus, mais peu importe, il faut valider les partiels, j'apprends. J'arrête les questions, je concentre toute mon énergie à la mémorisation, je perds toute force critique, toute motivation de lutte, je me laisse aller sur la voie de l'apprentissage mécanique, passif, aliénant. Je laisse ma curiosité sur le bord de la route, je raye de ma mémoire ce qui crée des contradictions d'information pour ma propre santé mentale. Et ça me déprime.

L'examen se passe, j'ai une semaine de vacances, et le cycle recommence. Nouveau stage, nouveaux cours. Je suis un peu rouillée, mais en quelques jours je dévie de nouveau vers des sujets politiques comme un aimant. Je me redédouble entre cours et contre-cours. Je suis perdue et je voudrais vraiment

[5]www.reanimerleskb.wordpress.com

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

être deux. Un moi disque dur et un moi réflexion. C'est le deuxième trimestre. Je m'accroche en me disant que j'aurai le temps plus tard pour choisir ma pratique.

Au troisième trimestre, je suis en stage chez deux médecins généralistes qui s'opposent. Le lundi je suis chez le premier : il est très pédagogue, passionné et attentif. J'apprends la sémiologie de façon très précise. Parfait pour mon apprentissage universitaire. J'apprécie sa patience, sa méticulosité, son calme, sa pédagogie, sa disponibilité. Je m'investis beaucoup, et il s'intéresse à mes pensées critiques : il prescrit une quantité de médicaments incroyable en suivant les recommandations HAS à la lettre, il est parfois très paternaliste avec ses patients, ce qui m'interpelle. Malgré nos désaccords, nos échanges sont riches et j'apprends beaucoup de sa pratique et de son expérience.

Le mardi, je suis en stage chez une jeune médecin qui doute beaucoup. Elle décortique la revue *Prescrire* tous les mois et m'envoie des dossiers correspondant à nos discussions ou aux consultations. Elle tente de prescrire le moins possible en gardant la peur de passer à côté de quelque chose de grave. Elle me fait partager toutes ces situations où elle se sent impuissante, sans trouver nulle part comment faire pour soigner ces gens.

Le reste de la semaine, je rumine tout ça…

Et voilà que je suis trois : stagiaire universitaire le lundi, stagiaire remise en question le mardi, étudiante en fin de semaine. C'est un de trop. Combien serai-je dans deux ans d'externat ?

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Nicolas Lechopier

Les « sciences humaines » rendent-elles les soignants plus humains ? Pratiques et enjeux critiques des enseignements des humanités en faculté de médecine, et de l'éthique en particulier[1]

La façon dont sont formés les soignants est une question critique, socialement et politiquement. Cet enjeu ne prend pourtant guère de place dans l'espace de la discussion publique alors même que les débats publics sur la bioéthique, la qualité des soins, la fin de vie, la protection sociale ou l'enseignement supérieur pourraient donner l'occasion de considérer davantage ce sujet. Pourquoi l'éducation et la formation des professionnels de santé sont-elles des questions sous-estimées ?

Dans la contrainte de l'organisation de leurs services, les soignants manquent de plus en plus souvent de temps, d'attention, de vigilance. Les milieux de soins se déshumanisent peu à peu. Heureusement trouve-t-on de nombreuses exceptions. Mais la tendance est là : les interactions se crispent, l'hôpital notamment est un monde « sans pitié. »[2] Et si les attitudes des soignants dans les lieux de soin étaient aussi le reflet – voire le produit – des postures éducatives dans les facultés de médecine ? Postures souvent magistrales, parfois autoritaires, avec bien souvent beaucoup d'anonymat et une compétition cruelle. D'autres modes d'enseignements de la médecine pourraient produire d'autres effets, porter des changements positifs jusque dans les services hospitaliers, jusque dans les cabinets de médecine de ville...

Il y a bien évidemment des facteurs structurels qui rendent raison des impasses actuelles de notre système de soin, les enjeux de financement, l'action des laboratoires, la protocolisation du soin, la pression à la productivité propre à la gestion de l'hôpital[3], etc. Dans ce contexte, quel rôle joue la formation initiale et continue des professionnels ? Selon nous, l'éducation et la formation des personnels de santé contribuent à dessiner un

[1]Je remercie Jérôme Goffette, Muriel Salle, Maxence Gaillard et Paul Scheffer pour leurs contributions à la réflexion présentée dans ce texte, ainsi que tous les collègues enseignants du service commun de formation en sciences humaines et sociales de l'Université de Lyon1.

[2]Claire Compagnon and Thomas Sannié, *L'hôpital: un monde sans pitié,* Paris : l'Éditeur, 2012.

[3]Bertrand Mas, Frédéric Pierru et Nicole Smolski, *L'hôpital en réanimation: le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, coll. Savoir-agir, Bellecombe-en-Bauges: Éd. du Croquant, 2011.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

espace de possibilités collectives – concernant par exemple l'avenir des hôpitaux et du système de soins ou la prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Les choix de formation des professionnels de santé rendent certaines possibilités, certains devenirs plus probables que d'autres. Discuter de l'éducation médicale c'est donc aussi toucher aux questions de démocratie sanitaire, de promotion de la santé et d'articulation de celle-ci avec d'autres valeurs comme l'émancipation, le bien-être et la justice sociale.

Nous intervenons dans la formation des professionnels de santé dans le cadre des enseignements de sciences humaines et sociales à l'université. Dans cet article, nous proposons une réflexion sur la place des sciences humaines dans la formation médicale : quelles commandes orientent ces enseignements ? Quelles potentialités présentent-ils ? Les humanités, dans les conditions actuelles des pratiques pédagogiques en médecine notamment, peuvent-elles vraiment rendre les soignants « plus humains » ?

Nous dressons dans un premier temps un état des lieux des enseignements de sciences humaines et sociales dans la formation initiale de médecine. Dans un second temps, nous procédons à une évaluation critique de ces enseignements, notamment ceux touchant aux enjeux éthiques en santé. Il s'agit d'identifier les conditions – en particulier pédagogiques – à travers lesquelles les SHS peuvent contribuer ou non à rendre plus « humains » les milieux de soin et contribuer à dessiner d'autres possibles dans les milieux de santé.

1) Conditions d'enseignement des SHS en Facultés de médecine aujourd'hui

Le cadre : formation ou sélection ?

En France, l'enseignement de disciplines de sciences humaines et sociales en facultés de médecine existe au moins depuis 1992. Intitulé initialement enseignement de « Culture générale », puis deux ans plus tard « Sciences Humaines et Sociales » (SHS), cet enseignement a dernièrement pris le titre de « Santé, Société, Humanité » (SSH). Le texte officiel de l'arrêté qui définit l'Unité d'Enseignement (UE7) en explicite les attendus[4]. Cet enseignement a pour objectifs notamment de développer des capacités d'analyse et de synthèse, de développer une culture commune de santé, de proposer une réflexion éthique, historique, épistémologique, juridique, etc. sur les grands enjeux sociétaux, sur la façon d'exercer la médecine et le

[4]« Arrêté concernant la première année commune aux études de santé » (22 mars 2011)

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

monde dans lequel celle-ci évolue, sur les rapports entre soignants-soignés, le droit de la santé, le handicap, l'exclusion, les soins palliatifs, etc.

Comme on le voit, ces objectifs larges sont composés à la fois d'une série de compétences à acquérir, d'une liste ouverte de disciplines et d'exemples de problématiques concrètes à traiter. Une enquête faite par le Collège des enseignants des sciences humaines et sociales en faculté de médecine offre un regard contrasté sur la mise en pratique de cet enseignement, qui varie considérablement d'une faculté à l'autre[5]. L'une des difficultés fondamentales de cette première année, tant pour les étudiants que pour les enseignants, reste celle de la conciliation entre deux objectifs : former et sélectionner en fonction du numerus clausus. En général, les contenus de cours et les modalités d'évaluation sont largement déterminés par l'échéance du concours. La dimension sélective prend donc le dessus par rapport à la dimension formatrice. Une loi récente introduisant la possibilité de modalités particulières d'admission et de sélection permettra peut-être d'introduire quelques changements concernant ce concours[6], qui reste cependant un obstacle à la construction d'un réel projet pédagogique.

L'enseignement de « Santé, Société, Humanité » n'échappe pas à cette difficulté, d'autant que cette discipline représente entre 13 et 20% de la note finale au concours, ce qui n'est donc pas du tout négligeable et conditionne dans une certaine mesure le passage en 2è année. De plus, dans certains cas, comme à Lyon, l'épreuve est purement rédactionnelle – en l'occurrence, une dissertation problématisée à rédiger en 3 heures sur 3 feuillets. Cet exercice demande aux étudiants de maîtriser un certain nombre de compétences complexes (expression, problématisation, argumentation, mobilisation d'éléments de culture générale et spécifique etc.). L'évaluation en est réputée inégale, incertaine, « subjective », et ce même lorsque tout est fait pour en assurer la validité et la justesse. Ainsi, un enseignement qui est donc censé renforcer les capacités d'analyse et de synthèse est vécu comme une épreuve « glissante » et incertaine, crainte par les étudiants parce qu'une évaluation parfaitement juste et objective semble impossible.

La récente réforme du second cycle des études médicales prévoit que des questions relevant des sciences humaines et sociales seront posées à l'examen national classant en 2016 ou 2017[7]. Ce « concours d'internat » est encore le prisme à travers lequel se distribue la légitimité et se répartissent les statuts dans le corps médical. Là encore, si la présence d'enseignements

[5]Laurent Visier, *Enquête sur l'UE7 dans la première année des études de santé*, 2011.

[6]Loi sur l'enseignement supérieur et la recherche du 22 juillet 2013, art 39.

[7]Bulletin Officiel du 20 mai 2013 concernant le deuxième cycle de formation générale des sciences médicales.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

de SHS à un tel concours peut paraître les renforcer, cette situation risque aussi de flouter encore davantage leur dimension « formative ». Le problème des concours d'entrée en médecine et des concours d'internat est justement qu'ils reviennent à tester (d'une façon plus ou moins adéquate) les compétences dans le « métier d'étudiant » plutôt que celles du « métier de professionnel » auquel les études sont censées préparer. L'enseignement des sciences humaines et sociales se heurte à des difficultés importantes de ce point de vue-là.

La première année, une « boucherie pédagogique »

Dans l'intitulé de l'unité d'enseignement de la PACES (Première Année Commune des Etudes de Santé) intitulée « Santé, Société, Humanité » (UE7, SSH), il n'est pas anodin que le terme « humanité » ne s'écrive pas au pluriel, où il désignerait alors les sciences humaines, mais au singulier. Il renvoie ainsi aussi bien à la notion de condition humaine qu'aux processus d'humanisation et de déshumanisation.

Or, cette première année d'études de santé est justement vécue par les étudiants comme « déshumanisante ». Dans certaines villes, la PACES a été mise en place localement en fusionnant différentes facultés qui étaient chacune de taille moyenne, ce qui a conduit à augmenter considérablement les effectifs d'étudiants en première année. Dans l'université où nous enseignons, 2400 étudiants s'inscrivent en première année, dans ce qui constitue pour eux le plus souvent la première ou la seconde année d'études post-bac.

Dans une étude large, menée à l'échelle nationale par l'association des étudiants en médecine, les étudiants de PACES déclaraient avoir une qualité de vie dégradée du point de vue des relations sociales, familiales, manquer de sommeil, prendre des médicaments, manquer d'activité sportive et de loisir, de confiance en soi, etc. Les auteurs de cette enquête estiment que l'ambiance compétitive du concours, pas plus que les rituels carabins et autres bizutages, n'expliquent entièrement la souffrance des étudiants. Les conditions d'études sont pointées du doigt.

La recherche d'un idéal d'objectivité et de parfaite égalité dans la sélection et les difficultés d'organisation dues aux effectifs importants d'étudiants aboutit à des méthodes pédagogiques et docimologiques effaçant totalement la subjectivité, l'identité de chacun, les PACES se sentent souvent réduits à un numéro d'anonymat ou à un code barre. La richesse, la culture, les différences de chacun doivent rapidement être mises de côté, afin de rentrer dans le moule du candidat dont le principal objectif est trop

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

souvent de se plier à des exercices types et d'apprendre par cœur sans faire appel à son esprit critique[8].

Les conditions d'études sont par ailleurs éprouvantes. Dans des facultés de médecine comme celle de Lyon, les cours magistraux en première année sont donnés par l'enseignant ou l'intervenant dans un amphithéâtre (appelé « amphi maître ») et retransmis en duplex dans 3 ou 4 autres amphithéâtres (« amphis esclaves (*sic*) »). Cette situation d'enseignement magistral est difficile à la fois pour l'enseignant et pour les étudiants.

Les étudiants, bien que présents dans les murs de l'université, doivent la plupart du temps (4 jours sur 5) passer une longue journée face à une estrade vide, dans un amphithéâtre bondé et bruyant, où sont diffusés la voix d'un enseignant, ses diapositives et l'image de la tribune où il fait cours. Dans une enquête réalisée à Lyon en 2013, de nombreux étudiants ont déclaré tenir à ces moments d'amphithéâtre, même dans de telles conditions, car cela leur permet de faire des rencontres, de ne pas rester tous seuls, de socialiser.[9]

La situation d'enseignement est cependant tout-à-fait trouble. L'enseignant s'exprime dans un espace à la fois extrêmement peuplé et anonyme. Les étudiants, la plupart du temps, décrochent rapidement et semblent finir par faire autre chose. L'écho qu'ils donnent au discours de l'enseignant est souvent inaudible ou de l'ordre de la clameur. Le chahut est un risque fréquent, les interactions sont parfois difficiles, souvent tendues, même si elles peuvent parfois donner lieu à ce qui finit par apparaître, par contraste, comme des « moments de grâce ». Des tentatives ont été faites, çà et là, pour rendre la pédagogie plus active, mais les contraintes sont fortes : nous sommes une poignée d'enseignants pour 2500 étudiants, dans un système où domine l'approche magistrale, entièrement orienté par l'exigence de sélection.

Dans ces conditions, nombre d'enseignants estiment que cette année, quelle que soit la discipline d'ailleurs, est « perdue pour la médecine ». De fait, la formation y est presque entièrement négligée au profit de la sélection, à une échelle industrielle. Les étudiants disent parfois qu'ils n'en retiennent que peu de choses et qu'elle n'est pas vraiment utile dans la formation médicale. Pire, ceux qui ne réussissent pas le concours se trouvent négativement affectés par ce passage en première année. Un doyen parisien

[8] « Étudiants en PACES : Profil, Vécu, Vision. Une enquête nationale auprès de 12000 étudiants », Paris, Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF), 2013.

[9] Évaluation 2013 de l'UE7 de La PACES à Lyon Est. Synthèse des avis de 591 étudiants (ICAP, Université Lyon1, 2013), 59 pages.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

qualifiait donc la PACES de « boucherie pédagogique. »[10] Dans ce contexte, à quoi bon des sciences humaines ?

Situation dans les années ultérieures

Jusqu'à peu, les enseignements en tronc commun de SHS se cantonnaient à la première année, suivant des horaires variables. Dans l'une des facultés de médecine de Lyon par exemple, une soixantaine d'heures de cours magistraux sont assurés en première année, plus 6 heures d'enseignements dirigés de méthodologie de la dissertation, en groupes restreints. Les SHS s'installent désormais peu à peu dans les années supérieures. Pour les deuxième et troisième années (formation « générale » en sciences médicales, tronc commun du premier cycle), nos disciplines représentent une douzaine d'heures par an (plus des enseignements dirigés de plus en plus consacrés à des jeux de rôle). Dans les textes définissant ces formations, un certain nombre de compétences médicales touchent de près ou de loin aux disciplines de SHS : activités scientifiques, communication, responsabilité et réflexivité, etc. Dans les années à venir, les enseignements de sciences humaines et sociales seront donc probablement encore davantage mobilisés pour le deuxième cycle, ou formation « approfondie » en sciences médicales, jusqu'au fameux ECN, examen national classant.

De facto, les conditions pédagogiques, une fois passée la première année, sont plus favorables. Les promotions d'étudiants (de l'ordre d'un peu moins de 400) tiennent alors dans un seul amphithéâtre, ce qui permet au moins de réaliser correctement la forme du cours magistral, en évitant tout système de rediffusion, ce qui permet d'avoir des conditions d'enseignement plus propices à l'échange entre enseignants et étudiants. Jusqu'à présent les étudiants ne sont pas très nombreux dans les cours magistraux. En revanche, ils le sont dans le cadre des enseignements dirigés, où par petits groupes nous proposons une pédagogie active, des groupes d'échanges et des jeux de rôles. Il existe enfin des temps de séminaires avec des étudiants plus avancés ou encore des cours optionnels qui sont des formes d'approfondissement. Les classes sont alors à taille « humaine », avec des étudiants qu'on arrive à connaître d'une semaine à l'autre, et qui ont plus ou moins choisi cet enseignement. Il est également devenu possible de créer des unités d'enseignement permettent d'aborder de façon plus approfondie toutes sortes de questionnements transversaux faisant appel aux disciplines comme l'anthropologie ou la philosophie.

[10]Frédéric Dardel, Entretien publié sur le blog d'Olivier Rollot sur l'orientation dans l'enseignement supérieur.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Qu'apportent ces enseignements aux étudiants ? L'enquête réalisée à Lyon nous a appris que les enseignements de SHS pouvaient représenter pour les étudiants de première année une sorte de « fenêtre de repos », une « respiration », qui introduit des temps de réflexion, voire de divertissement. Pour les étudiants des années ultérieures, les enseignements de SHS sont perçus par la majorité comme contribuant à leur formation en tant que soignant et leur permettant d'acquérir des compétences professionnelles. Mais en quoi les SHS contribuent-elles à la formation des soignants ?

2) Le cas des enseignements en éthique

Parmi toutes les raisons d'avoir des enseignements de SHS en facultés de médecine, les enjeux éthiques arrivent en bonne place. Il est devenu courant de considérer que les cours d'éthique proposés aux étudiants leur permettront de mettre en œuvre une meilleure pratique en tant que professionnels. Cette croyance repose sur l'idée selon laquelle la part humaine, éthique, du métier de soins est quelque chose qui peut s'enseigner et que cet enseignement peut être pris en charge par des enseignements relevant des sciences humaines.

L'éthique dans l'enseignement en faculté de médecine

Parmi les différents enjeux éthiques qui révèlent la nécessité d'une réflexion éthique, et d'une formation dédiée, on peut citer ceux de l'information des patients, du consentement, de la justice distributive, de la dignité humaine, des questions autour de la mort et de l'arrêt de soins, mais aussi des conflits d'intérêts, de la médicalisation des comportements, etc.

Ces questions engagent non seulement la déontologie médicale et le droit de la santé, mais aussi, au-delà, des choix de société, des discussions plus larges concernant l'histoire longue, la place des sciences et des technologies, etc. Toutes sortes de disciplines contribuent en réalité à la formation en éthique en faculté de médecine. L'anthropologie travaille sur les représentations, sur les pratiques culturelles qui sont attachées à des actions de soins. La psychologie ouvre sur la compréhension de la variété des réactions à des problèmes de santé. La sociologie permet, elle, de comprendre par exemple le parcours des gens qui entrent à l'hôpital comme professionnels ou comme patients. L'histoire peut décrire les différentes façons de médicaliser l'expérience humaine, les multiples façons de concevoir et d'institutionnaliser la relation de soin, la trajectoire des technologies médicales, etc. La littérature et les arts en général peuvent être l'occasion de questionner la mise en récit du vécu des personnes qu'ils seront amenés à soigner.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

En ce qui concerne les apports de la philosophie, notamment au niveau de la première année, deux approches sont particulièrement enseignées en facultés de médecine. Il s'agit premièrement de l'ensemble des textes et productions culturelles relatives à la « bioéthique », qui abordent des problèmes liés aux limites de l'humain, aux différences entre être un embryon et une personne, aux limites entre le corps et la machine (robotique, prothèse), des limites entre la vie et la mort (au sujet des greffes par exemple : à partir de quand est-on mort, quand peut-on prélever des organes?). Ces questions qui sont certes techniques peuvent être renversantes sur le plan anthropologique, ouvrant un vaste horizon de discussions pour les étudiants.

La deuxième approche concerne l'éthique du *care*. Cette approche de l'éthique est très appropriée dans la formation du soignant, parce qu'elle met l'accent sur l'importance de la sollicitude et sur les problèmes de négligence et de maltraitance[11]. *To* c*are* désigne les activités consistant à se soucier des autres (*caring about*), à les prendre en charge (*caring for*), le fait de leur apporter des soins (*care giving*) ou d'en recevoir (*care receiving*)[12]. Cette approche permet de penser ce qu'il y a d'humain dans l'accompagnement et ce qui n'est pas réductible à la rationalité statistique et à la performance technique : importance du relationnel, de la communication.

Et bien entendu, au-delà de ces apports disciplinaires et de ces sources philosophiques, une certaine éthique est enseignée aux étudiants à travers la pratique, en stage, en compagnie des autres professionnels. Les professionnels expérimentés donnent le ton, par leurs façons d'être, de produire des justifications, de se comporter dans les situations cliniques. Cette formation pratique se développe aussi au travers des expériences des étudiants lors de leurs stages hospitaliers, et au-delà bien-sûr au travers de leurs propres expériences de vie.

Critiques et limites de cet enseignement

L'enseignement de l'éthique fait l'objet d'au moins trois sortes de critiques. La première est une critique interne : enseigner l'éthique a pour effet de cacher, d'occulter d'autres vrais problèmes. Par exemple, insister sur les questions de bioéthique pourrait conduire à négliger les questions plus ordinaires, celles qui n'impliquent pas immédiatement de bouleversement de repères ou de frontières. Ces questions ordinaires concernent par exemple l'accès au soin, les discriminations à l'hôpital, qui ont tendance à être moins séduisantes et intéressantes que les enjeux soulevés par les technosciences

[11]Annemarie Mol, Ce que soigner veut dire, Paris : Presses des Mines, 2009.

[12]Joan C Tronto, Le risque ou le care ? Paris: Presses universitaires de France, 2012.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

ou les transgressions des frontières. De ce point de vue, l'approche du *care,* qui porte justement attention à ces questions plus ordinaires, permet de corriger cette limite d'un enseignement de l'éthique qui serait limité à la bioéthique. Mais cette approche est elle-même limitée par certains points aveugles : en se focalisant sur l'accompagnement de la personne dans sa singularité, cette approche sensible du soin pourrait conduire à occulter les forces structurelles, les déterminants sociaux de la santé, les causes profondes qui font que les choses se passent comme elles se passent. De plus, en devenant une forme de discours officiel des professions médico-sociales, le *care*, les notions de « bientraitance » ou de « dignité » peuvent perdre leur signification, le recours à ces concepts se retrouvant alors possiblement contre-productif.[13]

La seconde critique – assez courante et de bon sens – consiste à dire que ces enseignements ne sont pas en mesure de contribuer *utilement* à la formation de soignants. La relation médecin-patient ou la relation de confrère à confrère ne sont pas le produit de l'application de théories psychologiques, sociales ou philosophiques, mais de tout autre chose. Comme en témoignait un médecin, on n'apprend à bien soigner qu'en pratiquant, et pour cela on a besoin de soignants, pas de penseurs[14]. Pire, les sciences humaines pourraient contribuer à un certain désenchantement. L'enseignement de l'éthique philosophique pourrait contribuer à véhiculer une idéalisation de ce que c'est que se comporter éthiquement, relayer une vision du médecin-modèle. Ces idéalisations peuvent avoir pour conséquence de créer des désillusions douloureuses lorsque les soignants se retrouvent confrontés à la réalité du terrain.

La troisième critique, et non la moindre, est la contradiction possible entre ce qui est enseigné et la manière dont on l'enseigne – entre les contenus et les conditions d'enseignement. Dans ces cours d'éthique en facultés de médecine, nous traitons entre autres des enjeux sensibles qui se jouent dans la communication autour de la santé, de la place des émotions, des rapports de pouvoir et du respect de la personne, etc. Nous mobilisons les notions d'attention à l'autre, de respect de la vie privée, etc. Mais toutes ces notions sont présentées aux étudiants selon des modalités d'enseignement qui les contredisent frontalement – cf. les situations magistrales décrites plus haut, avec leur lot de violence institutionnelle et de déshumanisation. L'enseignement en éthique, dans les facultés de médecine, serait donc non

[13]Philippe Srandra, Faut-il avoir peur de la bientraitance ? Retour sur une notion ambiguë, ESTEM, 2013.

[14]Pratiques, Cahiers de la médecine utopique : « Quelle formation pour quelle médecine? », numéro 55, 2009.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

seulement face à une faiblesse interne et marqué par un manque d'utilité, mais pris dans une contradiction performative.

L'esprit critique comme éthique

Ces trois remarques renvoient à des critiques plus générales adressées aux sciences humaines. Ces disciplines proposeraient un regard finalement partial, limité, disciplinaire, sur le monde. Elles seraient impuissantes à fournir des compétences utilisables dans la pratique de ceux qui, justement, se destinent à être des praticiens. Et enfin, leurs modalités d'enseignement (magistrales, descendantes, souvent dogmatiques) contrediraient leurs contenus.

Il nous semble que ces critiques peuvent en réalité être surmontées. La première renvoie au champ des sciences humaines, à leurs capacités à dire des choses sur le monde. Il est de la responsabilité des enseignants de délimiter un programme et un curriculum pertinent, et ce chantier est ouvert. Pour la PACES, à Lyon Est a été proposé un ensemble de questions qui nous semblaient incontournables[15]. Ces questions permettent de partir, non pas de contenus disciplinaires mais bien de problématiques repérables aussi bien dans le corpus des travaux en SHS que dans l'expérience de terrain. Afficher les enseignements de SHS sous la forme de questions permet d'installer la thématique de la médicalisation, de la scientificité de la médecine, de la prévention etc., non pas comme des savoirs positifs qu'il suffirait d'apprendre, mais comme des questionnements qui existent comme tels dans le champ de la santé, et qui ne se résolvent que de façon temporaire et parfois au prix d'un certain arbitraire qu'il s'agit de dépasser. Autrement dit, les sciences humaines sont là pour insister, non seulement sur ce que nous savons, mais aussi sur ce que nous ne savons pas, et pour légitimer le questionnement.

Cela nous conduit à la seconde critique, qui consiste à dire que les sciences humaines ne permettent pas aux praticiens d'acquérir des compétences utiles à leur pratique. Cette critique appelle en fait à une clarification des finalités de cet enseignement. Les sciences humaines et sociales en médecine peuvent certes être le lieu d'apport de certaines notions

[15]Extrait du programme PACES Lyon Est 2014. Programme de questions proposées comme socle de base des questionnements de SHS : *Qu'est-ce que le soin ? Le changement du corps change-t-il l'identité de la personne ? Qu'est-ce qu'être une personne ? Le sexe est-il un déterminant de santé ? Les médicaments sont-ils des objets de consommation comme les autres ? Y-a-t-il une réalité de la douleur ? Le pathologique s'oppose-t-il au normal ? La médecine est-elle une science ? La mort est-elle un échec médical ? Qu'est-ce qu'un système de santé juste ?*

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

pratiques, s'agissant de la relation, de la communication, etc. Mais il faut insister sur le fait qu'elles ont pour finalité quelque chose de plus fondamental, touchant à l'exercice d'un esprit critique. Par exemple, là où la forme actuelle de l'institution médicale ou du système de santé peut sembler la seule possible, un regard historique permet de considérer à quel point elle est en fait construite dans une histoire et que cette trajectoire est singulière, et aurait pu être autre que ce qu'elle est. Là où les données scientifiques semblent orienter vers telle opinion ou telle décision, l'épistémologie permet de réintroduire du jeu, en interrogeant les critères de causalité, en interrogeant la globalité de l'évaluation d'une thérapeutique, en questionnant la place de l'individualité dans le monde biologique, etc. Là où, face à des situations difficiles à l'hôpital, certains scrupules peuvent être vécus par un professionnel en devenir comme le signe d'une incompétence ou d'un manque de professionnalisme, l'enseignement en éthique permet de donner une place à ces questionnements qui de fait ne peuvent pas vraiment en avoir sur le terrain, dans l'urgence du temps de l'action. Comme en témoignent les professionnels en formation, la connaissance de l'organisation du système de soin (ARS, etc.) permet de penser différemment certaines situations vécues avec les patients. Ces différentes prises de distance, ces pas de côté, ces mises en perspectives sont des contributions à l'exercice d'un esprit critique qui constitue l'horizon de ces disciplines.

Reste la troisième limite, qui est celle des contradictions entre les contenus et les formes mêmes de leur enseignement. Bien souvent, les cours de SHS se prêteraient bien à une pédagogie basée sur la mise en pratique, en partant de jeux de rôle par exemple, en simulant des consultations, ou encore en réfléchissant, à partir d'un exemple qui serait exposé par quelqu'un qui le connaît de près, à la notion de dignité. Des classes à « taille humaine » nous permettraient d'éviter la contradiction performative que constitue le fait d'enseigner les humanités dans le cadre d'un enseignement qui par sa forme et ses modalités en nie certains fondements. Que faire lorsque les conditions d'enseignement de le permettent pas ? Nous qui enseignons en faculté de médecine devons faire preuve à ce sujet d'une vigilance critique, d'une réflexivité, en réfléchissant collectivement aux cours que nous donnons et à notre propre formation pédagogique, en questionnant et en transformant nos propres conditions d'exercice.

Le chantier des sciences humaines en médecine consiste donc non seulement à contribuer à enseigner l'esprit critique dans les facultés de médecine, mais aussi à appliquer l'esprit critique aux conditions mêmes de notre enseignement. Cela suppose de sortir des rôles tout faits. Si les SHS représentent évidemment une ressource pour la formation des professionnels de santé et pour le questionnement plus large sur notre système de santé, il

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

faut concrètement récuser le rôle de « cerise sur le gâteau », ou du simple « supplément d'âme ». Pour cela, il nous faut construire des collectifs enseignants. De même que nos disciplines peuvent aider à la construction de collectifs de soignants (Balint ou autre), les cours de SHS constituent également un espace de ressources et de réflexivité critique pour réfléchir, avec les étudiants et avec les patients, de façon critique sur l'enseignement de la médecine aujourd'hui.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Paul Scheffer

Formation ou promotion médicale continue ?

L'industrie pharmaceutique est très présente dans la formation des médecins en exercice, à travers un faisceau d'influences peu repérables qui s'avère tout à fait efficace. Il apparaît comme un enjeu majeur de pouvoir mieux les identifier pour éviter autant que faire se peut les centaines de milliers de morts causées chaque année par des prescriptions médicamenteuses promues par l'industrie pharmaceutique, comme nous l'avons mentionné précédemment à travers les dires du docteur et ancien rédacteur en chef du *British Medical Journal* Richard Smith.

Les publications dans les journaux de référence

Les meilleurs journaux médicaux sont la cible des industriels, un article publié dans leurs colonnes avec de bons résultats pour un médicament permet d'asseoir sa crédibilité et de convaincre les autorités et les médecins de son intérêt. Les industriels emploient des agences spécialisées pour monter des plans de publications afin d'obtenir ces résultats ou le font eux-mêmes. Peu de médecins ont entendu parler de ces agences de relations publiques dont les cinq premières, Edelman, Ruder Finn, Noonan/Russo Presence, the Shire Health Group, et Medical Action Communication cumulent pourtant un chiffre d'affaire de 300 millions de dollars et qui construisent habilement les messages que reçoivent de nombreux professionnels[1]. Ils confectionnent souvent des articles qui sont ensuite soumis à des leaders d'opinion qui les signent, cette pratique s'appelle le « ghostwriting » : des écrivains fantômes rédigent l'article et les médecins sont les « guest authors », les auteurs invités associés à cette démarche. Un auteur principal d'articles originaux sur six n'a peut-être pas eu accès aux données, n'a pas participé au protocole scientifique et apporte une caution scientifique qui ne vaut rien, alors que ces articles sont susceptibles in fine de déboucher sur une modification des recommandations internationales, et donc sur la prise en charge des patients. Cette proportion monte à 39 % pour les revues de la littérature de la base Cochrane. Il ne s'agit donc pas d'un phénomène mineur. On peut rappeler que le Vioxx® a fait environ 40000 morts aux Etats-Unis, les procès ont pu montrer que près de 96 articles présentant les caractéristiques d'une écriture en sous-main ont été publiés sur

[1]Burton Bob, Rowell Andy, « Unhealthy Spin », *British Medical Journal*, vol 326, 2003, p.1205.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

le Vioxx® (24 travaux originaux et 72 revues de la littérature). Seuls 92 % de ces articles originaux comportaient la mention d'un financement de la part de Merck. Ce chiffre tombe à 50 % pour les revues de la littérature[2].

Les journaux ont même un intérêt direct à publier des articles favorables à des médicaments dans la mesure où les firmes vont ensuite acheter des copies de l'article pour pouvoir faire la promotion de leur molécule. Ces achats représentent ainsi 41% du budget du Lancet, (mais seulement 3% du *British Medical Journal* qui s'avère moins dépendant), ce chiffre est sans doute encore plus important pour *le New England Journal of Medicine*, qui est le journal le plus coté en terme de facteur d'impact, et donc le plus ciblé et le préféré des industriels, mais il n'a pas été communiqué à ce jour aux investigateurs[3].

Jérôme Kassirer, Marcia Angell pour le *New England Journral of Medicine*, et Richard Smith pour le *British Medical Journal*, tous les trois anciens rédacteurs en chef de ces journaux leaders du domaine ont démissionné ou ont été licenciés après avoir constaté qu'ils ne pouvaient plus faire leur travail d'éditeur dans des conditions adéquates pour réaliser le travail de qualité que l'on devrait attendre de ces journaux de référence. Chacun d'entre eux a ensuite publié un livre détaillé alertant sur la gravité de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur la médecine et du peu de réaction des médecins face à elle ; deux d'entre eux ont été traduits en français.

La presse médicale française

Beaucoup de médecins français reçoivent gratuitement des journaux médicaux présentant des articles courts, bien présentés, faciles à lire. Pour le professeur Even, la totalité de cette presse est entièrement dans les mains de l'industrie « qui y fait paraître ce qu'elle veut, quand elle veut, où elle veut ». Le principal d'entre eux Le Quotidien du médecin tire à 90000 exemplaires par jour alors que la revue indépendante Prescrire ne le fait qu'à 30000 exemplaires mais par mois[4].

[2]http://www.formindep.org/Le-ghostwriting-ou-l-ecriture-en.html.

[3]Gøtzsche Peter, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publischers, Londres, 2013, p.64-69.

[4]Even Philippe, Debré Bernard, *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, Le Cherche-midi, Paris, 2012, p.848.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Les leaders d'opinion

Les leaders d'opinion, à peu près tous universitaires, sont pour le professeur Even des médecins ambitieux, peu scrupuleux, et intéressés par l'argent. Pour lui, ils sont loin d'être les meilleurs de leur domaine, même s'ils sont souvent considérés de la sorte. Ce serait plutôt le contraire même, en effet, leur indépendance étant fortement sujette à caution, la qualité et l'innocuité des soins qu'ils prodiguent et professent se trouvent par conséquent sérieusement remises en cause.

Ils se fabriquent sur des années. Even identifie cinq étapes[5] :

- Accepter de cosigner des articles en tant que guest author, une tâche rémunérée 100000 à 50000 dollars

- Assurer la promotion des produits des firmes à la tribune des congrès nationaux et internationaux

- Ces activités boostant leur carrière, (plus de publications, citées plus souvent, et de communications prestigieuses en beaucoup moins de temps vu qu'elles sont préparées pour eux par rapport à des médecins honnêtes[6]), ils se retrouvent naturellement à siéger ou même à devenir président ou vice-président des grandes sociétés scientifiques nationales et internationales de leur discipline

- Ils deviennent experts au sein des agences d'évaluation des médicaments pour leur soi-disant compétence

- Ils participent aux recommandations officielles, et sont à ce stade devenus des Key Opinion Leaders

Ces leaders d'opinion tirent la majeur partie de leurs revenus de l'industrie pharmaceutique et non plus de leur fonction universitaire dont ils n'ont plus le nom pour le professeur Even : ils sont sous contrat personnel de consultance et de fonctions officielles, avec trois à 20 firmes en même temps, en participant directement à leurs conseils d'orientation scientifique (advisory boards) ou à leur speaking bureaus avec la mission de parler et répondre directement, en leur nom, aux questions que leur posent les

[5]Note de Philippe Even sur les leaders d'opinion dans Virapen John, *Médicaments effets secondaires : la mort*, Le Cherche midi, 2014, p.102-108.

[6]Brody Howard, *Hooked – Ethics, the Medical Profession, and the Pharmaceutical Industry,* Rowman & Littlefield Publishers, Lanham, 2008, p.133.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

instances officielles ou la presse. Des mercenaires pour Even, des « putes du marketing » ou « putes du médicaments » pour les visiteurs médicaux qui les appellent ainsi[7].

Voilà ce qu'en dit John Virapen, l'ancien dirigeant Suède d'Eli Lilly :

« L'un de ces leaders d'opinion, spécialiste du traitement de la douleur et expert du ministre de la Santé suédois, recevait de nous un salaire fixe pour de prétendus conseils, relectures de nos brochures, conférences et formation de nos représentants (…). Son nom n'apparaissait jamais dans les comptes rendus de nos réunions. On faisait surtout appel à lui en cas d'attaque contre nos produits dans les médias, souvent à propos d'effets secondaires ou de maladies qui s'étaient aggravées. Il écrivait immédiatement des articles en notre faveur dans les journaux médicaux. Le microcosme médical était rassuré, la grande presse n'en parlait plus. C'est par exemple ce qu'il a fait pour le Distalgésic (…). Les journaux parlaient de cas de suicide liés à ce médicament. Notre spécialiste de la douleur écrivit aussitôt quelque chose de positif dans l'un des hebdomadaires médicaux. La presse quotidienne reprit la presse médicale et la Terre se remit à tourner rond. »[8]

Les leaders d'opinion sont au cœur de la stratégie de promotion des médicaments des entreprises pharmaceutiques. Les dépenses des grandes firmes pour impliquer des leaders d'opinion dans leurs stratégies commerciales ont été estimées à 38 millions de dollars en moyenne par nouveau médicament, soit 31,5% de leur budget marketing de lancement des nouveaux médicaments[9].

Congrès et symposia

La formation médicale continue dépend à 98% du financement de l'industrie pharmaceutique[10] où les leaders d'opinion évoqués plus haut jouent un grand rôle. Il a été montré aussi que les recherches fondées par l'industrie pharmaceutique, et donc plus susceptibles de biais en sa faveur, étaient plus représentées dans les symposia qui sont connus pour leur manque de relecture par les pairs et leur orientation en faveur du sponsor du

[7]Gøtzsche Peter, *Deadly Medicines and Organised Crime*, Radcliffe Publischers, Londres, 2013, p.80.

[8]Virapen John, *Médicaments effets secondaires : la mort*, Le Cherche midi, 2014, p.96-97

[9]*Prescrire*, « Leaders d'opinion : coûteux mais rentables pour les firmes pharmaceutiques », Novembre 2005, n°266, p.777.

[10]Hermange Marie-Thérèse, Payet Anne-Marie, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments,* n°382, Sénat, Annexe au procès-verbal de la séance du 8 juin 2006, p.41.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

produit[11]. Les médecins ont donc peu de chance de trouver ici, au contraire même, une formation critique peu présente dans leur cursus initial.

Visiteurs médicaux, autres techniques d'influence, et déni des médecins

Les 22000 visiteurs médicaux présents en France, chiffre de 2006, jouent eux aussi un rôle important dans la formation médicale continue, Les dépenses promotionnelles de l'industrie pharmaceutique en France sont estimées par le LEEM, c'est-à-dire par le syndicat de l'industrie pharmaceutique, à 12,2% du chiffre d'affaires réalisé en France en 2004, ce qui correspond à 2,8 milliards d'euros, même si ce chiffre est sans doute une sous-estimation. 75,8% de ces dépenses sont affectées à la visite médicale que ne refusent que 3 à 5% des médecins[12]. 25000 euros par an et par généraliste sont ainsi dépensés par l'industrie pharmaceutique pour faire valoir ses produits par la visite médicale[13]. Pour le rapport de l'Igas :

« La visite médicale comporte des biais structurels par rapport aux standards d'une information neutre. Tout d'abord, elle est effectuée dans une perspective commerciale par des visiteurs médicaux dont la rémunération est liée aux prescriptions du produit promu. (…) Le visiteur médical se doit d'informer mais dans le souci de provoquer la prescription. Cette exigence est porteuse d'un biais dans la nature de l'information fournie : elle conduit naturellement à valoriser le produit présenté. »[14]

Selon la revue médicale indépendante Prescrire :

« Dans environ 10% des cas les indications annoncées ne sont pas celles figurant au RCP, dans environ 5%, des cas les posologies ne sont pas celles figurant au RCP, dans environ 70% des cas les contre-indications, les interactions médicamenteuses, les précautions d'emploi ou les effets indésirables ne sont pas spontanément présentés, enfin dans 20% des cas, le RCP n'est pas spontanément remis même si cette remise est obligatoire. La remise spontanée de l'avis de la transparence serait quant à elle quasi-

[11]Lexchin Joel, Bero Lisa A, Djulbegovic Benjamin, Clark Otavio.
« Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review », *British Medical Journal,* 326 : 1167, 2003.

[12]Bras Philippe, Ricordeau Pierre, Rousille Bernadette, Saintoyant Valérie, *L'information des médecins généralistes sur le médicament*, rapport officiel de l'IGAS n° RM 2007, septembre 2007, p.8.

[13]Idem p.18.

[14]Idem.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

systématique. Les données ne montreraient pas de tendance à l'amélioration. »[15]

Les études montrent en tout cas une influence de la visite médicale sur les prescriptions tout au long de la vie du produit[16]. Il a été question dans la négociation de la loi Bertrand de supprimer les visiteurs médicaux, mais cela n'a finalement pas été retenu.

Une multitude d'autres outils et techniques sont utilisés pour influencer les médecins : petits cadeaux, voyages et invitations[17], logiciels d'aide à la prescription, tous ont montré leur efficacité pour faire augmenter les prescriptions (l'industrie ne les utiliserait pas sinon), mais très souvent les médecins interrogés individuellement ne s'estiment pas influencés par eux. Ceci est décrit comme le biais d'ego qui consiste à penser que ses propres décisions ou décisions prises dans les groupes auxquels on appartient sont meilleures que la moyenne, ce que l'on appelle l'effet Lake Wobegon. Certains auteurs appellent à plus d'humilité de la part des médecins par rapport à leur capacité à résister à l'influence dont ils sont la cible, faisant remarquer qu'il n'est pas possible de penser à la fois qu'on est soi-même imperméable à celle-ci mais que les autres médecins ne le sont pas eux, comme c'est souvent le cas. De nombreux autres paramètres analysés et listés permettent aux industriels d'exercer une influence efficace et de comprendre pourquoi les médecins ne s'y opposent pas ou y participent[18].

[15]Idem.

[16]Idem p.11.

[17]Orlowski J, Wateska L. « The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns ». *Chest*. 1992;102:270.

[18]Vested Interests and Their Influence on Physicians- New Understanding from Cognitive and Social Psychology, http://hcrenewal.blogspot.fr/2013/09/vested-interests-and-their-influence-on.html.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Bernard Pissaro

Ré-former le médecin généraliste ?[1]

Ma pratique de la santé publique, et tout spécialement des approches communautaires de la santé, et le contact permanent avec habitants, élus et institutionnels du domaine de la santé sont un point d'observation privilégié. J'ai beaucoup travaillé sur les problèmes de la pédagogie médicale avec l'OMS dans les années 1975-1985 et, je constate que, malgré quelques améliorations, la situation n'a guère changé

Trois constats s'imposent :

La médecine générale va mal en France : On manque de généralistes, mais c'est leur répartition territoriale ainsi que celle entre généralistes et spécialistes qui sont inadaptées aux besoins. La densité médicale française est dans les vingt premières du monde. Les modes d'exercice sont justement critiqués, mais ils sont en train d'évoluer, avec une forte demande chez les jeunes d'une médecine au moins partiellement salariée et de modes d'exercice plus collectifs, voire pluriprofessionnels.

La formation des médecins généralistes va mal aussi : à part quelques exceptions et innovations, elle semble organisée pour favoriser la disparition de la médecine générale, qu'il s'agisse du mode de sélection à l'entrée, des modes d'orientation et d'évaluation ou de l'organisation du cursus.

Et les deux sont liés... C'est pourquoi nous nous centrerons ici sur la formation des généralistes, en sachant que le problème de la formation des spécialistes relèverait des mêmes principes.

Mais il y a aussi plein de raisons d'espérer : des généralistes-enseignants à la fois enthousiastes et critiques, des analyses percutantes, des propositions ou des expériences riches, des étudiant(e)s à la fois critiques et formulant des pistes d'avenir qui, même si elles paraissent à première vue utopiques, méritent une réflexion approfondie.

[1]Ce texte est initialement paru dans la revue *Pratiques – Les cahiers de la médecine utopique* n°55, « Quelle formation pour quelle médecine? », octobre 2011, il est reproduit ici avec leur aimable autorisation : http://pratiques.fr/

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Des pistes de réflexion

Deux voies pour le changement :

- Partir de ce qui semble immédiatement réalisable, faire des propositions « raisonnables », introduire des bouts de formations nouvelles, améliorer les stages et surtout leurs objectifs et leur encadrement, etc., ce qui revient à modifier le système à la marge, mais c'est loin d'être négligeable.

- Partir des besoins de la population, des constats d'échec actuels, des insatisfactions des étudiants et de leurs propositions, pour rêver un projet utopique, puis voir ce qui est finalement et concrètement réalisable. L'expérience montre que partir de l'utopie est un puissant facteur de changement et d'innovation. C'est un grand chantier qui – me semble-t-il – devrait pouvoir se mettre en place assez rapidement si les (bonnes) volontés sont là, dans une démarche collective qui pourrait être passionnante.

Quoi qu'il en soit, quelques points semblent incontournables :

Si des changements de pratique sont attendus de la formation, il ne faut pas penser en seuls termes de formation initiale : les changements espérés ne se produiraient pas avant une dizaine d'années et de plus, les nouveaux formés risqueraient d'avoir bien du mal à mettre en pratique les changements acquis dans leur formation si le terrain n'est pas favorable, prêt à les accueillir. D'où l'importance de développer en même temps des pôles de « nouvelle pratique » en s'appuyant sur une formation médicale continue repensée et réformée en conséquence.

Les objectifs sont donc à (re)définir : quelles sont aujourd'hui les compétences attendues des médecins généralistes en termes de savoirs, de savoir-faire, de savoir-être ? Cela nécessite un travail avec un (des) groupe(s) de généralistes ayant une pratique « innovante » ou « attendue » (paiement à l'acte et/ou salariat, centres de santé réalisant des regroupements professionnels ou mieux s'inscrivant dans une politique territoriale de santé, co-construite entre professionnels, habitants, élus et institutions, etc.). Travailler avec des généralistes pour identifier avec eux comment ils ont construit leurs compétences actuelles, que ce soit dans le domaine du savoir médical proprement dit ou des modes relationnels avec leurs patients, ou leur inscription dans la vie sociale et les politiques locales de santé. Quelles sont les données théoriques dont ils se servent, consciemment ou inconsciemment, et comment les ont-ils acquises ?

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Les compétences spécifiques en médecine sociale, promotion de la santé, éducation pour la santé, santé publique, relèvent du même type de démarche.

Parallèlement, les étudiants, devraient, individuellement et en groupes, participer à l'élaboration de leur cursus. Cette élaboration, accompagnée, pourrait être partie intégrante de leur formation[2].

Repenser la pédagogie

Une place prioritaire doit être donnée à la pédagogie active, axée en particulier sur la résolution de problèmes (apprendre à résoudre des problèmes que l'on n'a pas encore rencontrés est une excellente formation pour de futurs généralistes ; ça résout aussi le problème du mythe de l'encyclopédisme, le rêve de tout savoir sur tout). Les enseignements à McMaster (Ontario, Canada) et à Maastricht (Pays-Bas) sont entièrement organisés autour de la résolution de problèmes.

De plus, la facilité de l'accès à l'information sur Internet a deux conséquences : apprendre à chercher et à sélectionner l'information pertinente et diminuer considérablement les connaissances à mémoriser (ce qui doit complètement transformer les modalités de contrôle des connaissances). Ici aussi, un travail à faire sur les connaissances indispensables à mémoriser montrerait que cela dégagerait plein de temps pour des acquisitions dans les domaines du savoir-faire et du savoir-être.

En même temps, cet afflux d'informations diverses impose de développer chez les médecins actuels ou futurs un solide esprit critique dont ils ont besoin en permanence dans leur pratique : au-delà du choix des sources d'information et de leurs contenus, on peut citer la critique d'articles scientifiques, une certaine dose de prise de distance par rapport aux divers référentiels de « bonne pratique » heureusement sans cesse soumis à révision, etc.

Mais l'acquisition de nombre de compétences ne peut se faire dans les livres, dans des cours ou par Internet ; elles nécessitent des mises en situation concrètes. Les places respectives de la pratique des généralistes et de l'hôpital dans la formation s'inscrivent tout naturellement dans ce cadre : où, et à quoi se forme-t-on le mieux, comment et quand ? Quelles sont les compétences qui ne peuvent être acquises qu'à l'hôpital, dans des stages chez

[2]cf. « Le nouveau programme de Weed » in : Guilbert (J.-J.), *Guide pédagogique pour les professionnels de santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1977.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

un généraliste, dans des centres de santé, ou ailleurs ? Y a-t-il un ordre souhaitable pour acquérir ces compétences ?

Dans le même esprit, il faudrait repenser les places respectives de la formation initiale et de la formation continue et leur articulation, une partie de la formation initiale pouvant être conçue comme une préparation à la formation continue. De plus, il peut être intéressant de mixer les formations initiale et continue, tant sur le plan des contenus que des publics : dans la mesure où une grande partie de la formation continues'appuie ou devrait s'appuyer sur une analyse des pratiques, comment y faire participer des étudiants en formation initiale et avec quels préalables, pour qu'ils n'y soient pas noyés, pour que leurs questionnements relancent et affinent la réflexion de l'ensemble des participants ?

Du coup, les compétences attendues des enseignants sont bien différentes : ils ne sont plus ceux qui transmettent un savoir, mais ceux qui permettent aux autres de se former. C'est passer de l'enseignement à l'apprentissage comme axe de la formation, ce qui nécessite une formation adaptée des enseignants et des modes de recrutement qui reposent autant sur des critères pédagogiques que sur des compétences professionnelles. Et parmi ces formateurs, les patients ont une place importante : ils ont un « savoir profane » trop souvent méconnu et une expérience de la maladie qu'ils partagent plus souvent entre eux qu'avec les professionnels de santé.

Bouleverser l'évaluation pour pouvoir changer

Quelles que soient les transformations envisagées, elles resteront inutiles si les modes d'évaluation ne sont pas adaptés et pertinents : le premier objectif des étudiants n'est pas de bien se former, mais de réussir leurs examens et leur qualification. Toutes les initiatives pédagogiques, tous les changements de programme sont voués à l'échec s'ils ne préparent pas au programme et aux modalités des contrôles de connaissances. C'est donc elles qu'il faut modifier en premier en s'assurant qu'elles sont pertinentes par rapport aux compétences attendues, ce qui entraîne une grande diversité.

Dans ce domaine, l'Examen Classant National n'a pas pour but d'évaluer les compétences attendues des généralistes (mais aussi des spécialistes), mais de classer des étudiants ! Le contrôle des compétences est une chose trop importante pour qu'il soit parasité par une logique de classement. Il s'agit bien de contrôle des compétences, ce qui va bien au-delà d'un contrôle de connaissances.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Passer de la sélection à l'orientation

Les processus de sélection ont au moins deux objectifs et se situent à deux niveaux : à l'entrée dans le cursus, afin de sélectionner les futurs « bons » professionnels et permettre une répartition adaptée aux besoins[3] entre les différents modes d'exercice (médecine générale et chaque spécialité). Pour ce dernier point, le moment peut être variable, dès le début ou en cours des études, en fonction du mode de structuration des cursus : faut-il former ensemble les étudiants qui se destinent aux différentes formes d'exercice ? Commencer par une formation axée sur la médecine générale, avoir un tronc commun ? Une façon logique d'avancer serait de définir les compétences communes nécessaires aux différentes professions pour que les étudiants puissent les acquérir ensemble, prévoir des unités de formation communes et des passerelles. Et ce raisonnement peut s'appliquer aussi aux autres professions de santé

Pour orienter les étudiants en fonction des besoins de la population, le plus pertinent serait sans doute de le faire certes en fonction des souhaits des étudiants, mais surtout des compétences attendues dans chacun des différents modes d'exercice de la médecine. Il s'agit de passer d'une optique de sélection à une logique d'orientation.

La sélection initiale devrait avoir pour objectif de recruter pour les former les étudiants les plus à même de devenir de « bons médecins ». Le problème se complique du fait d'une part que les diverses pratiques de la médecine nécessitent des compétences très diverses, voire opposées, d'autre part que les critères pour sélectionner en début d'études les futurs « bons médecins » n'existent pas. Faute de critères satisfaisants, l'université de Maastricht utilise depuis plus de trente ans le tirage au sort dans la sélection des candidats.

En France, le mode de sélection initiale actuel favorise les « forts en thème » issus le plus souvent des classes sociales favorisées. Plusieurs pistes de réflexion sont possibles : une sélection progressive sur des critères à définir, des voies d'entrée différentes et à différents niveaux du cursus, notamment des passages facilités et des cursus adaptés pour des candidats venant d'autres professions de santé, des possibilités de changement d'orientation.

[3]Le problème des effectifs respectifs nécessaires adaptés aux besoins ne saurait être traité ici.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Comment mettre en place de tels changements ?

Une étude un peu ancienne[4], qui serait sans doute à réactualiser, montrait que les seules facultés qui avaient mis en place des curriculums axés sur les besoins de la population avaient été créées de toutes pièces, les facultés déjà existantes n'arrivant pas à faire évoluer leurs curriculums. Autrement dit, les facultés de médecine sont-elles aujourd'hui capables de bouleverser complètement à la fois les contenus, les méthodes pédagogiques et les modalités de contrôle de l'acquisition des compétences ? C'est dire qu'il faudra faire preuve d'imagination, d'audace et de ténacité pour faire avancer une réforme qui s'impose.

En conclusion, il est indispensable et urgent de repenser la formation des généralistes. Pour cela, il me semble impossible de faire l'impasse sur une redéfinition de la pratique, donc des compétences, sur un changement profond du mode de sélection, d'orientation et d'évaluation des étudiants, sur une pédagogie active basée sur l'apprentissage plus que sur l'enseignement. Cela passe par un travail collectif réunissant généralistes, étudiants, enseignants, usagers/habitants et élus intéressés. Des États généraux de la formation médicale ?

[4]Richard (R.) et al., Écoles novatrices pour les personnels de santé : rapport sur dix établissement du réseau des établissements de formation en sciences de la santé orientés vers les besoins de la communauté, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1989.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Richard Monvoisin

Le vœu de Chomsky : enseigner l'autodéfense intellectuelle

En 2010 nous avons été plusieurs à monter le COllectif de Recherche Transdisciplinaire Esprit Critique et Sciences, ce qui donne *Cortecs*, c'est un collectif à caractère libertaire dans la mesure où il dénonce les aliénations classiques et qu'il souscrit peu aux hiérarchies non justifiées. C'est également un collectif collaboratif puisque l'on met en ligne à disposition, pour tout individu qui le souhaite, enseignant, journaliste, professionnel de la santé, du matériel concret, pratique, simple, que chacun peut proposer, à partir du moment que le contenu scientifique est pratiquement irréprochable, qu'il soit enseignable et que la forme soit douce, car on s'est rendu compte que la forme compte pour beaucoup dans la réception du message. On peut parfois hérisser certaines sensibilités alors qu'on pourrait très facilement l'éviter.

Je vais essayer de vous illustrer de manière très simple comment nous nous y prenons au sein du *Cortecs* pour instiller des concepts parfois assez pointus nourrissant la pensée critique de manière générale et certainement applicable au domaine de la santé, en partant toujours sur la base d'exemples accessibles, pris dans le quotidien, dans des séries télé parfois. Je me suis inspiré de la pensée de Chomsky pour titrer mon intervention, que je développerai en neuf points, lorsque celui-ci disait qu'il fallait encourager les lecteurs à entreprendre un cours d'autodéfense intellectuelle.

Épistémologie

Il y a une affirmation sur le monde qui est un peu particulière c'est la science car elle ne vient pas de rien cette démarche, c'est la seule qu'on ait créée pour essayer de dire des choses moins fausses plutôt que vraies sur la réalité à laquelle on accède. Derrière le mot science il y a au moins quatre éléments à distinguer, il y a :

1. les scientifiques, avec les rites de pouvoir au sein de l'institution, ce qui fait qu'un scientifique devient célèbre et un autre non, celui qui pique les données d'un autre, avec toutes les représentations associées des scientifiques arrogants ou qui sauveront le monde...[1]

[1]Note du coordinateur : En médecine, certains observateurs sont de l'avis que les « scientifiques d'élite » sont souvent ceux qui ont des relations très étroites avec les

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

2. la science comme connaissance, comme empilement de toutes les données qu'on connaît sur un sujet.[2]
3. la technopolitique, sur laquelle beaucoup de gens se fâchent et à raison à mon avis, et qui correspond au fait de se demander qu'est-ce qui fait qu'il y a de l'argent sur ce sujet et pas sur un autre, ou pourquoi le sexe masculin a été étudié beaucoup plus tôt que le sexe féminin, c'est-à-dire les ressorts idéologiques derrière les connaissances scientifiques.
4. la démarche contraignante sur laquelle tout le monde s'entend et qui vise à cerner le vraisemblable (plus que le vrai qui peut appartenir plus à la métaphysique), sachant que cela peut changer demain si l'on trouve quelque chose de nouveau.

Je me suis aperçu dans les cours que je donne qu'il était nécessaire de distinguer les actes de foi auxquels chacun adhère personnellement comme Dieu par exemple, et les adhésions à certaines théories ou hypothèses plutôt qu'à d'autres, qui sont très différentes sur le plan de leur construction épistémologique, car la force de l'acte de foi c'est qu'il ne peut être démontré, par contre on ne peut pas l'imposer au voisin, tandis que la fausseté de l'adhésion s'évalue quant à elle.

Ce qui est pratique c'est que dans toutes les aliénations les plus sordides de notre société actuelle : racisme, sexisme, mensonge médiatique, homophobie, mensonge pharmaceutique, pseudo-médecine, nationalisme, mensonge économique, arnaque politique, toutes sont fondées sur des affirmations de type scientifique, c'est la force subversive de la science comme démarche qui peut montrer que ces affirmations scientifiques sont fausses, ce qui peut permettre de clore le débat si on y arrive.

---

industriels, et qui profitent ainsi notamment de l'écriture d'articles scientifiques écrits par les meilleurs auteurs fantômes payés par les firmes pharmaceutiques (*ghostwriting*) que ces scientifiques d'élite ne font que signer. Ces derniers sont ainsi susceptibles de publier plus d'articles que leurs collègues honnêtes, articles qui sont cités et repris plus souvent ensuite. Pour devenir un médecin renommé, ce système incite donc en un sens à se rapprocher de l'industrie pharmaceutique le plus tôt possible. Voir notamment Brody Howard, *Hooked – Ethics, the Medical Profession, and the Pharmaceutical Industry,* Rowman & Littlefield Publishers, Lanham, 2008, p.133

[2]Note du coordinateur : de récents articles parus dans *The Lancet* ont néanmoins montré que plus de 50% de la recherche biomédicale est mal faite, biaisée, ou inutile, ce qui nuance cette idée que la science procède de façon cumulative, en tout cas en médecine : *The Lancet*, « Research : increasing value, reducing waste », publié le 8 janvier 2014

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Dissonance cognitive

La théorie de la dissonance cognitive apportée par Festinger rapporte que lorsque l'on a des cognitions, pour faire simple des opinions bien ancrées, il y a une forte tendance dans l'esprit humain à écarter les faits qui vont contre ce en quoi il croit, ou ce qu'il défend, depuis longtemps. L'humain aura plutôt tendance à vous détester ou ne pas vous entendre, ou trouver des raisons expliquant pourquoi vous êtes méchant ou que vous voulez lui nuire, plutôt que d'intégrer des faits qui vont à l'encontre de ce qu'il croyait au préalable, c'est un biais récurrent qu'on vit très souvent, on a tendance à rechercher la consonance cognitive assez rapidement.

Technique de la spatule

Quand vous voulez aborder un thème sensible comme celui de la théorie du cholestérol par exemple[3], je vous encourage vivement à employer la technique dite de la spatule, c'est-à-dire que si on veut arriver à retourner la crêpe, il faut avoir une spatule bien graissée pour pouvoir la retourner sans la froisser. Si on veut utiliser des outils critiques dans des sujets affectivement marqués, il vaut mieux les illustrer sur des sujets assez simples, de tous les jours : lorsqu'on regarde le journal télé de TF1 par exemple, quels sont les outils que l'on peut mettre en place pour relativiser les avis des présentateurs télé ? Ceci permet en plus de résoudre un problème d'attention notamment de la part d'élèves de collège ou de lycée : en partant d'affirmations qui les préoccupent eux, notamment des légendes urbaines, des théories paranormales ou du complot, bref de ce qui leur est plus familier, cela permet ensuite d'utiliser plus facilement ces outils critiques pour d'autres sujets.

Le critère de Popper

Karl Popper disait qu'un bon signe pour savoir si une théorie sent un peu le roussi ou pas, c'est de regarder si elle contient elle-même sa propre réfutation. Si c'est le cas c'est mauvais signe car il n'y aura jamais aucune expérience qui pourra en tester la validité, et pour lui on serait là plus dans un scénario que dans une théorie. Il s'était attaqué à ce titre à la psychanalyse, pour lui l'inconscient freudien typiquement n'est pas quelque chose qui souscrit au critère de réfutabilité qu'on devrait exiger. Lorsque quelqu'un dit qu'il ne croit pas en l'inconscient freudien, c'est-à-dire à

[3]Note du coordinateur : la théorie du cholestérol, comme facteur de risque clé des maladies cardiovasculaires est fortement remise en question, pour un aperçu de la controverse, voir par exemple : http://www.formindep.org/Cholesterol-le-bon-le-mauvais-et.html

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

l'origine sexuelle des névroses, c'est parce qu'ils sont eux-mêmes névrosés, ou parce qu'ils refoulent ou sont dans le déni, et ainsi on est réincorporé dans la théorie, on ne peut pas en sortir, alors qu'une théorie est censée proposer toujours une possibilité d'être réfutée : si l'on prend la théorie de la gravitation par exemple, vous vous rendez compte que tous les corps lourds tombent, on peut dire que je tiendrai ma théorie de la gravitation comme vraie jusqu'au jour où je trouve un corps lourd qui ne tombe pas et là il faudra que je réactualise ma théorie ou que j'en change.

Et comme ça on peut passer de choses simples à des sujets plus subversifs, par exemple en économie, quand on prend « la main invisible du marché » qui arriverait toujours à équilibrer les lois de l'offre et de la demande dans les théories d'Adam Smith, voilà une notion difficilement réfutable justement, et à chaque fois qu'on est face à une affirmation qui sous-tend une théorie close comme cela on devrait pouvoir dire que le critère de Popper n'est pas respecté, de ce fait comment je pourrais me convaincre que cette affirmation n'est pas fausse? On est donc plus dans l'acte de foi que dans l'adhésion du coup.

Le rasoir d'Ockham

On le prête à Guillaume d'Ockham, moine du 14e siècle, qui avait énoncé ce principe. En fait, on le doit à Aristote avec le principe de parcimonie des hypothèses. Le meilleur exemple pour l'illustrer c'est Dr House, dans un épisode celui-ci dit : « c'est pas compliqué, quand on est face à quelqu'un qui a trois pathologies différentes, je ne sais pas si j'ai raison mais il est plus logique que je privilégie d'abord la solution la plus simple qui est une pathologie recouvrant les trois symptômes, plutôt que trois pathologies différentes ».

Le curseur de vraisemblance

Ce curseur amène une personne à se positionner sur une échelle de 0 à 100. C'est un curseur intéressant dans les dégâts qu'il peut créer. En le plaçant, la plupart du temps notre réflexe est de le positionner d'une façon ambiguë, par exemple si je demande à des collégiens s'ils croient aux fantômes, si l'un d'entre eux est sûr d'en avoir vu et met son curseur sur 100 tandis qu'un autre le met sur zéro en disant moi je n'y crois pas, un bon nombre de collégiens vont préférer ne pas se mouiller et mettront le curseur sur 50, prétextant n'avoir pas suffisamment d'informations pour trancher, c'est ce qu'on appelle « l'effet bof ». Ce qui amène à introduire l'éloge de la suspension de jugement « si tu ne sais pas ne te prononce pas, ne te place pas sur le curseur tant que tu n'as pas plus d'informations pour juger ».

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

La fausse extraordinarité

Elle correspond au fait de trier les informations en fonction de ce que l'on cherche à démontrer sans rappeler le reste de l'échantillonnage, par exemple si quelqu'un lance une pièce cinq fois avec des piles et des faces, si l'on prend une série de plusieurs jets, il y en aura bien un qui fera 5 faces disons. Cela n'est extraordinaire que si l'on extrait ce lancé sans prendre en compte tous les autres, et cela les médias en raffolent dans les collections de témoignages, et de faits...

Biais de confirmation d'hypothèse

Cela fait partie aussi des collections de faits que l'on garde bien en tête, il faut bien se méfier de notre propre cerveau qui est lui-même capable d'occulter les éléments qui ne vont pas dans le sens de ce qu'il aimerait croire, ou qui au contraire vont conforter ses opinions. Cela arrive d'autant plus que les prétentions sont floues.

Chaque biais peut être illustré avec des exemples simples, ainsi avec des élèves j'essaie de leur montrer que l'information pseudo-scientifique et mensongère peut se loger jusque dans notre douche : je prends l'exemple du shampoing Fructis® pour lequel on peut observer des prétentions publicitaires fallacieuses, une fois qu'ils ont pris le réflexe de le faire sur du matériel du quotidien, ils ont tendance à le faire ensuite sur des choses plus graves.

Il y a aussi ces exemples où des vidéos ou des témoignages ont pu avoir des impacts très importants, avec notamment en 1990 lorsque le président états-unien Bush sénior a réussi à ramener l'opinion publique en faveur de la guerre du golfe en utilisant un faux témoignage. C'est la fameuse affaire Naïra. Le faux témoignage de cette dernière, soi-disant infirmière, alors qu'elle était en fait la fille de l'ambassadeur du Koweït, où elle prétextait en pleurs avoir vu des bébés koweïtiens arrachés des couveuses et jetés par terre, a suffi à convaincre le Congrès américain pour débloquer les fonds et partir en guerre contre l'Irak, alors que cela était un montage fictif complet. On a su par la suite que c'était une campagne de lobbying qui avait coûté 14 millions de dollars montée par le cabinet de conseil en communication Hill & Knowlton. Il est ainsi très aisé de manipuler des images ou des opinions à très grande échelle, la source de l'information étant l'un des points cruciaux quand on travaille sur les médias.

On peut également prendre l'exemple du monstre du Loch Ness, dont le seule photo qui existe a été créée par un certain monsieur Sperling qui

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

possédait des hôtels au bord du Loch Ness, cela donne une idée du contexte dans lequel pouvait s'inscrire cette photographie, surtout que l'on sait maintenant que cette photo est un trucage.

Il y a eu aussi ce rapport de Tony Blair plagiant le travail d'un étudiant, fautes comprises, pour appuyer la thèse des armes de destruction massive qui étaient censées exister en Irak en 2004, ainsi un travail très simple sur la source de l'information peut permettre d'éventer des grands mensonges politiques ou médicaux.

Soumission à l'autorité

Ce que j'entends par soumission à l'autorité cela peut être la soumission au conformisme avec les expériences de psychologie sociale de Ashes qui essaient de comprendre ce qui fait que lorsqu'on est dans un groupe, on tend à obéir à l'opinion commune du groupe par rapport à ses perceptions propres, on aura aussi plus tendance à se taire même en face de quelque chose de scandaleux plutôt qu'à se lever et à se retrouver tout seul debout et courir le risque d'être stigmatisé.[4]

Qu'est-ce qui fait que, mis dans une position d'agent en face de quelqu'un en blouse blanche qui lui dit quelque chose, la majorité des personnes peut, comme l'a montré l'expérience de Stanley Milgram, être amenée à faire du mal à des individus en face d'eux alors que ces derniers ne leur ont rien fait ? Et qu'elle est la genèse de tout cela ?[5]Montrer ainsi les ressorts de cette soumission à l'autorité, montrer où se loge cette autorité, que cela soit le mandarinat médical, que cela soit la soumission des infirmiers vis-à-vis des médecins, où de chacun d'entre nous face à un prix Nobel... Ce cours sur la soumission à l'autorité a conduit il y a trois semaines des kinésithérapeutes à se soulever face à leur équipe pédagogique qui les soumettait à une infériorisation permanente. Par contre nous avons aussi essuyé des revers, notamment avec les inspecteurs régionaux de physique-chimie, qui lorsqu'on leur a exposé cette méthode critique qui passe entre autre par des questions sur l'autorité nous ont dit qu'ils ne pourraient plus tenir leurs classes, et nous ont fermé la porte au nez.

Comme en Physique-Chimie, en Philosophie ou en Didactique des sciences personne ne donne jamais ses conflits d'intérêts, je me dis que ce

[4]Note du coordinateur : voir à ce sujet, Eric J. Cassell, M.D, *Consent or Obedience? Power and Authority in Medicine*, New England Journal of Medicine, 352;4, 27 janvier 2005, p.328 http://www2.ufpel.edu.br/medicina/bioetica/Consent%20or%20obedience.pdf

[5]Note du coordinateur : voir à ce sujet Stanley Milgram, *Expérience sur l'obéissance et la désobéissance à l'autorité*, La Découverte, 2013

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

serait une bonne chose de s'y mettre également, donc je peux vous dire que le *Cortecs* n'a aucun conflit d'intérêts, il n'est financé par personne, d'ailleurs il manque de ressources mais c'est un autre problème, qui implique que ce n'est pas évident de se battre contre l'institution, surtout dans le monde médical, et je pense que l'une des forces que l'on peut tisser c'est celle des réseaux qui se soutiennent les uns les autres, qui se tiennent au courant de ce qui se fait, en tout cas nous au *Cortecs* nous sommes prêts à mettre en ligne du matériel critique, les seules contraintes c'est que cela soit rigoureux scientifiquement pour que personne ne puisse nous faire de reproches et que cela soit doux dans la forme pour ne pas froisser d'emblée mais glisser des contenus éminemment subversifs. Je pense que la science comme démarche peut être éminemment subversive.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Deuxième partie
Diététique et nutrition

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

I) *La nutrition et la diététique en prise avec le poids de l'industrie agroalimentaire*

Pierre Meneton

Nutrition, santé et capitalisme : une incompatibilité de fond

« Je pense que la plus grande responsabilité sociale d'un PDG est d'assurer les futurs succès et profits de son entreprise ».

Peter Brabeck, PDG de Nestlé (67 milliards d'euros de chiffre d'affaire annuel, 500 usines dans 83 pays, 275 000 employés, 8000 marques)

Que les populations des pays riches soient victimes d'une alimentation non adaptée aux besoins physiologiques de l'organisme, que cette malbouffe soit fortement impliquée dans le développement des maladies chroniques (pathologies cardiovasculaires, cancers, etc.) si fréquentes dans ces populations, sont des idées maintenant largement répandues. Pouvoirs publics, sociétés savantes, agences d'expertise, professionnels de la santé, journalistes, grand public, tous s'accordent pour reconnaître l'existence de la malbouffe. Dénoncer, faire des constats, c'est en effet important mais très souvent les analyses ne vont pas beaucoup plus loin que la superficie des choses et se limitent à décrire les problèmes sans chercher leur origine. Il faut pourtant bien comprendre que les causes profondes de cette situation ne sont pas à rechercher dans l'irresponsabilité ou la cupidité du secteur agroalimentaire mais bien dans les rapports de production capitalistes qui structurent la société dans son ensemble. Vouloir améliorer la qualité de l'alimentation sans remettre en cause ces rapports est une illusion. Illusion qui est d'autant plus dommageable qu'elle use les personnes de bonne volonté dans des combats sans fin et tend à les instrumentaliser comme des béquilles soutenant un système vicié plutôt que de le remettre en question.

En se limitant à la France, l'offre alimentaire peut se décrire de la manière suivante: il y a actuellement environ 450 000 exploitations agricoles de tailles très diverses, 10 500 entreprises agroalimentaires de la société familiale à la transnationale, et quelques dizaines de milliers d'artisans comme par exemple dans le secteur de la boulangerie-pâtisserie. Tous sont des producteurs privés, séparés les uns des autres, c'est-à-dire produisant

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

chacun de leur côté des produits alimentaires en quantité donnée et d'une certaine façon, sans concertation ou coordination avec les autres producteurs. Des producteurs qui se retrouvent donc en compétition les uns avec les autres, produisant en aveugle jusqu'à ce que leurs produits soient socialement validés par l'acheteur, que ce soit la coopérative, la centrale d'achat ou directement les consommateurs.

Un système concurrentiel où l'objectif impératif de chaque producteur, sous peine de disparaître, est nécessairement de fabriquer des produits au plus bas coût possible pour les vendre au plus grand nombre possible d'acheteurs afin de générer un profit maximum. La finalité pour chaque producteur est donc la fabrication, non pas de produits utiles, mais de n'importe quel produit vendable.

500 000 à 600 000 produits alimentaires différents sont ainsi proposés à la vente, chiffre délirant qui témoigne bien de la frénésie productiviste et du gaspillage inhérent à ce système de production compétitive. La plupart de ces produits sont au mieux totalement inutiles, au pire délétères car l'espèce humaine n'a pas eu le temps de s'adapter à une telle nourriture transformée à l'infini et ne répondant le plus souvent pas aux besoins physiologiques de l'organisme.

Les agriculteurs cultivent n'importe quelle plante, du moment qu'elle est à croissance rapide, se récolte facilement, se conserve longtemps et qu'elle peut se vendre. Peu importe que beaucoup de ces cultures concernent des plantes comme les céréales qui sont peu adaptées à la physiologie de l'homme de même qu'à celle des animaux d'élevage. Pour réduire les coûts et augmenter la productivité, ils utilisent des pesticides, des engrais et emploient souvent des travailleurs saisonniers sous-payés et sans statut.

De la même façon, les éleveurs multiplient à l'infini cochons, vaches, poulets, poissons et autres, le plus rapidement possible et sur le minimum d'espace. Il faut donc des hormones de croissance, des antibiotiques et bien sûr l'emploi de travailleurs à très petits salaires. Peu importe que la qualité de la viande produite participe à obstruer les artères, peu importe que le rendement énergétique de ces immenses cheptels soit désastreux et qu'ils consomment une grande partie des plantes cultivées dans les pays pauvres. L'important est que la viande produite puisse se vendre en grande quantité.

Bien évidemment, il est toujours possible de trouver ailleurs, au niveau national ou international, des coûts de production encore plus faibles, des superficies de culture encore plus gigantesques, des conditions permettant l'utilisation massive de n'importe quel fertilisant et pesticide, même les plus

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

toxiques, et la possibilité d'enrôler des travailleurs payés presque rien. Face à cette concurrence, la production agricole se concentre et se délocalise de plus en plus par la disparition ou le rachat des exploitations non compétitives. Elles étaient 6 millions en 1945, elles sont 450 000 aujourd'hui avec 30 000 d'entre elles disparaissant chaque année, pour une surface agricole utile qui reste néanmoins à peu près constante. La production globale ne diminue donc pas, bien au contraire, il y a une surproduction quasi permanente d'aliments qui ne trouvent plus preneur. Dans cette situation, la pression concurrentielle ne pousse certainement pas les exploitations qui survivent à développer de meilleurs produits sur le plan gustatif ou nutritionnel mais bien plutôt à emprunter au Crédit Agricole pour acheter la dernière machine permettant d'augmenter encore la productivité. Peu importe que la délocalisation des cultures ou de l'élevage dans les pays à bas coût participe à la destruction de leur environnement et à la désorganisation de leurs sociétés déjà très appauvries par le système capitaliste depuis plusieurs siècles.

Même contexte et mêmes conséquences (disparition des entreprises non concurrentielles, concentration et délocalisation de la production) pour les entreprises agroalimentaires qui transforment à l'infini les aliments de base, déjà de piètre qualité, par fractionnement, raffinage, cuisson, fermentation, addition de colorants, d'arômes, de conservateurs, de graisses, de sucres, de sel, etc., générant ainsi les centaines de milliers de produits proposés à la vente.

Voici comment le secteur agroalimentaire se décrit lui-même :

« L'agroalimentaire est un marché mature. Les principales perspectives de croissance ne peuvent se réaliser, outre l'innovation, que par des rachats de parts de marché. Il est donc inévitable que la concentration se poursuive et ce d'autant que les véritables perspectives de croissance se situent dans les pays émergents, vers lesquels l'internationalisation des entreprises s'accélère. »[1]

[1] *Enjeux de l'industrie agroalimentaires*, Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche, 2008
http://www.critt-iaa-paca.com/uploads/documents/Documents%20g%C3%A9n%C3%A9raux/Enjeux%20des%20industries%20agroalimentaires%202008.pdf

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Et le rapport de poursuivre :

« Mais cette internationalisation des entreprises françaises, si nécessaire à leur développement, nécessite une taille critique. Peu d'opérateurs du secteur atteignent cette taille critique du fait de la fragmentation de celui-ci. En France, il est surtout composé de PME (…). Si la dispersion est forte, le chiffre d'affaires est concentré sur 30 % des entreprises. La faible taille moyenne des entreprises du secteur est une source d'opportunités pour les rachats et concentrations d'entreprises fédérées par les groupes puissants (DANONE, LACTALIS, PERNOD-RICARD, BONGRAIN, TERRENA, IN VIVO, etc.). »[2]

Du côté de la distribution, les mêmes contraintes s'exercent et les conséquences sont bien évidemment les mêmes, à commencer par les coopératives dont il ne reste plus que le nom puisqu'elles sont en fait des entreprises à part entière dont l'unique objectif est de générer du profit. Elles se décrivent elles-mêmes ainsi:

« L'agroalimentaire est un marché mature. Les principales perspectives de croissance ne peuvent se réaliser, outre l'innovation, que par des rachats de parts de marché. Il est donc inévitable que la concentration se poursuive et ce d'autant que les véritables perspectives de croissance se situent dans les pays émergents, vers lesquels l'internationalisation des entreprises s'accélère. »[3]

La grande distribution tient une place à part du fait de la position monopolistique qu'elle a acquise au cours des 50 dernières années. Aujourd'hui, 5 transnationales (Leclerc-Système U, Carrefour, Intermarché, Auchan et Casino) contrôlent via leurs centrales d'achats plus de 80 % des ventes de produits alimentaires, agissant comme un véritable goulot d'étranglement entre les producteurs d'une part et les consommateurs d'autre part. Cette concentration extraordinaire du secteur s'est opérée au détriment des petits commerces qui ont progressivement disparu. Ainsi entre 1965 et 2000, 18 000 boulangers, 42 000 bouchers, 73 000 épiciers et 2 600 poissonniers ont fait faillite ou ont été rachetés. Aujourd'hui, 18 000 des 36 000 communes n'ont plus de petits commerces de proximité.

En contrôlant l'essentiel des débouchés, les centrales d'achat sont dans une situation leur permettant d'imposer des conditions très dures aux producteurs, en vue de maximiser leurs profits: les prix d'achat sont donc très bas, sans parler des marges arrière. Les produits sont ensuite vendus aux

[2]Idem

[3]Idem

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

consommateurs en exploitant des caissières et des manutentionnaires flexibles, payés au rabais, pour réduire les coûts au maximum. Les marges arrière s'apparentent à un véritable racket puisque les producteurs doivent souvent déduire des prix de vente officiels de leurs produits aux centrales d'achat les frais suivants :

1) Payer un droit d'entrée pour être référencé.
2) Offrir à l'ensemble des magasins du réseau des marchandises gratuites lors des premières livraisons.
3) Payer pour voir leurs produits exposés à un emplacement privilégié ou en tête de gondoles.
4) Payer pour financer les campagnes promotionnelles.
5) Payer pour figurer dans les catalogues.
6) Payer lors de l'implantation de nouveaux magasins.
7) Payer lors de la réfection ou de l'amélioration des plus anciens.
8) Payer pour se faire payer leurs propres factures (délais de paiement typiquement de 60 à 90 jours pendant lesquels l'argent n'est pas perdu pour tout le monde).

Ce qui fait qu'un produit vendu par exemple 100 euros au consommateur et acheté sur le papier 90 euros au producteur (d'où le discours tournant autour du « vendre pas cher ») aura en réalité été obtenu en moyenne à 50 euros après déduction des frais extorqués par la grande surface. Ce qui représente une marge considérable pour cette dernière (en fait une des plus fortes du marché avec celles des établissements bancaires). Bien évidemment, une telle situation ne va pas pousser les producteurs à fabriquer des produits de qualité mais bien plutôt à réduire leurs coûts au maximum.[4]

Tous les moyens sont bons pour convaincre la population d'acheter des produits aussi pléthoriques qui sont la plupart du temps inutiles et parfois même nocifs. Le plus manifeste est bien sûr la publicité, omniprésente dès le plus jeune âge. L'espace publicitaire s'est considérablement développé au cours des 40 dernières années. Lorsque la publicité a fait son entrée à la télévision en 1968, la première chaîne n'avait droit qu'à 2 minutes de pub par jour, aujourd'hui, TF1 a droit à 144 minutes de pub par jour. La plupart des médias rentabilisent leurs entreprises grâce à la publicité qui a pris plus d'importance dans leurs chiffres d'affaires que les ventes ou la redevance. Voici comment ils réagissaient suite à la mise en place d'une réglementation de la publicité pour les enfants en Suède en 1999 :
« Privés de pub! » (Magazine Stratégies).

[4]Note du Coordinateur : pour un exposé plus approfondi du poids de la grande distribution de la fourche à la fourchette, voir l'ouvrage du commissaire aux comptes Christian Jacquiau, *Les coulisses de la grande distribution*, Albin Michel, 2000

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

« Ils veulent priver les enfants des publicités qui les concernent » (Libération).
« La pub pour les enfants en danger » (Le Figaro).
« Un pays traditionnellement ultra protecteur en matière de jeunesse. Restreindre ou interdire la pub pour et avec les enfants serait inutile, antiéconomique et contraire à l'esprit français » (Télérama).

Le résultat est que 60 % des enfants regardent tous les jours la télévision en rentrant de l'école et qu'en passant plus de 2 heures par jour devant la télé, un jeune Français voit en moyenne 20 000 spots publicitaires par an (il y a de la marge puisqu'un jeune Américain en voit 40 000). Les conséquences sont que 77 % des enfants préfèrent les céréales promues à la télévision plutôt que celles ne bénéficiant d'aucune publicité, 84 % des parents achètent les céréales promues à la télévision dès lors que leurs enfants les réclament et 71 % des parents estiment que leurs enfants sont influencés par la publicité dans leurs préférences alimentaires. Des chiffres qui justifient amplement les presque 2 milliards d'euros dépensés chaque année en France par le secteur agroalimentaire pour la publicité.

Malgré la publicité, beaucoup de produits ne trouvent pas preneurs et disparaissent des rayons au bout de seulement quelques mois, avant d'être remplacés par d'autres (pratiquement un tiers de l'offre est ainsi renouvelé chaque année). La principale raison est que les consommateurs, dans leur vaste majorité des salariés d'entreprises cherchant à réduire le plus possible leurs coûts et donc les salaires, ont de plus en plus de mal à acheter les produits. En dehors du prix qui est de loin le facteur essentiel, il peut exister d'autres raisons pour lesquelles les consommateurs ne vont pas acheter, à tort ou à raison, certains produits: pas assez goûteux, pas assez onctueux, pas assez d'arômes, pas assez colorés, des formes qui ne plaisent pas, des taches à la surface, des emballages peu attractifs, des marques qui ne sonnent pas bien à l'oreille, des produits mal placés sur les rayons des supermarchés, des effets supposés nocifs pour la santé. Ces perceptions plus ou moins subjectives sont largement induites par le sentiment de dépossession que ressentent plus ou moins consciemment les consommateurs, l'impression qu'ils ont de perdre le contrôle de leur environnement immédiat. Ils ne savent plus comment sont fabriqués et ce que contiennent les produits qu'ils consomment, ni même pourquoi ils les consomment.

Et l'Etat dans tout ça? Il remplit le rôle impératif qu'il a acquis historiquement dans la société capitaliste: reproduire les conditions permettant aux entreprises de générer le maximum de profit à partir des capitaux engagés, non pas d'œuvrer à un quelconque intérêt général qui serait le reflet de la volonté de citoyens conscients. Par Etat, il faut entendre

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

non seulement l'Etat national mais aussi de plus en plus des institutions internationales comme la Communauté européenne, le Fonds monétaire international ou la Banque centrale européenne qui prennent le pas sur l'échelon national. En effet, plus de 80 % des lois actuellement votées par le Parlement national ne sont que des transpositions de directives européennes. Parmi les actions menées :

- Subventionner la culture de n'importe quelle plante ou l'élevage de n'importe quel animal à la demande des lobbies agricoles ou des secteurs agroalimentaire et automobile (biocarburants).

- Assouplir le code du travail pour permettre aux entreprises de réduire au maximum les coûts de production et de distribution.

- Instaurer une taxe sur les boissons sucrées (qui touche comparativement beaucoup plus les classes sociales défavorisées qui en consomment le plus), non pas pour lutter contre l'obésité et le diabète mais pour permettre de réduire les charges patronales dans le secteur agricole afin de préserver sa compétitivité.

- Edicter des normes de production très contraignantes pas toujours utiles pour la qualité des produits mais souvent insoutenables pour les petits producteurs qui sont ainsi poussés à l'endettement et à la faillite.

- Diminuer le pouvoir de contrôle sur les produits en réduisant drastiquement les moyens alloués aux services des douanes et à la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

- Faciliter l'installation des grandes surfaces malgré leur densité déjà considérable sur le territoire métropolitain.

- Ouvrir les écrans de publicité télévisée aux enseignes de la grande distribution.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

- Permettre aux annonceurs de diversifier leur communication par le placement de produits de marque dans les films ou les séries de télévision.

- Allonger encore la durée d'exposition à la publicité en augmentant le nombre de minutes autorisé par heure et la fréquence des tunnels publicitaires au cours des émissions.

- Mettre en place des leurres comme les plans obésité ou le Programme national nutrition santé qui, malgré la bonne volonté de ceux qui y concourent, n'ont aucune chance d'infléchir en quoi que ce soit le fonctionnement du système.

- Mettre en place des agences d'expertise dont les recommandations ne sont généralement pas suivies d'effets et qui ont beaucoup de mal à fonctionner avec une communauté scientifique de plus en plus inféodée aux entreprises.

- Eviter de mettre en place toute législation concernant la qualité des produits en mettant en avant l'autodiscipline et le volontariat des entreprises qui permettront de résoudre les problèmes.

En conclusion, dans un système concurrentiel où l'objectif impératif de chaque exploitation ou entreprise, petite ou grande, est de fabriquer n'importe quel aliment au plus bas coût possible pour le vendre au plus grand nombre possible de consommateurs afin de réaliser un profit maximum, les effets potentiellement délétères sur la santé et l'environnement ne pèsent pas bien lourd. Sans changements fondamentaux dans les rapports de production capitalistes et dans les structures étatiques qui les organisent, il est peu probable que les choses s'amélioreront de manière significative, il est même à craindre qu'elles ne fassent qu'empirer, les mêmes causes produisant toujours les mêmes effets quelle que soit la bonne volonté des acteurs impliqués. On l'a vu dans le dévoiement du concept de coopérative et plus récemment dans la dégradation rapide de la qualité des produits bio qui étaient pourtant une bonne idée au départ. C'est également le cas des associations pour le maintien d'une agriculture paysanne qui voient la distance producteur-consommateur s'allonger sans cesse.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Mélissa MIALON

L'activité politique des entreprises (APE) de l'agroalimentaire

L'APE, ou Activité Politique des Entreprises, est un domaine à part entière dans le fonctionnement des entreprises, et rattaché au management[1]. L'agroalimentaire n'échappe pas à la règle.

L'APE est défini comme les « techniques des entreprises qui visent à façonner la politique gouvernementale de manière qui leur soit favorable »[2]. Nous parlerons ici de l'APE qui vise à influencer les politiques de santé publique en particulier.

L'APE en santé publique regroupe, selon les études les plus récentes, 6 stratégies :[3]

- La stratégie d'information
- La stratégie d'incitation financière
- La stratégie de constitution de groupes
- La stratégie d'alternative à la règlementation (que nous appellerons ici la stratégie des initiatives volontaires)
- La stratégie légale
- La stratégie de fragmentation et destruction de groupes

Les stratégies sont développées sur le long terme par les industries pour influencer les décisions politiques en faveur de leurs produits ou de leurs activités, et pour mettre en place ces stratégies, les entreprises utilisent, sur le court terme, plusieurs tactiques[4]. L'APE en santé publique est particulièrement étudiée dans le cas de l'industrie du tabac, puisqu'en 1999,

[1]Hillman AJ, Keim GD, "Schuler D. Corporate political activity: A review and research agenda". *J Manage* 2004; **30**(6): 837-57.

[2]Hillman AJ, Hitt MA. "Corporate Political Strategy Formulation: A Model of Approach, Participation, and Strategy Decisions". *The Academy of Management Review* 1999; **24**(4): 825-42.

[3]Savell E, Gilmore AB, Fooks G. "How Does the Tobacco Industry Attempt to Influence Marketing Regulations? A Systematic Review".*PLoS one* 2014; **9**(2): e87389.

[4]Hillman AJ, Keim GD, Schuler D., *opus cite.*

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

des poursuites judiciaires contre les plus gros marchands de cigarettes ont permis de rendre publics des milliers de documents internes, révélant des pratiques surprenantes[5]. L'industrie du tabac, dont les premiers ravages sur la santé ont été cités dans les années 1960, a utilisé l'APE pendant plus de 40 ans, au prix de milliers de vies[6].

Alors que le tabac est responsable d'environ un tiers des cancers, l'alimentation est aujourd'hui le premier facteur de mortalité et de handicape au niveau mondial[7]. Les conséquences d'une mauvaise alimentation incluent le risque de développer certains cancers, du diabète, des maladies cardiovasculaires, de l'obésité, etc. L'alimentation moderne et les pratiques des géants de l'agroalimentaire, en particulier, sont pointés du doigt depuis de nombreuses années pour leurs conséquences néfastes à la santé[8,9,10,11,12]. En proposant ici un éventail illustratif des pratiques de l'industrie agroalimentaire, en particulier en France, l'auteur souhaite montrer qu'il est urgent de responsabiliser les industriels et de rendre l'APE transparente, alors que les dégâts de l'alimentation moderne sont déjà bien présents.

La stratégie d'information

Cette stratégie comporte toutes les tactiques par lesquelles l'industrie tente de présenter des informations qui lui soient favorables.

À travers le lobby, par exemple, les industriels fournissent des informations sur leurs activités et produits aux hommes politiques. Le lobby peut avoir des conséquences néfastes sur les décisions de santé publique

---

[5]State of California - Department of Justice - Office of the Attorney General. Master Settlment Agreement.2013. http://oag.ca.gov/tobacco/msa

[6]Saloojee Y, Dagli E. "Tobacco industry tactics for resisting public policy on health". *B World Health Organ* 2000; **78**(7): 902-10.

[7]Institute for Health Metrics and Evaluation. *Global Burden of Diseases Visualizations*. 2013.

[8]World Health Organization. *United Nations high-level meeting on non-communicable disease prevention and control : NCD summit to shape the international agenda*, 2011. http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/en/ (accessed 18 November 2013).

[9]Monteiro C, Cannon G, Bertazzi Levy R, Claro R, Moubarac J-C. "The Food System.Ultra-processing.The big issue for nutrition, disease, health, well-being.[Commentary]".*World Nutrition* 2012; **3**(12): 527-69.

[10]Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, et al. "Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries [Series]". *The Lancet* 2013; **381**(9867): 670-9.

[11]Nestle M. *Food politics : how the food industry influences nutrition and health*. Berkeley ; London: University of California Press; 2002.

[12]Simon M. *Appetite for profit : how the food industry undermines our health and how to fight back*. New York : Nation Books; 2006.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

lorsque les industriels fournissent des informations biaisées ou fausses. Marion Nestle, dans son livre paru en 2002*Food Politics* (*La politique alimentaire*), décrit notamment comment les géants américains de l'agroalimentaire tentent d'influencer les recommandations nutritionnelles à la population[13].

Les multinationales tentent, en parallèle, d'influencer l'information sur les effets de leurs produits sur la santé[14]. L'industrie agroalimentaire, par exemple, utilise un vocabulaire et des solutions spécifiques, où la faute revient à l'individu (qui mange trop ou ne pratique pas assez de sport), et non pas aux produits[15,16,17,18]. L'industrie agroalimentaire blâme le manque d'activité physique plutôt que les produits trop transformés et qui ont perdu leur valeur nutritionnelle, ou le marketing intense, par exemple, dans l'épidémie d'obésité[19,20,21,22,23,24].

On observe également dans plusieurs secteurs « l'effet de financement »[25,26]. Lorsqu'un projet de recherche est financé par l'industrie

---

[13]Nestle M., *opus cité*

[14]Saloojee Y, Dagli *opus cité*

[15]Simon M. *Appetite for profit : how the food industry undermines our health and how to fight back*. New York : Nation Books; 2006.

[16]Norum K. "World Health Organization's Global Strategy on diet, physical activity and health: the process behind the scenes". *Scandinavian Journal of Food & Nutrition* 2005; **49**(2): 83-8.

[17]Koplan JP, Brownell KD. "Response of the Food and Beverage Industry to the Obesity Threat [Commentary]". *Journal of the American Medical Association* 2010; **304**(13): 1487-8

[18]Brownell KD. Thinking forward: the quicksand of appeasing the food industry [Perspective].*PLoS Medicine* 2012; **9**(7): e1001254.

[19]Simon M. *opus cité*

[20]Jenkin GL, Signal L, Thomson G. "Framing obesity : the framing contest between industry and public health at the New Zealand inquiry into obesity". *Obesity Reviews* 2011; **12**(12): 1022-30.

[21]Smith E. Corporate Image and Public Health : An Analysis of the Philip Morris, Kraft, and Nestlé Websites. *Journal of health communication* 2012; **17**(5): 582-600.

[22]Brownell KD, Warne KE. "The Perils of Ignoring History: Big Tobacco Played Dirty and Millions Died. How Similar Is Big Food?" In*: Quarterly TM*, editor ; 2009. p. 259–94.

[23]Henderson J, Coveney J, Ward P, Taylor A. "Governing childhood obesity : Framing regulation of fast food advertising in the Australian print media". *Social science & medicine* 2009; **69**(9): 1402-8.

[24]Herrick C. "Shifting blame/selling health : corporate social responsibility in the age of obesity". *Sociology of Health & Illness* 2009; **31**(1): 51-65.

[25]Baird P. "Getting it right : industry sponsorship and medical research [Commentary]". *Canadian Medical Association Journal* 2003; **168**(10): 1267-9.

[26]Michaels D. *Doubt is their product : how industry's assault on science threatens your health*. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2008.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

agroalimentaire par exemple, il y a 8 fois plus de chances que les conclusions soient en faveur de l'industrie, comparé à une étude publiée par un groupe de recherche indépendant de tout conflit d'intérêt[27,28].

La stratégie d'incitation financière

Les entreprises dépensent des millions d'euros pour influencer les hommes politiques, à travers des dons, des repas gratuits ou le soutien lors des élections[29,30]. Cela est également décrit dans le livre de Marion Nestle[31,32]. Ces transactions ne sont, la plupart du temps, pas connues du public.

La stratégie de constitution de groupes

Dans la stratégie de constitution de groupes, les multinationales développent ou financent des organisations qui semblent indépendantes[33,34,35,36]. Les lecteurs auront peut-être vu le clip télévisé avec le slogan « Les produits laitiers sont nos amis pour la vie ». Malgré ses apparences, ce message n'est pas endossé par le gouvernement: c'est une publicité du CNIEL (Centre National Interprofessionnel de l'Economie Laitière), qui représente l'industrie laitière (pas seulement les producteurs de lait, mais également Bongrain, Danone ou Lactalis)[37,38]. Si les produits

---

[27]Bes-Rastrollo M, Schulze MB, Ruiz-Canela M, Martinez-Gonzalez MA.Financial "Conflicts of Interest and Reporting Bias Regarding the Association between Sugar-Sweetened Beverages and Weight Gain: A Systematic Review of Systematic Reviews". *PLoS Medicine* 2013; **10**(12): e1001578.

[28]Lesser LI, Ebbeling CB, Goozner M, Wypij D, Ludwig DS. "Relationship between funding source and conclusion among nutrition-related scientific articles".*PLoS Medicine* 2007; **4**(1): e5.

[29]Wiist William H. *The bottom line or public health : tactics corporations use to influence health and health policy and what we can do to counter them*. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2010.

[30]Union of Concerned Scientists. "Heads They Win, Tails We Lose How Corporations Corrupt Science at the Public's Expense" : Union of Concerned Scientists, 2012

[31]Nestle M. *opus cité*

[32]Simon M. *opus cité*

[33]Idem

[34] Wiist William H. *opus cité*

[35]Union of Concerned Scientists. *opus cité*

[36]Miller PG, de Groot F, McKenzie S, Droste N. "Alcohol industry use of social aspect public relations organizations against preventative health measures". *Addiction* 2011; **106**(9): 1560-7.

[37]CNIEL. CNIEL qui sommes-nous. 2014. http://www.produits-laitiers.com/qui-sommes-nous/ (accessed 7 June 2014).

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

laitiers deviennent « nos amis pour la vie », l'industrie se garantit une génération de clients fidèles. Il en va de même pour :

- *L'observatoire des habitudes alimentaires (rattaché au CNIEL)*[39]
- *Le cercle culinaire de France (« réalisé à l'initiative du CNIEL / Cercles Culinaires de France afin de promouvoir l'utilisation des produits laitiers en cuisine »)*[40]
- *Le centre de recherche et d'informations nutritionnelles (rattaché CNIEL)*[41]
- *Le Conseil Européen de l'Information sur l'Alimentation (« l'EUFIC compte actuellement les membres suivants : AB Sugar, Bunge, Cargill, CerealPartners, Coca-Cola, Dow Seeds, DSM NutritionalProducts Europe Ltd., Ferrero, General Mills, Kraft Foods (Mondelez), Mars, McDonald's, Nestlé, PepsiCo, Pinar Et, PureCircle, Südzucker, Unilever et Zoetis»)*[42]

Voilà d'autres exemples de projets soutenus par les entreprises agroalimentaires en France :

- Kraft, un grand groupe alimentaire mondial, aide la Croix Rouge à améliorer ses programmes nutritionnels[43].
- Schweppes, vendeur de boissons gazeuses sucrées, est un partenaire clé d'un des plus importants programmes de prévention de l'obésité chez les enfants, Epode[44].

---

[38]CNIEL. Les produits laitiers, nos amis pour la vie (tout public). 2014. http://www.produits-laitiers.com/boutique/les-produits-laitiers-nos-amis-pour-la-vie-tout-public/ (accessed 7 June 2014).

[39]Le mangeur OCHA. Mentions légales. 2014. http://www.lemangeur-ocha.com/mentions-legales/ (accessed 7 June 2014

[40]Cercle culinaire de France. Mentions légales. 2014. http://www.cercleculinaire.com/mentions-legales/ (accessed 7 June 2014).

[41]Le CERIN. Le CERIN. 2014. http://www.cerin.org/outils/le-cerin.html (accessed 7 June 2014).

[42]EUFIC. A propos de l'EUFIC. 2014. http://www.eufic.org/page/fr/page/ONEUFIC/ (accessed 7 June 2014).

[43]La Croix Rouge. Aide alimentaire : La Fondation Kraft Foods soutient la Croix-Rouge française pour améliorer l'équilibre nutritionnel 2011. http://www.croix-rouge.fr/Actualite/Aide-alimentaire-La-Fondation-Kraft-Foods-soutient-la-Croix-Rouge-francaise-pour-ameliorer-l-equilibre-nutritionnel (accessed 7 june 2014).

[44]Epode European Network Private partners. 2013. http://www.epode-european-network.com/en/partners/private-partners.html (accessed 15 November 2013).

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Ce genre de partenariats est notamment critiqué pour son approche marketing : les entreprises du tabac faisaient de la prévention contre le tabagisme dans les écoles, alors qu'en apposant leurs logos sur les documents de prévention, elles savaient qu'elles recruteraient de nouveaux fumeurs dès le plus jeune âge, en toute discrétion.[45] Alors que les entreprises agroalimentaires s'engagent de plus en plus dans la prévention de l'obésité chez les jeunes, il est très probable que les industriels soient maintenant beaucoup plus vigilants et ne laissent certainement plus de traces écrites de ces pratiques…

La stratégie des initiatives volontaires

En développant la RSE (Responsabilité Sociétale des Entreprises), en proposant de modifier ses produits ou en insistant sur le rôle de l'activité physique dans les problèmes d'obésité, l'industrie agroalimentaire suit dangereusement l'approche prise par l'industrie du tabac il y a plus de 40 ans[46]. Quand les premiers chercheurs ont montré que la cigarette était dangereuse pour la santé, l'industrie a par exemple proposé des cigarettes avec filtres ou « lights » (légères)[47]. Mais avec ou sans filtre, avec un peu ou beaucoup de nicotine, la cigarette a continué à faire des milliers de morts.

La stratégie légale

La stratégie légale vise à attaquer en justice les adversaires de l'industrie. En France, et pour le cas de l'agroalimentaire, Pierre Meneton, médecin français, a remis en cause la consommation élevée de sel dans l'alimentation moderne, et s'est alors fait poursuivre en justice par le lobby du sel[48]. C'est une tactique employée régulièrement pas les industriels pour stopper les attaques de leurs opposants, qui, bien souvent, ne possèdent pas les moyens financiers de se défendre contre les meilleurs juristes des multinationales[49].

---

[45]Novelli WD. "Don't smoke," buy marlboro. *Bmj* 1999; **318**(7193): 1296.

[46]Cannon G, Monteiro C. The Food System. "Product reformulation will not improve public health. [Commentary"].*World Nutrition* 2012; **3**(9): 406-34.

[47]Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, et al. "Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries [Series]". *The Lancet* 2013; **381**(9867): 670-9.

[48]Vincent O. « Pierre Meneton, l'obstiné », *L'express*. 2011 26 January.

[49]World Health Organization.*Tobacco industry interference with tobacco control*. Geneva: World Health Organization, 2008.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

La stratégie de fragmentation et destruction de groupes

Une autre stratégie de l'industrie consiste à détruire les attaques de ses opposants. L'exemple le plus révélateur pour l'industrie agroalimentaire est peut être celui de l'affaire ATTAC[50]. Cette association suisse préparait depuis plusieurs mois un livre contre les pratiques de l'entreprise Nestlé intitulé « ATTAC contre l'Empire Nestlé ». Il s'est avéré que Nestlé avait fait infiltrer le groupe ATTAC par des agents secrets.

À travers ces quelques exemples, l'auteur souhaite ouvrir le débat sur les pratiques de l'industrie agroalimentaire qui peuvent éventuellement influencer les décisions de santé publique en France. En protégeant le public, les instances de décision et les professionnels de santé, en particulier dans la diététique et l'alimentation, des intérêts commerciaux de l'industrie agroalimentaire, des milliers de maladies et de décès peuvent être prévenus chaque année. Cela permettrait, en parallèle, d'économiser dans le budget de santé de l'État, ce qui est d'autant plus approprié en temps de crise[51].

[50]Wiist William H. *opus cité*

[51]Stuckler D, Basu S. *The body economic : why austerity kills : recessions, budget battles, and the politics of life and death*; 2013.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Paul Scheffer

Pour une nutrition critique en France

Puisque toutes choses ont été faites, elles peuvent être défaites, à condition qu'on sache comment elles ont été faites.

Michel Foucault

L'un des enjeux majeurs concernant la nutrition est, à mon sens, de la replacer dans les rapports de force et les intérêts qui l'environnement et l'influencent traversent sans être compatibles avec la finalité de santé publique et de l'intérêt des personnes, dans laquelle sont censées s'inscrire la diététique et la nutrition. Il apparaît en effet que ces domaines d'étude et d'exercice, comme beaucoup d'autres, sont fortement conditionnés, et même bien souvent détournés de multiples manières au service d'intérêts économiques entre autre, qui peuvent leur être contraires. L'industrie agroalimentaire ne manque pas de ressources pour cela, sans que les professionnels de santé et le public en soient bien souvent conscients, et sans que les pouvoirs publics opèrent l'action régulatrice que l'on pourrait croire à l'œuvre et sur laquelle beaucoup de professionnels se reposent les yeux fermés.

Pour arriver à se forger son opinion dans cet espace troublé et potentiellement biaisé, un des outils les plus efficaces constitue à encourager l'esprit critique des étudiants en diététique et des professionnels de l'alimentation et de la santé, afin qu'ils soient plus en mesure d'identifier les stratégies d'influence auxquelles ils peuvent être soumis ou confrontés, davantage capables d'évaluer l'information qu'ils reçoivent, et mieux à même d'identifier les acteurs majeurs et les intérêts qu'ils défendent dans leur champ d'exercice, avec toujours pour finalité l'intérêt des patients et des publics avec qui ils travaillent.

En somme, il s'agit d'encourager l'esprit critique qui reste un parent pauvre de la plupart des formations initiale et continue en santé et ailleurs, cet esprit critique qui fait écho à un désir d'entretenir une vigilance intellectuelle face aux idées reçues, aux manipulations qui peuvent être véhiculées par les conceptions dominantes, ces idées qui nous influencent sans qu'on les remette jamais en question, ce que le sociologue Pierre Bourdieu appelait la

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

« violence symbolique », et qui ne nous violentent pas physiquement mais qui blessent, de manière forcément plus silencieuse et insidieuse, nos perceptions, nos représentations, et les pratiques professionnelles qui peuvent en découler. Etre critique dans ce sens ne signifie pas chercher la querelle, la division, ne voir que le négatif, mais plutôt entretenir et encourager une veille attentionnée face aux stratégies des acteurs dominants de ce domaine vital qu'est l'alimentation, où les enjeux de santé publique, mais aussi économiques sont colossaux : le coût des cancers, des maladies cardiovasculaires et de l'obésité, au moins en partie liés à la manière de s'alimenter, atteint 15 milliards d'euros par an en France, sans compter la souffrance des malades et de leurs familles[1]. L'esprit critique, c'est aussi, et peut-être avant toute chose exercer cette exigence d'attention envers ses propres idées et préjugés possibles, Pierre Bourdieu disait en ce sens que le premier devoir des sociologues consiste à faire leur propre socioanalyse.

Tout ceci n'est pas chose facile, mais nous souhaitons que l'*Association de Diététique et de Nutrition Critiques*[2] à l'origine de cet ouvrage et que je préside actuellement puisse être l'un des lieux où nous pouvons forger et mettre à disposition avec le plus de personnes possibles des outils pour favoriser le discernement et l'autonomie des professionnels de santé et du public.

Il me semble qu'une chose à porter est de faire en sorte que le soin dans le domaine de l'alimentation ne s'envisage pas seulement à un niveau individuel, face à un patient ou à un public, mais qu'il se joue aussi à un niveau plus sociétal, en amont : au niveau des pratiques d'influence au sein de la recherche fondamentale, de certaines sociétés savantes et des groupes d'experts établissant les recommandations de « bonnes pratiques » alors que les conflits d'intérêts sont monnaie courante (voir l'article de Louis-Adrien Delarue), et des décisions politiques en prise avec un lobbying très actif, que cela soit au niveau national ou international à l'OMS comme cela a été le cas du lobby du sucre il y a quelques années[3], ou à l'EFSA, l'agence européenne de régulation de l'alimentation, où un nouveau cas de conflit d'intérêt a été révélé en janvier 2012. Stéphane Foucart dans cet article du journal *Le Monde* note à ce sujet :

« La branche européenne de l'organisation non gouvernementale Pesticide Action Network (PAN) a rendu publics, le 23 janvier, des courriels internes

[1]Fassin D. Hauray B. (sous dir.) (2010), *Santé publique, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, p.185

[2]www.adnc.asso.fr

[3]http://www.lepoint.fr/actualites-societe/2007-01-18/comment-on-nous-gave-de-sucre/920/0/45064

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

de l'agence suggérant qu'un important groupe de travail avait été intégralement constitué par une unique toxicologue, membre du comité scientifique de l'EFSA, mais aussi étroitement liée à l'industrie. Selon nos informations, cette scientifique a en outre été employée par Philip Morris jusqu'au début des années 2000, et il est avéré que certains de ses travaux ont minimisé les risques liés à la cigarette. Cette affaire s'ajoute à des critiques récurrentes sur l'indépendance de l'agence basée à Parme, en Italie comme celles survenues, en novembre 2011, sur l'approbation de la pomme de terre transgénique Amflora. »[4]

Le Parlement européen a d'ailleurs récemment refusé de cautionner la gestion de l'EFSA et de deux autre agences européennes, appelant à « corriger les faiblesses de ses procédures de recrutement, qui portent préjudice à la transparence de ces procédures » et à « considérer comme un conflit d'intérêts la participation actuelle ou récente de membres de son conseil d'administration, de ses comités ou de ses groupes de travail ou de son personnel aux activités de l'ILSI (International Life Science Institute) » qui regroupe les principaux industriels de l'agroalimentaire, de la chimie et de la pharmacie. Il faut dire que la veille du vote, la présidente du conseil d'administration de l'EFSA, Diana Banati, partait prendre la direction exécutive de l'ILSI pour l'Europe... Les députés européens ont également porté des jugements sévères sur l'activité scientifique de l'EFSA en estimant que « l'évaluation des produits ne devrait pas reposer seulement sur les données fournies par le secteur [industriel concerné] mais doit tenir dûment compte de la littérature scientifique indépendante. »[5]

Il s'agirait de s'organiser en fonction de cela afin de ne pas venir seulement en aval, lorsque les personnes souffrent, et faire en sorte que ces problèmes soient le plus possible résolus à la source. L'universitaire Marion Nestle, auteur du célèbre ouvrage *Food Politics* qui analyse de manière détaillée l'influence de l'industrie agroalimentaire au sein de la nutrition et du système de santé américain, termine son ouvrage devenu une référence dans le domaine en nous invitant à nous inspirer du combat mené face à l'industrie du tabac. Pour elle, il y a eu progrès en la matière à partir du moment où il ne s'agissait plus seulement de s'occuper des fumeurs, mais de remettre en question l'influence de l'industrie du tabac poussant à la consommation de ses produits. Depuis il y a eu de nombreux procès intentés à l'industrie du tabac, ce qui a notamment eu pour résultat d'avoir accès aux archives internes des cigarettiers qui tracent un fossé entre leur discours public rempli

[4]Stéphane Foucart, « Trois agences européennes épinglées pour leur gestion », in *Le Monde*, 12 mai 2012, p.9

[5]http://www.lemonde.fr/planete/article/2012/01/27/nouveau-conflit-d-interets-a-l-autorite-europeenne-de-securite-alimentaire_1635511_3244.html

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

de bonnes intentions et leur stratégie et vision pour enrôler le maximum de consommateurs, quels qu'il soit, femmes enceintes et enfants compris. Vous trouverez notamment dans le livre du professeur Gérard Dubois *Le rideau de fumée*[6] le récit de cette campagne et les données qu'elle a permis de faire émerger, ce qui n'est pas inutile vu que l'industrie du tabac a servi d'exemple à la plupart des autres industries majeures en termes de stratégies de communication, d'intimidations vis-à-vis des chercheurs critiques, et de pollution du débat scientifique, pour reprendre les termes du professeur d'épidémiologie David Michaels dans son livre majeur *Doubt is their product*, (*Le Doute est leur produit*) où il analyse minutieusement les différents procédés utilisés par les industriels pour entretenir des controverses scientifiques afin de retarder voire éviter des réglementations en défaveur de leurs intérêts[7].

Le lobby agroalimentaire est très puissant, représenté en France en premier lieu par l'Association Nationale des Industries Alimentaires (ANIA) qui rappelait dernièrement aux candidats à l'élection présidentielle 2012 qu'elle pèse 143,6 milliards d'euros et emploie 477 000 salariés directs dans 10500 entreprises[8]. Il finance un nombre considérable d'études, et il faut ici se rappeler que les résultats des recherches scientifiques s'avèrent en moyenne 4 fois plus favorables aux sponsors privés comparés à des études indépendantes[9], il fait appel à des agences de communication et de relations publiques, enrôle plus ou moins à leur insu nombres de chercheurs et « leaders d'opinion » pour relayer ses messages, sait courtiser les décideurs politiques ad hoc jusqu'à l'Assemblée nationale et au Sénat[10], diffuse ses publicités dans les journaux scientifiques les plus réputés, ce qui menace leur indépendance éditoriale. Face à une telle emprise et de tels moyens financiers à disposition, les citoyens et les professionnels de santé qui souhaitent défendre l'intérêt général, et désirent échapper autant que faire se peut dans leurs pratiques professionnelles aux multiples influences les prenant pour cible, ont à mon sens besoin de se rassembler. C'est la raison pour laquelle l'ADNC a vocation à se rallier à d'autres associations et collectifs, ou plates-formes d'organisations, qui œuvrent dans une direction commune. Je pense à la *Fondation Sciences Citoyennes* qui travaille à faire valoir l'expertise citoyenne ainsi que la défense des lanceurs d'alerte

[6]Dubois Gérard (2003), *Le rideau de fumée*, Paris : Seuil

[7]Michaels David (2008), *Doubt is their product*, New York : Oxford University Press.

[8]Rubrique « Conflit de canard », in *Le Canard enchaîné*, 7/03/2012, p.

[9]Bekelman JE, Li Y., Gross CP., « Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research : a systematic review », *Journal of the American Medical Association*, vol.289, n°4, janvier 2003, p.454-465

[10]Nouzille V., Constanty H. (2006), *Députés sous influence*, Paris, Fayard

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

notamment[11]. Nous avons d'ailleurs l'honneur d'accueillir les contributions de deux d'entre eux dans cet ouvrage avec Pierre Meneton, lanceur d'alerte sur la question de l'excès de sel et André Cicolella sur les éthers de glycol. Je pense aussi au *Réseau Environnement Santé* représenté ici par les articles respectifs d'André Cicolella, Laurent Chevallier et Marie Grosman. L'ADNC a également récemment rejoint la plate-forme Alter-EU qui vise à encadrer les pratiques de lobbying[12].

Je pense que la crise actuelle du système sociopolitique est assez parlante pour présenter la violence de la phase du capitalisme que nous traversons. L'économiste Frédéric Lordon racontait il y a quelques temps que l'usine Nestlé de Saint Menet avait fermé en 2005 parce que le taux de profit n'était que de 9% alors que les actionnaires exigeaient 13%. Des emplois détruits alors que l'usine est tout à fait rentable, voilà un exemple caractérisant l'époque d'aujourd'hui, et cela avant la crise actuelle[13]. Le sociologue Jean Ziegler, rapporteur spécial pour le droit à l'alimentation du Conseil des Droits de l'Homme de l'Organisation des Nations Unies de 2000 à 2008 estime qu'aujourd'hui ce qui compte c'est faire le profit maximum dans le temps le plus court et à n'importe quel prix humain[14]. L'industrie agroalimentaire ne fait sûrement pas exception à cette règle. Mais notre attention critique ne concerne pas seulement les industriels, dont c'est après tout la finalité de faire du profit dans le cadre sociopolitique actuel où tout les y invite (il est vrai qu'elle pèse aussi de tout son poids sur les cadres réglementaires à tous les échelons pour qu'ils lui soient le plus favorables possible et qu'ils continuent à aller dans ce sens...)[15]. Elle doit aussi se tourner vers les pouvoirs publics et ses agences censées, elles, servir l'intérêt général et réguler l'action des industriels. On l'a vu avec l'affaire du Mediator®,il ne suffit pas de proclamer les agences « indépendantes » comme cela a été fait à leur fondation pour qu'elles le soient ensuite, le rapport des professeurs Even et Debré sur cette affaire est accablant pour l'agence du médicament créée en même temps que celle en charge de l'alimentation, ces professeurs emploient les termes de « faillite totale » de l'agence qui dispose pourtant d'un budget non négligeable[16].

La vigilance critique s'avère plus nécessaire et légitime que jamais après cette affaire qui a mis à jour des carences majeures du système de santé

[11]http://sciencescitoyennes.org/

[12]http://www.alter-eu.org/

[13]http://www.la-bas.org/article.php3?id_article=1108

[14]Ziegler Jean (2005), *L'empire de la honte*, Paris : Fayard, p.251

[15]CEO, *Europe Inc*., Agone, 2005

[16]Even Philippe, Debré Bernard (2011), *Les leçons du Mediator – L'intégralité du rapport sur les médicaments*, Le Cherche

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

français, analysées et rendues public par nombre d'observateurs indépendants depuis des années, mais ignorées ou même méprisées la plupart du temps par les instances officielles. Ce fut notamment le cas avec les rapports de la députée PS Catherine Lemorton, non soutenue par son propre parti politique, ou d'Irène Frachon qui est à l'origine de l'affaire du Mediator® et qui a subi dénigrations et pressions au lieu du soutien que l'on serait en droit d'attendre des pouvoirs publics[17].

Il s'agit donc de mener une veille à ce niveau-là pour souligner les manquements des agences et les stimuler à faire leur travail, qui n'est certes pas toujours évident vu qu'elles peuvent se retrouver entre le marteau des intérêts industriels et l'enclume du pouvoir politique, ce dernier étant bien souvent beaucoup plus prompt à réagir aux sirènes des intérêts économiques qu'à ceux de la santé publique. Les agences plus courageuses, comme l'AFFSET, dont l'ancien député André Aschierifut l'instigateur, ne sont pas vraiment encouragées et soutenues, et cette dernière fut intégrée à l'AFSSA assez rapidement (ce qui conduisit à la création de l'ANSES), comme le redoutait Aschieri depuis sa création, l'AFFSET aura malgré tout rendu quelques rapports dignes d'intérêt[18]. Le récent texte de Pierre Meneton « L'aveuglement de la communauté scientifique et des agences sanitaires »[19]va dans ce sens. Il s'agit notamment de prêter une attention particulière aux conflits d'intérêts très prégnants dans le système sociopolitique français comme le fait remarquer le livre de Martin Hirsch[20], ceci concerne également le système de santé comme le rapport sur le sujet de l'*Institute of Medicine*, l'équivalent américain de l'Inserm, le documenta de manière approfondie en 2009, entre autres[21].

Ce que j'entends également parfois dans le milieu de la diététique, c'est qu'il ne faut pas trop critiquer : soit parce que les choses ne sont pas si noires que cela, soit au contraire parce qu'elles peuvent l'être à tel point qu'il ne serait pas bienvenu de faire « peur » aux gens, ou de les démoraliser par l'ampleur du problème. La crainte porte aussi sur la possibilité de créer de la confusion au sein des professionnels de santé, ceux-ci étant soi-disant plus crédibles s'ils « parlent d'une seule voix ». D'après moi pour faire un

[17]Frachon Irène (2010), *Médiator 150MG : Combien de morts ?*, Editions-dialogues.

[18]Aschieri André (2010), *Mon combat contre les empoisonneurs : Comment les industriels s'organisent pour continuer à vendre leurs produits toxiques et comment les citoyens se mobilisent pour leur répondre*, La Découverte.

[19]Meneton Pierre (2011), "L'aveuglement de la communauté scientifique et des agences sanitaires", in *Biofutur* n°320 avril 2011, pp.52-53, téléchargeable sur le site de l'association : www.adnc.asso.fr

[20]Hirsch Martin (2010), *Pour en finir avec les conflits d'intérêts*, Stock

[21]http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20662118

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

diagnostic quelconque, il faut commencer par voir les choses de la manière la plus lucide possible. Je conçois que si l'on se retrouve seul face à de tels défis et remises en question, cela peut être déroutant voire déstabilisant, mais je suis de l'avis que si l'on se rassemble, on se sent moins vulnérable, on prend davantage conscience des victoires et des avancées dans ce domaine, comme celle du *Réseau Environnement Santé* pour le Bisphénol A par exemple, comme vous le lirez ici avec l'article d'André Cicolella. Au contraire, une telle démarche critique peut aussi être des plus stimulantes et passionnantes, c'est l'expérience en tout cas que certains d'entre nous en font.

L'un de mes souhaits est que les diététiciens et nutritionnistes ne se contentent pas de répéter et d'agir en fonction de ce qu'on a pu leur apprendre pendant leurs études, mais qu'ils continuent à se former en apprenant à choisir leurs sources et à recouper les informations, notamment en se documentant sur les stratégies d'influence existant dans leur domaine. Il me semble que c'est aujourd'hui un exercice nécessaire pour la qualité de leur pratique professionnelle, pour la santé des patients et du public, et pour eux-mêmes également car comme le dit à sa manière Philippe Breton :

« Déjouer la manipulation grandit celui qui s'y emploie et le fait se ressentir homme libre. La joie que l'on peut en retirer ne tient pas seulement à la découverte de ce que le raisonnement critique permet, elle n'est pas une simple joie cognitive, elle est aussi le plaisir de s'éprouver soi-même comme un être singulier parce que de plain-pied dans un monde qui n'est plus un pur spectacle de marionnettes dès l'instant qu'on le comprend. »[22]

[22]Breton Philippe (2000), *La parole manipulée*, La Découverte, p.197

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Thierry Souccar

Le beurre et l'argent du beurre[1]

Conflits d'intérêt massifs et répétés jusqu'au plus haut niveau des institutions, information biaisée ou dévoyée, censure, dénigrement ou intimidation… Ce n'est pas une série télévisée américaine, mais les agissements de l'industrie laitière en France. Cette industrie réalise dans notre pays un chiffre d'affaires de 24 milliards d'euros. Une partie de cet argent est réinvesti dans un marketing particulièrement agressif : avec 521 millions d'euros en 2009, l'industrie laitière est le premier investisseur publicitaire dans l'alimentation. Mais il faut rajouter à ce chiffre la gamme très créative d'outils de propagande relayés par le corps médical, les pouvoirs publics, et même l'éducation nationale. Le message ne change pas : mangeons chaque jour 3 à 4 laitages pour avoir des os solides.

L'idée qu'il faudrait consommer chaque jour une grande quantité de laitages pour prévenir l'ostéoporose est en soi absurde, puisque cette maladie n'existait pas avant l'introduction de l'élevage, n'existe pas là où l'on ne consomme pas de laitages et ne recule pas avec une consommation plus élevée ! Il s'agit au contraire d'une maladie de civilisation caractérisée par un mode de vie sédentaire, dans lequel les laitages occupent une part importante, comme l'excès de protéines animales, de céréales et de sel.

Les laitages ont été introduits très tardivement dans l'histoire de l'évolution puisqu'ils apparaissent seulement au néolithique avec l'élevage. L'espèce humaine n'en a donc jamais consommé pendant 7 millions d'années et continue pour l'essentiel à les ignorer : 10 000 ans après leur introduction, les laitages ne sont consommés régulièrement que par un quart des habitants de la planète.

C'est ainsi que tout a commencé…

L'idée bizarre de faire d'un aliment si marginal une arme quasi-magique contre les fractures osseuses est née dans les années 1920, aux Etats-Unis. On croyait alors que le calcium décidait en grande partie de la santé osseuse (c'est faux). Les besoins journaliers minimums en calcium avaient été

[1]Cet article est initialement paru dans la revue médicale *Pratiques – Les cahiers de la médecine utopique* en janvier 2012 dans son numéro 56, et il est ici édité avec l'aimable autorisation de l'équipe de rédaction.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

correctement estimés par les chercheurs américains autour de 450 mg. L'alimentation en fournissait 750 mg en moyenne. Si les apports moyens en calcium de la population américaine étaient donc supérieurs aux besoins, les apports en protéines étaient, eux, très largement supérieurs aux besoins, du fait d'une surconsommation de viande. Or on avait dès cette époque identifié un des ressorts de l'équilibre acido-basique du corps : un excès de protéines animales (acidifiantes) oblige le corps à puiser dans les réserves alcalines de calcium osseux, d'où une fuite de calcium. Comment compenser ? On aurait pu décourager la consommation de viande et encourager celle de fruits et légumes car ces aliments renferment des sels de potassium alcalins. Les nutritionnistes ont choisi une autre voie : la promotion de la surconsommation de calcium ![2] Les progrès de la conservation permettant d'amener du lait de vache au cœur même des villes, il devenait naturel d'encourager la population américaine à manger du lait, du yaourt, du fromage ou des crèmes glacées plus que de nécessaire afin de surconsommer du calcium dans les proportions de la surconsommation de viande.

Ce mouvement va se renforcer après la deuxième guerre, alors que l'objectif premier du Plan Marshall est de reconstruire l'agriculture européenne pour nourrir les populations. L'élevage et les laitages y jouent un rôle central. Le 18 septembre 1954, Pierre Mendès-France, président du Conseil annonce qu'il sera bientôt servi chaque jour aux écoliers et aux militaires un verre de lait avec du sucre, de quoi les rendre « studieux, solides, forts et vigoureux ». Sous la pression du lobby laitier, les laitages deviennent un groupe alimentaire à part entière et depuis 2001, le Programme national nutrition santé s'est aligné sur le message de l'industrie laitière pour conseiller lui aussi 3 à 4 portions de laitages par jour pour prévenir les fractures.

Science dévoyée

En 80 ans de publication scientifique, des dizaines d'études indépendantes ont tenté d'apporter la preuve que le calcium prévient les fractures de l'ostéoporose, en vain[3,4]. Des dizaines d'études épidémiologiques et cliniques ont été menées pour savoir si les laitages préviennent ces mêmes

[2]Sherman H.C. Calcium requirement of maintenance in man.*JBiolChem* 1920; 44:21-27.

[3]Seeman E. Evidence that calcium supplements reduce fracture risk is lacking. *Clin J Am SocNephrol*. 2010 Jan;5Suppl 1:S3-11. Review.

[4]Roux C, Bischoff-Ferrari HA, Papapoulos SE, de Papp AE, West JA, Bouillon R. New insights into the role of vitamin D and calcium in osteoporosis management : an expert roundtable discussion. *Curr Med Res Opin*. 2008 May;24(5):1363-70.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

fractures. Toutes ont répondu négativement[5,6,7,8,9]. L'affaire est donc entendue, au moins sur le plan scientifique.

Comment dès lors peut-on continuer à faire croire que les laitages sont efficaces, et baser des recommandations nutritionnelles sur des croyances fallacieuses ?

Ce tour de passe-passe est exécuté grâce à l'intrusion d'un « marqueur intermédiaire », la mesure de la densité osseuse. Ce sont les laboratoires pharmaceutiques qui dans les années 1990 ont réussi à imposer la mesure de la densité osseuse comme critère de choix de la santé osseuse, un peu comme le niveau de cholestérol dans le sang s'est imposé abusivement comme juge de paix du risque cardiovasculaire.

Incapable de démontrer quoi que ce soit côté fractures, l'industrie laitière a vu de suite l'intérêt de la densité osseuse, car une consommation élevée de laitages augmente transitoirement cette densité osseuse. Il lui a dès lors suffi de financer de petites études d'intervention au cours desquelles après avoir avalé des laitages, des adolescentes ou des femmes ménopausées ont vu leur densité osseuse à certains sites varier à la marge, pour accréditer de manière subliminale l'efficacité des laitages. Mais la densité osseuse prédit-elle le risque de fractures ? On sait aujourd'hui que ce n'est pas le cas (9). Pour estimer ce risque, l'OMS utilise d'ailleurs un outil de dépistage des fractures d'ostéoporose (appelé FRAX) qui ne prend pas en compte la densité minérale osseuse.

Caisse de résonance

Pour diffuser ses études sur la densité osseuse et étouffer la petite voix des études négatives sur les fractures, l'industrie laitière a mis les moyens. Objectif : établir des liens étroits avec médecins, journalistes et relais d'opinion. En France, la Fédération nationale des producteurs de lait, la

---

[5]Cumming RG, Cummings SR, Nevitt MC, Scott J, Ensrud KE, Vogt TM, Fox K. Calcium intake and fracture risk: results from the study of osteoporotic fractures. *Am J Epidemiol.* 1997 May 15;145(10):926-34.

[6]Weinsier RL, Krumdieck CL. Dairy foods and bone health: examination of the evidence. *Am J ClinNutr*. 2000 Sep;72(3):681-9.

[7]Kanis JA et al. A meta-analysis of milk intake and fracture risk : low utility for case-finding. *Osteoporosis Int* 2005;16(7):799-804

[8]Bischoff-Ferrari HA et al. Calcium intake and hip fracture risk in men and women: a meta-analysis of prospective cohort studies and randomized controlled trials. *Am J ClinNutr*. 2007 Dec;86(6):1780-90.

[9]Viguet-Carrin S. The role of collagen in bone strength.*Osteoporosis Int* 2006;17:319-336.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Fédération nationale des coopératives laitières et la Fédération nationale des industries laitières ont créé une structure ad hoc, le Centre national interprofessionnel de l'économie laitière (CNIEL). Le CNIEL a accouché en 1981 d'une autre structure, le CIDIL (Centre interprofessionnel de documentation et d'information laitières). Le CIDIL contribue selon sa propre profession de foi « au développement de la consommation du lait et des produits laitiers, par des programmes de promotion collective ». Le CIDIL porte la bonne parole laitière aux médecins et au grand public. Aux médecins, en finançant des numéros spéciaux de la presse médicale pour rappeler l'intérêt du calcium laitier. Ou en montant des conférences. Enfin au début des années 1990, a été créé le Centre de recherche et d'information nutritionnelles (CERIN) qui se présente comme « un organisme scientifique dont la mission est de favoriser le développement et la diffusion des connaissances sur les relations entre alimentation et santé ». Il s'agit en réalité d'une autre structure de propagande, qui finance des colloques et des brochures à la gloire des laitages pour le grand public.

Corps médical sous influence

L'industrie laitière contribue au financement de structures acquises à la cause des industriels comme l'Institut français pour la nutrition (IFN) où se recrutent les médecins et chercheurs qui porteront la bonne parole. Elle finance également des « sociétés savantes » stratégiques et médiatisées, comme la Société française de pédiatrie (SFP) ou le Groupement de recherche et d'information sur l'ostéoporose (GRIO). Par exemple, la SFP reçoit un financement du Syndicat des aliments de l'enfance, une organisation créée par Blédina, Candia, Lactalis, Laiterie de Montaigu, Laits Materna, Mead Johnson, Milupa/Nutricia, Nestlé, Régilait, Sodilac, etc… Coïncidence ? Ces sociétés savantes donnent volontiers leur caution médicale aux messages en faveur des 3 à 4 laitages par jour.

Dans un éditorial publié en novembre 2008 dans les *Archives de Pédiatrie*, plusieurs membres de la Société française de pédiatrie défendaient ainsi la consommation massive de lait de vache comme moyen d'améliorer la santé des plus jeunes et des moins jeunes, accusant ceux qui professaient autrement de mettre la santé des enfants en danger. Cet éditorial, qui occultait soigneusement les données bibliographiques indépendantes, a été largement diffusé par l'industrie laitière comme preuve de l'engagement des médecins en faveur des laitages. Les *Archives de Pédiatrie*, qui sont administrées par la SFP, ont reçu de ma part en réponse le 25 novembre 2008 une mise au point résumant les données de la littérature scientifique sur les laitages et la santé. Le 13 décembre, le journal m'a répondu qu'il ne pouvait publier le texte en l'état. Motif : le « manuscrit est beaucoup trop

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

long avec beaucoup trop de références » pour une lettre aux *Archives de Pédiatrie*. Qu'à cela ne tienne, le 29 janvier 2009 une nouvelle mouture de l'article a été soumise à la rédaction non plus en « courrier » mais sous la forme d'un article de synthèse. Cette fois, les contraintes de longueur étaient respectées et rien en théorie ne s'opposait à sa publication. Mais le 2 mars, le directeur de la rédaction, me répondait ceci : « Quelles que soient les qualités de votre reflexion (sic) sur le sujet concerné, notre vocation n'est pas de publier le genre de document que vous nous soumettez. Je suis donc au regret de vous informé (re-sic) que votre manuscrit ne peut être publié dans les *Archives de Pédiatrie*. » La "vocation" des Archives de Pédiatrie serait-elle de ne publier que des articles qui flattent leurs sponsors ?

Conflits d'intérêts

Au fil des années, l'industrie laitière a enrôlé un nombre considérable de médecins et de chercheurs dans des comités scientifiques bidon, des études scientifiques complaisantes, des colloques de circonstance. Ces liens sont rarement portés à la connaissance du public. Il a fallu attendre 2004 et la parution au Seuil de « Santé, mensonges et propagande » le document que j'ai écrit avec Isabelle Robard, pour commencer de prendre la mesure du phénomène, avec 20 des 29 experts du comité de nutrition humaine de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments ayant des liens avec l'industrie laitière à l'époque. Le directeur scientifique de l'Afssa était membre du conseil scientifique de Danone. Quant aux apports conseillés en calcium de 2001, qui mettent l'accent sur l'intérêt des laitages, ils ont été rédigés par un scientifique membre à l'époque de l'Institut Candia. Cette information n'a pas été portée à la connaissance du public.

Les *Archives de pédiatrie*, qui publiaient en 2008 l'éditorial musclé des pédiatres pro-laitiers se sont bien gardées de faire état des liens qui unissaient les auteurs médecins aux industriels. L'auteur principal de l'éditorial est membre de l'Institut Danone. Un autre professeur cosignataire, préside l'Institut Danone. Un autre encore est conseil scientifique de Syndifrais, l'intersyndicale des producteurs de produits laitiers. Un autre cosignataire, également membre de l'Afssa, a des liens avec plusieurs fabricants de laits artificiels : Nestlé, Mead-Johnson et Nutricia. D'autres encore interviennent régulièrement dans des conférences payées par l'industrie.

Le principal responsable du Programme national nutrition santé est resté longtemps parallèlement membre du conseil scientifique de Candia. Après que cette information ait été publiée dans « Santé mensonges et propagande », ce médecin s'est démis de ses fonctions chez l'industriel.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Mais on le retrouve aujourd'hui… comme membre de l'Institut Danone, avec 77 autres confrères tous très médiatisés. Leurs interventions dans la presse, souvent en faveur des laitages, ne s'accompagnent jamais du rappel des liens qui les unissent à un industriel.

Dénigrement et intimidations

L'industrie laitière veille au grain. Si les études favorables sur la densité osseuse sont mises en avant, les oiseaux de mauvais augure se font clouer le bec. La plupart des émissions radio et télévisées auxquelles Isabelle Robard et moi-même avons été invités sur le thème des laitages ont été annulées parfois quelques heures avant le passage en studio, ou nos propos ont été censurés après enregistrement. Y compris dans l'audiovisuel public. Lorsque j'ai pu prendre la parole, les journalistes de la presse écrite ou audiovisuelle qui m'avaient invité ont été soumis à une pression insupportable des annonceurs ou de médecins téléguidés par l'industrie. Aux Etats-Unis, mon ami le Pr Walter Willett, qui dirige à Harvard la plus importante unité de recherche en nutrition au monde et tient sur les laitages le même discours, a bien accès aux médias, mais pas à la plupart des colloques financés sur fonds privés.

Cependant, tous les médias ne se laissent pas intimider. L'industrie laitière utilise donc une autre stratégie : discréditer le discours des scientifiques indépendants en faisant passer ceux qui ne pensent pas comme elle comme des extrémistes dangereux et/ou des charlatans. Pour cela ont été inventés des « éléments de langage » comme : « anti-lait » et « pseudo-scientifique ». Ces éléments de langage sont réutilisés par les amis de l'industrie laitière. Le terme « anti-lait » se retrouve dans plusieurs présentations récentes, dont une délivrée au début de l'été 2011 par le responsable d'un Institut de Lille, qui reçoit pour ses recherches un financement de Danone. Encore une coïncidence. On le retrouve aussi dans un long article en faveur des laitages publié au printemps par un magazine de gastronomie, qui donnait la parole à un médecin membre de l'Institut Danone. Leurs liens avec l'industrie laitière restent inconnus du public.

A partir du début des années 2000, j'ai publié plusieurs articles faisant état d'un risque accru de cancer de la prostate avec une consommation élevée de laitages. Ces articles ont créé un émoi compréhensible dans l'industrie laitière. La réaction ne s'est pas fait attendre. Dans un document officiel de 2003 censé faire référence sur les relations entre alimentation et cancer, le PNNS et son directeur (alors membre de l'Institut Candia) écrivaient qu'on ne peut « en aucun cas mettre en accusation le lait et les produits laitiers en termes de risque de cancer ». Prétendre le contraire, serait, selon le PNNS,

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

propager des « idées fausses pseudo-scientifiques » qu'il est particulièrement important de « battre en brèche. »

Mais il faut parfois savoir garder sa langue dans sa poche. En mars 2006, ce médecin apparaissait (on l'imagine, malgré lui) comme cosignataire d'une étude dans laquelle un risque accru de cancer de la prostate était observé chez les hommes qui consommaient le plus de laitages et de calcium par rapport à ceux qui en consommaient le moins. Ce n'était ni la première, ni la dernière.

Entre 1999 et 2007, la consommation de laitages a baissé de 12 % en France.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Morgane Baridon

Du changement à l'hôpital ?[1]

J'exerce ma profession dans un centre médical depuis plusieurs mois. C'est grâce à la lecture de quelques supports bien référencés, notamment *« Lait Mensonges et Propagande »* de Thierry Souccar, que j'ai découvert une réalité scientifique sur les produits laitiers qui n'avait jamais été ne serait-ce qu'évoquée durant mes études de diététique. D'abord incrédule puis scandalisée par tant de manipulations décryptées dans ces travaux, j'en ai fait part à mes collègues diététiciennes. Au nombre de cinq, aucune d'entre elles n'était au fait de ces données scientifiques actuelles sur ce groupe d'aliments. La majorité s'est pourtant montrée réfractaire au fait de remettre en question les produits laitiers, il faut dire que leur consommation dans ce centre est fortement prônée par le corps médical, comme partout ailleurs me semble-t-il.

En fait, comment pourrait-il en être autrement quand on connait les manières, depuis des décennies maintenant, par lesquelles ces produits laitiers se sont imposés à nous comme d'incroyables alliés santé, par le biais de nos autorités de santés, des industries et des médias, qui entonnent sur ce sujet le même refrain en cœur, inlassablement? Je n'ai pu accepter de telles règles de conduite au sein d'un centre médical ayant un service nutrition bien réputé, et j'ai donc décidé d'en discuter avec ma cadre de santé. Celle-ci a fait suivre le message ce qui a conduit à ce que la controverse des produits laitiers soit un thème qui sera abordé lors de la prochaine réunion du Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN). J'ignore ce qui adviendra suite à cette réunion, mais il est certain que la simple discussion de ce sujet ne peut être que bénéfique, en espérant qu'elle puisse encourager les débats et contribuer à libérer la parole au sein de l'équipe de soin et, pourquoi pas, mener à des initiatives innovantes voire courageuses si besoin, dans l'intérêt des patients.

Il faudrait se donner les moyens de changer les choses lorsque cela s'avère nécessaire, et pour cela les professionnels de l'alimentation devraient se tenir au courant des actualités et controverses concernant la recherche de leur

[1] Cet article est initialement paru dans la revue médicale *Pratiques – Les cahiers de la médecine utopique* en janvier 2012 dans son numéro 56, et il est ici édité avec l'aimable autorisation de l'équipe de rédaction.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

domaine, en sachant discerner l'intérêt et les valeurs portées par les différentes sources d'informations en présence. Il est assez bouleversant de prendre conscience que des médecins, nutritionnistes et diététiciens, à qui nous donnons notre confiance en matière de nutrition et de santé puissent être manipulés, mais n'est-ce pas l'une des leçons essentielles à retenir de l'affaire Mediator® ? Ce n'est pas là le premier scandale auquel nous faisons face, et certainement pas le dernier, hélas. Il est pourtant aujourd'hui toujours aussi difficile d'être entendu lorsque l'on va à l'encontre des recommandations officielles, et de ce qui est pris et répété comme seules références valables par la majorité de la profession, sans réel débat la plupart du temps.

Il est vrai que le doute n'est pas toujours chose facile à vivre, car si nous ne pouvons pas avoir confiance dans les plus hautes instances sanitaires, à qui pouvons-nous nous fier ? Tant d'informations/désinformations arrivent à semer le trouble, et cela nécessite ensuite un certain temps pour aiguiser son discernement et arriver à mieux trier le bon grain de l'ivraie. En tant que diététicienne, l'affaire des laitages m'a particulièrement secouée et je me suis rendu compte qu'il est difficile ne serait-ce que de mettre en question des repères si solidement ancrés dans les esprits. Mais selon moi, nous nous devons en tant que professionnels de mettre nos conceptions à l'épreuve, sachant que notre domaine d'exercice est sujet à diverses influences pouvant s'écarter bien loin de l'intérêt des malades. Et j'ai le sentiment que les choses peuvent changer, et nous le devons aussi à ceux qui travaillent, cherchent, analysent et délivrent des informations indépendantes et de manière critique. Il faudrait encourager ce cheminement vers plus un savoir plus juste afin que professionnels et grand public puissent bénéficier de conseils plus avisés.

Notre nourriture a tellement évolué ces dernières décennies, l'arrivée de l'alimentation industrielle ainsi que de diverses pollutions chimiques jouent sans doute un rôle non négligeable dans un nombre important de pathologies hautement répandues. Si certaines recherches peuvent permettre aujourd'hui de palier à certains de ces troubles, nous devrions en connaître les clefs et les utiliser à bon escient. Et ne pas attendre que les autorités nous disent ce que nous devons penser et faire.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Marie Grosman

Sucre, caries et lobbying

Le sucre est-il mauvais pour les dents ? Derrière cette simple question se cachent d'insoupçonnables intérêts financiers contradictoires avec ceux de santé publique.

L'avis des spécialistes officiels de la prévention des caries

Allons d'abord nous renseigner auprès des spécialistes de la question, par exemple auprès d'une universitaire spécialisée en prévention buccodentaire, responsable du département de prévention et épidémiologie à la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg et vice-présidente du collège national des enseignants odontologistes en santé publique. Cette experte en prévention a par exemple présidé la 10e journée de santé publique dentaire, à l'invitation du Conseil Général du Val-de-Marne. Sur le lien entre sucre et caries, quel est l'avis de cette grande spécialiste ? On le trouve dans un document datant de 2010 justement intitulé « *Sucres et Carie* » et destiné à « informer clairement le professionnel de santé sur les moyens d'aider les patients à garder des dents saines toute leur vie, sans pour autant se priver du plaisir bien naturel de consommer raisonnablement du sucre » (nous reparlerons de ce document plus loin). Selon cette universitaire odontologiste :

« La croyance populaire selon laquelle manger du sucre entraîne la formation de caries est encore répandue. Pourtant il est aujourd'hui largement admis par les professionnels de la santé bucco-dentaire que ce lien est loin d'être direct (…) et surtout que de nombreux facteurs intercurrents, comme la fréquence ou la durée de séjour en bouche de l'aliment glucidique jouent un rôle plus important que l'ampleur de la consommation de sucre. »

Pour simplifier, on peut manger beaucoup de sucre mais il faut avaler vite …

Parmi les autres spécialistes officiels de la prévention, il y a bien sûr l'Union Française pour la santé buccodentaire (UFSBD), association loi 1901 qui regroupe de nombreux dentistes dont le principal objet est de « susciter, animer, coordonner tous les efforts entrepris en faveur de la santé buccodentaire en France ». Son président jusqu'en janvier 2012, le chirurgien-dentiste Patrick Hescot, est conseiller technique du ministre de la santé Xavier Bertrand. L'UFSBD collabore avec l'OMS (Organisation

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Mondiale de la Santé), et son principal objectif affiché est de « promouvoir en France la Santé et l'Hygiène bucco-dentaire en sensibilisant toute la population à son importance et en développant dans la profession dentaire une "conscience de prévention" ». L'UFSBD est aussi partenaire de l'Institut National de Promotion et d'Education pour la Santé (INPES), de la Croix Rouge Française, de la Mutualité Française... On a donc affaire à un acteur incontournable de la prévention des caries. L'UFSBD fait maintenant également partie du dernier Programme National Nutrition et Santé (PNNS 3), et elle a bien l'intention de contribuer de manière importante aux enjeux de santé publique en matière de nutrition qui sont directement liés à la santé bucco-dentaire comme « la consommation de sucre et le grignotage, les troubles du comportement alimentaire et leurs conséquences, la dénutrition, la consommation de calcium et de sel fluoré. »[1] L'UFSBD demande aussi à être associée de façon plus systématique aux programmes nationaux de santé publique et mène tout un travail de fond pour montrer les interactions entre santé dentaire et santé en général. L'ambition des membres de l'UFSBD est d'être considérés comme des « médecins de la bouche » et au-delà comme des acteurs en santé globale, ce qui se conçoit dans le sens où il faut toujours considérer la santé dans sa globalité.

Le chocolat et les chewing-gums, de bons amis des dents !

Chaque année l'UFSBD organise un Colloque National de Santé Publique et celui concernant la nutrition a eu lieu en le 12 octobre 2006. Le docteur Sibylle Opsahl Vital y affirmait qu'« une alimentation saine et équilibrée devra être préconisée : trois à quatre repas par jour, éviter les grignotages, privilégier l'eau comme boisson et se méfier des idées reçues concernant la teneur en sucre des sodas, qui est rarement plus élevée que celle des jus de fruits. Enfin, aucun aliment ne doit être diabolisé ni interdit ». Le Docteur Patrick Hescot quant-à-lui précisait : « Je ne veux pas me faire l'avocat de l'industrie agro-alimentaire. Mais je voudrais qu'on soit bien clair : il n'y a pas de relation directe entre la consommation de sucre et la carie dentaire. La prévention passe par la fluoration ». Pour le président de l'UFSBD, la prévention des caries ne passerait donc pas par une limitation de la consommation de sucreries, mais seulement par la fluoration. D'ailleurs, on s'aperçoit que l'UFSBD aime bien le chocolat à qui un certain nombre de bienfaits sont reconnus, comme le rappelle un de leurs supports pédagogiques : « Le chocolat possède des qualités anti-cariogènes ; il peut à juste titre compter parmi les bons et loyaux alliés de nos dents » et « Dire

[1]Lettre de l'UFSBD « Questions de santé », hiver 2011

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

que le chocolat peut-être mauvais pour les dents, quelle erreur ! »[2] En voilà une bonne nouvelle !

A part le chocolat, l'UFSBD aime aussi les chewing-gums, et elle a notamment axé la prévention bucco-dentaire sur la mastication de gomme à mâcher après les repas. Nous avons tous vu le logo de l'UFSBD au dos des paquets de chewing-gum ou de nombreux sachets de bonbons. En complément du brossage l'UFSBD recommande « le chewing-gum sans sucre qui participe efficacement à la santé bucco-dentaire ». Dans la composition de ces chewing-gums, on retrouve beaucoup d'édulcorants (polyols, sorbitols, etc.) Il y a aussi des colorants, de l'aspartame, dont il est question dans l'article d'André Cicolella, et de la gomme base mais ce n'est pas le premier ingrédient : il y a beaucoup plus d'édulcorants que de gomme base.

Au sujet des bienfaits du chewing-gum, il est précisé sur un site de dentistes que : « la croyance populaire est qu'il n'est pas bon pour les dents de mâcher du chewing-gum », et « cependant, de nombreux dentistes pensent que le chewing-gum sans sucre après les repas a de nombreux avantages. D'ailleurs le chewing-gum sans sucre Wrigley'sOrbit a été le premier chewing-gum à recevoir l'accréditation de l'Association Dentaire Américaine en reconnaissance à sa contribution à une bonne santé buccale. »[3] Pourquoi cela? L'explication serait qu'après le repas le pH baisse dans la bouche, ce qui traduit une augmentation de l'acidité ; en revanche, la mastication d'un chewing-gum ferait rapidement remonter la courbe du pH vers sa valeur initiale. Selon l'UFSBD, en absence de chewing-gum, la courbe est censée rester désespérément basse, indiquant l'installation d'un milieu acide après les repas. Le documentaire « Mystère et boule de gomme » diffusé en avril 2010 sur *Envoyé spécial*[4] démontait très bien le subterfuge, montrant que l'industrie du chewing-gum n'hésite pas à recourir à des documents scientifiques falsifiés pour faire passer ses messages, relayés ensuite efficacement dans les publications de l'UFSBD dont une partie du budget provient des mêmes grandes firmes.

Qui finance les experts en santé buccodentaire ?

Intéressons-nous maintenant aux financeurs de ce professeur de santé publique de Strasbourg qui a écrit dans *Sucres et Carie*, un document édité

[2]Le Canard Enchaîné du 4 mai 2005.

[3]www.diagnosticdentaire.com

[4]Reportage « Mystère et boule de gomme », 29/04/2010 : http://envoye-special.france2.fr/les-reportages-en-video/mystere-et-boule-de-gomme-jeudi-29-avril-2010-2222.html

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

par … le Centre d'Etudes et de Documentation du Sucre (CEDUS), autrement dit le lobby du sucre. Si l'on regarde sa déclaration publique d'intérêts (DPI) auprès de l'Afssaps, on trouve notamment Procter &Gamble, qui vend entre autres des dentifrices au fluor (la firme est d'ailleurs à l'origine du discours protecteur et anti-cariogène du fluor), Novartis, l'UFSBD dont nous avons parlé, et le Cedus (DPI 2009, Afssaps). Le fait que cette odontologiste axe la prévention des caries sur la prescription de fluor et non sur la baisse de consommation de sucreries, et qu'elle est par ailleurs financée par une firme liée au fluor et par le lobby du sucre, est sans doute le fruit du plus grand des hasards.

L'UFSBD, qui est en fait une société commerciale qui vend en ligne divers produits, est elle aussi sponsorisée par l'industrie du sucre, avec de nombreux partenaires : Cadbury, Hollywood Chewing-gum, Freedent, M&M's, Masterfoods, Unilever.... qui peuvent surprendre quand il s'agit de santé bucco-dentaire.

Les effets pervers de la prévention des caries

Il est intéressant de préciser que cet organisme privé, en charge de la prévention de la santé bucco-dentaire en France, organise chaque année des visites de dentistes dans les classes : plus de 360 000 enfants entre 6 et 12 ans ont pu en bénéficier durant l'année scolaire 2009-2010 par exemple. Les dentistes préconisent à cette occasion le brossage des dents, le chewing-gum après le repas, le fluor (les dentistes sont prescripteurs de fluor dans leurs cabinets), et pratiquent le dépistage en regardant dans la bouche des enfants pour voir s'ils ont des caries.

Il faut savoir qu'avant 2005, le meilleur matériau préconisé par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France depuis 1998 pour soigner les caries des enfants et des adultes jeunes était les composites de type résine, les amalgames n'étant indiqués qu'en cas de caries étendues. A partir de 2005 l'AFSSAPS, conseillée par les instances dentaires, préconise pour tous l'amalgame composé de 50% de mercure, y compris pour les enfants (contrairement à la plupart des pays européens). L'amalgame devient alors le matériau recommandé officiellement pour tous, alors qu'il est posé à quelques centimètres du cerveau, et que l'on sait que le mercure traverse la barrière sang-cerveau (hémato-encéphalique), puis va s'accumuler petit à petit dans le cerveau. Ce métal traverse aussi le placenta, et des autopsies ont

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

démontré que la quantité de mercure dans le cerveau des nourrissons était proportionnelle au nombre d'amalgames de la mère[5].

Le mercure est souvent vanté pour son effet bactériostatique, c'est-à-dire capable de limiter le développement des bactéries, mais ce que l'on sait peut-être moins c'est qu'il va migrer de l'amalgame jusque dans les dents saines où il prend la place du calcium, faisant le lit de la carie, comme l'ont montré deux études[6]. Une autre étude a montré un lien entre amalgame et perte d'audition : les auteurs considèrent que la presbyacousie que l'on observe chez un certain nombre de personnes peut être liée aux amalgames et non seulement au bruit[7].

Au final, la prévention prônée par l'UFSBD et les autorités dentaires aboutit à exposer les enfants à deux neurotoxiques avérés : le mercure et le fluor, tous deux traversant la barrière hémato-encéphalique. Notons aussi que l'UFSBD est financée par deux gros fabricants d'amalgames, Dentsply et Henry Schein[8].

La recherche dentaire est financée par l'industrie

La recherche dentaire internationale est aussi très liée à l'industrie, notamment du sucre. L'*Internal Association for Dental Research* par exemple, qui a pour mission d'améliorer la santé orale au niveau mondial, et qui a trois revues indexées dans Medline, est sponsorisée par M&M Mars (Mars,M&m's, Snickers, Twix...) et Unilever (Carte d'Or, Miko...). On retrouve aussi l'industrie pharmaceutique avec Pfizer, et les fabricants de dentifrice avec Procter &Gamble, Colgate-Palmolive... Une partie importante de leur quartier général à Alexandria (USA) a été financée par les dons provenant de M&M Mars. Cela ne les empêche pas de collaborer avec l'OMS depuis 1993.

---

[5]Drasch G et alii, "Mercury burden of human fetal and infant tissues",*Eur J Pediatr*. 1994 Aug;153(8):607-10.

[6]Harris HHetalii, "Migration of mercury from dental amalgam through human teeth", *J Synchrotron Radiat*. 2008 Mar;15(Pt 2):123-8 ; ET : Saber-Tehrani Metalii, "Assessment of some elements in human permanent healthy teeth, their dependence on number of metallic amalgam fillings, and interelements relationships"*Biol Trace Elem Res.* 2007 May;116(2):155-69

[7]Rothwell JA, Boyd PJ, "Amalgam dental fillings and hearing loss", *Int J Audiol*. 2008 Dec;47(12):770-6.

[8]http://www.ufsbd.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=72

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

L'éducation dentaire internationale est aussi liée à l'industrie :

L'*American Dental Hygienist's Association* est sponsorisée par Cadbury Adams (propriétaire, notamment, d'Hollywood Chewing-gum).

L'*International Association of Dental Students* est financée par Procter &Gamble.

L'*Association for Dental Education in Europe* est dotée de fonds de Dentsply, le leader mondial des amalgames.

La *Fédération Dentaire Internationale* (FDI) a plusieurs sponsors ; on trouve notamment parmi ses plus importants sponsors un géant de l'industrie agroalimentaire, Danisco. Et bien sûr, la FDI est largement financée par les fabricants d'amalgames.

Pour ce qui est de la prévention, l'Organisation européenne pour la recherche sur les caries a pour partenaires Coca-Cola, Masterfoods, le bureau du sucre (Sugarboard), Danisco et Wrigley … Coca-Cola parraine aussi l'*Académie Américaine de Dentisterie Pédiatrique* qui a pour mission de promouvoir la prévention de la santé orale des enfants, ce qui est un comble.

Des scientifiques inféodés à l'industrie du sucre

L'industrie du sucre, avec sa puissance de frappe, arrive aussi à débaucher des chercheurs de très haut niveau, comme par exemple le Docteur Richard Cottrell, une sommité qui a fait des recherches sur le cancer, mais qui est aussi « largement connu comme un "haut-parleur" – c'est une expression québécoise - sur la nutrition et les aspects sanitaires du sucre et des implications politiques de la recherche dans ce domaine. »[9] Ce « porte-voix » du lobby sucrier est un nutritionniste de santé publique membre de la *Chemical Society*, de la *Royal Societyof Public Health*, et de l'*Institute of Food Science and Technology*. Il a publié de nombreux articles scientifiques sur la nutrition, l'obésité... », ce qui lui a sans doute permis d'accéder au prestigieux et rémunérateur poste de Directeur général de l'*Organisation de la Recherche Mondiale du Sucre*.

L'intérêt des sucriers pour la relation entre caries et consommation de sucre n'est pas récent. Une étude datant de 1943, qui a d'ailleurs donné lieu à

[9]Site de l'Association Mondiale des Planteurs de Betteraves et de Canne à Sucre : http://www.wabcg10.com

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

une thèse, portait sur un public totalement captif puisqu'il s'agissait d'handicapés mentaux internés[10]. Il n'y avait pas grand monde qui avait droit à des bonbons à cette époque, mais ces patients avaient accès à volonté à des sucreries, et il a été observé une apparition de caries – tiens, y aurait-il quand même un lien ? A l'époque les sucriers menaient cette étude pour savoir si le fluor et diverses vitamines pouvaient prévenir la carie chez des consommateurs de sucre. Cette étude fut plus tard décriée pour son manque d'éthique et de déontologie.

Le lobby du sucre, le CEDUS, dont un des objectifs affichés est de « faire avancer les connaissances sur tous les aspects nutritionnels auprès du milieu médical ou paramédical », a un discours très clair sur ce point : « Il n'existe pas de corrélation entre la consommation de sucre et la survenue de caries », comme cela est écrit dans leur guide Sucre et Santé paru en 2007. En 2011 le discours est plus filandreux ; dans le document Du soleil au sucre, il est dit : « le pouvoir cariogène des glucides varie selon la forme, la texture et le temps de séjour en bouche des aliments. Aussi, le risque de caries dépend-il moins de la quantité de glucides absorbés que de la fréquence de consommation des aliments riches en glucides. »[11] Leur guide « Sucres et caries », déjà évoqué, conclut qu'en matière de prévention, il faut « promouvoir une prophylaxie "éclairée par le fluor". »[12] On retrouve ici exactement le discours des spécialistes de la prévention bucco-dentaire et du lobby du sucre.

Nous avons développé l'exemple du lien entre la consommation de sucre et les caries, mais on retrouve le même lobbying de l'industrie dans les domaines du diabète, de l'obésité etc. destiné à faire douter des liens entre la consommation de sucre et ces troubles de santé. Il suffit d'aller visiter les pages du site du CEDUS (http://www.lesucre.com/fr) consacrées au domaine « alimentation & santé » pour s'en convaincre, ou de consulter leurs brochures « Sucres et diabète » ou « Sucres et prise alimentaire ».

---

[10]E Bommenel, Sockerförsöket, « Kariesexperimenten 1943-1960 påVipeholmssjukhusförsinnesslöa » (L'expérience sur le sucre. Expériences sur les caries dentaires 1943-1960 à l'hôpital de Vipeholm pour handicapés mentaux), Thèse de doctorat. In Bo Krasse, "The Vipeholm Dental Caries Study: Recollections and Reflections 50 Years Later", *Journal of Dental Research*, 2001 80: 1785.

[11]CENTRE DOCUMENTATION DU SUCRE (CEDUS), « Du soleil au sucre », 2011, 33 p. http://www.lesucre.com/product/dusoleilausucre2011-pdf.pdf à la page 29

[12]CENTRE DOCUMENTATION DU SUCRE (CEDUS), « Sucres et caries », édition 2010, Collection Sucre et Santé, 27 p. http://www.extrasucre.org/espace.asp?espace=nutrition&showid=620658&title=sucres-et-caries-edition-2010&initdir=cedus%5CExtranet%5CNutrition%5CBrochures+et+Dossiers+de+presse%5CLes+Br%E8ves+Nutrition

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

L'industrie du sucre aime tester les « connaissances » des consommateurs par des questionnaires, pour évaluer l'efficacité de sa désinformation sur les liens entre sucre et santé. Par exemple, une « bonne connaissance » à avoir sur le sujet est que « le sucre fait partie de la saine alimentation ». Parmi les savoirs mesurés et considérés comme « erreurs » par les sucriers, on retrouve entre autres que « le sucre entraîne l'obésité. »[13]

Le sucre est-il le meilleur ami de nos dents ?

Au fait, que peut-on dire de la relation entre sucre et caries quand on n'est pas rémunéré par le lobby des sucriers ?

Nous avions réalisé avec quelques collègues de l'IUFM d'Aix-Marseille une publication où nous proposions des activités aux enseignants de Sciences de la vie et de la Terre (SVT). Pour la relation sucres et caries, nous avions utilisé des documents du CEDUS sur la consommation de sucre dans différents pays que nous avions croisés avec l'indice CAO (nombre de dents absentes, obturées ou cariées) de l'OMS chez les adultes[14] : plus le pays consommait de sucre, et plus l'indice CAO était élevé. Ici il s'agit d'une population adulte âgée de 39 à 44 ans, car pour les enfants, l'indice CAO se dégrade dans les pays en développement, notamment du fait de l'arrivée des sodas (en Amérique latine, le phénomène est plus ancien, du fait de la canne à sucre mastiquée très tôt dans la vie). Dans les pays riches la consommation de sucre n'a pas baissé, mais il y a eu des progrès dans l'hygiène – je ne parle pas ici de l'influence de la prescription de comprimés de fluor qui est controversée - et l'indice CAO a ainsi diminué chez les enfants.

Regardons les conclusions de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa, devenue Anses depuis) dans son rapport *Glucides et santé* (2004) :

« La relation entre la consommation de glucides fermentescibles et la carie dentaire est évidente. La consommation d'un aliment contenant du saccharose et de l'amidon augmente le risque carieux ».

Cependant :

« la cariogénicité de l'amidon comme composant principal d'un aliment (pain, riz, autres céréales) n'est pas évidente ».

[13]www.sugar.ca

[14]Faralli A, Grosman M, Marcel C, Stamegna R, *Intégration de la dimension éducation à la santé dans les programmes de SVT*, CRDP Aix-Marseille, 2002.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Et par ailleurs :

« plus le temps de contact avec les glucides fermentescibles est long (aliments collants), plus le risque carieux est important ».

La consommation d'une boisson sucrée augmente donc moins le risque direct de carie que la mastication d'un caramel mou. Mais l'Afssa précise qu' « il existe une relation entre boissons acides (jus de fruits, sodas) et l'érosion dentaire (perte progressive et irréversible de l'émail dentaire) », ce qui « augmente le risque carieux. »[15]

En conclusion, les connaissances scientifiques permettent de conclure à un lien avéré entre la consommation de sucres et la maladie carieuse, soit directement (sucres solides), soit indirectement (boissons sucrées).

Si la question posée en début d'article n'a pas de réponse simple, c'est bien grâce à la puissance financière de la filière sucrière qui a réussi à produire du doute, grâce à l'instrumentalisation de quelques scientifiques. Il est particulièrement choquant que les relais du lobby sucrier, financés par celui-ci, parviennent à s'imposer comme spécialistes de la santé buccodentaire dans des programmes ou organismes publics comme le PNNS et l'INPES, ou soient invités par des collectivités territoriales comme le Conseil général du Val-de-Marne pour discourir sur la prévention des caries. Il est tout aussi choquant qu'en France la prévention de la maladie carieuse soit déléguée à une officine privée, l'UFSBD, financée en partie par les multinationales de l'agro-alimentaire faute d'investissement des pouvoirs publics[16]. Lorsque ces « spécialistes de la prévention » passent dans les médias ou animent des conférences en affirmant qu'il n'existe pas d'association entre les caries et la consommation de sucre, jamais ils ne rappellent leurs liens d'intérêts, ce qui est pourtant obligatoire et devrait tomber sous le coup de la loi. A nous d'être vigilants et de les démasquer !

[15]Afssa, *Glucides et santé : Etat des lieux, évaluation et recommandations*, octobre 2004

[16]Rapport de Cour des comptes sur les soins dentaires, septembre 2010 : « La prévention a longtemps relevé pour l'essentiel de la profession dentaire libérale et de l'UFSBD (union française pour la santé bucco- dentaire) qu'elle a créée en 1966, faute d'investissement des pouvoirs publics ».

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Mes remerciements vont au chercheur suédois Ulf Bengtsson, qui approfondit depuis des années les relations entre la profession dentaire et l'industrie, notamment dans deux rapports, cet article lui doit beaucoup :

Ulf Bengtsson, *Dental Science and Industry. Memberships, Affiliations and Sponsorships***,** A research document, December 2008.
Ulf Bengtsson, *The CoI-Report***,**October 2011 (une traduction de ce rapport est en ligne sur le site de l'association Non au mercure dentaire : http://www.non-au-mercure-dentaire.org/_fichiers/annexe_d_rapport_de_m._bengtsson_sur_les_conflits_dintrts.pdf

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Roger Lenglet

Lobbying et alimentation : le cas de la Semaine du goût

Je vais vous parler de la Semaine du goût. Comme chaque année, nous allons retrouver une nouvelle édition de cette opération, que vous connaissez tous, abondamment relayée par les médias, souvent animée par Jean-Luc Petit Renaud, le présentateur culinaire de télévision. Une Semaine du goût qui a pour vocation officielle, sous l'égide du ministère de l'Agriculture et du ministère de l'Enseignement (donc des pouvoirs publics), d'éduquer la population et notamment les jeunes au goût, aux vrais saveurs des aliments, d'assurer la transparence sur l'origine des aliments, leur composition, etc. Le discours de cette fameuse Semaine, à l'origine, nous répétait que la « bouffe industrielle » nous fait perdre le goût des bons aliments et qu'il fallait revenir aux vrais aliments et à l'art culinaire, et donc revaloriser les vrais plats, les traditions et inciter tout le monde à cuisiner chez soi. Un discours qui est précisément l'argument sur lequel s'appuyaient les ministères pour s'y associer. J'ai voulu regarder ça d'un peu plus près en me posant deux questions : « Qui finance cette Semaine du goût ? » et « Quelle est son origine ? ».

En ce qui concerne les partenaires de l'opération (partenaires et sponsors), j'ai été assez surpris, car la liste des partenaires a vu progressivement s'ajouter les enseignes suivantes : Carrefour, Aoste, Justin Bridou, Cochonou, Fleury Michon, Labeyrie, Madrange, Maggie, Liebig, Crunch, Kelloggs, Le Gall, Entremont, Richemont, Bonne Maman, Poulain, Kronembourg… On peut remarquer aussi au passage le Centre d'Informations des Viandes (CIV), qui regroupe les lobbies défendant le secteur, en particulier les charcuteries.

Premier étonnement : ces partenaires ne semblent pas vraiment incarner le retour aux saveurs culinaires authentiques, au savoir-faire de nos grands-mères ni à la transparence sur la composition des produits et les circuits d'approvisionnement. J'ai sorti en septembre 2011, un ouvrage avec André Aschieri, le père de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale et du travail (AFSSET) qui s'appelle *Mon combat contre les empoisonneurs*[1]. Nous consacrions un chapitre à cette « Semaine du goût » et ses coulisses, et nous avons mis en exergue ces partenaires

[1]Aschieri André et Lenglet Roger (2011), *Mon combat contre les empoisonneurs*, La Découverte.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

étonnants. J'ai remarqué qu'ensuite, pour la 22ème édition, ces partenaires ont disparu du site officiel de la manifestation (www.lasemainedugout.com), pour laisser place à de petits partenaires tout à fait sympathiques qui eux semblent renvoyer à certaines traditions culinaires et à des savoir-faire locaux. Puis, aujourd'hui, les gros partenaires montrent à nouveau le bout de leur nez, comme Carrefour Market…

Il faut préciser que la Semaine du goût a été lancée par la Collective du sucre, le lobby qui regroupe l'essentiel des producteurs de sucres. Lequel a peu de rapports a priori avec les artisans des régions. On trouvait aussi parmi ses initiateurs le Centre d'Etude de Documentation de l'Alimentation (CEDAL) et le Centre d'Etude et de Documentation du Sucre (CEDUS) qui représente aussi les sucriers sous un nom un peu ronflant, fait pour mettre en confiance et attirer les journalistes trop curieux qui se posent des questions et aiment trouver rapidement les réponses.

Cette Semaine du goût a été créée en 1990, ce qui mérite aussi réflexion. C'est exactement la période où s'était levé un vent de forte contestation contre les méfaits du sucre ; contestation appuyée sur des études publiées et d'autres sur le point de l'être, certaines montrant un niveau d'addiction du sucre extraordinaire dans la population correspondant au puissant pouvoir addictogène de ce produit. Des chercheurs du CNRS de Bordeaux s'apprêtaient justement à publier, à ce moment-là, une étude montrant que chez les rats (les animaux de référence pour mesurer les addictions) le sucre entraîne une dépendance supérieure à celle de la cocaïne. D'autres études montraient la relation sucre-diabète, sucre-obésité, sucre-surpoids, sucre et cancer, etc. En plus, cette période était celle où s'amplifiait la préconisation de réduire les apports en sucre dans l'alimentation quotidienne.

S'ajoutait à cela, une montée au créneau des pouvoirs publics qui commençaient à ruer dans les brancards avec des propositions pour recadrer les pratiques industrielles d'ajout de sucre. Bref, la volonté politique se manifestait de faire baisser les quantités de sucre qu'on avale communément, donnant lieu en particulier à un rapport de l'AFSSA (l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments – aujourd'hui ANSES)[2] et à d'autres rapports demandant qu'on divise le taux de sucre dans l'alimentation quotidienne, notamment les sucres ajoutés dans les produits en conserve et dans les plats préparés en usine. Sans compter le Plan National Nutrition-Santé (PNNS) qui se profilait avec des recommandations du même ordre…

[2]Rapport de l'AFSSA, *Glucides et santé : Etat des lieux, évaluation et recommandations*, Octobre 2004. http://www.anses.fr/Documents/NUT-Ra-Glucides.pdf

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Ce contexte, qui inquiétait beaucoup l'industrie sucrière, coïncidait en outre avec l'arrivée des édulcorants sur le marché et de la mode des produits « light » s'accompagnant de formules publicitaires surfant sur le souci de réduire notre taux de sucre. C'est l'époque où l'on voyait apparaître sur les paquets les mentions « sans sucres ajoutés », etc. La promotion des édulcorants et du « light » a déclenché une véritable guerre au sein du lobby agroalimentaire, qui a finalement débouché sur la mise en place d'un « comité des sages » dans lequel on a fait siéger des représentants des deux camps qui ont fini par s'entendre et signer un traité de paix pour éviter que chaque partie sorte les armes lourdes, c'est-à-dire les documents révélant les méfaits du sucre et ceux des édulcorants.

L'idée de la Semaine du goût est apparue comme une solution de compromis. C'est ce qu'on appelle en termes de lobbying « la création d'un discours positif et pro-actif dans un contexte de crise ». Cette opération est en fait extrêmement consensuelle, elle réunit tous les acteurs de l'agroalimentaire.

Evidemment, tout ça ne correspond pas à l'image que les médias donnent généralement de cet événement annuel. Les dessous de cette opération de marketing et de lobbying sont difficilement avouables pour la presse qui se finance en grande partie sur les annonceurs concernés.

En 2013, à l'occasion de la sortie de mon livre *24 h sous influences,* où je montre comment les pratiques d'influence des lobbies industriels nous manipulent quotidiennement, j'ai mené une enquête avec la journaliste Anaëlle Verzeau sur la Semaine du goût, pour l'émission de Daniel Mermet « Là-bas si j'y suis » diffusée sur France Inter[3]. Nous avons révélé comment cet événement confié à des lobbyistes permettait au groupe Carrefour Market de créer dans l'imaginaire des écoliers un souvenir positif durable reliant le supermarché et ses rayons à des moments de joie, associés à l'idée de sortie extra-scolaire et de désir alimentaire. Il est impensable que le ministère de l'Education nationale accepte de déléguer à des marques commerciales un simulacre d'enseignement sur la qualité des aliments. Cette mission doit rester la responsabilité de l'école. Cela devrait nous frapper beaucoup plus. Cette mission est normalement celle des enseignants mais ils semblent toujours dupes dans l'ensemble. Laisser les supermarchés faire cours à leur place sur ce sujet déterminant pour la santé publique est un scandale.

[3]« On est foutu on mange trop ! », 23 octobre 2013 : http://www.la-bas.org/article.php3?id_article=2856

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Grâce à nos critiques successives, la Semaine du goût n'a plus tout à fait le même goût pour une partie du public. Et l'on peut espérer que les ministères qui se sont laissé embarquer dans cette affaire se sentiront de plus en plus mal à l'aise si l'on continue de dévoiler les coulisses de cette mascarade. Mais ça ne semble pas encore troubler grand monde : les collèges ont pris l'habitude, lors de cette Semaine franchement dégoûtante, d'emmener les élèves dans les supermarchés qui, après les avoir promenés entre les produits, leur distribuent des chapeaux en papier et des « diplômes » de la Semaine du goût portant l'enseigne Carrefour Market, qu'ils rapportent en classe.

Il est grand temps d'ouvrir les yeux et de le faire savoir. La Semaine du goût nous roule dans la farine. Et si on lançait des actions de « contre-Semaine du goût » ? Je rêve de voir les acteurs de l'alimentation bio en particulier s'impliquer aussi de leur côté dans une vraie semaine nationale contre la malbouffe. Cela devient assez urgent car la Semaine du goût est en train de s'installer comme une véritable tradition française qui gagne à l'internationale, notamment au Japon.

Tout ceci nous montre à quel point le lobby sucrier et les grands groupes de l'agroalimentaire sont retors et nous prennent simplement pour des tubes digestifs.

Ah oui, j'oubliais : des scientifiques qui ont des liens avec l'industrie du sucre et de l'agroalimentaire sont rémunérés à longueur d'année pour nier le rôle du sucre et d'autres aliments industrialisés dans l'explosion de l'obésité, du diabète, des maladies cardio-vasculaires et tout un tas d'autres affections. Des prix « scientifiques » créés par les lobbies du secteur sont destinés à les mettre en valeur et les porter médiatiquement. Il faut réfléchir aux actions qui permettraient de mettre fin à cette grande manipulation des batteries de consommateurs que nous deviendrons si nous ne bougeons pas.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Laurent Chevallier

Cacophonie nutritionnelle : à qui profite-t-elle ?

Dans les années 1960, un ministre de la santé des États-Unis a commencé à parler des problèmes de pesticides, il dit « Quand je songe à la responsabilité du gouvernement lorsqu'il doit réglementer les aliments et les médicaments, je suis parfois épouvanté ». Ensuite dans son discours, il faisait une comparaison entre deux situations pour lesquelles selon lui le gouvernement avait une responsabilité terrible sur la santé et la vie des concitoyens. Il s'agit de la paix et de la guerre mais aussi de l'alimentation et des médicaments. Il y a quelque chose de fondamental dans la réflexion que doivent mener les pouvoirs publics vis-à-vis de cette réglementation. Malheureusement, nous en avons des exemples récents et très cruels comme l'affaire du Médiator® notamment.

Toujours à la même période, le Président américain Kennedy parlait lui aussi d'alimentation. Il disait qu'il y avait quatre choses primordiales pour le consommateur en matière d'alimentation : le droit à la sécurité, à être informé, à pouvoir choisir et à être entendu. Malheureusement ses vœux pieux n'ont été que partiellement entendus au cours de l'histoire puisque depuis, nous avons vu le déversement de cette chimie un peu partout dans l'assiette, dans les champs, perdurer et se développer avant une prise de conscience bien tardive.

Actuellement nous assistons à une véritable cacophonie nutritionnelle, il faut essayer de décrypter ce qui se passe pour éviter de tomber dans les pièges. D'une part, il y a des études présentées comme les références en la matière, mais elles sont en réalité partielles et pas toujours faciles à interpréter. Elles sont parées d'un « vernis scientifique » pour essayer de démontrer des allégations qui n'existent pas. Il y a aussi des habiletés de marketing qui sont de plus en plus performantes. Nous avons également des campagnes de prévention qui ne sont pas tout à fait à la hauteur car elles ne répondent pas à l'envergure des défis actuels.

De plus, s'est développé à travers le monde un mouvement contre les lanceurs d'alertes où finalement on cherche à mettre en garde non pas contre ce qui pourrait représenter un problème mais contre ceux qui cherchent à le déceler ou mettre en garde. Heureusement, la presse est là et c'est un excellent relais vis-à-vis de certains problèmes qui émergent.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

La responsabilité des pouvoirs publics se situe à plusieurs niveaux. En matière d'obésité, par exemple, leur responsabilité est vraiment engagée à la vue d'éléments qui nous expliquent pourquoi nous avons ce développement de l'obésité. En effet, partout dans le monde nous avons abandonné une alimentation traditionnelle au profit d'une alimentation de type industriel et partout où cela s'est produit se sont développés le sur poids et l'obésité.

Par exemple, il est extraordinaire que ce soit une ONG qui ait mis sur le devant de la scène le problème des perturbateurs endocriniens. Les perturbateurs endocriniens sont des molécules qui induisent une modification du métabolisme, certaines d'entre elles peuvent favoriser des maladies comme le surpoids, le diabète, l'infertilité... Entre 2000 et 2009 le nombre de personnes diabétiques a augmenté de 40% en France or ces perturbateurs endocriniens participent à tous ces dérèglements. Pourtant aucune mesure n'est prise par nos dirigeants.

Prenons l'exemple des sodas, jus industriels, du sirop de fructose, nous avons les arguments scientifiques pour montrer qu'ils augmentent le taux de triglycéride dans le sang. Nous savons aussi que sur le plan comportemental, cela va créer une confusion chez les jeunes entre le boire et le manger et du coup, favoriser le surpoids ainsi que l'obésité. Les consommations de ces produits sont excessives mais les mises en gardes sont-elles suffisantes?

La responsabilité des pouvoirs publics en termes de santé est patente, par exemple, le rapport sur l'alimentation et le cancer de l'ANSES (Agence National de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation de l'environnement et du Travail) est lénifiant, il reprend ce qui a été dit récemment par l'Inca (Institut National du Cancer) et donne quelques règles de bon sens. Pourtant nous retrouvons dans notre alimentation du E320 ou BHA (Hydroxyanisolebutylé), un antioxygène classé comme cancérigène probable. Il en est de même pour l'acrylamide (produit résultant de la cuisson des hydrates de carbone) qui participe avec cet ensemble de produits à favoriser certains types de cancers. Pour rappel, en 25 ans le nombre de nouveaux cancers par an a doublé même si la mortalité a diminué puisqu'ils se soignent mieux. Mais cela pose d'autres types de problèmes sur le plan environnemental puisque les résidus de médicaments des chimiothérapies vont ensuite dans la nature et ne sont pas toujours bien filtrés. Pour l'acrylamide, nous souhaiterions quelque chose de très simple, puisque de toute façon tout le monde chauffe des hydrates de carbone. Il faudrait arriver à limiter l'exposition à l'acrylamide car des concentrations très importantes peuvent être retrouvées sur certains pétales de céréales du petit déjeuner, sur des chips, sur des produits de ce type-là. Il serait très simple de donner accès à la concentration d'acrylamide des produits. De même, pour la

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

concentration en sel, nous demandons depuis fort longtemps un étiquetage des produits transformés. Nous n'arrivons pas à l'avoir or nous savons que la diminution de la consommation de sel peut réduire les maladies cardiovasculaires.

Concernant l'aspartame, une étude de Juin 2010, publiée en Septembre 2010 dans une revue internationale de nutrition montre que la consommation d'une boisson gazeuse light par jour peut entraîner un risque d'accouchement prématuré. Ils sont médicalement induits avec une souffrance fœtale tellement importante que la décision médicale de déclencher cet accouchement est prise. Il ne se passe rien, les pouvoirs publics font l'impasse sur cette étude.

Fin Novembre 2010, au sein du Réseau Environnement Santé (RES), nous avons décidé de nous manifester sur ce sujet-là. Nous en avons profité pour inviter le chercheur Soffritti qui avait fait des études sur l'aspartame et qui montrait comment sa consommation chez les rongeurs pouvait induire des cancers.

Les pouvoirs publics tardent à agir, l'ANSES ne se manifestera que le 11 Janvier suite à une intervention sur Europe 1 où beaucoup de personnes ont réagi de manière assez véhémente, en disant qu'elle va publier un communiqué et commenter cette étude. La DJA (dose journalière admissible) de l'aspartame selon les rapports de l'AFSSA (ancienne appellation de l'ANSES) est basée sur trois études dont deux publiées en 1973 et 1974, c'est-à-dire il y a fort longtemps, toutes financées par l'industrie de l'agroalimentaire. Nous aimerions bien les avoir pour juger de leur pertinence. Pourquoi ne sont pas prises des recommandations pour l'aspartame vis-à-vis des femmes enceintes puisque la consommation d'une boisson light par jour peut entraîner des risques d'accouchement prématurés? De simples mesures d'information pourraient au moins être prises. Il a déjà été interdit pour le nourrisson et l'enfant en bas âge et pourquoi pas pour l'embryon?

J'ai écrit au nom du Réseau Environnement Santé (RES) à l'AFSSA et j'ai reçu la réponse suivante : « l'AFSSA ne dispose pas du dossier de demande d'autorisation de l'aspartame en Europe ». Ils se sont penchés du côté de la commission européenne qui semble indiquer qu'elle ne dispose pas ou plus de ce dossier. Ils ne donnent pas accès à leurs études mais parallèlement, ils vont critiquer celles qui les contredisent comme celle de Soffritti. Enfin la chose positive c'est qu'ils ont décidé de réétudier le dossier. D'ici fin 2012, ils donneront une réponse quant à l'aspartame. L'ANSES a créé un groupe de travail. Nous nous mobilisons, médecins, sages-femmes, gynécologues, en

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

signant un communiqué pour dire qu'en attendant la fin des conclusions de ce travail, en terme de bénéfice/risque et après en avoir discuté avec de nombreux épidémiologistes, on conseille aux femmes enceintes d'éviter de consommer des boissons gazeuses light. La responsabilité des pouvoirs publics est donc importante notamment vis-à-vis de ces dernières, et concernant l'exposition des nourrissons et jeunes enfants.

La cacophonie vient aussi de ces multiples plans, PNNS (Programme National Nutrition Santé), PNA (Plan National pour l'Alimentation), plan obésité de l'Élysée... Le PNNS est une bonne initiative mais ne va pas assez loin au niveau de tout ce qui se passe. Il y a des facteurs alimentaires et non alimentaires comme les perturbateurs endocriniens, ou la modification de la flore digestive qui peuvent jouer un rôle important. L'alimentation industrielle participe à déséquilibrer cette dernière et c'est pour ça qu'il faut envisager d'autres modes d'alimentation.

Les industriels ne cherchent pas à mal faire ni à bien faire, ils suivent juste la réglementation qui ne semble pas bien adaptée. Ils s'infiltrent partout avec l'aval des pouvoirs publics. Les industriels contrôlent ce qui se passe dans les commissions. Les pouvoirs publics acceptent l'autorégulation avec tous ses travers, dont les conflits d'intérêts...

Si les pouvoirs publics n'agissent pas plus c'est qu'il y a une certaine sorte d'insensibilité, de réactivité insuffisante quand un nouveau problème apparaît. Il est vrai que c'est compliqué à gérer mais ils pourraient quand même donner des consignes. De plus, nous retrouvons une négation absolue du risque chimique, celui-ci est très fortement minimisé. Nous considérons que tous produits confondus (pas uniquement dans l'alimentation) 70% d'entre eux, utilisés depuis 1981 présentent des problèmes de toxicité plus ou moins aiguë. Il faut savoir que ce n'est pas toujours la dose qui fait le poison et que même avec de très faibles doses comme pour le bisphénol A cela peut être délétère.

Il est surprenant de voir de quelle façon les organismes publics font l'impasse sur certaines études. Il y a un problème de veille scientifique qu'il faut absolument résoudre. Les industriels agissent à plusieurs niveaux par le biais du financement de la recherche. Ils peuvent orienter la réglementation. Aujourd'hui, ils deviennent des financiers ou co-financiers de la recherche. Les chercheurs ne voient parfois leur dossier accepté en termes de financement public que s'ils ont déjà un financement privé. Cela pose un problème de manipulation de la science car ils vont de ce fait, orienter les études à mener. Elles vont servir d'arme marketing pour les industriels.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Il arrive cependant que des études indépendantes soient publiées et qu'elles dérangent les industriels. Dans ce cas, les agences de communication conseillent de ne pas nier la réalité de l'étude et d'observer ce qui va en résulter. Si l'impact est médiatique, alors se met en place un schéma précis dont l'objectif est de déconsidérer l'étude ainsi que ses auteurs :

- La méthodologie de l'étude est critiquable.

- L'étude « ne peut être prise en compte en l'état », on feint d'ignorer l'alerte.

- L'étude ne s'applique qu'aux animaux et cela est non prouvé pour l'homme. On commence à rentrer dans la mauvaise foi, car il est éthiquement impossible de faire certaines études sur l'homme.

- Le chercheur ou le médecin ou celui qui commente l'étude cherche à faire peur pour se faire de la publicité.

Les pouvoirs publics doivent comprendre que la science évolue, qu'on a de nouvelles données, et qu'il faut en tenir compte. Il faut savoir que l'immense majorité des chercheurs sont d'une extrême probité. Les conflits d'intérêts sont limités mais face aux signaux d'alertes, ils ont peur en termes de communication puisqu'ils sont toujours soucieux pour leurs futurs financements et pour leur carrière et craignent de se déjuger. C'est la bataille de la déontologie et de l'expertise qui est engagée.

Enfin, l'objectif de cette cacophonie est d'amener les gens à penser que « de toute façon, on ne peut plus rien manger » ce qui est le meilleur moyen pour se faire manipuler.

Finalement ce qui va compter c'est le levier de la publicité. Celle-ci emploie des techniques de plus en plus poussées comme le neuromarketing qui analyse par IRM les réactions du cerveau. Ainsi, on pourra étudier la réponse du cerveau face à un logo, un packaging ou une marque. L'objectif final est bien évidemment, un comportement d'achat et de fidélisation.

Il faut faire très attention à ne pas prendre des messages à caractère commercial comme des messages scientifiques sûrs ou de santé. Nous devons préserver notre bonheur de manger tout en évitant au maximum les produits susceptibles de contenir des contaminants, additifs... Enfin, il faut

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

retrouver la physiologie de ce pourquoi nous avons été programmés en terme de digestion, c'est-à-dire en quelque sorte écrire l'histoire du chasseur cueilleur du XXIème siècle qui est la nôtre.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Christian Rémésy

Les obstacles à l'amélioration de la valeur nutritionnelle du pain

Le pain est toujours apparu comme une valeur sûre, parce qu'il est susceptible de combler presque tous les besoins nutritionnels de l'homme en terme de glucides mais aussi de protéines et de micronutriments. Nous aurions tous les atouts scientifiques et technologiques pour disposer d'un pain d'excellente valeur nutritionnelle. C'est loin d'être le cas, et l'évolution actuelle de l'offre du pain est emblématique de la puissance du lobby de la filière blé-pain.

Durant sa plus longue histoire, tout a été réuni pour en faire un aliment excellent. Les procédés de mouture à la meule de pierre et de tamisage étaient rudimentaires, si bien que les farines étaient riches en fibres, minéraux et micronutriments. La pâte était fermentée avec du levain naturel, riche en bactéries lactiques et levures sauvages, ce qui augmentait sa teneur en vitamines et sa biodisponibilité en minéraux ; le pétrissage était modéré, le temps de fermentation élevé, l'usage du sel limité. Finalement ce qui manquait le plus, c'était le blé et sa farine, si bien que cette dernière était trop souvent allongée avec toutes sortes d'ingrédients qui altéraient le goût et la couleur du pain.

Vinrent toutes sortes de progrès apparents, les moulins à cylindre capables d'extraire la totalité de l'amande farineuse du grain sans contamination par des résidus de son, l'utilisation de la levure de bière à la place du levain naturel, le pétrissage mécanique intensif, le recours à la farine de fèves pour blanchir le pain puis à d'autres auxiliaires de panification tels que l'acide ascorbique. Au final le temps de fermentation devint très bref, le pain devenu insipide fut de plus en plus salé.

Grâce à tous ces artifices, le pain acquit, au lendemain de la 2ème guerre mondiale, sa blancheur la plus extrême, symbole d'abondance et de pureté. Les boulangers avaient fait tout leur possible pour satisfaire les aspirations des consommateurs, ils pétrissaient intensément de la farine blanche et n'avaient jamais obtenu des pains aussi levés et aérés. Vers les années 1960, les Français avaient tout pour être comblés, pourtant la peur de manquer de pain fit place à un sentiment de désamour. Le pain, trop vite rassis, finit pour la première fois de l'histoire dans les poubelles des ménages.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Le corps médical acheva de jeter un discrédit sur un aliment qui avait nourri tous nos ancêtres et qui n'avait plus de raisons spéciales d'être recommandé compte tenu de sa piètre qualité. Il était devenu évident qu'on ne comptait plus sur le pain pour faire le plein de minéraux, de vitamines ou d'énergie, d'ailleurs sa consommation diminua de moitié en l'espace de 30-40 ans pour se stabiliser autour de 150gr /jour. Dans le pire des scénarios on aurait assisté, à l'aube du XXI° siècle, à la quasi disparition d'un produit alimentaire ancestral, remplacé par un foisonnement de produits céréaliers emballés, prêts à être consommés et pourvus d'étiquettes flatteuses. Le pire a été évité grâce à la réaction de la filière blé-pain et au décret du « pain de tradition française » de 1993. Ce décret encourage à revenir aux fondamentaux du pain, confectionné avec de la farine, de l'eau, un agent de fermentation, du sel. En pratique, la qualité des pains de tradition a été aussi améliorée par le recours à des farines de type 65 ; par la diminution de l'intensité du pétrissage et l'augmentation du temps de fermentation.

Une offre de pain de qualité nutritionnelle encore insuffisante. Où en sommes-nous aujourd'hui, quels types de pain trouve-t-on dans une boulangerie française, le pain a-t-il retrouvé sa qualité nutritionnelle ?

La qualité de l'offre évolue, mais si lentement ! On trouve toujours en majorité du pain blanc courant, sans doute un peu moins aéré, salé et blanc qu'il y a 20-30 ans, de la baguette de tradition française, moins développée, plus crème et plus goûteuse que sa sœur courante, du pain de campagne à la farine blanche plus ou moins teintée de seigle, des pains dits multi-céréales enrichis de 5 à 10% de farines ou de graines diverses (lin , sésame, tournesol…), parfois quelques pains bis et des pains dits complets plus ou moins riches en son. A la différence des circuits conventionnels, l'offre de l'agriculture biologique privilégie les pains bis et complets au levain, mais sans exclure aussi le pain blanc.

Les observateurs s'accordent pour reconnaître que la qualité du pain s'est sensiblement améliorée en une dizaine d'années et les chantres du pain français ne manquent jamais une occasion de faire l'éloge de la baguette française. Cependant cette dernière produite avec de la farine blanche et trop salée est loin d'avoir une valeur nutritionnelle optimale.

Dans le cadre de mon activité de recherche à l'INRA, j'ai essayé d'inciter meuniers et boulangers à changer leurs pratiques, à vulgariser les critères de valeur nutritionnelle des farines, à généraliser une offre de pains type 80, à donner un nouvel avenir au pain en s'appuyant sur des critères de santé. Le message a été entendu, mais la résistance de la filière au changement est très forte. Je peux témoigner que la filière m'a fait subir un très fort ostracisme,

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

allant jusqu'à faire pression sur la direction de Recherche de l'INRA pour qu'elle ne soutienne pas mes recherches, qui ont effectivement été abandonnées après mon départ à la retraite.

L'expertise est pourtant simple. Pour prévenir un ensemble de pathologies, toutes les enquêtes épidémiologiques nous indiquent qu'il vaut mieux consommer des produits céréaliers complets plutôt que raffinés, du pain bis ou complet plutôt que du pain blanc. Il est donc nécessaire d'informer le public de l'importance de la qualité nutritionnelle des farines.

Le grain de blé a la particularité d'accumuler plus de 70% des fibres, des minéraux et des vitamines dans les enveloppes externes et le germe qui sont éliminés pour produire de la farine blanche. Finalement en fonction de leur richesse en son, les farines sont définies par un type dont le public ignore la signification. Une farine blanche de type 55 contient environ 0,55 g de minéraux par 100gr, contre 0,8 g de minéraux par 100gr pour une farine bise de type 80 et 1,5 gr pour une farine complète de type 150. Dans la pratique sur nos sacs de farine, l'absence de l'unité de référence (quantité de minéraux par 100 g de farine) rend incompréhensible la valeur du type de farine, qui est souvent assimilée par le public à un indice de granulométrie. Pourtant, le type de farine est intéressant à connaître puisqu'il y a une proportionnalité très forte entre le type et la teneur en éléments protecteurs (fibres et micronutriments).

Depuis sa plus lointaine origine, le pain a été confectionné avec des farines, au moins de type 80 ou plus, produites à la meule de pierre. Dans la mesure où des farines assez complètes sont difficiles à panifier et conduisent à des pains assez éloignés du goût habituel des consommateurs, un juste compromis est d'utiliser couramment en panification des farines de type 80.

Poursuivre la promotion des pains type 80. Le pain de type 80 est bon au goût, il couvre mieux nos besoins nutritionnels que le pain blanc, les meuniers peuvent même produire sans aucune difficulté des farines de type 80 avec un rendement meunier accru et le PNNS a inclus le pain type 80 dans ces recommandations. L'enjeu est important, pour être bénéfique, l'énergie de nos aliments doit être accompagnée de micronutriments, et nous avons la chance de pouvoir être informés, par un indice simple, de la densité nutritionnelle en micronutriments des farines. Sauf que les consommateurs ne sont guère informés sur les critères de qualité du pain et que les Pouvoirs publics laissent faire. De même aucune réduction du sel dans le pain n'a été imposée par voie réglementaire. Malgré un laxisme politique et la frilosité des meuniers et des boulangers face au changement, une évolution

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

progressive vers les pains type 80 semble inéluctable et déjà portée par des boulangers passionnés aux quatre coins de France.

En attendant, nous continuons à émettre des cocoricos au sujet de la qualité de notre baguette nationale. De plus nous avons contribué à exporter la blancheur et la dévalorisation nutritionnelle du pain partout dans le monde. C'est ainsi que les Africains mangent du pain blanc comme les Blancs et rechignent à incorporer de la farine de mil, pourtant plus nutritive. Si avec l'appui des Pouvoirs publics, la boulangerie française avait la bonne idée d'adopter enfin le type 80, ce serait également un bon signal pour l'amélioration de la qualité du pain dans le monde. Comme dans d'autres situations, notre responsabilité citoyenne est également engagée, encore faut-il être informé de la question du pain et de ses enjeux

L'évolution du pain dans un système alimentaire durable

Dans notre culture, la consommation de pain est une bonne solution pour disposer des glucides complexes indispensables à l'équilibre nutritionnel. A l'évidence le pain restera une valeur sûre à condition de contrôler tous les facteurs qui influencent sa qualité nutritionnelle : le choix des variétés de blé, les procédés de culture, de mouture et de panification. Réciproquement, le développement d'un pain de haute valeur nutritionnelle, exempt de contaminants ne peut que faire progresser la sélection variétale, conduire à une amélioration des procédés de culture et de stockage du blé, inciter la meunerie à produire des farines avec des indices toujours plus élevés et les boulangers à davantage panifier au levain.

Le fait de redonner au pain sa valeur nutritionnelle et sa place dans une alimentation équilibrée change totalement la donne. Les agriculteurs s'ils ne sont pas en culture bio, seraient incités à diminuer ou à supprimer les traitements tardifs de pesticides pour éviter une contamination possible du grain. Progressivement, seuls les blés les plus résistants aux maladies devraient être cultivés et une limite dans l'utilisation des engrais azotés pourrait être acceptée. Le stockage du grain en silo sans insecticides deviendrait généralisé. Pour favoriser cette évolution, un juste prix pour le blé destiné à une panification de haute valeur nutritionnelle serait déterminé par les acteurs de la filière.

Les procédés mouture avec des appareils à cylindre seraient simplifiés, afin de consommer moins d'énergie, augmenter la proportion de semoules dans la farine et aboutir directement à une farine de type 80, avec un rendement meunier sensiblement amélioré.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Les boulangers seraient invités à augmenter le temps de fermentation pour mettre en valeur les farines type 80. Le pain serait panifié préférentiellement au levain pour augmenter la biodisponibilité des minéraux, ou avec un mélange levure levain pour induire une acidification suffisante de la pâte, favorable aux activités enzymatiques végétales et microbiennes. La fermentation contribuant à donner du goût au pain, le sel pourrait être réduit sans problème, des mélanges salins plus complexes comportant aussi du potassium, du calcium et du magnésium pourraient être utilisés. Le pain plus riche en fibres pourrait mieux se conserver, et devenir plus disponible dans les foyers. Moins aéré qu'un pain blanc courant ; son index glycémique deviendrait très satisfaisant. La valeur santé du pain pourrait être attestée par une meilleure connaissance de la composition en micronutriments des farines complètes et de leurs effets. Les Français comme bien d'autres populations augmenteraient raisonnablement leur consommation de pain. Bref, une logique d'alimentation durable pourrait s'installer. Nul doute la cause du bon pain n'est pas perdue ! Cependant, je ne pense pas que cette cause puisse être gagnée sans réformer le système alimentaire actuel, toujours fondé sur une agriculture productiviste et sur un secteur agroalimentaire dont les activités sont trop éloignées des exigences élémentaires de santé publique. Sans un recours réglementaire pour généraliser les farines de type 80, la réduction de sel, l'évolution de la qualité du pain évoluera bien trop lentement.

Cependant, aucun aliment n'est parfait et il n'est certainement pas souhaitable de devenir des gros mangeurs de pain (au-delà de 250-300 gr) alors que l'on peut diversifier son alimentation. Le pain souffre aussi d'un certain discrédit à cause de sa richesse naturelle en gluten. S'il s'agit de maladie cœliaque, toute source de gluten doit être exclue. Pour les autres personnes susceptibles de présenter des intolérances digestives au gluten, la meilleure recommandation est de modérer la consommation de pain et de ne consommer que du pain au levain, puisque cette fermentation transforme partiellement le gluten.

En consommant du bon pain, en le réclamant à votre boulanger, en l'exigeant pour les enfants des écoles, des collèges et des lycées, en le réclamant sur les lieux de restauration, nous contribuerons à exercer un droit de regard et une influence positive sur le fonctionnement de l'ensemble de la chaîne alimentaire.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Isabelle Darnis

Stratégies marketing et publicités alimentaires, impacts sur la santé des enfants. Comment et pourquoi, développer l'esprit critique en milieu scolaire ?

Depuis une dizaine d'années, je travaille sur les problématiques de santé liées à l'alimentation et aux rythmes de vie. Je suis à la fois clinicienne et diététicienne coordinatrice de programme de prévention et de formation. Je mets en place des programmes éducatifs financés par les institutions locales. Ces programmes de santé publique sont intégrés dans les politiques locales qui ont pour objectifs, entre autre, la prévention des pathologies en lien avec la nutrition et la réduction des inégalités sociales de santé. Je suis aussi clinicienne en cabinet pédiatrique où je reçois des jeunes et des familles dans des pratiques de soin.

J'ai longtemps été mal à l'aise en évoquant ma profession, comme si, à la seule vue d'une diététicienne, il fallait se mettre au régime ou se justifier de sa façon de manger, voir partir en courant, pour certains. C'est fou d'ailleurs comme les enfants me disent ce qu'ils croient que je voudrais entendre. Comme si il y avait une « une bonne et une mauvaise réponse ». Il me semblait que la profession y était pour quelque chose de par certaines réponses normatives ou fiches techniques clivées entre les aliments interdits et les aliments autorisés. Il y a aussi les objets d'usage courant en nutrition, calculatrice, blouse blanche, ration. Autant d'éléments à la fois, techniques et inutiles qui me semblent être des freins à la relation aussi bien dans un cadre de soin, qu'auprès de groupes d'individus.

J'étais finalement, mal à l'aise quand à l'idée d'inscrire l'alimentation du côté des sciences, de devoir peser la nourriture, rationner, rationnaliser et donner des réponses standard. Ces stigmates sont de mon point de vue, les restes de la biochimie alimentaire, nécessaire mais isolée des affects et des émotions des personnes dans leur relation à la nourriture, à la mère nourricière d'abord, puis à la famille et à l'environnement.

Parce que nos comportements alimentaires peuvent être sourds à la raison et se déconnecter de toutes connaissances et rationalité pour succomber à la nourriture, à la bonne chère, qui nourrit, régale, apaise parfois.

Comme, je doutais de mes savoirs et des prises en charge où le réflexe a remplacé la réflexion, considérant même, certains aspects « toxiques ». Je

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

me suis inscrite en faculté de psychologie à Lyon 2, espérant trouver quelques réponses susceptibles de nourrir mes réflexions et d'apporter des éclairages nouveaux à mes doutes, à l'issue de ma formation classique en nutrition.

Création de l'association ABC DiétEtique, en 2002

Parallèlement, en 2002, je crée une association, loi 1901, sans but lucratif, pour défendre les valeurs du partage, du plaisir et de la convivialité à table. Notre pédagogie d'action adaptée à tout public, est basée sur une démarche humaniste, positive et participative. Aujourd'hui, nous mettons en place des programmes de prévention et de sensibilisation afin de promouvoir une alimentation saine, adaptée et de saison. Nous travaillons sur les rythmes de vie, le sommeil et la gestion du stress.

Sans le savoir, je créais une Association indépendante de professionnels diplômés de diététique et de l'éducation pour la santé. Cette association est aujourd'hui spécialisée dans le Rhône pour la mise en place de programmes de prévention ou de formation auprès d'institutions comme l'Education Nationale, les Mairies, les centres de Loisirs. Nous proposons aux équipes éducatives une réflexion globale sur l'alimentation avec des modalités d'action ludiques.

La prévalence de l'obésité infantile est importante. Un enfant sur six est concerné dans notre pays et si l'écart se creuse entre les riches et les pauvres, l'écart se creuse aussi entre les obèses et les maigres. Cela me semblait suffisamment préoccupant pour que nous mettions en place notre premier programme en 2004 de prévention de l'obésité infantile *« L'école des Papilles »,* dans les quartiers défavorisés. Ce programme scénarisé se déroule sur les deux années scolaires CM1, CM2. La première année, valorise les savoir-faire des enfants et nous tentons au cours de la deuxième année de ce programme, de développer l'esprit critique (voir l'article de Sébastien Goudin).

Comme l'enfant n'est pas conscient et ne peut appréhender les stratégies qui s'imposent à lui, il n'est pas équipé pour comprendre et digérer ces spots offensifs qui promettent le bonheur et le sentiment d'appartenance. La fréquence et le volume des publicités, les processus inconscients utilisés, les phénomènes de familiarisation font que l'enfant devient, petit à petit, le prescripteur de la famille. Mis au centre de la cellule familiale, l'enfant influence les choix. Il est « parentalisé », instrumentalisé au service de l'économie mondiale, au prix même de l'espérance de vie. Il est invité à

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

penser qu'il est libre de consommer, en réalité, l'enfant est soumis aux normes sociales et à une offre réduite.

La relation à l'objet est omniprésente. On en a oublié l'importance du désir et de la frustration, pour faire naître « le » plaisir laissé par Winnicott. Les limites sont nécessaires à la vie et à l'enfant, aussi bien pour sa croissance que pour son équilibre psychique. Pourtant, aujourd'hui, l'enfant ne peut plus attendre et supporte parfois difficilement la frustration. Il exige, il obtient. Il est symboliquement servi le premier à table.

On peut même repenser l'obésité comme une maladie addictive. Et même si c'est une maladie multifactorielle, incontestablement la société de consommation et la logique économique occasionnent également des dégâts pour la santé publique et environnementale. Sachant que 87% des publicités destinées aux enfants concernent des produits gras, sucrés, salés[1], il est évident que ces campagnes de publicité massives sont contre-productives des politiques de santé publique. C'est pourquoi, nous souhaitons donner aux enfants et aux personnes, la possibilité d'être libres et autonomes dans leurs choix. Même, s'il existe des évolutions progressives et quasi incontournables des normes de goût, notre démarche pédagogique consiste à valoriser la diversité et les traditions culinaires dans le respect des pratiques familiales et culturelles. Par ailleurs, nous valorisons ce que les gens font de bien.

Les familles de leur côté, ont des vies complexes, parfois des difficultés économiques et moins de temps à consacrer à l'éducation et à la cuisine. Dans certains contextes, il n'est pas facile d'apporter aux enfants les limites indispensables dans une société de consommation aussi vorace.

L'Education pour la santé

Dans le cadre de programmes de prévention et d'information, il faut tenir compte de l'ensemble des déterminants de santé globale, les dimensions physiologiques, certes mais aussi sociales, psychologiques et culturelles. Il est aussi important d'adopter des processus pédagogiques positifs et proches des gens. Alors, comment la profession peut-elle s'adapter à ces principes éducatifs et tenir compte des difficultés profondes et profondément ancrées dans le corps, le vécu et les émotions des sujets ?

Il existe une notion difficilement traduisible en français, élaborée en modèle théorique : l'empowerment. Elle doit être comprise à la fois comme un but et un moyen : renforcer le « pouvoir » de chacun afin qu'il puisse

[1]http://www.obesipub.org/

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

l'exercer dans une perspective de santé optimale. C'est donc non seulement développer les compétences individuelles mais aussi agir sur les systèmes, l'environnement, structures ou groupes sociaux, pour que ces compétences puissent s'exercer réellement et efficacement. Accroître ses compétences, c'est « à agir pour » et non « lutter contre ». J'ai trouvé dans ces principes quelques réponses intelligibles.

Nous avons vu que savoir ne suffit pas pour améliorer les comportements. C'est pourquoi promouvoir une santé globale et développer les compétences sociales apparaît aujourd'hui comme un socle généraliste indispensable qui permet d'aborder secondairement diverses thématiques.

Des écoles, des centres sociaux et des structures de quartier se mobilisent pour permettre aux enfants d'accéder à la connaissance des aliments. Nous développons avec eux des actions pour développer les compétences psychosociales en nutrition : développer les savoir-faire, respecter son corps et son appétit, déguster et se faire plaisir, savoir partager, apprécier la diversité… Les compétences psychosociales c'est aussi la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, le manque, l'abondance... Par exemple, savoir répondre aux pressions sociales, est une compétence.

Les compétences psychosociales favorisent la vie en société, se construisent au sein de la famille et de son entourage, mais l'école peut également y jouer un rôle majeur par une politique volontariste. Elle en est doublement bénéficiaire puisque ces compétences sont autant impliquées dans les processus d'apprentissages cognitifs que dans la gestion de la vie quotidienne au sein de la microsociété qu'est l'école.

Les compétences se réfèrent ici à l'intelligence du "savoir comment" plutôt que du "savoir que" (Bruner, 1966). Elles sont entendues dans ce contexte comme situées dans une perspective d'action, sont en grande partie apprises et sont structurées en combinant savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir. Elles sont impliquées dans tous les moments de la vie, notamment dans l'apprentissage scolaire et la santé. En effet, savoir que les chips sont grasses n'empêche pas de les consommer. Il en est de même pour le tabagisme, savoir que « fumer tue », n'empêche pas de fumer.

L'approche par compétence est l'objet de controverse dans différents domaines où elle s'insinue. Comme le précise Nicolas Hirtt pour ce qui touche à l'éducation : « on lui reproche de négliger les connaissances au profit des seuls savoir-faire pratiques, d'induire une plus grande inégalité entre les élèves, de figer les pratiques enseignantes dans des procédures

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

routinières, d'imposer des procédures d'évaluation incessantes et de naturaliser de façon idéaliste une pure abstraction : la «capacité de mobiliser des savoirs»[2]. Elle me semble malgré tout être source de progrès dans le champ de la santé. Mais méfions-nous des dérives possibles et n'éliminons surtout pas les savoirs gratuits. La connaissance n'est-elle pas la nourriture de l'esprit ?[3]

Ces compétences sont proposées comme facteurs impliqués dans l'ajustement de l'homme à son milieu : on trouve le fait d'avoir une pensée critique, créative **;** se connaître soi-même, éprouver de l'empathie ; savoir se faire comprendre, pouvoir entrer en relation avec les autres ; savoir résoudre des problèmes, savoir prendre des décisions.

De son côté, l'éducation pour la santé offre un cadre référentiel pour les actions en faveur de la santé. Les principes d'éducation pour la santé tentent d'éclairer les publics de façon neutre, d'éviter la manipulation persuasive et l'utopie. C'est peut-être aussi la nécessité de chercher la place d'une information éducative qui permette l'appropriation du savoir possible en préservant, sinon en renforçant l'autonomie.

Dix compétences se trouvent mobilisées dans des actions et programmes ciblés sur les principaux thèmes suivants dont il convient de souligner l'interdépendance :

L'estime de soi

Elle répond à l'intérêt général de se connaître soi-même (évaluation de la distance entre le soi réel et l'idéal de soi). La valeur qu'on se donne se présente comme une notion multidimensionnelle (on peut s'estimer bon écolier et se sentir en difficulté dans un groupe ou devant son miroir) marquée par le jugement réel ou supposé d'autrui. Les parents accordent davantage de valeur à la réussite scolaire qu'aux capacités relationnelles ; ce peut être l'inverse au sein de groupes de pairs.

---

[2]Voir les différents articles de Nicolas Hirtt sur le sujet : « L'approche par compétences : une mystification pédagogique » http://competencescles.eu/wp-content/uploads/2009/12/APC.pdf www.ecoledemocratique.org - Cet article a été publié dans *L'école démocratique*, n°39, septembre 2009 http://blogs.mediapart.fr/blog/nico-hirtt/240210/pourquoi-l-ecole-est-reduite-aux-competences-de-base

[3]Note du coordinateur : Pour une discussion approfondie des possibilités souhaitables et des dérives menaçant l'approche par compétence, voir Parent, Jouquan (dir.) 2013, *Penser la formation des professionnels de santé*, De Boeck, Bruxelles

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

L'estime de soi est un déterminant majeur dans l'aptitude à prendre une décision, à passer de l'intention au comportement, à entrer en relation avec les autres et résister à la pression d'un groupe. Notons aussi qu'une surestime de soi peut conduire à prendre des risques importants dépassant les capacités réelles, et donc nuire à la santé.

Le sentiment d'auto-efficacité

Cette notion a été développée par Bandura (2002), fruit de processus cognitifs, affectifs et motivationnels. Il correspond à la perception de notre aptitude à mettre en œuvre une suite d'actions pour atteindre un but donné. On s'engage dans une démarche que si l'on se sent en capacité de la réussir. Ceci est observé dans l'engagement dans une cure de sevrage et plus généralement en éducation thérapeutique du patient auprès de malades invités à changer leurs habitudes et leurs activités.

La motivation

Cette dernière réfère à une énergie intra-individuelle polyfactorielle qui va expliquer et déclencher un comportement en fonction d'un but. Elle interroge et mobilise un système de valeurs marqué par l'éducation, la culture, la société et la personnalité de chacun. L'attitude envers le but envisagé et la conduite y afférant dépend à la fois de connaissances, croyances et de sentiments. Pour passer de l'intention à l'action interviennent des éléments moteurs de nature émotionnelle, situationnelle, relationnelle. Autant d'éléments à prendre en compte lorsqu'on souhaite motiver les individus à s'intéresser à leur santé.

Les stratégies d'adaptation

Certains utilisent aussi la dénomination de « coping » pour y faire référence. Le stress et sa gestion ont fait l'objet de nombreuses études dans le champ de la santé (Bruchon-Schwetzer, 2002). L'adaptation à un environnement stressant mobilise des compétences cognitives, émotionnelles et sociales. Il s'agit d'évaluer une situation (pensée critique), de gérer les émotions qu'elle suscite et de développer une stratégie adaptative (« faire face » à partir des ressources personnelles et sociales dont on dispose) qui permette d'en réduire l'impact.

Le coping centré sur le problème vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour y faire face. C'est ce qui se produit en éducation pour la santé lorsque la personne perçoit qu'elle est en capacité (sentiment d'auto-efficacité) seule ou avec une aide

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

extérieure, de suivre un traitement, d'adopter un régime, de changer ses habitudes…

L'éducation appliquée à la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité.

Il s'agit donc d'accompagner les publics à une réflexion globale de la santé, avec secondairement une entrée thématique. Construire des modalités pédagogiques et s'attacher à interpeler à la fois les dimensions physiques, sociales et psychologiques.

Permettre un regard distancié sur la société, s'est aussi déjà se méfier des informations parfois erronées. Si notre cerveau peut gérer vingt informations à la seconde et qu'à la vingt et unième il disjoncte, pourquoi vouloir informer une population déjà saturée d'informations, parfois fausses ou trompeuses ? Que pouvons-nous faire pour aider un monde malade, anesthésié, désinformé ? Comment soutenir les individus à trouver des réponses adaptées et fiables dans cette cacophonie ?

Nous devons mener une réflexion sur l'indépendance des professionnels de santé ou de l'éducation au regard des pressions et stratégies de l'industrie de l'agroalimentaire. Seul l'esprit critique, offre la liberté de choix et permet à chacun de faire les choix les mieux adaptés.

Mais de quels moyens disposent les professionnels de santé ? La formation initiale prévoit-elle ces modalités et processus pédagogiques? La profession doit repenser ses modalités d'action et se rassembler autour de concepts afin d'assurer une démarche qualité efficiente. C'est aussi savoir identifier les représentations, croyances ou idéologies personnelles, avant d'intervenir auprès du public. Ce qui me convient ne convient pas à tous.

Et savoir développer les compétences notamment sur l'aide à la décision semble une parade pour permettre aux individus de s'adapter face aux différentes situations et aux incitations du monde d'aujourd'hui. Développer l'estime de soi et favoriser la diversité des corps pour mieux appréhender les paradoxes que la société crée, comme : « soit maigre et consomme », ou : « tu es libre de consommer mais tu ne peux pas y accéder ». Ces dernières injonctions paradoxales ne conduisent-elles pas à travers l'accumulation d'objets à l'addiction ?

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Sébastien GOUDIN

Léa LYSTARD

Présentation du projet : « L'école des papilles » visant à encourager l'esprit critique des élèves du primaire face aux procédés marketing de l'agroalimentaire

L'obésité est un réel problème de santé publique. Les causes de ce problème sont multifactorielles : sédentarité liée à l'urbanisation, consommation alimentaire inadaptée par méconnaissance des besoins de l'enfant, troubles émotionnels ou psychologiques liés au contexte intrafamilial, influence néfaste de l'environnement…

L'enquête CNAM-InVS (année 2000) donne une prévalence de l'obésité de 18% en France pour les 7-9 ans. Chez les 15 ans et plus, l'enquête OBEPI 2009 révèle une augmentation de l'obésité depuis 12 ans de 8.5 à 14.5%. Au niveau de la région Rhône-Alpes, l'augmentation en 12 ans est de 50.6%. Cette augmentation est plus marquée dans les foyers à faibles revenus, en effet les quartiers difficiles sont plus durement touchés : en 12 ans de 12% à 20% pour un revenu de 900 à 1200€ contre une augmentation de 5% à 9% pour un revenu de 3800€ et plus.

Les professionnels se disent démunis face à la prise en charge de ces enfants (orientation et conseils). L'AFPA préconise une sensibilisation dès le plus jeune âge, en effet « les habitudes alimentaires se prennent très tôt, c'est pourquoi il est essentiel d'apprendre aux enfants à bien choisir leurs aliments et leur faire découvrir et aimer de nouvelles saveurs. Veiller à la convivialité des repas, prendre du plaisir, participer au marché, à la cuisine… »[4]

En outre, on sait que les 2/3 des enfants obèses le resteront à l'âge adulte, avec toutes les conséquences psychologiques et physiques que cela entraîne : risque de maladie cardiovasculaire triplé, risque de diabète multiplié par 9, hypertension, troubles respiratoires… Et une espérance de vie réduite en moyenne de 13 ans. Un des facteurs aggravants de l'obésité est l'influence néfaste de l'environnement sur nos comportements alimentaires. Dans cette catégorie, les médias tiennent une place de plus en plus importante (voir schéma ci-dessous). En effet, pour choisir un produit dans un super ou hypermarché, les personnes âgées de 15 à 75 ans disent faire avant tout

[4]Agence Française de Pédiatrie Ambulatoire

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

confiance à la marque du produit (34,3%)[5], or on sait que la marque n'est pas un gage de qualité nutritionnelle. Les médias influencent énormément l'alimentation des plus jeunes : 80% des publicités diffusées lors des programmes pour enfants portent sur des produits particulièrement riches en graisse, sucre ou sel, sachant que près de 60% des enfants regardent tous les jours la télévision en rentrant de l'école, comme le montre le schéma ci-dessous[6]. Quant aux parents, ils sont plus de 80% à acheter les produits vus à la télévision et réclamés par leurs enfants. Ceci explique que les 30% d'enfants les plus exposés à la publicité, soient également ceux qui exercent le plus de pression sur leurs parents et ceux qui consomment les aliments les plus gras et les plus sucrés. Cette mauvaise influence des médias sur le comportement alimentaire des enfants se retrouve à l'âge adulte, d'où l'importance d'une éducation auprès des jeunes adultes sur la réalité des stratégies marketing et sur les publicités.

Les problématiques soulignées dans ce diagnostic mettent en avant l'importance d'une sensibilisation des enfants aux questions de l'équilibre alimentaire et de l'influence des médias dans notre comportement alimentaire.

Il existe des programmes nationaux qui travaillent sur cette thématique. Le Programme National Nutrition-Santé (PNNS) a développé des messages sanitaires en lien avec des objectifs de prévention de l'obésité et de l'influence des médias, avec par exemple : ''Manger au moins 5 fruits et légumes par jour'' pour diminuer l'incidence des maladies chroniques liées à l'alimentation, ou obliger les publicitaires à faire passer un bandeau d'information nutrition/santé en bas de chaque publicité alimentaire. Ces messages basés sur des études scientifiques sont simplifiés au maximum pour être percutants et assimilés par une majorité du public. D'après les études réalisées[7], leur impact sur la population est efficace : mémorisation des messages sanitaires très élevée (surtout pour les enfants), compréhension et appréciation des messages, incitation aux modifications des comportements alimentaires. Tout ceci, nous le vérifions sur le terrain également dans nos échanges avec le public mais ces messages eux-mêmes ne suffisent pas. Comment ces messages sont-ils compris ? Quels changements de comportements induisent-ils ?

[5]Baromètre santé nutrition, 2008

[6]UFC Que Choisir, « Répartition nutritionnelle des publicités alimentaires destinées aux enfants en 2010 ».

[7]http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/messages_sanitaires_etude_INPES.pdf

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

De ce que nous observons dans notre pratique au sein de l'association ABC DiétEtique[8], les personnes (adultes et enfants) connaissent les messages sanitaires mais en les appliquant d'une façon, par rapport à ce qu'ils en ont compris, qui peut être contre-productive. Par exemple, avec notre fameux ''manger au moins 5 fruits et légumes par jour'', nous observons de nombreuses personnes qui nous disent que manger équilibré, c'est manger des fruits et des légumes et ne pas manger gras et sucré ; d'autres déclarent « ne pas arriver à manger 5 pommes par jour », ou bien encore culpabilisent de « ne pas suivre toutes ces recommandations ». D'autres en voyant une publicité de yaourt aux fruits avec un message sanitaire du PNNS recommandant de manger 5 fruits et légumes par jour pensent que « le produit correspond à une portion de fruit. »[9]

Face à ces constats, nous avons décidé de réagir. Professionnels de santé diplômés, formés aux techniques d'animation et aux principes de l'éducation pour la santé, spécialistes des différentes problématiques de santé liées aux populations et aux individus, l'équipe d'ABC DiétEtique propose différentes modalités pédagogiques sur les thématiques de la santé et de l'alimentation. Notre approche tient compte des dimensions physiques, sociologiques et psychologiques de la santé.

Dans nos actions au sein d'ABC DiétEtique, nous utilisons les recommandations actuelles du Ministère de la santé mais aussi les notions de plaisir, de partage et de convivialité, nécessaires à l'équilibre d'un repas. Les programmes et outils créés par l'association veillent au respect du développement psycho-affectif et cognitif de l'enfant, des aspects environnementaux et sociétaux. Nous travaillons régulièrement avec les enseignants et avons à cœur de soumettre nos outils et contenus pédagogiques utilisés à leurs expertises. En plus des concepts de prévention primaire, les problématiques liées aux comportements alimentaires ou à la pathologie sont prises en compte auprès des groupes et l'expression des personnes est favorisée. Notre démarche participative tente d'impliquer les personnes au cœur d'une réflexion menée avec elles et non une information didactique et experte. Sans les culpabiliser, nous permettons aux publics d'avoir une vision plus large des déterminants de leur comportement alimentaire pour qu'ils puissent plus facilement se repérer dans l'offre alimentaire actuelle et faire des choix éclairés pour leur santé physique, sociale et mentale.

[8]http://www.abcdietetique.fr/

[9]UFCQC_pub_TV_2010

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Pour prévenir l'obésité infantile et développer le sens critique des enfants vis-à-vis des publicités alimentaires, l'équipe d'ABC DiétEtique a créé le programme « l'Ecole des Papilles ». L'objectif de cette action, financée par l'agence régionale de santé, est de créer auprès des enfants un environnement favorable à une consommation alimentaire maîtrisée et un état nutritionnel satisfaisant et ainsi éviter une prise excessive de poids. La pédagogie utilisée, appelée pédagogie participative permet d'amener les enfants à se rendre acteurs de leur sante en même temps que celle de leurs parents.

L'action privilégie une démarche participative faisant intervenir 250 enfants en classe de CE1-CE2-CM1, leurs parents, les enseignants les professionnels de santé et ceux de la restauration scolaire. Tous sont mobilisés durant deux années pour soutenir et mettre en œuvre les actions de terrain destinées aux enfants.

Le public choisi est donc celui des enfants de 8 à 11 ans, en milieu scolaire (cycle 2, cycle 3). Cette période est propice à l'investissement des apprentissages (période dite de latence). De même, l'alimentation et l'analyse de l'image font partie du programme scolaire.

Le programme compte 5 séances de 1h15 par année. La première année est celle du savoir-faire. Tout en ayant une approche ludique, il est question de :

- Sensibiliser l'enfant aux principes de l'équilibre alimentaire.
- Amener l'enfant à découvrir le plaisir d'une alimentation variée et savoureuse.
- Promouvoir les bienfaits des repas partagés.
- Favoriser la consommation des fruits et légumes de saisons.
- Favoriser l'autonomie par l'apprentissage de recettes et la réalisation de menus.

Au terme de cette première année, les parents sont conviés à un buffet préparé par les enfants avec l'aide des diététiciens d'ABC DiétEtique.

Notions abordées : les groupes d'aliments, les bienfaits de chaque aliment sur notre organisme, les liens entre équilibre et plaisir de manger, l'importance du partage et de la convivialité dans l'alimentation, le respect des préférences et cultures alimentaires…

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

La deuxième année est celle du savoir-être. Consacrée à la publicité, elle doit permettre aux enfants d'adopter un regard critique sur les images vantant les mérites de produits souvent trop gras et trop sucrés, c'est-à-dire :

- Permettre aux enfants d'être autonomes dans leurs choix alimentaires
- Prendre du recul vis-à-vis des influences extérieures (publicités et marques) sur leurs choix alimentaires.
- Donner les moyens de comprendre les mécanismes de la publicité alimentaire (télévisée et affichée).
- Amener les enfants à réfléchir sur leur « quatre heures » : en ai-je besoin ? En ai-je envie ? Comment faire un goûter équilibre ?

Notions abordées : décryptage d'affiches et de spots publicitaires, vocabulaire de la publicité (slogan, marque, nom du produits), réalisation d'une boite à goûter équilibrée, liens entre équilibre et plaisir de manger, importance du partage et de la convivialité dans l'alimentation…

Un des enjeux de « l'école de papilles » est d'éduquer les parents à travers les enfants. En effet, les enfants peuvent être agents de changement et avoir une certaine influence sur la famille. L'implication des élèves dans ce projet, notamment au niveau de la réalisation de la boîte à goûter, du suivi de la création des affiches publicitaires, dépend essentiellement de la volonté de l'enseignant et de son engagement dans le programme.

Pour mesurer l'efficacité de cette action, une évaluation a été mise en place. Les enfants, les parents et les enseignants sont interrogés à plusieurs reprises par le biais de questionnaires.

Les enfants ont été questionnés 4 fois :

- T0 : lors de la première séance, avant le début du programme.
- T1 : fin de la première année
- T2 : début de la seconde année
- T3 : à la fin du programme

Le 1er questionnement permet de mesurer le niveau initial de connaissances des élèves et de connaître leurs habitudes alimentaires. De par la continuité de l'évaluation, on peut observer les éventuels changements survenus au niveau des comportements alimentaires et l'amélioration des connaissances au sujet de l'alimentation dont le développement de l'esprit critique. On retrouve à la fois des questions sur les habitudes alimentaires

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

des enfants ainsi que des questions de connaissances en matière d'alimentation et de publicité.

A chaque fin d'année, les parents sont questionnés sur le programme. Les objectifs sont de mesurer :

- Le niveau d'information des parents. Connaissent-ils l'Ecole des papilles ? Quel est leur degré de satisfaction ?
- La communication entre les parents et leurs enfants : Les enfants ont-ils parlé de l'Ecole des papilles à leurs parents ? Si oui, l'information a-t-elle été correctement transmise ?
- Leurs connaissances sur l'alimentation : Comment se représentent-ils la notion de « manger équilibré » ?

Les questions posées aux enseignants concernent principalement la pédagogie du programme, la qualité des interventions et les contenus du programme.

Pour mesurer si le programme avait un impact significatif auprès des publics, nous avons réalisé les tests d'hypothèse de Cochran, appelé aussi Q de Cochran lorsque les variables étaient binaires (bonne réponse/mauvaise réponse) et le test de Friedman pour les autres variables. En voici quelques résultats.

Pour les enfants

Progression significative de la connaissance sur les fruits et les légumes. La question était : *« Selon toi, qu'est-ce que les fruits et les légumes apportent à ton corps ? »*

- Evolution significative des connaissances sur l'équilibre alimentaire : à la question, *« D'après toi que veut dire manger équilibré ?* 1/3 des enfants pensaient qu'il ne faut manger que des fruits et des légumes. A la fin de la dernière année, ils ne sont plus que 13%.

- Malgré une amélioration du taux de bonnes réponses, on ne peut pas dire que la règle du goûter équilibré est connue des enfants (non significatif)

- Les représentations sur la publicité ont changé significativement.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

- Lorsque l'on demande aux enfants ce qu'ils conseilleraient à un ami lorsqu'ils ont un achat à faire, on observe une évolution significative des bonnes réponses : *« réfléchis, la marque risque d'influencer ton choix ».* Les enfants ont pris conscience que la marque pouvait influencer leur choix.

Pour les parents

En mesurant l'impact du programme auprès des parents (en fin de 1ère année et en fin de 2ème année), on observe une évolution des comportements des enfants et des intentions de changement de comportement. A la question « *Pensez-vous que ce programme peut avoir des influences sur votre alimentation ?* », ils sont 63% à penser que oui à la fin des 2 années du programme.

Certains parents avouent faire plus attention à ce qu'ils mangent : *« Nous ne buvons plus de sodas et mangeons des fruits plus souvent voire tous les jours ». « Manger plus équilibré »* est la réponse la plus donnée.

De même, ils déclarent observer des changements de comportements chez leurs enfants (ceci n'étant pas uniquement dû au programme l'école des papilles).

Presque la moitié des parents disent remarquer des changements dans l'alimentation de leurs enfants dès la première année, ils sont 60% la deuxième année, ce qui est cohérent avec les résultats des questionnaires enfants (augmentation de la consommation de fruits et de légumes au repas du soir notamment). Les parents observent une baisse dans la consommation de produits sucrés au profit des fruits et des légumes qu'ils mangent plus facilement : *« elle mange des fruits à 4h au lieu de plusieurs gâteaux », « l'enfant prend plus en compte ce qu'il apprend à l'école que ce que disent les parents»*. De plus, les enfants sont contents de mettre en application ce qu'ils ont appris à l'Ecole des Papilles : « *il mange plus volontiers les légumes et plus de fruits au goûter », « il fabrique des brochettes de fruits », « Il a varié ses plaisirs et il a encore plus envie qu'avant de préparer lui-même ses mets (ou avec ses parents) »*.

Pour les enseignants

Ils sont tous d'accord pour dire que l'alimentation et la nutrition sont des sujets importants à traiter à l'école ; ils pensent qu'un tel programme peut avoir un impact sur les enfants. Néanmoins, l'un d'eux déplore le *« déséquilibre des forces en présence »*, et constate la *« pression énorme des groupes industriels, des médias et la faiblesse des moyens éducatifs »*.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

L'approche ludique, qui consiste en la scénarisation des contenus, implique davantage les élèves selon les enseignants : *« La personnification des rôles est un excellent moyen pour que les élèves s'investissent pleinement et prennent leur rôle au sérieux »*. Pendant la première année, les enfants sont des détectives, la seconde année, des publicitaires : *« Ils ont appris la démarche publicitaire et ont été acteurs de leur propre produit »*.

En ce qui concerne la pédagogie des intervenants, les instituteurs sont tous favorables à une intervention en demi-groupe. Ils sont « satisfaits » ou « tout à fait satisfaits » de la volonté de l'équipe d'ABC d'organiser des sorties pédagogiques avec les enfants : visite au marché, atelier cuisine.

En résumé, l'évaluation du processus et des résultats a permis de mesurer les forces mais aussi les faiblesses du projet. On observe un écart significatif dans l'évolution des connaissances sur l'équilibre alimentaire et la publicité (17% disent en début d'année que la publicité sert à vendre les produits qu'elle plébiscite contre 82% en fin de projet). Ceci a une influence sur leurs comportements puisque sur 42% des enfants qui connaissent la règle du goûter équilibré, ils sont 82% à l'appliquer.

Enfin les enseignants et les parents sont dans l'ensemble satisfaits. Les premiers apprécient la *« continuité sur les 2 années avec un travail en demi-groupe qui permet à chaque enfant d'exister vraiment »* et la *« qualité des outils élaborés »*. La mobilisation et l'implication des enseignants est essentielle pour la mise en œuvre et la réussite du programme.

Quant aux seconds, ils sont 42% à penser que l'Ecole des Papilles peut avoir une influence sur leur alimentation en fin de première année et 60% en clôture de projet. Ils sont la moitié à se déplacer au temps festif (59%) : temps d'information et de valorisation du travail réalisé.

Toutefois, certains points sont encore perfectibles. Les supports pédagogiques fournis ne sont pas encore suffisants pour permettre à l'enseignant de se saisir du programme. La communication avec les familles reste perfectible : 79% connaissent l'Ecole des Papilles par leur enfant mais seulement 25% par le biais d'autres sources (professionnels, quartiers…). Les tables rondes parents/professionnels qui leur sont consacrées sont peu suivies (3% de présence). Enfin, le lien école/quartier mérite d'être plus développé.

Malgré ces écarts de jeunesse, l'Ecole des papilles reste un programme qui prouve son efficacité. C'est pourquoi l'équipe d'ABC DiétEtique a pour projet de modéliser cette action en outil pédagogique.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

II) *Quelle formation critique pour les diététiciens et nutritionnistes ?*

Paul Scheffer

Quels enjeux autour de la place de l'esprit critique dans la formation des diététiciens ?

Ce thème de la formation à l'esprit critique au sein de la formation des diététiciens me semble d'autant plus pertinent à l'heure actuelle que cette formation est en profond changement, elle devrait passer d'un BTS en deux ans à un cursus de type Licence et Master et être du coup largement refondue. C'est en ce moment que peuvent être intégrés des modules qui pour l'instant font défaut à ce cursus, notamment en matière de prise en compte des stratégies d'influence des multinationales de l'agroalimentaire et des enjeux de santé publique qui en découlent. Il faut savoir qu'au niveau international, le minimum requis est trois années de formation, et que certains pays y consacrent quatre voire cinq années.

Il me semble intéressant de se tourner vers la médecine pour voir ce qui s'y passe et ce qui pourrait être transférable dans le domaine de la diététique et de la nutrition, en termes d'apport des sciences humaines, de contre-pouvoir, de dynamique étudiante notamment. Cela est d'autant plus pertinent à faire dans la mesure où l'on entend souvent en diététique qu'il n'y a pas le temps pour introduire des éléments nouveaux dans le cursus, car le programme est déjà suffisamment chargé. Or en médecine c'est un programme aussi très lourd, a fortiori encore davantage même, et pourtant on peut y constater du changement en matière de développement de l'esprit critique, de dispositifs pédagogiques, de la place attribuée aux Sciences Humaines et Sociales qui sont de plus en plusprésentes depuis les années 90. Cela montre bien à mon avis que le temps ou le programme ne sont pas des arguments suffisants pour rejeter en bloc des réflexions de fond sur ce qu'est le métier de diététicien et ses besoins en termes de formation initiale.

Trois points seront ici développés : la finalité du métier de diététicien, le contenu de la formation initiale, car le référentiel de compétences actuel qui date de 1997, et qui me semble-t-il n'était lui-même qu'un aménagement d'un précédent référentiel, devrait subir de profonds changements, et enfin la pédagogie : une fois qu'on a les contenus comment sont-ils transmis? Il y a, d'après les observations que j'ai pu faire, tellement de choses à apprendre

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

qu'on n'a pas le temps de réfléchir, et on ne s'autorise pas ce temps forcément de la part des professeurs non plus selon moi, comme l'article de Florian Saffer le souligne.

Finalité de la formation de diététique

Ce qui est en train de se profiler, lorsqu'on lit le rapport d'Ambroise Martin sur la place de la nutrition dans les différentes formations de santé[1], c'est un passage des études initiales qui se passent en lycées professionnels et en IUT pour le moment à l'université en Licence 3, et avec une sélection pour rentrer en Master ensuite. Ces derniers auront un cursus qui mettra l'accent un peu plus sur des contenus réflexifs parce que ce sont des personnes qui iront dans l'enseignement ou dans la recherche, c'est comme cela que c'est présenté. Tel que c'est conçu, ce n'est pas dit explicitement, mais si on essaye de lire entre les lignes, on commence à aborder les questions de réflexion au niveau du master, pour une minorité donc. Est-ce qu'on ne peut pas faire en sorte que les individus réalisant la licence puissent avoir accès à un certain bagage dans cette direction?

Deuxièmement, le référent, le canon d'apprentissage, découle du Programme National Nutrition et Santé (PNNS) qui est une politique gouvernementale mise en place depuis 2001, on en est au troisième volet aujourd'hui, qui vise à édicter un certain nombre de conseils et de recommandations à la population et aux professionnels de santé, et par là à obtenir une certaine cohérence de la profession regroupée sous une même bannière. J'estime personnellement que le PNNS est une bonne chose, ce n'est pas à rejeter en bloc, je crois qu'il y a des choses intéressantes qui s'y passent, mais en même temps cela devient une sorte de référence unique, ce qui se comprend si l'on souhaite une certaine unification de la profession, mais aussi une cible privilégiée de lobbying et d'intérêts croisés parce que qui dit politique nutritionnelle dit intérêts économiques, notamment industriels et agroalimentaires en jeu, sachant que le secteur industriel en France ne se porte pas au mieux de sa forme sauf le secteur agroalimentaire. Du coup l'Etat a plutôt intérêt à soutenir ce dernier pour des questions d'emplois entre autres. Il est certain également que l'ANIA, l'Association Nationale de l'industrie agroalimentaire, a plus facilement accès à l'oreille des ministères que des petites associations comme la nôtre qui défendent plutôt des intérêts de santé publique. L'industrie agroalimentaire en France, c'est 150 milliards d'euros de chiffre d'affaires par an, et 477000 emplois, donc évidemment cela pèse très lourd.

[1]http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_A_Martin_formation_nutrition.pdf

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Le Professeur Serge Hercberg, directeur du PNNS reconnaît qu'il y a des intérêts en compétition et que les intérêts économiques parfois poussent à la roue : « on le savait pour l'alcool, on le savait pour le tabac, c'est aussi vrai pour l'agroalimentaire. »[2] Il y a cependant des éléments sur lesquels on pourrait mettre plus l'accent, comme les produits laitiers, avec la recommandation de trois à quatre produits laitiers qui apparaissent à un certain nombre d'acteurs comme excessive. On peut se demander en effet s'il n'y a pas là trace d'une collusion avec l'industrie laitière qui est assez présente dans le comité nutrition de l'Agence française en charge de l'alimentation (AFSSA, devenue ANSES) : en 2009 sur les 23 membres, 12 avaient des liens avec l'industrie laitière dont une personne qui était le président de l'institut Danone et qui siégeait dans ce comité nutrition de l'AFSSA.

Il faut savoir néanmoins que le comité nutrition a été renouvelé depuis, notamment dans le sillon du scandale du Mediator®. Jusque dans les années 2000 certains experts venaient jusque devant la porte du comité avec les industriels. Par la suite, ces derniers étaient directement auditionnés ce qui avait au moins le mérite d'être plus clair. Aujourd'hui ils ne le sont même plus. On observe donc une sorte de détachement vis-à-vis des industriels dont on peut se réjouir, et cela se traduit d'ailleurs par des rapports de l'ANSES en matière de nutrition (nous ne nous prononçons donc pas ici pour ce qui concerne le risque chimique) qui gagnent en qualité, le problème étant de voir ce qu'ils deviennent ensuite pour qu'ils ne terminent pas au fond des tiroirs, boudés par les politiciens qui pourraient les utiliser, et les diététiciens eux-mêmes bien souvent. Une veille scientifique citoyenne reste néanmoins nécessaire dans le meilleur des cas pour rester vigilant et alerter l'agence si besoin sur les points qui peuvent sembler fâcheux. Les apports nutritionnels conseillés (ANC) édictés par l'Afssa et relayés par le PNNS ne nous semble pas suffisant non plus dans certains cas, si l'on reprend les produits laitiers, les 900 mg de calcium recommandés pour la population adulte diffère des 700 mg choisis en Grande-Bretagne ou des 540 mg retenus par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il s'agit ici d'y voir plus clair et de voir s'il n'y a pas eu ici des intérêts économiques venus interférer dans le calcul de ce nombre. Il faut notamment rappeler que l'expert qui a été mandaté en France pour établir cette recommandation a des liens d'intérêts notoires avec l'industrie laitière, ce qui peut aider à comprendre pourquoi notre pays figure dans le peloton de tête pour ce qui est des recommandations en matière de produits laitiers[3].

[2]Documentaire de Philippe Borrel « Alerte dans notre assiette »

[3]Souccar Thierry (2008), *Lait, mensonges et propagande* (2nd édition), Thierry Souccar éditions, Vergèze

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Ce qu'il faut prendre en compte également c'est que le PNNS est une vision de la promotion de la santé dans le sens où il cherche à éduquer la population en termes de repères nutritionnels, mais cela peut avoir des effets pervers dans la mesure où si on donne des conseils à la population, c'est elle qui est responsable ensuite de ses choix. D'une certaine manière c'est vrai, la population doit se prendre en main mais c'est un discours récurrent de l'industrie de remettre la responsabilité des problèmes sur le libre-choix des individus, ainsi si vous êtes gros c'est que vous mangez trop, si vous avez un cancer des poumons c'est de votre faute parce que vous fumez sans doute, bref ce n'est jamais l'industrie correspondante qui est en cause. Il n'est pas dans les prérogatives du PNNS d'essayer d'avoir une approche plus globale des enjeux de la nutrition, plus environnementale et sociétale par rapport à une approche centrée sur le changement des individus. Même si le PNNS engage des chartes de bonne conduite avec les industriels, celles-ci restent très marginales comme le fait remarquer l'association de consommateurs CLCV[4].

Il est dommage que le PNNS ne s'attaque pas davantage aux problèmes de marketing et aux stratégies d'influence de l'industrie agroalimentaire[5], mais le rapport remarquable écrit en 2013 par son directeur, le professeur Serge Hercberg, va courageusement et heureusement dans ce sens[6]. Si on lit le travail de la professeur de nutrition et sociologue Marion Nestle, qui a notamment écrit *Food Politics*, (500 pages très denses d'analyse de l'influence de l'industrie agroalimentaire dans le champ de la nutrition et de la santé), on trouve deux illustrations très parlantes : chacun connaît la pyramide alimentaire qui établit sous forme de schéma les recommandations de ce qu'il serait préférable de manger, avec les céréales et les fruits et légumes tout en bas et les sucreries tout en haut de la pyramide (qui soit dit en passant a failli ne pas voir le jour vu qu'elle hiérarchise les aliments ce qui déplaît fortement à l'industrie). Marion Nestle y accole la pyramide des consommations réelles des Américains où l'on voit un sérieux déséquilibre dans la mesure où les étages du haut sont plus larges que les étages centraux de la pyramide, en gros beaucoup trop de sucreries ; mais là où cela devient le plus intéressant c'est que les dépenses marketing de l'industrie agroalimentaire ont elles aussi été reproduites sous forme de pyramide, et cette dernière correspond à celle des consommations réelles, d'où la conclusion que l'on peut tirer que les consommations sont plus réactives face

[4]http://www.lepointsurlatable.fr/le-blog-de-celia/les-pieds-dans-le-plat/chartes-pnns-quel-impact

[5]Pascale Dupuis, « Le Marketing et la santé », *Education Santé n°288*, avril 2013

[6]Serge Hercberg (2013), *Proposition pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle de santé publique*, 1ere partie, novembre http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Hercberg_15_11_2013.pdf

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

aux dépenses marketing que face aux démarches de promotion de la santé. Un élément qui vient se rajouter à ce constat, c'est qu'en France le PNNS à un budget de quelques dizaines de millions d'euros, tandis que le budget publicitaire de Danone en ne prenant en compte que ses marques de biscuits est estimé déjà à 100 millions de dollars[7].

Pour revenir à l'esprit critique, la formation dépend beaucoup de la conception que l'on a du métier de diététicien, pour l'instant c'est surtout du conseil individualisé. C'est sûr c'est le cœur du métier des diététiciens, mais il y a aussi cette dimension sociétale évoquée plus haut afin que le diététicien puisse se rendre compte dans quel environnement il intervient et de qui ses patients et lui-même, peuvent être la cible. Cette conscience critique pourrait être bien davantage encouragée à mon sens vu que lorsque j'ai demandé à des étudiants en fin de cursus de diététique voire à des diététiciens ce que le mot lobby signifiait la plupart n'en avait aucune idée, et il y avait encore plus de difficulté pour définir les conflits d'intérêts et les problèmes qu'ils posent. Ce qui ressort de ces entretiens, c'est que le PNNS et l'agence responsable de l'alimentation (ANSES) existent, par conséquent tout va bien, les moutons sont bien gardés. La science est également vue comme quelque chose de très intègre et pur : la science c'est scientifique donc c'est vrai. Dans ce contexte sans conflit, les industriels ne posent pas de problème et font juste leur travail. Il ressort de cela une vision très angélique de l'arène que constitue le champ de l'alimentation que les bases d'une sociologie critique de ce domaine pourraient déconstruire de manière opportune selon moi.

J'en veux pour preuve le témoignage d'une diététicienne qui intervenait au sein du BTS Diététique que j'ai fréquenté, pour le compte d'une association appelée Matin Céréales qui promeut les céréales petit-déjeuner au sein du cours de nutrition, intervention et vécue par les étudiants comme un véritable cours, nous pouvions être interrogés lors du prochain contrôle sur ce que la diététicienne de Matin Céréales avait présenté dans son Power point. Matin Céréales est en fait un faux-nez des fabricants de céréales petit-déjeuner comme Nestlé ou Kellogg's qui leur permet d'intervenir au sein du cursus des diététiciens. En demandant à cette diététicienne à la fin du « cours » qu'elle avait « donné » si cela ne la gênait pas de faire ce travail au niveau de sa conscience professionnelle, elle me répondit que non, qu'elle était « indépendante » et « autonome ». Dans son imaginaire elle restait en dehors de la structure pour laquelle elle faisait de la prestation de service. J'ai eu l'occasion d'interviewer cette diététicienne quelques années plus tard, alors qu'elle ne travaillait plus pour Matin Céréales, elle convint à cette occasion que cette présentation avait un côté « bourrage de crâne ».

[7]http://www.strategies.fr/articles/r64584W/danone-realigne-son-budget-biscuits-dans-le-monde.html

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Il me semble donc qu'il y a des réflexions d'ordre éthique à mener au sein de la profession par rapport au fait d'accepter de tels « services gratuits » au sein du BTS Diététique, mais aussi par rapport aux professionnels qui acceptent de faire ce genre de prestation, même si je rappelle par ailleurs que le taux de chômage est de 20% dans la branche en France, soit le double malgré tout de la moyenne nationale, ce qui est à prendre en compte[8]. Il s'agirait de revoir le code de bonne conduite de l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN) qui tient sur une page en dix points, alors qu'on trouve des codes bien plus volumineux comme celui de leurs homologues canadiens avec un document de plus de 50 pages. Quand j'avais interviewé l'ancienne présidente de l'AFDN au sujet de sa conception du rôle de l'industrie agroalimentaire dans les enjeux de santé publique en matière d'alimentation, sa réponse avait été que c'était « chercher la petite bête » que de s'occuper de cet angle de la question. On peut comprendre que les problématiques que l'AFDN défend, bénévolement pour la plupart, en termes de reconnaissance de la profession les occupent déjà beaucoup, mais malgré tout cette petite bête m'apparaît plutôt comme une grosse à côté de laquelle on ne peut pas passer, surtout en France.

Une diététicienne syndiquée à la CFDT qui participe aux groupes de travail sur le nouveau référentiel de compétences des futurs diététiciens m'a envoyé un tract qui revendique l'inscription de plusieurs points dans les discussions de ces groupes, avec notamment l'alimentation durable, mais surtout le fait de sensibiliser les élèves aux stratégies de lobbying des grandes firmes agroalimentaires, alors il faut évidemment voir si ces points seront vraiment retenus dans la version finale du référentiel, mais on peut en tout cas se féliciter qu'ils soient présents et débattus[9]. Espérons aussi qu'ils soient davantage mis en œuvre par la suite au sein des cours à proprement parler car le point 9 de l'ancien référentiel précisait qu'il fallait encourager la réflexion des diététiciens. Or pour le moment d'après mes observations, la formation actuelle, encore plus au BTS qu'à l'IUT, n'encourage pas voire au contraire détourne d'une pensée réflexive.

Les contenus

Pour l'instant la formation des diététiciens ne comporte pas une heure de Sciences Humaines et Sociales. La profession est très consciente qu'il manque de la psychologie, cela paraît évident encore faudrait-il préciser quelle psychologie et quel contenu on attend. La psychologue Michelle Le Barzic traite de ce sujet dans son article, il me semble que bien d'autres

[8]http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/efad_benchmark_fr.pdf, p.57

[9]Tract du syndicat CFDT « Diététicien Réingénieurie Diplôme »

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

disciplines, comme l'éthique ou la sociologie auraient aussi toute leur place, particulièrement cette dernière comme c'est le cas en Hollande si je ne m'abuse où les deux disciplines sont présentes. Si cela se fait là-bas pourquoi pas ici également, après il s'agira de savoir de quelle sociologie il s'agit là aussi, entre une sociologie autour seulement du mangeur comme on la retrouve chez des auteurs français comme Claude Fischler ou Jean-Pierre Poulain, ou une sociologie plus critique comme on peut la lire sous la plume de Marion Nestle, Michael Pollan ou Julie Guthman, tous anglo-saxons et encore peu traduits en français malheureusement[10].

Il y aurait d'ailleurs des distinctions à faire entre ces deux courants pour y voir plus clair au sein de la sociologie, car les sociologues français cités plus haut sont assez sensibles aux problèmes que pose la médicalisation du discours nutritionnel, et insistent pour ne pas provoquer des peurs alimentaires superflues qui pourraient complexifier le rapport à l'alimentation et créer des troubles alimentaires au lieu d'en régler. Dans ce sens, ils parlent d'un rapport réflexif à l'alimentation d'un point de vue négatif, car lié à un rapport complexifié et médicalisé à la nourriture. Pour moi, tout l'enjeu est de pouvoir développer un rapport réflexif à l'alimentation face aux différentes stratégies dont les consommateurs et professionnels de santé sont la cible sans tomber dans ces travers-là. Ce serait sinon faire la part belle à l'industrie agroalimentaire qui se réjouit d'avoir des consommateurs qui ne réfléchissent pas trop à leur alimentation, et qui n'hésite pas à pousser les discours, scientifiques ou médiatiques, allant dans cette direction. Il y a donc là une tension, parmi bien d'autres, entre souci d'un excès de la médicalisation de l'alimentation et souci d'un laxisme face aux pressions de l'industrie agroalimentaire qu'il faudrait résoudre.

Cette place de la sociologie dans le cursus initial me semble très importante, elle est pourtant très peu discutée. C'est le cas aussi de l'éthique : en médecine on trouve des cours d'éthique, plus orientée vers la bioéthique très souvent qui consiste à aborder les questions que les progrès techniques modernes soulèvent, notamment en termes de procréation par exemple ou de l'euthanasie. Mais l'on pourrait très bien introduire l'éthique en la rapprochant davantage de la déontologie pour aborder des thématiques rejoignant celle des conflits d'intérêts, de la corruption dans le domaine de la recherche en nutrition, ou des stratégies de lobbying ou de collaboration avec l'industrie, thèmes que l'on retrouve développés dans l'article « La résistance des soignants » du docteur Philippe Foucras dans une revue canadienne spécialisée en éthique publique dont je recommande vivement la

[10]Michael Pollan (2008), *Nutrition, mensonges et propagande*, Thierry Souccar editions.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

lecture pour tous les professionnels et enseignants en santé[11].Je suis d'ailleurs persuadé que ce sont des sujets qui passionneraient les étudiants en diététique, qui se sentent concernés de près par ces sujets d'après les entretiens que j'ai pu réaliser : une étudiante me confiait qu'elle se doutait bien qu'il devait y avoir des magouilles dans le monde de la nutrition mais qu'on les prenait pour des enfants au sein du cursus et qu'on ne leur en parlait pas. Je pense qu'il y a là une vraie demande qui n'est pas prise en compte à l'heure actuelle dans les discussions. C'est bien dommage quand on voit qu'une revue médicale aussi prestigieuse que *PLoS Medicine* publie une rubrique consacrée à l'industrie agroalimentaire, rebaptisée Big Food comme il est déjà question de Big Pharma (industrie pharmaceutique) [12] ou de Big Tobacco (industrie du tabac)[13], et discute notamment avec le psychologue Kelly Brownell des problèmes que pose la collaboration avec l'industrie agroalimentaire à l'heure actuelle[14].

La sociologie pourrait apporter des réflexions sur le fonctionnement des structures de soin au niveau de l'institution, car il y a de profondes restructurations qui ont lieu à l'hôpital là où plus de la moitié des diététiciens employés exercent. On parle aujourd'hui de management de l'hôpital, de T2A qui correspond à une tarification à l'acte (Juven appel…) Je pense que les représentations qu'ont les diététiciens de leur métier, et c'est vrai des autres professionnels de santé sans doute, peuvent être très différentes des logiques de rentabilité que les hôpitaux sont amenées à suivre dans un contexte de réduction du coût des soins. Il serait sans doute bénéfique de préparer les futurs soignants à mieux comprendre leur cadre de travail.

L'histoire de la diététique et de la nutrition serait également un point très important, à condition qu'elle ne soit pas une histoire lénifiante mais critique là aussi, afin de permettre de prendre du recul par rapport à un enseignement où il s'agit essentiellement d'apprendre des résultats par cœur, avec cet imaginaire que ce sont des connaissances scientifiques, qui sont donc vraies et qui ont vocation à le rester, au lieu d'avoir une vue plus relativiste de la science que peut apporter le recul historique et les changements de mode que l'on peut observer en nutrition comme ailleurs. Introduire le fait que les choses évoluent peut paraître banal, mais ce n'est pas du tout ce qui est transmis dans la formation actuelle, surtout lorsqu'on voit par exemple le

[11]http://www.adnc.asso.fr/-Articles-36-

[12]Robert N. Proctor (2014), *Golden Holocaust - La conspiration des industriels du tabac*, Editions Des Equateurs.

[13]MikkelBorch-Jacobsen (sous dir.) (2013), *Big pharma : une industrie toute-puissante qui joue avec notre santé*, Les Arènes.

[14]Certaines traductions en français de cette rubrique sur « Big Food » sont téléchargeables ici : http://www.adnc.asso.fr/-Articles-36-

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

poids de la biochimie où l'on va apprendre des chaînes métaboliques très précises comme la glycogenèse par exemple et qui peuvent insidieusement donner l'impression que l'on sait tout, en tout cas des choses très précises, qui impressionnent, sur le corps humain. En sociologie du curriculum, on parle du « curriculum caché » pour décrire ce qui est appris mais de manière inconsciente au sein des cursus, en ne faisant pas partie du cursus formel. Je crois que cette vision positiviste de la science en fait partie.

A cela s'ajoute le discours avançant que les diététiciens sont « les professionnels de la nutrition » qui lui aussi n'invite pas forcément à la remise en question et à une éducation tout au long de la vie[15]. On retrouve l'accent mis sur l'histoire des sciences dans l'article du philosophe Jacques Bouveresse dans l'ouvrage *La Science et le Débat public* publié récemment, cela pourrait être utile pour démystifier cette idée de « science pure » qui s'ancre dans les esprits des futurs diététiciens[16]. A ce sujet me revient en mémoire une demande d'une étudiante en deuxième année qui voulait connaître mon avis sur un produit amincissant. Je ne le connaissais pas mais je lui ai proposé de se renseigner et en tout cas de se méfier ; elle a été surprise de cette réaction car ce produit était passé à la télé et il y était dit que c'était « scientifiquement prouvé », pour elle c'était donc vrai. Au cours de la formation, lorsqu'on nous demandait d'écrire des textes, ce qui arrivait rarement, il y avait de futurs diététiciens qui citaient le site Kellogg's en source bibliographique de leur document sans que cela pose de problème, comme le fait aussi remarquer ici Florian Saffer.

Je pense qu'actuellement, une des priorités données à la formation est cette « pensée PNNS » qui fait consensus sans dissensus possible et qui crée à mon sens une certaine rigidité par rapport à d'autres acteurs ou approches possibles, et je pense que la formation agit de telle sorte qu'on ne supporte pas l'incertitude, ou d'avoir une marge de doute, alors que cette gestion du doute est étudiée pour les médecins[17].

Pédagogie

Lorsque j'ai fait mon master en lien avec la formation des diététiciens, la chef de travaux et de nombreux professeurs, mais pas tous, me disaient qu'il n'était pas possible de faire autrement ou d'aller vers des pédagogies plus actives, favorisant davantage le dialogue entre enseignants et apprenants, à

[15]Lucette Colin, Jean-Louis Le Grand (sous dir.) (2008), *L'éducation tout au long de la vie*, Economica.

[16]Collectif (2012), *La Science et Le Débat public*, Actes Sud/IHEST.

[17]Géraldine Bloy (2008), « Incertitudes et décisions en médecine générale. Sources, formes, et accommodements possibles, *SCIENCES SOCIALES ET SANTE*, vol. 26, n° 1, pages 67-91.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

cause du programme surchargé et du manque de temps, sauf que j'avais trouvé une professeure qui enseigne la diététique depuis 17 ans et qui le pratiquait dans ses cours. J'ai été assez passionné de constater qu'il se passait quelque chose avec la plupart des élèves qui avaient cours avec elle : ils étaient enthousiastes, ils prenaient plaisir à aller en cours et à retenir leur leçon, ils m'ont dit en entretien apprendre mieux. Cette enseignante m'a dit que pendant les six premières années d'enseignement, elle ne s'autorisait pas à aller dans cette direction car elle avait peur de ne pas finir le programme à temps. Ce n'était donc pas inné non plus, elle a appris à concocter sa pédagogie progressivement, notamment en introduisant les sujets sur un mode interrogatif « Ne pensez-vous pas que... », en invitant ses étudiants à la réflexion par rapport à l'actualité, comme des cas de fraudes dans des boucheries à Bordeaux à l'époque. Ceci contribue grandement à valoriser l'opinion des élèves. Cet exemple me semble intéressant à approfondir, car il y a un phénomène de reproduction qui conduit les enseignants à enseigner de la même manière que ce qu'ils ont eux-mêmes connu en tant qu'élève.

L'ouvrage coordonné récemment par Parent et Jouquan permet de replacer ces démarches de pédagogies actives dans un vaste cadre théorique et articulé à une pensée systémique de la formation des professionnels de santé de manière remarquable à mon sens. Tout en permettant d'être vigilant par rapport aux usages réducteurs dont les pédagogies actives peuvent faire l'objet, résumées à des formules floues et peu mises en pratique autour du fait « d'apprendre à apprendre », ou de « rendre l'étudiant acteur de sa formation » par exemple, les multiples contributions font le point sur les enjeux de la réflexivité au sein des cursus de santé, cette dernière faisant partie des compétences clés retenues par ces auteurs.[18] Il existe aussi des courants anglo-saxons vivaces autour de l'esprit critique, que cela soit le *critical thinking* ou les *critical pedagogies* dans la lignée de Paolo Freire qui pourraient être mis à contribution[19]. Il y aurait énormément de choses à creuser dans ce domaine qui pourraient stimuler les enseignants dans leurs cours et favoriser les apprentissages des étudiants, avec plus de plaisir sans doute à la clé pour les deux parties. Un ouvrage que j'ai consacrée spécifiquement à cette question permettra je l'espère d'inspirer les futures réformes du cursus de formation des diététiciens dans ce sens.

[18]Parent Florence, Jouquan Jean (sous dir.) (2013), *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck, Bruxelles.

[19]Mezirow Jack (201), *Penser son expérience – développer l'autoformation*, (Traduction D. et G. Bonvalot), Chronique sociale, Lyon.
Popkewitz S. Thomas, Fendler Lynn (sous dir.) (1999), *Critical Theories in Education*, Routledge, New York and London.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Je pense que ces questions ont leur importance car actuellement les diététiciens sont formés en deux ans et peuvent ensuite poser une plaque et s'installer en libéral. La formation initiale est une période clé de socialisation où les plis cognitifs d'apprentissage se prennent, et notamment celui de la remise en question critique, de l'ouverture d'esprit (une de nos professeures nous a dit en cours qu'elle trouve la profession des diététiciens assez « obtuse »), ou simplement le fait que l'avis de chacun d'eux en tant que professionnel de santé compte, et qu'il n'est pas là seulement pour traduire et appliquer les repères du PNNS. Je terminerai en disant que ce qui est dommage dans la formation actuelle c'est qu'il n'y a pas d'encouragement pour l'initiative personnelle et pour la curiosité : pas à un seul moment l'un de nos professeurs nous a encouragés à aller vers des ouvrages, ne serait-ce que pour nous les signaler, à les consulter au moins après le BTS si cela posait problème pendant la formation, et qu'il existait des revues indépendantes comme celle de l'association de consommateurs *UFC-Que Choisir,* alors que le CDI du lycée en avait un certain nombre, et que les élèves ne les connaissaient malheureusement pas pour la plupart.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Sylvain Duval

Les biais du nutritionnisme tel qu'on le retrouve au sein du BTS Diététique : le cas des besoins en calcium, du cholestérol, et d'un manuel scolaire parmi les plus utilisés

La réflexion sur la place de l'esprit critique dans la formation des diététiciens peut s'appuyer sur la signification de leur rôle, tel que le définit le code de santé publique (article L437-1) :

« Est considérée comme exerçant la profession de diététicien toute personne qui, habituellement, dispense des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un bilan diététique personnalisé et une éducation diététique adaptée. Les diététiciens contribuent à la définition, à l'évaluation et au contrôle de la qualité de l'alimentation servie en collectivité, ainsi qu'aux activités de prévention en santé publique relevant du champ de la nutrition. »

Les mots que je retiendrais à partir de cette définition, pour formuler quelques considérations générales en guise de premiers repères, sont Éducation et le couple Alimentation / Nutrition. Nous nous pencherons ensuite sur le contenu d'un manuel souvent utilisé par les étudiants et les enseignants au sein du BTS Diététique.

Education

En partant du mot « éducation », on peut entrevoir deux visions différentes du savoir :

- un savoir complet, ou qui se présente comme tel, avec des connaissances précises et non remises en cause, ou dans leur contexte, avec leur évolution. Ces connaissances transmises par ce type d'apprentissage sont souvent prises et apprises tel quelles, sans être discutées. On débouche alors sur la notion d'universalisme.

- un savoir relativisant les connaissances et permettant une critique, une ouverture, laissant la place au choix des individus dans leurs pratiques professionnelles et leur manière de continuer à se former par eux-mêmes une fois le diplôme acquis. On aboutit alors à la notion de relativisme.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Ces deux types d'éducation ne mobilisent pas les mêmes conceptions et outils pédagogiques, et leur manière d'être enseignées peuvent varier considérablement, sans qu'une grande place soit accordée à leur comparaison, évaluation, analyse. A mon avis, l'enseignement actuel de la diététique est trop universaliste et pas assez relativiste, basé sur le par cœur, sans inciter les futurs professionnels de santé à penser par eux-mêmes, alors que le métier est très souvent exercé au contact des personnes, et nécessite ainsi des compétences d'empathie, d'écoute, d'adaptation aux cas singuliers de chaque situation qui reste quasi absentes de la formation actuelle.

Alimentation/Nutrition

A partir des mots « Alimentation » et « Nutrition », on peut également dégager deux visions bien distinctes, alors qu'elles sont souvent utilisées l'une à la place de l'autre.

La nutrition (du latin *nutrire* : nourrir) désigne les processus par lesquels un être vivant transforme des aliments pour assurer son fonctionnement. La physiologie de la nutrition traite de la façon dont l'organisme opère la transformation des aliments, c'est-à-dire des processus métaboliques. Ceci comporte l'étude du rôle des nutriments au niveau des mécanismes biochimiques cellulaires, et les conséquences sur les tissus, entre autres, d'un déséquilibre entre l'énergie absorbée et l'énergie dépensée par l'organisme.

L'alimentation humaine, quant à elle, est une notion beaucoup plus vaste que la nutrition, incluant des facteurs culturels, économiques, hédoniques et d'autres. C'est pourquoi les diététiciens devraient recevoir idéalement une formation beaucoup plus large que la nutrition qui constitue le cœur actuel de son enseignement.

De plus, le concept de nutrition est souvent raccourci pour aboutir à une idéologie encore plus réductrice : le nutritionnisme. Le journaliste Michael Pollan[1] l'évoque dans de nombreux articles et livres, pour en dénoncer les travers. Selon lui, le nutritionnisme repose sur un dogme central : « un aliment est essentiellement la somme de ses nutriments», et donc se réduit à ces derniers. Ce dogme justifie de fait la présence d'experts, nécessaires pour expliquer à tout un chacun ces nutriments (qui sont invisibles et demandent des connaissances spécifiques), il tend aussi à médicaliser l'alimentation, en privilégiant le paramètre santé par rapport à ses autres dimensions qui peuvent être plus importantes pour les individus, sans que cela leur soit reconnu (je pense à des raisons éthiques ou religieuses notamment). Une autre notion habituellement associée au nutritionnisme est celle

[1]Pollan, Michael (2013)*, Manifeste pour réhabiliter les vrais aliments*, Thierry Souccar Éditions.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

« d'alimentation équilibrée » qui vise à préserver et promouvoir la santé (au travers de recommandations faites par les experts).

En simplifiant trop l'objet de départ, ce nutritionnisme conduit à des confusions peu souhaitables à mon sens : des « aliments enrichis » sont privilégiés par rapport au même aliment brut par exemple. On trouve ainsi des margarines enrichies aux phytostérols alors que les légumes en contiennent naturellement. On observe le même type de situation avec certains compléments alimentaires : le marketing va privilégier la gélule au lycopène, alors que l'aliment « tomate » contient du lycopène et beaucoup d'autres éléments protecteurs entrant en synergie, ce qui lui confère son réel intérêt. Autre exemple : si on se réfère uniquement à une teneur en calcium, un fromage fondu industriel aura autant de valeur nutritionnelle qu'un délicieux fromage de chèvre AOC (Appellation d'Origine Contrôlée) ou un cordon bleu industriel aura la même valeur protéique qu'une escalope viennoise faite maison.

Ainsi, derrière la rigueur apparemment scientifique des valeurs chiffrées, le consommateur peut se sentir perdu, voire être abusé par nombre d'allégations dont le marketing industriel est friand, car elles permettent de vendre telle ou telle qualité, isolée du reste de l'aliment. Cette idéologie pseudo-scientifique soutient ainsi logiquement l'idée que « tous les aliments sont bons », ce qui peut bien arranger les industriels dans la mesure où cela est presque toujours associé à l'idée qu'il « ne faut en diaboliser aucun ». Ces assertions, souvent entendues au sein de la formation initiale des diététiciens, ne les encouragent pas à mon sens à exercer leur esprit critique face aux stratégies marketing, et ne les incitent pas non plus à s'inscrire dans une démarche de promotion de santé plus ambitieuse et cohérente via l'alimentation, qui ne serait pas contradictoire avec le fait de tenir compte et respecter les particularités de chacun. Si « tous les aliments ont leur place dans l'alimentation » comme cela est souvent répété dans la formation initiale en diététique, cela peut finir par signifier que tout se vaut, et qu'un produit sous emballage plastifié et contenant nombre d'additifs et de conservateurs est aussi bon nutritionnellement qu'un autre produit à la recette plus traditionnelle et moins transformé.

L'exemple du calcium

Avec le calcium, on voit que la publicité a réussi à faire rimer deux mots : os et calcium.

La plupart des personnes que j'ai pu interroger dans mon entourage ont l'impression, fausse, qu'un os est constitué de calcium uniquement. Or, la réalité scientifique est beaucoup plus complexe que ce que le marketing peut laisser entendre. Sans entrer dans trop de détails, on peut citer une liste de

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

divers facteurs agissant sur la solidité d'un os : les gènes, la vitamine D, la quantité de sodium ingéré au quotidien, l'influence des protéines animales, du zinc, du magnésium, des vitamines B6, C, K, de différentes hormones, de l'âge, du sexe, etc, ainsi que des facteurs environnementaux tels que le stress, la pollution, le tabac, entre autres. Une quantité importante de calcium est-elle dans ces conditions l'élément réellement déterminant de la santé osseuse ? Certains auteurs ne le pensent pas, tout comme l'idée que la densité osseuse serait équivalente à la solidité osseuse comme l'article de Thierry Souccar le rappelle dans cet ouvrage, après avoir consacré un livre entier aux produits laitiers et à cette question[2], et il n'est pas le seul. Le directeur de l'éminente école de nutrition d'Harvard, le professeur Walter C. Willett a émis lui aussi de nombreuses réserves à ce sujet[3]. Pourtant, ce postulat est mis en avant par toutes les industries qui peuvent faire du bénéfice à partir de cette association entre calcium, densité osseuse, et santé de l'os : industries du lait et des produits laitiers, industrie des médicaments, industrie des compléments alimentaires, notamment.

On retrouve, malgré ces éléments critiques, le fameux « Mangez 3 à 4 produits laitiers par jour » dans les recommandations publiques du PNNS (Programme National Nutrition Santé), alors que Walter C. Willett et son équipe à Harvard suggèrent quant-à-eux d'en limiter la consommation à 1 à 2 par jour.

Là aussi, l'esprit critique doit s'exercer pour observer si ces recommandations ont été faites en toute indépendance, ou sous l'influence des lobbies industriels, grâce aux nombreux experts présents à tous les échelons nationaux et internationaux travaillant en étroite coopération avec ces industries-là.

Le cas du cholestérol et des graisses

Prenons l'exemple maintenant d'une autre recommandation : « Éviter le cholestérol et les Acides Gras Saturés »

Celle-ci a un double impact : négatif sur les industries de la viande et les industries laitières, et un impact positif sur les ventes de produits enrichis en phytostérols, malgré leur inefficacité et leur danger[4] et sur les médicaments anti-cholestérol, appelés statines, remis en cause eux aussi par de nombreux

[2]Thierry Souccar (2008), *Lait, mensonges et propagande*, Thierry Souccar éditions, Vergèze.

[3] Walter C. Willett (2005), « Calcium : No emergency », *Eat, Drink, and Be Healthy*, Free Press, p.158-159 .

[4]Avis de l'ANSES, *Évaluation du risque et du bénéfice liés à la consommation de produits alimentaires enrichis en phytostérols ou en phytostanols*, juin 2014.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

experts et professionnels de la santé réunis notamment au sein d'un collectif international[5].

Le discours nutritionnel est donc soumis à des influences multiples, car il agit sur des intérêts pluriels et parfois contradictoires. Voilà pourquoi un diététicien devrait sans doute être paré d'un esprit critique étayé pour résister à toutes ces influences.

Si on se pose la question suivante : «le cholestérol sanguin est-il un facteur de risque cardiovasculaire? », on voit que d'autres questions se posent quant à la formation d'un professionnel de santé : doit-il savoir ce qu'est la définition d'un « facteur de risque » ? Doit-il être formé à l'épidémiologie ? Doit-il connaître les critères d'une bonne étude scientifique ?

J'ai choisi l'exemple du cholestérol, car c'est un sujet que j'ai travaillé en profondeur. Selon certains auteurs, la cholestérolémie n'est pas un facteur de risque cardiovasculaire :

- Une association n'est pas une causalité.

- On n'observe pas d'effet dose.

- De nombreuses études (non citées, non prises en compte) montrent une association inverse.

Ces quelques arguments sont là pour montrer que la réponse à une question est souvent complexe. Or, les industriels ont souvent recours à des raccourcis pour mettre en avant leurs produits en s'appuyant notamment sur l'idéologie du nutritionnisme.

Ainsi, un discours réducteur a créé la notion de « mauvais cholestérol », permettant l'apparition d'un bouc-émissaire qui tombe à pic. Cela permet de confondre le « cholestérol » avec les transporteurs LDL (Light Density Lipoproteine).

Autre raccourci inexact, on va dire que « le cholestérol bouche les artères », illustrant cette caricature fausse par le dessin d'une artère bouchée par un bloc de graisses, comme le tuyau d'une machine à laver bouché par du calcaire. Cela ne correspond pourtant pas à la réalité physiologique bien connue. Si l'on prend le schéma complexe d'une artère obturée par une plaque d'athérosclérose, on voit bien que la plaque n'est pas un bloc de

[5]The International Network of Cholesterol Skeptics, http://www.thincs.org/

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

graisses, ni un bloc de cholestérol qui n'en constitue qu'une infime partie, comme la publicité essaie de nous le faire croire[6].

La formation initiale, vue au travers d'un livre de référence

Il existe une série de livres très utilisée au sein du BTS Diététique. Ces livres, à couverture jaune, sont bien connus des étudiants et souvent recommandés par les professeurs. Pourtant, au moins l'un d'eux, il s'agit de l'ouvrage *Nutrition du bien portant*[7], affirme certains points, appris comme des évidences dans la formation initiale des diététiciens, et qui ne vont pourtant pas de soi à mon sens :

1er dogme : il faut manger plus de protéines animales que de protéines végétales (PA >= PV)[8].

Or, les faits scientifiques actuels plaident pour l'abandon d'un tel dogme. Le régime méditerranéen est l'un des plus protecteurs et des plus documentés et il comporte peu de viandes et de nombreuses sources de protéines végétales (légumineuses, fruits à coques). On sait aussi qu'une simple complémentation protéique (une céréale accompagnée d'une légumineuse), suffit à procurer un profil convenable en acides aminés, et sans aucun besoin de protéines animales. Lorsque l'ouvrage aborde cet aspect, il évoque aussitôt les carences d'un régime végétalien[9].

L'ouvrage propose un rapport de protéines animales (PA) sur protéines végétales (PV) supérieur ou égal à 1 de (PA >= PV), mais note qu'on mange trop de protéines animales (70% de l'apport protéique total, ce qui est trop élevé) par ailleurs, ce qui laisse apparaître une contradiction.

2ème dogme : le conseil excessif de produits laitiers qui devraient apporter les deux tiers des apports en calcium.[10]

On ne peut pas blâmer cet ouvrage car toute la France baigne dans l'influence des industries laitières, et nos recommandations en produits laitiers sont élevées, et de plus en plus à chaque nouvelle recommandation. Il n'en reste pas moins que cette recommandation repose sur une vision parcellaire de la science, n'évoquant pas du tout la controverse scientifique faisant rage à ce sujet. L'ouvrage oublie de dire également qu'un os n'est pas

[6]Pour plus de détails, voir l'article que j'ai consacré à ce sujet où de nombreuses références sont présentées : http://www.formindep.org/Cholesterol-le-bon-le-mauvais-et.html.
[7]FREDOT, Emilie, *Nutrition du bien-portant : Bases nutritionnelles de la diététique*, Lavoisier.
[8] Idem, page 50, et également pages 211 et 213.
[9]Idem, p.48
[10]Idem, p.212

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

constitué que de calcium et que divers aliments, autres que les produits laitiers, contribuent à l'apport d'éléments nécessaires à l'entretien de notre masse osseuse.

3ème dogme : le végétarisme est dangereux pour la santé

A plusieurs reprises, l'ouvrage met en garde l'étudiant contre le végétarisme. Par exemple, l'acide phytique y est toujours vu de manière négative uniquement[11], alors que des études ont montré son effet anti-cancer. De la même manière, les fibres, les tannins et les polyphénols sont décrits uniquement de manière négative[12], alors qu'ils sont aussi protecteurs pour la santé. Cette prudence excessive et mal placée va de paire avec les deux autres dogmes. Une consommation forte de produits animaux est recommandée à l'étudiant qui lit cet ouvrage de formation, sans mettre en perspective le débat scientifique les concernant.

Ces différents exemples ont pour but de montrer l'importance de la formation initiale, qui devrait à mon sens donner au futur diététicien des compétences d'analyse et favoriser l'éveil de son esprit critique. Or, on constate plutôt une simplification des connaissances actuelles, sans aucune remise en cause des dogmes nutritionnels en cours. Quant à la question de la formation à l'indépendance et à l'esprit critique, elle est absente de la majorité des cours et des ouvrages de base du BTS, n'étant pas évaluée lors de l'examen. Elle ne semble intéresser ni les professeurs, ni les élèves, et encore moins les futurs employeurs des diététiciens, ce qui ne peut être assez logiquement que préjudiciable pour la qualité des soins et de notre système de santé.

Outils disponibles et sources documentaires

Il existe pourtant de nombreux ouvrages, sites internet, rapports officiels ou associations qui se battent pour un esprit critique et une indépendance vis-à-vis des lobbies industriels.

Pour n'en citer que quelques-uns :

- L'ouvrage de méthodologie de Michel Cucherat, Michel Lièvre, Alain Leizorovicz, Jean-Pierre Boissel, *Critères d'une bonne étude : Lecture critique et interprétation des résultats des essais cliniques pour la pratique médicale*, Flammarion, 2008.
- Le site de Thierry Souccar : www.lanutrition.fr, et son dossier d'articles pédagogiques « Décrypter les études ».

[11]Idem, p.7
[12]Idem, p.43

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

- Le livre consacré à la nutrition initiant à la pratique de la controverse scientifique : *Taking sides*, coordonné par la professeure de nutrition et sociologue Marion Nestlé qui aborde les débats concernant le calcium, les graisses, l'index glycémique et bien d'autres.
- Les derniers rapports de l'ANSES, notamment celui des lipides, publié en mai 2011.
- Les associations et revues indépendantes : ADNC, Formindep, UFC Que Choisir, revue Prescrire...

Ne serait-il pas temps que les professionnels de santé dans leur ensemble reçoivent un enseignement favorisant leur indépendance par rapport à tout autre intérêt que celui du patient par des professeurs qui ont conscience de l'influence de l'industrie sur les formations initiales des étudiants en santé ?

Pour cela, le minimum serait que les facultés et les organismes de formation choisissent des sources de documentation sérieuses, qui n'émanent pas des lobbies industriels ou de leurs représentants. Il faudrait aussi que les examens évoluent. En effet fonder l'évaluation finale de la formation sur l'accumulation de connaissances, sans aucune évaluation de l'esprit critique du candidat est le meilleur moyen pour avoir des professionnels de santé qui n'auront aucun recul par rapport à l'influence des industries sur les politiques de santé publique, sur les recommandations et sur l'état actuel des connaissances scientifiques.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Florian Saffer

Réflexions et critiques constructives sur le mémoire du BTS Diététique

Une des épreuves du BTS diététique est le mémoire de fin d'études. Je connais bien cette épreuve car j'y interviens comme jury depuis 2006. Elle est assez intéressante parce qu'elle a pour but d'évaluer la capacité de l'étudiant à être un « bon professionnel ». Comment pourrait-on définir ce bon professionnel? A mon sens, cela comprend la capacité à identifier des problématiques et surtout à les résoudre grâce à son expertise mais aussi ses qualités humaines.

Le mémoire comporte :

(1) une première partie, consacrée à la restauration collective : les élèves réalisent plusieurs semaines de stage en restauration collective, et doivent présenter des choses assez simples comme l'organisation des moyens humains, matériels, des techniques de gestion, de production, distribution, mais aussi les règles d'équilibre nutritionnel ou encore les règles d'hygiène et de sécurité.
(2) une deuxième partie, sur les activités réalisées en secteur thérapeutique, durant les 10 semaines de stages correspondants: les élèves doivent mettre en évidence la place et le rôle du diététicien, mais aussi présenter 3 cas de patients avec des pathologies différentes.
(3) une troisième partie présente une activité réalisée lors d'un stage optionnel, stage dont le thème est libre, qui doit être en rapport avec la nutrition mais dans le secteur désiré par l'étudiant) : ce dernier doit justifier le choix du secteur, décrire les activités réalisées et préciser la place du diététicien au sein de ce stage.
(4) une quatrième partie repose sur une étude, une réflexion personnelle, sur la diététique, sur la nutrition : l'étudiant doit présenter les objectifs et le choix de l'étude, la méthode de travail utilisée et les résultats.

L'épreuve est évaluée en deux temps, une partie écrite (un travail de mémoire qui doit faire 70 pages), avec une note ajustée ensuite en fonction de la prestation orale : exposé de 15 minutes, complété par 30 minutes de questions posées par le jury qui servent à vérifier, apporter des précisions sur l'écrit, mais peuvent aussi être des réflexions, des questions qui portent sur l'ensemble des points abordés dans le mémoire.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Il n'y a rien de très compliqué dans cette épreuve, et mon expérience est que seuls les élèves qui ont de grandes difficultés ne la valident pas, elle est ainsi à la portée de tout le monde. La plupart des personnes qui ont suivi le BTS dans une école obtiennent au moins 10-12. Et on a même d'une certaine manière des consignes allant dans ce sens : « ne soyez pas trop durs ». Quelqu'un ayant moins de 10, cela signifie pour moi qu'il a fourni un travail qui pose problème et qu'il ne serait pas encore un professionnel vraiment recommandable. Du coup, ne pas avoir la moyenne sur cette épreuve est assez rare. On a parfois des candidats ayant fait leurs études par correspondance, qui ont eu par conséquent des conditions d'études plus difficiles pour la plupart, qui ne valident pas cette épreuve, mais c'est quand même très minoritaire. La plus mauvaise note que j'ai dû mettre doit être 8,5, c'était un travail vraiment très mauvais.

Mais que je me fasse bien comprendre, les critiques que je vais porter ne sont pas sur les candidats du BTS, mais bien sur l'enseignement et cette épreuve, parce que la majorité des candidats font de leur mieux.

Le manque de rigueur scientifique

Je suis toujours surpris du manque de rigueur scientifique des étudiants. Ils ont l'impression d'être de bons scientifiques car ils ont appris par cœur le cycle de Krebs ou la néoglucogenèse. Du point de vue de la rigueur scientifique, on voit quand même qu'il y a des limites évidentes. Je vais illustrer ça par l'étude personnelle en diététique et nutrition, partie du mémoire d'une dizaine de pages. Il y a toujours des thèmes potentiellement intéressants, ayant une certaine ambition comme par exemple : « L'alimentation des adolescents est-elle influencée par les médias ? », « Le régime Dukan est-il dangereux pour la santé ? » ou « Manger bio est-il bénéfique pour la santé ? ».

Donc souvent la qualité des thèmes est intéressante, mais c'est la façon dont le candidat va traiter ce thème qui pose problème... On peut observer que la bibliographie est inexistante pour certains candidats, et en moyenne elle comporte 1 à 3 références (sur les 5 ou 6 années sur lesquelles j'ai pu être jury de cet examen). Au niveau des sources bibliographiques, la qualité scientifique est plus que douteuse, parce que la majorité du temps ce sont des sites internet grand public (doctissimo, aufeminin.com…), ou des ouvrages grand public, mais aussi des sites internet, des blogs, des sites d'industriels de l'agroalimentaire (Kellogg's, Nestlé, Coca-Cola, Danone etc…), bref des références scientifiques qui n'ont guère de validité, pour ne pas dire aucune.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Pour réaliser cette étude, beaucoup de candidats réalisent des outils, des questionnaires, des observations… Le problème est qu'ils n'ont pas du tout été formés à cela, donc ils réalisent des questionnaires très mal conçus. On a toujours des interprétations sur ces études qui sont assez spectaculaires : des questionnaires portant sur 10 personnes dont on va extrapoler les résultats, ou encore des questions qui sont tellement orientées que la personne n'a pas le choix de ses réponses. Donc la qualité des documents produits est vraiment sujette à caution. Et puis il y a l'absence d'esprit critique sur ces informations : quand on fait remarquer à l'étudiant que son questionnaire sur 10 personnes c'est peut-être difficile d'en faire des généralités, des extrapolations, il est toujours surpris : « mais je vous assure dans les crèches les enfants mangent très mal, je l'ai vu avec mes 10 questionnaires » par exemple, et ils ont aussi du mal à comprendre que doctissimo et auféminin.com ce ne sont pas de bonnes sources bibliographiques. Pour eux internet est une source tout à fait valable d'information : il y a très peu d'élèves qui mettent en doute la qualité de l'information que l'on peut y trouver, y compris sur ces sites grand public. Il y a malgré tout des élèves qui sont passés par la fac, qui ont une licence ou un master, et qui nous proposent un travail d'une meilleure qualité, mais ça doit représenter moins de 5% des candidats qui présentent le BTS diététique.

La cause : bien sûr, c'est qu'il n'y a aucun cours de méthodologie en BTS diététique, on leur demande donc de faire une étude, une réflexion, mais on ne leur donne pas les moyens de la réaliser, c'est une véritable aberration. Autant supprimer cette épreuve qui n'a guère de sens, en tout cas dans le contexte actuel. Et puis il y a quand même tout ce qui est notion de revue à comité de lecture, d'études en double aveugle, de conflits d'intérêts, de lobby… ce sont des mots qui sont inconnus ! Quand on leur demande qu'est-ce qu'une étude en double aveugle, la majorité des étudiants ne savent pas répondre. Le mot lobby n'est pas connu, je confirme ce que Paul Scheffer dit dans son mémoire de master : ils en ont une idée un peu vague, mais ils ne voient pas vraiment ce que ça peut avoir avec la nutrition et l'épreuve du BTS.

Ce manque d'esprit critique est également présent par rapport à ce peuvent dire les enseignants, la parole de ces derniers n'est jamais remise en doute. Je suis moi-même enseignant au sein de ce BTS depuis 2005, et je les invite régulièrement à remettre en cause ce que je leur dis, à réfléchir, et voilà ce que l'on me répond souvent : « mais monsieur si vous nous dites quelque chose c'est forcément vrai, on ne va pas s'amuser à vérifier ». Il est vrai qu'on les a formatés un peu à ça pendant les études.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Le manque de rigueur scientifique peut aussi s'observer dans les cas cliniques. Les étudiants les traitent avec ce qu'ils ont appris en cours ou ce qu'ils ont pu observer sur le stage. La majorité du temps, les régimes mis en place ne tiennent pas compte de l'évolution des connaissances en nutrition humaine : on applique des régimes comme on pouvait le faire dans les années 80. Prenons l'exemple du diabète de type 2 : l'année dernière, j'ai corrigé 14 mémoires, et 80% des étudiants ont traité un cas de patient présentant un diabète de type 2. Dans le régime, il y avait de bonnes choses : la mise en place d'un régime pauvre en saccharose avec une répartition des glucides sur la journée, ça me paraît intéressant, mais à côté de ça, aucun conseil sur l'index glycémique des aliments. Le sucre est interdit (le saccharose est tout le temps interdit chez le diabétique, ou fortement limité), mais on ne limite pas les biscottes, les purées de pomme de terre instantanées, le riz minute, les corn-flakes, toutes les céréales extrudées qui ont un index glycémique qui est parfois supérieur au saccharose. Pour les élèves diététiciens présentant ce cas, ce sont des aliments qui sont forcément des sucres lents vu que ce sont des glucides complexes. Il y a encore cette confusion, en 2012, glucides complexes = sucres lents. La notion d'index glycémique est d'une manière générale assez vague. Alors je ne défends pas l'idée qu'il faut à tout prix utiliser l'index glycémique auprès de patients diabétiques, mais interdire le sucre et ne pas interdire le riz minute, ça me pose toujours problème.

Encore une fois, je n'essaie pas de démolir les candidats, il s'agit vraiment d'une critique de leur enseignement : ils sont peu sensibilisés à cela.

L'exemple de la prévention secondaire de l'infarctus du myocarde est aussi parlant : dans 90% des cas, les élèves nous présentent un régime hypocholestérolémiant, riche en oméga-6, qui a quand même pour conséquence de déséquilibrer le rapport oméga-6/oméga-3, ce qui est quand même vraiment discutable et problématique à mes yeux. Mais la majorité des élèves ne voient pas le problème d'augmenter les oméga-6, vu que ça fait baisser le cholestérol, et que forcément le cholestérol est le méchant ennemi à abattre. L'intérêt des oméga-3 en prévention secondaire, je crois qu'en 5 ans ou 6 ans, je l'ai entendu 1 fois, ce sont des choses qui sont pourtant vulgarisées dans le monde scientifique, mais vu que le programme n'est pas mis à jour, ce sont des éléments qu'on ne retrouve pas. Les élèves sont incapables de nous parler du rôle des oméga-3 dans la prévention secondaire, je trouve cela dommage.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Un formatage pour un examen standardisé

A l'examen il y a un barème type : on demande aux élèves de restituer ce qu'ils ont appris comme des petits singes savants à qui on apprend des choses et qui doivent les restituer quasiment mot pour mot sans s'éloigner de l'apprentissage. C'est d'ailleurs toujours dangereux de s'en éloigner : j'interviens en tant qu'enseignant en microbiologie, et quand je parle par exemple des études de Gordon sur les flores intestinales et le lien avec l'obésité justement pour développer un peu l'esprit critique, ou disons même la culture générale, ma direction me demande de ne pas le faire parce que ça risquerait de mettre les candidats en difficultés. C'est une décision que je comprends, mais je trouve ça très regrettable.

Une formation continue insuffisante

Pour les cas de malades, les étudiants sont supervisés par des diététiciens diplômés lors de leurs stages. Et dans les hôpitaux on voit encore des régimes qui ne sont pas actualisés, qui ne tiennent pas compte de l'évolution de la nutrition humaine : c'est une chose qui ressort de manière très marquée. Le problème est que le diététicien, qui est censé être un expert en nutrition, a finalement parfois moins de connaissances que la personne qui s'intéresse un peu à la nutrition. Je vous donne un exemple : ma grand-mère qui s'intéresse beaucoup à la nutrition m'a posé des questions sur le fructose « qu'est-ce que tu penses du fructose qu'on retrouve dans tous les aliments industrialisés ? » Les étudiants quand on leur parle du fructose, « que pensez-vous de la problématique du fructose dans les produits alimentaires ? », eux, n'ont aucune idée là-dessus, ils ne savent pas que le fructose pourrait être délétère pour la santé, ils n'en ont jamais entendu parler parce que ce n'est pas dans leur programme.

Toujours sur ce manque de rigueur scientifique, la troisième illustration que je voulais présenter, ce sont des représentations qui sont fausses. Il y a dans cette épreuve du mémoire de BTS diététique, de manière récurrente, des pensées magiques, des raccourcis : les glucides simples font plus grossir que les glucides complexes, sauter le petit-déjeuner fait prendre du poids, le cholestérol bouche les artères...

J'ai posé la question à mes élèves pour avoir une idée. Quand je leur demande : « Est-ce que les calories apportées par des lipides sont plus dangereuses pour la ligne que des calories apportées par des glucides ? », il y a à peu près les 2/3 de la classe qui pense que oui, bien sûr les calories de lipides sont plus caloriques que les calories de glucides… C'est un peu le kilo de plumes et le kilo de plomb !

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Les pensées magiques, ces raccourcis sont omniprésents : « le cholestérol bouche les artères », la majorité des candidats sont d'accord avec cette affirmation. Force est de constater que le diététicien contribue fortement à véhiculer des idées reçues sur l'alimentation, et peut contribuer de la sorte à cette cacophonie nutritionnelle dont parle l'article de Laurent Chevallier et à ce sentiment d'insécurité par rapport à la nourriture : à force d'entendre plein de choses on ne sait plus à quoi se fier.

Le manque de curiosité scientifique

La deuxième chose que je peux observer quand j'interviens en tant que jury sur cette épreuve, c'est le manque de curiosité scientifique. Exemple de l'obésité : il y a quand même pas mal d'hypothèses, de pistes que les chercheurs essaient de mettre en avant, mais pour la majorité des candidats, le surpoids c'est uniquement un excédent d'apport calorique, les autres facteurs n'existent pas. Aucun n'a l'idée d'aller justement lire les revues. Nous sommes abonnés à plein de revues de nutrition, qui sont pour la plupart lues par les enseignants, non pas par les étudiants. Ils ont peu de temps pour s'intéresser à ça, on ne les met pas dans des conditions pour être curieux. Quand on a des semaines qui font 30 ou 35h de cours, c'est difficile d'avoir du temps pour lire des revues ou des articles scientifiques. Je prends souvent l'étude sur les flores intestinales, c'est toujours intéressant, je trouve, d'avoir conscience qu'il y a des hypothèses là-dessus, que des perturbations du microbiote pourraient être une des causes du surpoids ou du diabète de type 2, mais pour les élèves ce n'est pas connu. J'en reviens toujours sur ce programme très dense, qui laisse peu de temps pour aborder les débats sur l'actualité scientifique. J'aimerais beaucoup le faire dans mes cours, en microbiologie, leur parler un peu de tout ça, les inviter à chercher de l'information, mais déjà ma direction me freine un petit peu en disant que je vais les « déformater », et je comprends tout à fait ça, vraiment, et de l'autre côté les élèves me disent clairement « mais écoutez, nous on a déjà 30-35 heures de cours par semaine, le mémoire à produire, les devoirs surveillés à préparer, on ne peut pas, on n'a pas vraiment le temps de s'informer ».

L'esprit critique est peu développé

Ce qui est enseigné n'est jamais remis en question, ou par de rares candidats. En tout cas je le perçois ainsi dans mes cours. Il y a toujours peu de critiques sur l'objectivité de l'information. L'exemple « Matin céréales », le Centre d'Informations sur les Viandes (CIV), toutes ces associations d'industriels qui sont souvent sources d'information pour les étudiants, je suis toujours très surpris. On demande à un élève « est-ce que vous

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

connaissez des moteurs de recherche d'articles scientifiques ? », et ce n'est pas le cas.

L'esprit critique, je pense c'est quand même d'avoir une réflexion, et quand on leur parle par exemple de la problématique des compléments alimentaires : « Est-ce que vous avez un avis sur les compléments alimentaires ? » Leur argumentation est la suivante : « Nos profs nous disent que ça sert à rien si on mange équilibré. » Oui peut-être, mais est-ce que c'est une argumentation scientifique ? Est-ce que le fait que vos profs vous disent que ça ne sert à rien permet de dire que les compléments alimentaires sont inutiles ? Cela peut conduire à mon sens à une limitation de leur capacité à aider les patients. En effet comment fait-on avec une femme enceinte qui a horreur du poisson, pour qu'elle couvre ses besoins en oméga-3 ? Peut-être que dans ce cas-là, les compléments alimentaires pourraient être pertinents, mais vu qu'on leur a dit en cours que si on mangeait équilibré ça ne servait à rien, pour eux, c'est forcément du négatif. Et attention, je ne fais pas du tout l'apologie des compléments alimentaires, je suis là simplement pour en discuter.

Les lacunes en sciences humaines

Je vais les illustrer par quelques exemples. Quand on part du principe que le but du diététicien va être avant tout d'aider un patient à changer, à acquérir de nouveaux comportements, il serait quand même intéressant d'avoir un minimum de connaissances sur « Qu'est-ce qu'un comportement ? », et « Comment se change un comportement ? » Les étapes du changement ne sont pas du tout connues par les élèves (par exemple les travaux de Prochaska, le fait d'être « indéterminé », d'être « déterminé », d'être « dans l'échec »… Tout ceci est totalement ignoré par les élèves), je trouve ça fort dommage. L'article de Michelle Le Barzic dans cet ouvrage en est une illustration. Pour beaucoup, les outils de communication sont mal maîtrisés, parce qu'on ne les a pas enseignés tout simplement. La notion d'entretien semi-directif, d'entretien motivationnel, d'écoute empathique, ce sont des choses qui sont totalement abstraites, mais les candidats sont demandeurs, ils nous disent pratiquement tous « j'aurais aimé être formé à ça ». Du coup, ce qui se passe en pratique, c'est que les candidats posent des questions et ils le disent bien eux-mêmes, ce ne sont pas des entretiens qu'ils ont avec leurs patients, ce sont des interrogatoires, on va aller chercher le coupable. De toute façon, le patient est forcément le coupable, il va falloir identifier ce qui dysfonctionne, et l'on va ainsi mettre en avant sa culpabilité.

Le manque de connaissances en sciences humaines se remarque aussi dans le fait que les régimes sont imposés sans tenir compte du patient, de ses

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

habitudes, de son ressenti, de ses craintes, et de ses difficultés (financières, émotionnelles…). Ils ont l'impression qu'ils font du personnalisé car ils ont interrogé le patient sur ses habitudes alimentaires, mais au final ils leur remettent les conseils-types qui sont les mêmes pour tout le monde, à quelque chose près.

Et vraiment le gros problème, c'est que pour la majorité des candidats, la transmission de connaissances suffit au changement : ils sont vraiment dans cette idée que le patient, c'est un ordinateur et que si on met un nouveau programme dedans, il va fonctionner autrement. Il suffit de lui donner le programme ! Il y a malgré cela beaucoup de candidats qui prennent conscience des limites, du fait que la transmission de connaissances ne suffit peut-être pas à faire changer des comportements.

La présence de jugements est une chose que je relève chez presque tous les candidats. Les jugements sont omniprésents : le patient est celui qui manque de motivation, ce n'est pas celui qui a des difficultés : « Madame X. n'est prête à faire aucun effort », « Madame B. veut se faire poser un anneau car elle manque de volonté pour moins manger ». Le patient est forcément le coupable, celui qui manque de motivation. Et encore plus s'il est en surpoids.

Je suis persuadé que le diététicien contribue à la stigmatisation de l'obèse. Forcément, il veut à tout prix le soigner de son obésité, et forcément si le patient a du surpoids, c'est qu'il manque de volonté. Il y a une difficulté à ressentir qu'un comportement problématique est peut-être le reflet de difficultés. Je suis persuadé que personne ne se gave de manière volontaire, et personne ne se lève le matin en se disant « aujourd'hui je vais mal manger ». Les candidats ont beaucoup de mal à identifier cela : « Malgré mes conseils, Madame B. continue à grignoter en rentrant du travail ».Il y a toujours ces jugements sous-entendus, avec un discours qui est souvent moralisateur. On peut d'autant mieux le percevoir en tant que jury, et quand le futur diététicien évoque comment il s'y est pris pour amener le patient au changement, il évoque souvent la peur : « Je lui ai rappelé que s'il ne changeait pas ses habitudes alimentaires, il allait mourir d'un infarctus. » Quelque part, on en revient un peu aux limites : les stagiaires utilisent la peur comme moteur du changement parce qu'ils n'ont pas d'autre outil, on ne leur a pas appris que la peur n'est peut-être pas un bon moteur de changement dans la durée. On peut peut-être changer sous l'effet de la peur à très court terme : si l'on fait vraiment très peur à quelqu'un, on sait qu'à court terme, il va changer ses habitudes. A long terme, il s'avère que ce n'est pas si évident, voire inefficace.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Ce qu'on retrouve aussi, c'est que l'alimentation équilibrée, ce n'est pas une possibilité, ce n'est pas un choix qu'on peut offrir au patient, c'est un dogme, un impératif. Ce qui est assez paradoxal, quand je vois les candidats (qui sont mes élèves avant d'être candidats), qui eux ne respectent pas ce dogme en s'octroyant par exemple la possibilité de manger des barres chocolatées. En tout cas, tous ceux qui vont être sous leur emprise, leurs patients, eux doivent à tout prix mettre en place ce dogme de l'alimentation équilibrée. Je n'ai rien contre une alimentation équilibrée, mais je pense que le problème est que ça ne doit pas être une obligation, ça doit être une possibilité qu'on offre au patient : si celui-ci pense que c'est bon pour lui, il peut peut-être la saisir. Malheureusement ce n'est quasiment jamais présenté de la sorte. Il y a comme une obligation de résultat, il faut que le patient ressorte de l'hôpital en ayant mis en place toutes les consignes, et cette alimentation équilibrée. Sachant que la représentation de cette dernière est souvent vue de manière stéréotypée : l'alimentation équilibrée, pour beaucoup, c'est manger des fruits et des légumes, et si on mange des barres chocolatées, c'est forcément « pas équilibré ». Il y a une vision assez manichéenne des choses : « ce qui est mauvais », « ce qui est bon », ce qui n'est pas bon est forcément mauvais, ce sont des choses que j'entends très souvent.

En préparant cette intervention, j'ai pensé à une phrase lue dans le livre *La fin des mangeurs* de mon ami politologue Paul Ariès. C'était en 1997, un des premiers livres que j'ai lus sur l'alimentation : « *la technoscience prend de plus en plus ouvertement le pouvoir, et les diététiciens se muent de plus en plus en clergé* ». Et j'ai l'impression que ça n'a pas franchement évolué et que c'est peut-être toujours autant le cas, que le diététicien est peut-être un peu le moralisateur, celui qui confond l'aide qu'on peut apporter et la morale. J'ai beaucoup de réflexions avec Paul Ariès sur ce sujet, et lorsque j'en parle aux étudiants, ils ont du mal à intégrer cette notion que manger équilibré c'est un choix. Il y a vraiment cette tendance à la dichotomie, la tendance à classer les aliments (bons/mauvais), les comportements (bons/mauvais). C'est omniprésent dans le mémoire : 80% des candidats ont cette tendance à avoir recours à la dichotomie pour classer les aliments. Je ne dis pas qu'il ne faut pas le faire, il faut peut-être le faire avec un peu plus de souplesse, on revient à la notion de flexibilité.

Sinon, la sociologie est absente du cursus et c'est regrettable. Les candidats ne connaissent pas l'histoire des cultures : à part la culture traditionnelle française, il n'y a aucune culture connue. Et c'est problématique : quelles solutions va-t-on apporter à des gens qui n'ont pas cette culture-là ? Est-ce une obligation d'imposer des produits laitiers à des personnes de culture asiatique qui n'en mangent pas ? Je serais surpris, si je

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

devais aller dans des pays où l'on consomme des insectes, qu'on m'impose de manger des insectes pour avoir mes sources de protéines, ça serait peut-être assez difficile, un peu confrontant. Ce sont des choses qui reviennent souvent. Le cas d'une candidate qui avait présenté une femme enceinte, et évoquait lourdement la difficulté de lui faire manger des produits laitiers. Est-ce qu'il n'y a pas d'autres solutions ? Est-ce que notre métier ce n'est pas aussi ça, de trouver des solutions qui tiennent comptent des cultures ? Mais pour cela, je pense qu'il faut connaître ces cultures. Elles ne sont pas connues, elles ne sont pas enseignées. Les sciences humaines, c'est une heure par semaine, et encore, où l'on nous parle de Freud et du stade anal, c'est le souvenir que j'ai de mes cours de sciences humaines, que personnellement je séchais, tellement c'était inintéressant !

L'aspect symbolique de l'aliment

L'aliment est vu uniquement comme un vecteur de nutriments. Ça ne peut pas être un vecteur de plaisir, ça ne peut pas être un vecteur de symbole. Pourtant quand on reprend Jean Trémolières, l'un des pères de la nutrition en France, l'idée que l'homme est probablement consommateur de symboles autant que de nutriments est très présente. Quand on parle aux étudiants d'aspect symbolique de l'aliment, ils ne comprennent pas, ils ne savent pas de quoi on parle, c'est totalement abstrait pour eux.

Je pense que cela a son importance, cet aspect symbolique est important à respecter, comme y invite aussi l'article d'Isabelle Darnis. Et cet aspect symbolique, les industriels l'utilisent à outrance : on va utiliser la virilité pour vendre du steak par exemple. Le diététicien n'a vraiment pas conscience qu'un aliment ce n'est pas uniquement une matrice de nutriments. Et c'est surprenant, car j'interviens également dans un autre BTS, le BTS économie sociale et familiale, où j'ai 5 ou 6 heures et où je leur parle un peu de psychologie de l'alimentation et de sociologie de l'alimentation. Finalement l'élève qui sort d'un BTS économie sociale et familiale a une vision un peu plus globale de l'alimentation qu'un diététicien, ce qui est un comble!

Pour conclure, voilà quelques les pistes qu'on pourrait intégrer dans une réforme de cette formation de diététicien :

- Un rythme adapté : pour apprendre les choses, il faut laisser du temps au temps, et quand on a 30 ou 35 heures de cours par semaine, c'est difficile d'avoir du temps pour lire, pour s'interroger, pour être au courant de l'actualité pour débattre. Je suis pour un rythme

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

beaucoup plus allégé : avoir une formation plus longue certes, mais avec un rythme plus léger.

- Une nécessité que le programme soit actualisé de manière régulière, et qu'il soit rédigé par des experts, et non pas les enseignants, qui sont des spécialistes de l'enseignement et non des programmes.
- L'importance des cours de méthodologie : savoir réaliser une bibliographie, savoir utiliser Pubmed…
- Que cette formation laisse du temps pour débattre de l'actualité en lien avec la nutrition, en lien avec l'obésité, en lien avec toutes les problématiques qui peuvent être autour de l'alimentation
- Je milite aussi pour une formation qui va dans le sens d'un développement de l'esprit critique, c'est vraiment fondamental.

Ce qui me semble aussi très important c'est que les élèves aient plus d'autonomie. Je prends souvent en référence l'enseignement canadien : un ami, diplômé de l'université de Laval, m'expliquait que pendant les 4 ans d'études, ils avaient des projets à réaliser, ils étaient très sollicités sur des projets professionnels, sur des exposés. C'était une grosse partie de leur enseignement. Il y a un avantage à solliciter les élèves, à les rendre plus autonomes : on les pousse aussi à l'innovation. Et c'est aussi un problème dans la formation du diététicien en France : on ne les pousse pas à aller dans des secteurs innovants, ou à développer des thématiques innovantes. Je suis toujours surpris quand on leur demande ce qu'ils veulent faire plus tard, s'ils ont le diplôme : « Je veux travailler à l'hôpital » ou « Je veux travailler en libéral ». Qu'est-ce que vous voulez faire en libéral ? « Aider les gens à perdre du poids » Ils se ferment à beaucoup de choses. Je pense que le diététicien peut intervenir sur plein de problématiques, et les candidats sont peu sensibilisés à cela. Donc je suis pour une formation qui favorise l'innovation.

Et puis bien évidemment, une formation qui soit digne de ce nom en sciences humaines et sociales. Ce n'est pas le cas aujourd'hui. Et le problème c'est qu'il y a toujours une confusion entre diététicien et nutritionniste. Pour moi, la nutrition est une science un peu froide, c'est l'étude des nutriments. Alors que le diététicien a une approche plus globale, plus intégrative. Le diététicien, pour moi, ce n'est pas seulement celui qui a des connaissances en nutrition, c'est celui qui est là pour aider les gens à améliorer leur alimentation, donc cela inclut forcément un aspect psychologique, sociologique, humain… Pour moi la différence est là : la nutrition n'est pas une science humaine, alors que c'est le cas pour la diététique. De cette manière, finalement, dans la diététique, il y a la nutrition, mais il y a aussi la sociologie, la psychologie… Tout cela est indissociable et va ensemble. C'est la vision que j'ai de la diététique. D'ailleurs, son étymologie vient de

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

« diaita », mot grec qui signifie « façon de manger » ou « art de vivre » selon la traduction. Il y a vraiment là cette notion de façon de vivre, et pas uniquement de façon de manger, je pense que c'est une idée centrale.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Isabelle Darnis

Quelle formation possible après le diplôme de diététicien(ne) pour favoriser les pratiques pédagogiques adaptées aux terrains ? Bilan après 6 années du module « questionner plutôt que prescrire » de la licence Professionnelle à l'université Lyon I

J'étais très en souffrance par rapport à mes études, très insatisfaite et en permanence à contre-courant. J'ai donné du sens finalement à mes intuitions au bout de presque 10 ans d'expérience de terrain, de rencontres avec des patients, en éprouvant à leur côté la souffrance, le côté contre-productif des protocoles et des régimes. Il y a des études sur Lyon qui montrent que 9 patients sur 10 ne reviennent pas après la première consultation. En tant que professionnel, il faut déjà se poser la question : pourquoi les patients ne reviennent pas ?

Une des réponses vient probablement d'une absence de voyage dans l'univers des patients d'une part et d'autre part d'une représentation dichotomique de la relation à la nourriture.

Il y aurait des bons et des mauvais aliments tout comme il y aurait des bons et des mauvais patients (non observant). Il est largement temps dans cette formation d'apporter une révolution pour changer la diététique mais aussi le regard qu'ont les usagers de la diététicienne et de la diététique J'ai beaucoup de mal avec le mot diététique. Je fais beaucoup d'efforts depuis 10 ans pour apprécier mes consœurs et ma propre discipline, mais la représentation populaire est tellement négative que cela me gêne. Je suis mal dans ce costume de la diététicienne et je dis souvent que mon cœur de métier c'est la pédagogie plus que la diététique.

J'ai été interpellée par l'IUT à Lyon pour assurer une troisième année en licence professionnelle. J'ai pu ainsi rencontrer mes confrères et consœurs en prenant le temps de les apprécier et en construisant ensemble quelque chose. Cela m'a aussi permis de faire des constats. J'ai eu la chance d'être sollicitée car j'avais quelques années d'expérience notamment dans le lancement du REPPOP – Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique - sur le grand Lyon. Dans ce réseau, j'ai déconstruit tous les protocoles d'usage plutôt hypocaloriques face à l'obésité de l'enfant dont on connaît les limites[1]. On peut aussi y voir de la maltraitance imposée à

[1] http://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9gimes-amaigrissants.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

l'enfant et à la famille. Cela se fait en sous estimant la question sociale, psychologique, émotionnelle c'est-à-dire la dimension multifactorielle de l'obésité. Ce n'est pas : « Tu as trop mangé, tu n'as qu'à moins manger ! »

Cela paraît si simple, on aime bien les raccourcis sauf que ce n'est pas efficient et très distant de la réalité de cette pathologie.

A l'issue de mes études insatisfaisantes, je m'inscris tout de suite en psychologie où j'ai quand même trouvé des réponses. Chez Freud, entre autres, on trouve des enrichissements sur la relation émotionnelle et psychologique à la nourriture. J'y ai passé quelques années et j'y suis encore par le biais de mes lectures. Parallèlement, je créais une association qui s'appelle ABC Diététique qui a pour but de défendre la question du plaisir, de la convivialité à table et du partage. Ces trois mots naïfs ont fait leur chemin au point que cette association est devenue une structure ressource spécialisée dans les questions de nutrition et de santé publique.

Aujourd'hui nous avons six chargés de projet en interne qui œuvrent à chercher des financements publics tournés vers les institutions locales, les mairies, l'éducation nationale.

Ceci afin de faire un travail de sensibilisation auprès du public de la petite enfance en passant par les professionnels que nous formons (éducation nationale ou professionnels de santé) jusqu'aux seniors.

Je ne ferai pas le détail de ce que nous réalisons en interne parce que ce serait vraiment trop vaste et ce n'est pas l'exercice qui m'a été demandé aujourd'hui. Je souhaite juste faire un focus sur deux formations qui me tiennent particulièrement à cœur et que nous défendons dans cette structure :

La première est basée sur la relation d'aide à destination des professionnels avec une ouverture sur les enjeux psycho affectifs de la relation à la nourriture où la réponse n'est pas toujours nutritionnelle. C'est une formation de partage de toutes les connaissances que j'ai acquises sur ces questions-là.

La deuxième concerne la publicité et les stratégies marketing construites dans nos sociétés pour nous inviter à la surconsommation sous couvert d'une logique économique[2]. Notre public est aussi entravé par ces incitations permanentes et cela participe à la cacophonie nutritionnelle. Il y a les

[2]Voir le projet « L'école des papilles » notamment : http://www.abcdietetique.fr/nos-projets-territoriaux:l-ecole-des-papilles/

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

professionnels mais aussi la société et les politiques qui créent cette cacophonie et qui font tous ensemble que les personnes qui viennent nous voir nous demandent ce qu'ils doivent manger. Ils sont perdus et à cette question-là, je leur réponds que ce n'est pas à moi de leur dire ce qu'ils doivent savoir par eux-mêmes. Depuis que les peuples sont peuples, je le crois avec une ferme conviction, ils n'ont pas besoin des nutritionnistes, des diététiciens pour manger. Ils peuvent être perdus dans notre actualité pour toutes les raisons que nous avons évoquées précédemment mais ils savent très bien se débrouiller sans nous.

La question est d'avoir une offre alimentaire satisfaisante.

Les bébés n'ont besoin de personne pour savoir comment se nourrir, quand commencer et quand s'arrêter. Donc si le bébé est ultra compétent sur ces questions de la nourriture pourquoi nous devenus adultes après tout serions-nous si perdus ?

Je vais maintenant aller dans l'exercice qui m'a été demandé c'est-à-dire le parcours en licence professionnelle. D'abord j'ai fait quelques constats. La formation de diététicien comporte 2 années courtes et des contenus denses. Elle est victime d'un probable manque de curiosité des étudiants et d'un recrutement à dominante scientifique. Le recrutement ne pourrait-il pas être élargi à d'autres personnalités? On y retrouve une absence notable de tous les principes pédagogiques, d'éducation pour la santé, psychosociaux… Finalement cela induit une passivité et une formation qui aboutit à former des techniciens ! Ce qui est dans la définition même de notre diplôme. Nous devons appliquer une technique mais le rapport à la nourriture est-il technique ? Cela n'est-il pas plus relationnel, sociologique, culturel en tenant compte finalement de tous ces déterminants de santé? La question de la connaissance est très différente de celle des comportements. Je peux très bien savoir que fumer tue et pourtant je fume. Le professionnel qui m'accompagnerait sur ces questions de sevrage tabagique devrait se poser la question de ce qui m'a amenée à fumer bien plus que me donner une information utile mais inefficiente comme quoi fumer tue. Sur la question de l'alimentation c'est la même chose. Ce cumul de connaissances acquises fait de moi un bon expert, un bon sachant mais est-ce que cela fait de moi un bon pédagogue ? C'est-à-dire quelqu'un qui sait trouver les leviers et comprendre ce qui pourrait éventuellement amener un changement. Il me semble qu'un bon professionnel c'est celui qui est en capacité d'éveiller l'usager. Il fait seul « le chemin » et nous ne sommes là que pour « tenir la lampe torche ». Nous pouvons éventuellement apporter quelques éléments de réponse avec tous les doutes liés à l'évolution des connaissances. Les miennes sont liées à mes lectures elles-mêmes dépendantes du type d'études et de leur mode de

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

financement qui peut avoir orienté leurs conclusions, notamment si ce financement a été de source industrielle[3]. On peut être convaincu de quelque chose sans fondement.

C'est ce que je vois avec les étudiants, on passe quasiment un premier trimestre à déconstruire. Mais après je vous rassure, on va reconstruire aussi. Nous aimons un contenu stabilisé, des choses acquises, et certaines doivent me détester. J'ai décidé de dire « elles » car ce sont majoritairement des femmes. Je les chahute un peu et cela est très inconfortable pour elles. J'aborde en premier les raisons de leur choix professionnel : est-ce par goût du pouvoir, de contrôle ? Est-ce que c'est agréable de contrôler le rapport à l'autre de la nourriture Qu'est-ce que je dois manger docteur ? J'ai les clés, je sais ce que vous devez manger pour avoir l'éternité ! Au-delà de la question du rapport à la pathologie, il y a parfois le rapport à l'éternité. Il y a quelque chose de très valorisant, de très gratifiant dans cette question-là.

Il faut se poser la question pourquoi je fais ce métier-là ? Est-ce en rapport à mon histoire, parfois à mes troubles ? Certains étudiants peuvent être anorexiques, orthorexiques, boulimiques. Poser cette question-là me paraît une base pour éviter de se sentir avec une vocation de sauveur (3) et pour faire un travail sur ses propres représentations. Nous allons travailler ensemble sur ces filtres que nous avons fatalement, qui nous entravent dans le fait de voir le vrai paysage de l'autre. Mes représentations sont à la fois mes connaissances acquises, ce que je pense et parfois mon idéologie. On va aller réfléchir sur l'équilibre alimentaire et psychique après tout.

Cette question sur l'équilibre est ainsi bien plus complexe que le rapport aux nutriments et un pseudo équilibre alimentaire qui m'amènerait peut-être l'éternité. On va aussi beaucoup travailler sur la démarche éducative et la relation d'aide. C'est quoi nourrir, se nourrir, nourrir sa vie ?

Je vous invite à cette réflexion.

Dans « nourrir » il y a une notion d'affectif, de relationnel,… On peut parler de nourrir son âme, nourrir son esprit, on dit aussi dévorer des livres. On dit aussi dévorer l'autre du regard. La question de nourrir regroupe tout cela. Aussi quand il y a un excès de nourriture, c'est peut-être parfois qu'il y a un défaut ou une insuffisance d'un autre type de nourriture. Je dis souvent qu'il n'y a pas que la bouffe dans la vie.

[3]Note du coordinateur : Lenard I. Lesser et collègues, « Relationship between Funding Source and Conclusion among Nutrition-Related Scientific Articles », *PloS Medecine*, 2007.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Nous n'avons qu'une année de travail ensemble ce qui est assez bref et elles sont en stage 3 mois. Je les chahute aussi sur l'usage de la calculatrice, la blouse blanche et ce que cela signifie dans notre profession[4]. C'est mon objectif au premier trimestre et on m'a laissé un champ libre pour définir les contenus de cette licence. C'est ce qui me fait dire qu'il y a des institutions et des enseignants qui sont capables d'une grande audace et d'une grande rébellion.

Car m'interpeller moi sur la licence professionnelle c'est complètement inouï!

Le temps d'après est destiné à la reconstruction. Je les fais réfléchir sur les principes psychologies et pédagogiques, ce qu'est la prévention, l'éducation pour la santé, je leur fais travailler les techniques d'animation, de communication. On ne fait pas la même chose avec de maternelles ou des ados, les paramètres psychologiques, affectifs et psychologiques sont différents. Du coup, les outils employés ne seront pas les mêmes. Il faut essayer d'être attractif car les animations ne sont que des prétextes au lien et à la relation avec notre public. Cela peut amener du positif dans la représentation du grand public sur la diététicienne car en général on nous déteste. On a tous eu des retours négatifs. Une diététicienne qui mange une religieuse c'est tout simplement impensable ! Il faut donner à voir quelque chose de notre rôle, surtout à l'hôpital donc on va préférer prendre les haricots verts que les frites. J'estime être à leurs côtés en tant qu'agitateur d'esprit pour éveiller leur conscience. Peut-être la vérité est-elle ailleurs ? Je les invite à réfléchir sur les sources de financement des études, les ressources à leur disposition, la construction de financements … Elles prennent un plaisir fou à être en contact avec le public et, je l'espère, le public aussi. Mes objectifs concernent aussi le développement de qualités relationnelles et un sens de la communication.

Je crois que nos plus grandes alliées sont la flexibilité comportementale et l'empathie. C'est renoncer à la question rigide de l'alimentation pour être empathique. On parlait tout à l'heure du mauvais patient non observant qui n'a pas de motivation Je fais le parallèle avec un fumeur en sevrage tabagique car c'est aussi fort que cela. Autant on est compréhensif sur la difficulté au sevrage tabagique autant on est beaucoup moins bienveillant sur la question du rapport à la nourriture. Les journaux nous disent que la perte de poids va être simple et brève jusqu'à la banalisation de la pose de

[4]Note du coordinateur : Voir notamment
http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0040005.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

l'anneau gastrique dont on connaît les limites quand on a côtoyé des patients qui ont subi cette opération.

Il faut essayer de déconstruire les représentations des étudiants pour mettre à la place des personnes qui sont disponibles dans un lien et dans une réflexion aux côtés du patient ou aux côtés de l'usager. Tout cela pour que l'usager soit amené lui-même à trouver ses propres réponses dans son rapport à la nourriture. C'est être complètement décentré de ce que l'on sait pour être disponible à la relation. Moi je demande souvent aux patients ce qu'ils en pensent.

Sur la question du lait par exemple, il n'y a que l'expérience qui vaut. Il y a des gens qui n'ont aucun trouble gastrique, qui le vivent très bien et qui vont même avoir besoin d'en boire des litres parce que derrière le lait il y a le symbole du rapport à la mère, le symbole de la pureté… Ce sont eux qui ont la réponse. S'il y a une difficulté alors là on peut essayer de trouver des solutions, mais toujours ensemble !

Sur la question des régimes, j'ai longtemps été contre puis j'ai revu ma copie. Maintenant je laisse les gens faire leur expérience, je reste disponible pour eux. C'est comme ça que j'amène une flexibilité comportementale et une réflexion qui est plus une manière d'agir, une manière d'être aux côtés des patients et une façon d'essayer de trouver comment il y a de bons leviers dans la question ouverte. C'est vrai que les patients aiment les questions fermées et les réponses prémâchées car on est dans une culture du résultat rapide où ils ont besoin d'un programme ou d'une méthode. Mais derrière cette notion, la personne n'aura rien à faire, c'est l'autre qui me dit et qui sait mieux que moi. C'est la question de la passivité. La personne ne doit pas le faire pour me faire plaisir ou parce que le médecin l'a dit ou que le bouquin le pense.

Elle qu'en pense-t-elle?

Les patients me demandent ce que je pense de la méthode Dukan pour maigrir, je leur dis : « vous qu'en pensez-vous ? ». On me répond que l'on dit ceci ou cela, moi aussi je peux donner des éclairages mais ce n'est pas du registre des opinions. Je vais dire que j'ai lu dans tel ouvrage telle chose et dans cet autre livre autre chose. Je vais essayer d'apporter une réponse multiple pour que l'autre ne reparte pas avec mes convictions. Voilà ce que je leur apporte à la licence professionnelle, ainsi que des apports en psychologie pour comprendre le développement du tout petit, la relation mère enfant, l'influence du vieillissement sur l'aspect relationnel. Parfois, les seniors ont besoin de parler et alors pourquoi pas ? C'est aussi ça être

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

soignant ! C'est être disponible à la relation. On accompagne l'autre dans des modalités de changement uniquement s'il en a la demande et s'il y a un besoin sur le plan pathologique.

On sait en thérapeutique et en psychologie que s'il n'y a pas de demande, le travail ne sert à rien. On peut secouer un patient en lui disant qu'il faut qu'il mange car il est dénutri mais ça c'est mon projet et pas le sien. Il faut se rendre disponible au projet de l'autre plutôt que d'être le bras armé des politiques. Dans notre région, il faudrait lutter contre l'obésité. C'est une lutte ! C'est cette réflexion que j'évoque brièvement et je ne donne pas les réponses mais j'essaie de leur permettre une certaine vigilance[5].

Finalement au terme de cette année de licence, plus qu'à être diététiciennes, je les invite à mettre dans leur proposition d'offre d'emploi d'être des chargées de projet en nutrition santé parce qu'elles auront de cette manière quelque chose de plus vaste à envisager que la diététique. C'est la question de la santé en général dont la nutrition fait partie mais il y a le rapport au corps, la question de l'estime de soi, les questions émotionnelles… Parfois certaines doutent mais d'autres sont en poste et se sentent un peu plus libres dans leur fonction professionnelle de penser, d'avoir de l'ouverture d'esprit, d'avoir de bons outils sur la question du dialogue avec nos patients, nos usagers. Moi-même j'ai évolué au cours de ces 6 années car je me suis réconciliée avec les diététiciens ce qui est déjà pas mal. J'espère qu'elles sont plus en capacité d'agir, de se décentrer de cette position d'expert, plus enclines à mettre en place des processus plus que d'appliquer des protocoles.

Et puis parfois je me suis trompée… A force de se marrer en cours, d'agiter les esprits, de travailler les techniques d'animation, de travailler auprès des publics, de passer du bon temps, elles ont peut être entendu pour certaines qu'il était question de divertissement. Il y a une année, j'ai lu dans leurs projets tuteurés et dans leurs rapports de stages que c'était super, qu'on se marrait avec les gosses, c'était génial… Et je me suis dit que je faisais fausse route car ce qu'elles avaient oublié en chemin est que nous exerçons une pratique de santé publique avec un financement public. Pour le financeur il est bien question de santé et d'indicateurs de modalités de changement. Il ne fallait pas oublier que derrière nous recherchons des choses très sérieuses. Une étudiante participant à la campagne REPPOP avait fait une animation

[5]Note du Coordinateur : on peut ici faire un parallèle avec la notion de *pourvoyance médicale* qui traduit le désir de satisfaction consécutif aux soins médicaux procurés à autrui (Memmi 1979), voir aussi Isabelle Darnis, « Une tête et un ventre au carré », *Pratiques n°56*, janvier 2012, p.12-13.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

créative très innovante où on avait vraiment envie de participer sauf que quand je lui ai demandé quelques points d'éclairage sur la question de l'obésité, elle n'a pas été capable de me répondre. Je me suis demandé si l'on n'avait pas basculé dans l'effet inverse, il fallait revenir à quelque chose de plus modéré.

Et puis j'ai envie de dire pour finir que même si les études peuvent être insatisfaisantes, si tout le monde n'ira pas dans cette licence professionnelle qui a l'intérêt d'une année complémentaire pour environ 25 diététiciennes tous les ans, il existe la formation continue. Nous avons le devoir tout au long de notre carrière de ne pas rester sur des acquis. Ce que l'on entend comme vérité aujourd'hui, sera peut-être faux demain. Il y a des tas d'études à faire sur ces questions d'alimentation. Donc c'est tout au long de la vie que je vais devoir me renseigner, lire pour garder cet esprit critique, cette petite lumière de veille sur ces questions qui touchent la dimension humaine et sur lesquelles on ne peut pas faire n'importe quoi. J'espère avoir amené quelques points d'éclairage sur mon parcours et sur ce que l'on travaille en licence professionnelle.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Mélissa MIALON

Trajectoire alternative au sein d'un cursus d'ingénieur agroalimentaire

Après ma Licence en Biologie, j'ai choisi de rejoindre une école d'ingénieur. J'ai commencé cette formation dans l'agroalimentaire sans a priori. J'ai constaté dès la première année le manque de questionnement sur l'éthique par rapport à ce que nous apprenions à fabriquer.

Je suis ensuite partie en Erasmus en deuxième année, en Irlande. Là j'ai expérimenté une approche de la formation assez différente : les sciences de l'aliment étaient séparées de la nutrition, notamment. Quand nous apprenions les recommandations nutritionnelles, il y avait alors un certain détachement des intérêts économiques. La formation a donc été beaucoup plus neutre vis-à-vis des produits industriels. J'ai eu un enseignant qui a été très inspirant, et qui nous racontait que pour lui, le pire, ce n'est pas les enfants qu'il a vus mourir de faim en Afrique, mais les enfants qui meurent de faim en Asie juste à côté des enfants obèses. J'ai alors commencé à être attirée par le côté politique de l'alimentation.

En troisième année, de retour dans mon école d'ingénieur, j'ai effectué une spécialisation en santé publique, plus en lien avec mes préoccupations personnelles. Cette spécialisation est évidemment adaptée au monde industriel et l'idée globale est de savoir comment continuer à vendre tout en prenant en compte les problèmes d'obésité et de cancer, d'un point de vue marketing. Cependant, nous avons eu la chance d'avoir plusieurs intervenants académiques qui nous ont passé des messages très clairs, par exemple sur les problèmes liés à la consommation d'alcool ou sur les laits infantiles (cet intervenant a surtout insisté sur le fait que le lait maternel est tout ce qu'il y a de meilleur, alors qu'il ne faut pas oublier qu'il s'adressait à de futurs industriels).

Mais même pendant cette dernière année, l'humain passait au second plan...

Certains de mes professeurs en France n'ont pas été enchantés de l'ouverture d'esprit que j'avais pu connaître en Irlande. J'ai réalisé mon stage de fin d'études dans l'association Action Contre la Faim (ACF), là encore contre l'avis de mes enseignants qui nous poussaient à rejoindre l'industrie. J'ai finalement été diplômée en septembre 2012. Mon stage n'a fait que renforcer mes convictions par rapport au système alimentaire.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

J'ai ensuite eu l'opportunité de faire un stage de jeune diplômée à l'ONU, à l'UNSCN, en charge des politiques alimentaires et nutritionnelles. Il s'agissait de faire en sorte que les différents organismes internationaux comme la FAO, l'UNICEF ou l'OMS, aient les mêmes objectifs et le même discours en matière d'alimentation et de nutrition. Là encore, j'ai pu voir à quel point l'industrie s'infiltre dans les décisions de santé, par exemple lors de discussions sur l'alcool ou sur la consommation de viande.

Ce stage m'a donné l'envie d'aller plus loin dans la lutte contre la malnutrition, que ce soit la faim ou l'obésité. J'ai contacté plusieurs équipes de chercheurs, dont cette équipe en Australie. Je réalise actuellement mon doctorat dans le domaine de la santé au Centre Collaboratif de l'OMS pour la prévention de l'obésité. Ma thèse vise à créer un outil qui permettra de comprendre les tactiques employées par l'industrie agroalimentaire qui vont à l'encontre de la santé (obésité, cancers, diabète, etc.). Cela fait partie d'un projet international.

Ce n'est pas toujours évident d'avoir le sentiment d'être à contre-courant dans sa formation. Heureusement j'ai eu le soutien de mon mari qui a suivi la même formation que moi. Lui aussi est très engagé, plutôt du côté consommateur, en militant pour les produits Bio, non raffinés, et pour tout ce qui est bon à la santé. Peu de soutien des enseignants par contre. La plupart d'entre eux souhaitaient que nous puissions travailler pour un grand groupe industriel. Un de mes enseignants a même été ironique sur ma future carrière, quand j'ai décidé de faire mon stage à ACF, comme si je n'allais pas avoir d'avenir. Personnellement, au contraire, je suis très heureuse des choix que j'ai faits.

Plusieurs étudiants, dont certains amis, connaissent mon parcours et mes idées par rapport au milieu professionnel que nous fréquentions. Durant la dernière année de notre cursus, avec 5 collègues, nous sommes partis faire du bénévolat en Inde, dans un bidonville. Le projet a été en partie financé par mon école, ce qui montre qu'il existe quand même une certaine sensibilité pour la solidarité internationale. Mon école a fusionné récemment avec une école d'agronomie, et certaines personnes dans cette branche sont clairement favorables à des systèmes alimentaires parallèles (Agriculture Bio, Agro-écologie, etc).

Une amie a fait le choix de partir faire du volontariat pendant une année, une autre amie envisage de travailler dans la santé. Mais ce n'est pas toujours facile, il y a dans ce milieu beaucoup de résistance au changement, et j'ai moi-même connu des moments de doute quant à ma capacité à continuer dans cette filière. L'alimentation simple ne rapporte pas, tout est monopolisé

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

par quelques gros groupes agroalimentaires, il y a donc peu d'emplois dans le domaine pour le moment. Travailler dans une entreprise reste le débouché le plus conventionnel et le plus simple, avec des salaires qui peuvent être de 3000 euros par mois dès la première embauche...

Outre la thèse, nous alimentons avec mon mari un blog basé sur notre regard du monde de l'agroalimentaire, à partir de nos expériences mutuelles et de notre formation, l'ensemble de ce que nous avons écrit est consultable à l'adresse suivante : http://toussurlamemeplanete.overblog.com/ . Suite à ma thèse et certainement quelques années en recherche, j'aimerais travailler pour une organisation nationale ou internationale, dans le but de concilier alimentation et santé pour tous.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Michelle Le Barzic

De la médicalisation abusive aux abus de pouvoir : Quelle formation psychologique avant d'intervenir sur le comportement alimentaire ?

Une longue carrière de psychologue clinicienne à l'écoute des obèses, dans le service de Médecine et Nutrition de l'Hôtel-Dieu de Paris, a fait effectuer une révolution de 180° à mon point de vue sur l'obésité. J'ai d'abord été convaincue – comme tout un chacun – que l'obésité était "soluble" dans les réponses diététiques que la médecine lui apportait. Après avoir constaté leur inefficacité généralisée, c'est leur responsabilité dans l'aggravation du phénomène obésité, tant au niveau des individus eux-mêmes qu'à celui des populations, qui m'est apparue. Aujourd'hui, je considère la médicalisation généralisée du corps et du comportement alimentaire comme abusive parce qu'elle repose sur un contresens épistémologique. Elle s'avère d'autant plus iatrogène que la formation des médecins et des diététiciens n'est pas adaptée aux phénomènes existentiels auxquels ils sont confrontés ; c'est pourquoi les solutions qu'ils préconisent contribuent à aggraver les maux qu'ils prétendent traiter et à entretenir les préjugés qui alimentent la stigmatisation dont souffrent les obèses.

Psychologue clinicienne en Nutrition, un observatoire de l'échec

Dans les années 1970, lorsque je fus engagée dans le service de médecine interne de l'Hôtel-Dieu pour effectuer une recherche sur la personnalité des obèses, l'obésité n'intéressait ni les médias, ni les politiciens. Les rares médecins qui s'en occupaient étaient la risée de leurs confrères puisqu'ils s'avéraient incapables de faire durablement maigrir « les gros ». L'obésité était alors considérée comme un problème de glandes, spécialité des endocrinologues, ou de volonté : les obèses étaient « trop gros parce qu'ils bouffaient trop » et qu'ils étaient incapables de se contrôler. Les prescriptions diététiques standard étaient entre 800 et 1200 calories par jour.

En ce temps-là, l'obésité épargnait les jeunes et les enfants ; elle se développait plutôt dans la deuxième tranche de la vie, surtout chez les femmes. Les hommes, quant à eux, devenaient plutôt « forts » en accédant à « la force de l'âge ». Alors, les obèses étaient beaucoup moins obèses, et, surtout, ils étaient moins malades de leur obésité. L'Indice de Masse

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Corporelle n'existait pas encore. Il existait plusieurs écoles de normes pondérales. Ce qui ne facilitait pas la comparaison des études entre elles.

Pour tenter d'identifier « la » personnalité des obèses, 50 femmes obèses consultant pour la première fois dans le service furent comparées à 50 femmes de poids normal recrutées par la médecine du travail d'un grand magasin, appariées par l'âge et le niveau socio-culturel. Une évaluation calorique de leur consommation alimentaire fut effectuée par la diététicienne du service et leur personnalité fut explorée par mes soins au moyen du test de Rorschach.

Je n'ai pu dégager aucune personnalité spécifique de l'obésité ; pas plus qu'aucune étude de la littérature internationale, alors toute entière occupée à tenter de débusquer l'*oralité*, la *passivité-dépendance* ou le *lieu de contrôle* qui puisse être désigné comme la cause psychologique des kilos superflus. Toutes les personnalités étaient représentées à peu près équitablement dans les deux populations de notre étude. Chez les obèses, une légère prévalence de *personnalités psychosomatiques*, au sens psychanalytique du terme selon l'Ecole Parisienne de Psychosomatique, nous fit évoquer un fonctionnement psychique *opératoire*, défini comme un surinvestissement du banal et du concret s'effectuant au détriment de la vie fantasmatique et créatrice individuelle, associé à un déni des conflits, le tout mis au service d'une adaptation sociale superficielle sans implication personnelle[1]. Cette piste psychosomatique m'incita déjà à suspecter le rôle des réponses médicales sur ce fonctionnement mental : « En centrant son action sur le gros corps et les contraintes rationnelles du régime, le praticien méconnaît la dimension psychologique et existentielle de l'obèse et l'enferme dans un mode de fonctionnement centré sur le concret et l'objectif. »[2]

Ces conclusions n'eurent qu'un faible écho dans la communauté médicale, campée sur ses certitudes. Elles eurent une influence considérable sur notre pratique. L'intérêt d'une collaboration multidisciplinaire : médicale, psychologique et diététique, s'est imposé à nous. Prenant en compte l'importance des soubassements psychologiques de la fonction alimentaire humaine, l'absurdité des prescriptions diététiques standard nous est apparue, ce qui a modifié notre attitude vis-à-vis de nos patients obèses et, réciproquement, la leur vis-à-vis de nous. Comprenant qu'ils ne seraient pas maltraités s'ils « échouaient », ils revenaient en consultation même lorsqu'ils reprenaient du poids, contrairement à la pratique courante qui consiste à ne

[1]Waysfeld B., Le Barzic M, Aimez P., Guy-Grand B. « Pensée opératoire » in obesity, *Psychothérapy and Psychosomatics*, 28 : 127-132, 1977.

[2]Le Barzic M, & col. De l'obésité psychosomatique à la psychosomatisation de l'obèse, *Psychologie Médicale,* 17 : 783-785, 1985

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

plus consulter dès la reprise de poids pour éviter de décevoir le praticien et/ou d'essuyer ses reproches, et d'aller ailleurs pour chaque nouvelle tentative. C'est pourquoi la majorité des nutritionnistes ne connaissent que les succès de leurs régimes, les obèses qui maigrissent « grâce à eux ». En tolérant les échecs de nos patients, nous avons pu constater l'échec des régimes en général, et pas uniquement « ceux des autres » que nous.

Un obèse qui maigrit est rarement adressé en première intention au psychologue par son médecin ou son diététicien, même à l'Hôtel-Dieu. Ma situation de psychologue clinicienne en Nutrition m'a donc fourni un poste d'observation privilégié de … l'échec. Très vite, je fus intriguée par la contradiction entre la similarité monotone des histoires médicales – augmentation régulière du poids au fur et à mesure de la répétition de tentatives d'amaigrissement et de leurs échecs – et l'infinie diversité des caractères et des histoires personnelles.

En 1992, deux papes de l'obésité, Stunkard et Wadden effectuent une revue exhaustive de la littérature sur le sujet. Ils en concluent que l'hétérogénéité psychologique de la population des obèses est un gage de leur normalité et, surtout, que la constellation psychologique et comportementale associée à l'obésité – anxiété, dépression et accès alimentaires incontrôlés – n'est pas *la cause* de l'obésité, mais *sa conséquence,* qui découle des mesures médicales et de la stigmatisation qu'elle induit[3]. Encouragée dans le sens de ma réflexion, je postulai alors que les obèses atteints d'obésité morbide, « trop gros pour entretenir l'espoir d'atteindre jamais la norme » cherchaient à développer une présentation « hypernormale » en déniant une grande part de leur réalité, tant émotionnelle que nutritionnelle et que ce déni, ignoré par les intervenants de santé, pourrait « avoir contribué à l'inadaptation des réponses thérapeutiques. »[4]

Le *déni de réalité* des obèses m'amena rapidement à m'interroger sur celui de leurs soignants et des institutions de santé. Lors d'une communication orale aux journées de L'Institut d'Etudes des Systèmes Familiaux, je comparai les 30 premières consultantes de l'année aux trente premières que j'avais rencontrées 24 ans plus tôt. Je constatai que les secondes étaient plus lourdes, le devenaient beaucoup plus jeunes et beaucoup plus que leurs aînées qui avaient consulté 24 ans auparavant[5]. J'en

[3]Stunkard AJ, Wadden AT, Psychological aspects of severe obesity, *Am J ClinNutr,* 1992.

[4]M. Le Barzic, Déterminants psychosociaux des Obésités Massives, *La revue du Praticien*, 1993.

[5]M. Le Barzic, « Le poids des régimes », Communication orale, *Journées de l'IESF,* 1994.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

conclus que les obèses s'aggravaient d'autant plus que la médecine s'en occupait et intitulai ma communication *Le poids des régimes*.

Si c'était si simple de bouger plus et manger moins pour peser moins, y aurait-il encore un seul obèse aujourd'hui ?

J'ai découvert les travaux de Peter Herman et Janet Polivy au début des années 1990. Ils décrivent les effets paradoxaux du « syndrome de restriction cognitive » [6], un phénomène *psychologique* qui est une *conséquence* des régimes restrictifs à visée pondérale et qui risque d'entraîner le sujet restreint, obèse ou non, à manger non seulement *plus* que ce qu'il voudrait, mais plus que ce qu'il aurait mangé s'il n'avait pas cherché à manger *moins*. Ce volontarisme alimentaire expose à des dérapages à chaque fois qu'un impondérable déjoue la planification. Il épuise la force du moi[7]déconnecte le mangeur de ses signaux internes de faim et satiété, régulateurs naturels de la prise alimentaire.

La description de la restriction cognitive oriente le projecteur sur le régime lui-même au lieu de la personnalité des obèses. J'y reconnus ce que décrivaient les patients qui m'étaient adressés lorsqu'ils ne parvenaient plus à suivre leur régime. J'interprétai alors l'échec des régimes et l'épidémie de troubles du comportement alimentaire, en particulier boulimiques, comme les conséquences cliniques de la restriction cognitive[8] elle-même conséquence des régimes amaigrissants, et je considérai « l'épidémie de troubles du comportement alimentaire et l'obésité massive (…) comme des complications évidentes des régimes. »[9] Dans un monde où la minceur est socialement valorisée, les plus gros sont plus incités que les autres à entreprendre des régimes amaigrissants.

Sans critiquer ouvertement mon point de vue, la Nutrition médicale française s'est alors emparée du concept de restriction cognitive. Occultant sa spécificité *psychologique*, elle l'annexa dans le champ du médical en réduisant le phénomène à du comportement mesurable. Plus la communauté médicale s'acharnait à domestiquer les comportements alimentaires et à faire rentrer les corpulences dans les "bonnes" normes sanitaires, plus j'observais l'amélioration psychologique et pondérale de ceux de mes patients qui

[6]Herman CP, Polivy J, « Restrained eating », in *Obesity,* 1980

[7]Kahan D., Polivy, J., Herman CP. Conformity and dietary disinhibition : A test of the Ego-strength model of regulation*, Int J Eat Disord*, 2003, 33 :165-171

[8]Le Barzic M, Pouillon M. *La meilleure façon de manger*, Odile Jacob, 1998

[9]Le Barzic M. Le syndrome de restriction cognitive, de la norme au désordre du comportement alimentaire, *DiabetesMetab*, 2001, 27 : 512-516

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

acceptaient de renoncer au régime, et plus je m'interrogeais sur le bien-fondé de ces normes statistiquement établies appliquées à la fonction alimentaire et le corps humains, phénomènes existentiels si complexes, autorégulés et psychologiquement surdéterminés.

Je m'avisai alors que « la modernité alimentaire » du XXème siècle bouleversait le bilan énergétique des mangeurs en réduisant ses dépenses (sédentarisation) alors qu'elle les immergeait dans un environnement alimentaire (industrialisation, disponibilité, etc.) les incitant à manger davantage. Alors que tout concourait à l'augmentation du poids moyen des populations, les normes de corpulence officiellement déclarées normales étaient très inférieures à celles des générations qui avaient précédé la profusion alimentaire généralisée. "Un Maillol" ou "un Renoir" sont aujourd'hui des obèses. Ce « déni des conséquences de la modernité alimentaire » perturbe le rapport du mangeur à son corps parce qu'il introduit « un décalage entre la réalité de ce qu'il pèse et ce qu'il pense qu'il devrait peser » qui l'amène « à penser comme *anormal* le poids qu'il est amené à peser *normalement.* »[10] Je soulignai alors les conséquences de cette dissonance cognitive quotidiennement vécue sur l'image et l'estime de soi des individus[11] et j'avertis les nutritionnistes et les diététiciens des risques psychologiques et affectifs que, à leur insu, ils faisaient courir aux enfants en intervenant sur leur alimentation au nom de la prévention du poids[12].

Une médicalisation abusive soutenue par l'idéologie nutritionnelle

Il m'apparut alors que la médicalisation normalisante qui renforçait par des arguments sanitaires la valorisation esthétique d'une minceur irréaliste s'inscrivait dans l'utopie généralisée de la santé parfaite[13]. Je dénonçai l'impact stigmatisant du discours médical – point de vue confirmé par les travaux du sociologue J.P. Poulain sur la sociologie de l'obésité[14], lequel discours contribuait à entretenir dans la population comme chez les soignants[15] le préjugé selon lequel "les obèses sont trop gros parce qu'ils

[10]Le Barzic M, Troubles du comportement alimentaire ou comportement alimentaire troublé? *Femmes et Nutrition, Colloque du Cerin*, 2000

[11]Ogden J, Evans C, The problem with body : effects of mood, self-esteem and body, *I.J.O.*, 1996, 20. 272-277

[12]Le Barzic M, Pouillon M. Les inconvénients psychologiques des régimes systématiques chez l'enfant, *Cah. Nut. Diét*, 2001.

[13]Sfez L. *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Seuil, 1995

[14]Poulain J-P, *Sociologie de l'obésité*, PUF, 2009.

[15]Wooley S. . « Psychological and social aspects of obesity », *Body Weight Control*, *The Physiology, Clinical Treatment and Prévention of Obesity*, ed. Bender A.E., Brookes L.J., Churchill Livingstone, New-York, 1987, 81-89.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

mangent trop et qu'ils n'ont pas la volonté de faire le régime qui leur permettrait de retrouver le poids normal favorable à la santé". Ce préjugé est à la base de la discrimination négative qui, en France comme aux USA[16], paupérise les obèses et aggrave leur obésité. Le risque est grand lorsqu'une idéologie se justifie par la science : « Les chemins qui mènent à la perte de liberté sont innombrables. L'un d'eux porte l'indication "santé pour tous" »[17]. Le risque est accru lorsque la santé prétend imposer ses normes au corps et au comportement alimentaire des individus. En réduisant l'alimentation humaine à sa seule fonction nutritive, le nutritionnisme d'état qui se déploie au nom de la prévention de l'obésité, favorise la dérégulation physiologique et le désarroi des mangeurs qui, confrontés à la cacophonie des messages nutritionnels manichéens et contradictoires, ne savent plus comment choisir ce qui est bon pour eux et se trompent parfois parce qu'ils croient « bien faire »[18]. En médicalisant le corps et l'alimentation des mangeurs, les institutions de santé en ont fait des coupables potentiels. La culpabilité contrarie le plaisir alimentaire qui joue un rôle important dans la régulation des prises alimentaires ; moyennant quoi cette culpabilité accentue les déséquilibres de l'alimentation individuelle[19] et collective[20].

Cette médicalisation contre-productive, confinant parfois à la maltraitance institutionnelle, m'est alors apparue *abusive* parce qu'elle reposait sur un contresens épistémologique qui consiste à appliquer une grille de lecture et des pratiques inappropriées à des objets qui en requièrent d'autres. En polarisant leur attention sur les mensurations corporelles et les composants nutritionnels, les pionniers de la Nutrition médicale – experts autoproclamés de la lutte contre l'épidémie d'obésité qui menaçait l'Occident – ont tout simplement oublié les mangeurs eux-mêmes. Croyant qu'il suffisait de réduire les calories pour réduire les kilos, ils ont appliqué le modèle logique linéaire propre à la médecine occidentale : supprimer la cause du mal pour supprimer le mal. Mais *l'alimentation* et *le corps humains* ne sont pas des objets simples quantifiables, ce sont des réalités existentielles dotées d'une homéostasie propre qui obéissent à la logique circulaire spécifique des systèmes complexes. Incarnation identitaire, le corps humain ne se réduit pas à un indice de corpulence ni l'alimentation humaine, facteur primordial de

[16]Amadieu J-F. Observatoire des discriminations, 2005, NAAFA Newsletter, 1989

[17]Skrabanek P. *La fin de la médecine à visage humain*, Odile Jacob, 1994.

[18]Oakes M. Stereotypal thinking about foods and perceived capacity to promote weight gain ;*Appetite*, 2005, 44, 317-324

[19]Macht M, Dettmer D. Everyday mood and emotions after eating a chocolate bar or an apple, *Appetite,* 2006, 46, 332-336

[20]Rozin P & al. Attitude to food and the role of food in life in U.S.A., Japan, Flemish belgium, and France. Possible implications for the Diet-Healthdebate, 1999, *Appetite*, 33, 163-180

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

socialisation humanisante, à la valeur calorique des aliments. La nourriture est plus que la somme des calories et nutriments qui la composent et son effet sur le poids n'est pas une simple question de doses.

Première étape du contresens : la définition même de l'obésité par l'OMS, qui fait l'objet d'un consensus international depuis 1997 et sur laquelle s'élaborent toutes les campagnes nationales de lutte contre l'obésité. J'en ai souligné l'absurdité à plusieurs reprises : « tout individu en bonne santé dont l'IMC atteint le seuil fatidique [30kg/m^2] est décrété officiellement *malade* en vertu des risques statistiques de complications somatiques associées à sa corpulence, même si un risque de 30% implique 70% de sujets épargnés par le risque[21] « L'anthropométrique se substitue au pathologique. »[22] Appliquée aveuglément à tous les individus adultes sans distinction d'âge, de sexe, et autres spécificités ethnique, régionale, familiale ou personnelle, cette définition constitue la première des variables méthodologiques dont l'absence de « rapport avec la réalité clinique des obésités » justifierait à mes yeux l'élimination d'une proportion importante des études qui constituent la « pléthorique littérature » à prétentions scientifiques sur l'obésité[23].

Pour affirmer son autorité dans le domaine de l'obésité, la médecine occidentale a utilisé les méthodes à sa portée. Elle s'est attachée à isoler des variables quantifiables pour définir des normes chiffrées capables de distinguer la santé de la maladie. Elle ne s'est pas avisée qu'elle outrepassait son domaine de compétence et qu'en réduisant le corps des hommes et sa nourriture à des chiffres, elle interférait dangereusement avec la source même de la vie, à laquelle, selon Georges Canguilhem, « on ne dicte pas scientifiquement des normes »[24] !

Des experts qui croient qu'ils savent et ne savent pas qu'ils croient

« Les premiers experts scientifiques du comportement alimentaire n'étaient les disciples de personnes. C'est donc au nom d'une science qui n'existait pas encore qu'ils ont (…) prôné des modèles simplistes et normatifs au nom de préjugés érigés en savoir. »[25] Ils ont ignoré d'autant

[21]Le Barzic M. "Démédicaliser l'alimentation", *Pratiques*, N°56, 2012

[22]Le Barzic M. *Les aspects psychologiques de l'obésité*, EMC, (Elsevier Masson SAS Paris) Endocrinologie Nutrition, 10-506-G-10,

[23]Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement, Rapport d'expertise collective, *ANSES*, 2011. 2010

[24]Canguilhem G, *Le normal et le pathologique*, P.U.F., 1966.

[25]Note du Coordinateur : pour une vision différente sur cette question des bons et mauvais aliments que je partage davantage, voir Christian Rémésy « Y'a-t-il de mauvais aliments? Ou

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

plus l'ampleur de ce qu'ils ignoraient qu'ils étaient confirmés dans leur statut d'experts par l'opinion publique, les médecins remplissant aujourd'hui la fonction des guérisseurs, chamans et sorciers divers qui, depuis la nuit des temps, officient en marge ou au sein des religions pour faire rempart à l'angoisse provoquée par la menace de maladie et de mort qui pèse sur les hommes.

Médecins et patients partagent la même certitude : les kilos sont affaire de calories et il suffit de réduire les unes pour diminuer les autres. Pour en convaincre l'opinion publique, les experts utilisent des arguments dont la rationalité ne garantit pas forcément la pertinence. La modélisation purement quantitative qui s'est appliquée au poids et à l'alimentation humaine repose sur le déni de la complexité du corps et de la fonction alimentaire, deux réalités existentielles pétries de déterminants psychologiques conscients et inconscients, foncièrement irrationnels, qui échappent à la logique médicale rationnelle et linéaire à laquelle sont formés les médecins et les diététiciens.

« L'idée fausse est un fait vrai » disait Raymond Aron. Les idées fausses ont la vie dure et elles sont d'autant plus enracinées dans les mentalités quand elles entretiennent l'illusion : celle d'une minceur accessible pour les obèses et celle de leur compétence en la matière pour les médecins. Alors que la science démontre depuis deux décennies la multiplicité des boucles de régulation physiologique et psychologique qui nouent le comportement alimentaire et la corpulence par un jeu d'interactions rétroactives complexes, la société tout entière, des obèses aux chefs d'état, s'en tient à la lecture simpliste et fautive qui postule une relation directe et simple entre le poids et les calories alimentaires. L'opinion publique reste convaincue que chacun peut (et doit) peser ce que prône l'OMS et qu' « il suffit de manger *bien* pour peser *bien* ». Le peuple des heureux mangeurs que la nourriture ne fait pas grossir est convaincu que sa propre façon de manger est la meilleure puisque *lui* n'a pas de problème de poids et, donc, que c'est parce qu'ils "n'ont pas la volonté de se nourrir comme il faut" que les obèses sont obèses. CQFD ! Moyennant quoi chacun se sent autorisé à mettre son grain de sel de compétence alimentaire dans l'assiette des plus gros. Les régimes miracles et les experts se multiplient comme le pain et le vin à Cana, ceux-là se regroupent en se cooptant dans des Instituts Scientifiques divers, financés par l'argent public ou sponsorisés par l'Industrie agroalimentaire dont les patrons ont vite compris que les allégations nutritionnelles fourniraient de juteux arguments de vente.

---

un système alimentaire trop imparfait ? Peut-on envisager des solutions nouvelles ? »
http://www2.clermont.inra.fr/univete/dossiers/2007/resume.pdf

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Les préjugés érigés en vérités scientifiques par les experts sont relayés à coup de scoops par les médias rompus dans l'art de simplifier les idées, vraies ou fausses. Puisque le "mal-manger" est la cause du « mal-peser », il y a les « bons » et les « mauvais » aliments. La désignation des boucs émissaires alimentaires, le sucre, les graisses, la viande, le lait, le soda, etc., s'apparente au jeu des chaises musicales dans les médias, les sociétés savantes et les parlements. Comment résister à la tentation d'enfourcher le balai de tête dans la chasse aux sorcières qui donnera votre nom à une loi s'inscrivant dans la logique du « yaka » dominant ?[26]

Abondamment vulgarisée depuis les années 1980, la psychologie est devenue le recours explicatif universel lorsque les choses ne vont pas comme on veut. Le *psychologisme* qui consiste à trouver une explication psychologique au poids en érigeant des coïncidences en causes est très prisé par les professionnels de la Nutrition qui se sont avisés que leurs équations se heurtaient à des réalités humaines qui les dépassaient. Glissant de la *prise en compte* des soubassements psychologiques inhérents au poids et à l'alimentation à la *prise en charge* psychologique des individus (pour laquelle ils ne sont pas qualifiés), nombre d'entre eux saupoudrent leurs consultations d'interprétations aussi psychologisantes qu'abusives : « Vous avez grossi quand votre grand-mère et morte et vous ne maigrissez pas parce que vous n'avez pas fait votre deuil». « Vous êtes grosse parce que vous n'êtes pas sexuellement heureuse avec votre mari, prenez un amant » sic ! ; « C'est la peur de regrossir qui vous fait grossir. » sic ! « Vous avez une obésité morbide parce que l'une de vos grossesses s'est soldée par une mort in utero (*mort dans le bide*) » sic !!!! Paternalisme bienveillant assorti de conseils comportementaux et diététiques donnent au patient le sentiment qu'il est enfin compris, efficacement coaché, et que cette sécurité relationnelle va l'aider à suivre le régime et à maigrir …enfin ! Jusqu'à ce que la désillusion ou la lassitude l'amènent à renoncer, pour consulter quelqu'un d'autre après avoir accumulé quelques kilos supplémentaires.

De telles pratiques interrogent la déontologie puisque les professionnels de la nutrition n'ont aucune formation psychologique. Elles contribuent à entretenir un préjugé qui résiste à tous les démentis de la science : celui des soubassements psychologiques de l'obésité. J'ai exposé ailleurs[27] les atouts convergents de cette explication simpliste et fausse qui dénie la réalité des faits : elle dédouane les acteurs de santé de leur impuissance à « faire maigrir » les sujets obèses et à endiguer l'épidémie d'obésité, elle conforte ceux qui se sentent protégés de l'obésité par *leur* « équilibre » psychologique

[26]Idem

[27]Le Barzic M. La modernité alimentaire, une mutation nécessaire pour le mangeur et ses experts ?, *Chole-doc*, 2000.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

et alimentaire, et elle rassure les obèses en leur laissant croire qu'ils reviendront à des mensurations raisonnables quand ils auront résolu *leur*« problème » psychologique. Mais surtout, ces pratiques universellement admises entérinent le déni d'une réalité que personne ne veut entendre : Il n'est pas possible de devenir mince si l'on n'a pas été programmé pour l'être ou si l'on est devenu obèse à cause de circonstances existentielles ou iatrogènes comme la répétition des régimes amaigrissants. Validé par les normes de l'OMS, c'est ce déni qui a conduit tant de médecins pas plus incompétents ni soudoyés que d'autres à prescrire du Médiator, ou des régimes hypocaloriques à des jeunes femmes boulimiques ou, encore, à des diabétiques âgés de plus de 75 ans et de poids normal. C'est ce même déni qui fait la fortune de quelques petits malins du commerce de l'amaigrissement, et c'est sa persistance qui, depuis près de trois quarts de siècle, met la nutrition médicale en échec en aggravant l'obésité et la souffrance des obèses.

Changer le regard pour changer les pratiques

La médicalisation de l'alimentation et du corps humain n'est pas responsable de l'épidémie d'obésité ni de la dérégulation du comportement alimentaire. Alors que la modernité alimentaire du XXème siècle favorisait l'augmentation moyenne du poids des mangeurs en multipliant l'offre alimentaire cependant que les dépenses physiques se réduisaient, les aliments modifiés par l'industrie agroalimentaire pour flatter les goûts des acheteurs déferlaient sur les tables familiales, contournant voire abusant les repères habituels de régulation de la consommation des mangeurs. L'épidémie d'obésité qui a résulté de ce séisme environnemental affecte des territoires croissants sur la planète (sans pour autant y éradiquer la faim). Ce n'est pas un « faux problème » et c'est à juste titre qu'elle mobilise les pouvoirs publics et les institutions de santé. Le problème est que ce *vrai* problème s'aggrave depuis qu'on s'en occupe parce qu'il reçoit de *mauvaises* solutions, qui découlent d'une vision réductrice et faussée des phénomènes. Le modèle comptable appliqué au siècle dernier par la Nutrition Médicale internationale pour résoudre le problème s'est élaboré sur un tissu d'idées fausses parce que ses promoteurs issus du corps médical ignoraient tout de la complexité des phénomènes auxquels leur formation ne les avait pas préparés. Manger moins pour peser moins, le principe est simple et paraît logique, il est efficace à court terme. Il s'avère inefficace et iatrogène à long terme depuis plus d'un demi-siècle parce qu'il réduit la nourriture humaine à sa seule dimension nutritiveet qu'il méconnaît les soubassements psychologiques du corps et de l'alimentation humaine – la psychologie des mangeurs profondément impliquée dans leur

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

épanouissement affectif et social – qui contraint les médecins et les diététiciens à empiéter sur une discipline qui n'est pas la leur[28].

« Reconnaître l'ignorance » est, selon Hans Jonas « l'autre versant de l'obligation de savoir »[29]. C'est également le préalable indispensable pour sortir la pensée collective des impasses logiques dans laquelle ses préjugés l'enferment à son insu. Les préjugés qui pèsent sur le regard que la société pose sur l'obésité sont entretenus par le discours que les institutions médicales tiennent encore sur le poids et l'alimentation et par leur soumission aveugle aux normes qui ont été élaborées en totale ignorance de cause par l'OMS. Moyennant quoi le simplisme règne. Il favorise toutes les dérives, y compris des législations imbéciles. Calculer un IMC et prescrire un régime préétabli est à la portée de n'importe qui, une ancienne ministre de la santé ne vient-elle pas d'autoriser les pharmaciens (sa corporation d'origine) à ouvrir des consultations diététiques dans leurs pharmacies ?

C'est en toute bonne foi que les pionniers de la Nutrition Médicale ont entraîné les sociétés occidentales dans le cercle vicieux qui aggrave l'obésité et le sort des obèses. *Errare humanum est, perseverare diabolicum.* Il revient à ceux qui font autorité auprès des médias et des gouvernements de renverser la logique infernale afin de la rendre vertueuse par des prises de positions officielles dénuées d'ambiguïté, claires et fortes, qui inciteront les pouvoirs publics à réviser simultanément la plupart de leurs recommandations. Ils devront mettre en garde contre les *régimes* plutôt que contre le *surpoids,* dénoncer les normes de corpulence de l'OMS et toutes les déclarations qui traitent abusivement la catégorie *surpoids* comme un risque d'obésité, reconnaître que les sujets obèses du fait leur seule corpulence ne sont pas forcément malades et qu'il n'y a pas lieu de les inciter à maigrir. Il leur faudra faire admettre que l'obésité ne résulte pas toujours d'un excès alimentaire et qu'il n'existe aucun modèle standard *d'alimentation équilibrée* qui soit applicable à tous les mangeurs. Enfin et surtout, il est urgent qu'ils reconnaissent l'insuffisance de leur formation médicale ou diététique et qu'ils exigent une spécialisation psychologique spécifique permettant

[28]Note du coordinateur : la psychologie pourrait certes éclairer la pratique clinique, mais ne me paraît pas la seule discipline manquante, notamment pour appréhender les enjeux sociétaux et politiques qui conditionnent l'environnement des mangeurs sur lequel il serait peut-être plus pertinent encore d'intervenir, je renvoie aux articles que je publie dans cet ouvrage sur ce sujet.

[29]Jonas H. *Le principe responsabilité*, *une éthique pour la civilisation technologique* (1979) Le Cerf, 1990.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

d'appréhender la dimension psychique des phénomènes avant d'autoriser les professionnels à intervenir sur la corpulence et le comportement alimentaire des individus. À ces conditions seulement, le marché de l'amaigrissement qui déshonore les corporations médicales et diététiques en faisant la fortune de quelques-uns aussi dépourvus de scrupules que de compétence et d'éthique ne bénéficiera plus de l'assentiment tacite des responsables de la santé publique. Et la Nutrition Médicale pourra s'enorgueillir d'obéir enfin à la règle déontologique que la psychologue Susan Wooley lui assignait déjà en 1987: « notre tâche de professionnels doit inclure le traitement non seulement de l'obésité, mais aussi de notre propre aversion, celle de nos patients et de la société en général »[30].

Principes de bases pour la formation spécialisée des intervenants en Nutrition

1 - D'excellents internistes rompus à l'examen clinique, d'excellents diététiciens conscients de la nécessité d'adapter les modèles théoriques aux comportements alimentaires individuels (et non l'inverse)

2 - Conscients des limites de leur savoir et de l'irréversibilité de certains phénomènes

3 - Qui ne confondent pas *la prise en compte* des soubassements psychologiques avec *leur prise en charge*

4 - Qui ne réduisent pas la psychologie au comportementalisme

5 - Une formation psychologique assurée par des psychologues cliniciens présentant le recul critique nécessaire vis-à-vis de la modélisation médicale du corps et du CA

6 - Un exercice *protégé* et *réglementé* par la loi et le conseil de l'ordre (29)

[30]Wooley S. . « Psychological and social aspects of obesity », *Body Weight Control*, *The Physiology, Clinical Treatment and Prevention of Obesity*, ed. Bender A.E., Brookes L.J., Churchill Livingstone, New-York, 1987, 81-89.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Troisième partie
Toxicologie

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

I) *L'expertise indépendante en toxicologie : regards croisés*

André Picot

Quelques réflexions d'un expert plutôt « non-expert »

Si le 20e siècle a été celui de l'ère industrielle, avec son cortège de drames humains et d'agressions constantes de l'environnement, le 21e devrait être – si on se met à rêver – celui qui devrait voir arriver «la joie de vivre des êtres vivants, accompagnée du respect de l'environnement sur cette terre ».

Mais en fait, qu'en est-il actuellement?

Il ne semble pas qu'on en prenne le chemin ! Et ce ne sont pas les réunions mondiales sur l'avenir de l'environnement qui se succèdent régulièrement qui vont nous encourager à l'optimisme, ni du reste au niveau national, les promesses « électoralistes » du Grenelle de l'environnement... un leurre permanent ! Si on se limite à la France, on ne peut que constater, modestement à notre niveau, que tout ce qui touche au domaine des risques chimiques dans l'environnement est malheureusement pratiquement laissé à l'abandon.

Pourquoi un tel désamour?

C'est en fait une réalité que chacun peut voir à l'œuvre chaque jour : tout ce qui concerne le rapport bénéfice/risque d'un nouveau dispositif, d'une nouvelle molécule, pour ceux qui ont le pouvoir, a toujours été de privilégier les bénéfices et de négliger ce qui pouvait poser problème. De ce fait, dans de nombreux secteurs d'activité qui nous concernent : chimie industrielle, métallurgie, pétrochimie, pesticides... on ne peut constater que d'énormes lacunes dans le domaine de la prévention des risques. Alors pourquoi s'émouvoir de l'explosion d'AZF dans la belle ville rose, ou de l'échouement de pétroliers géants? Peut-être est-ce le prix à payer pour le développement démentiel de notre monde industriel?

Tous ces tragiques accidents ne sont en fait que le reflet mondial de drames chimiques plus personnalisés, comme ceux d'agriculteurs (ou de leurs troupeaux) victimes de l'agressivité de pesticides usuels. Mais en fait, a-t-on vraiment l'envie de s'en préoccuper?

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Prendre en charge, même très modestement, l'information et la formation de tous ceux qui sont victimes de l'agression des produits chimiques, tels ont été les objectifs que nous nous sommes fixés, depuis plus d'une vingtaine d'années, et ceci dans l'indifférence coupable de tous ceux dont le rôle serait de se soucier de la prévention des risques chimiques... à chacun ses priorités!

Malgré ce contexte, guère stimulant, c'est pourtant ce qu'a entrepris depuis 1989 l'*Association Toxicologie-Chimie* (http://www.atctoxicologie.fr/) née de la volonté d'une poignée de scientifiques et de personnes soucieuses de prévention voulant œuvrer pour préserver la santé de tous ceux qui travaillent avec les produits chimiques. Comment s'est constituée concrètement cette nouvelle approche préventive, associant intimement la Chimie et la Toxicologie, ce qui a abouti à la Toxicochimie et que nous avons décidé de développer en créant l'ATC?

Sans vouloir trop personnaliser cette longue traversée, tout est parti de l'aventure passionnante vécue en tant que chimiste débutant dans le groupe pharmaceutique Roussel-Uclaf avec une soixantaine de chercheurs, du rêve de réaliser la première synthèse totale d'une molécule stéroïde contraceptive pour en faire la pilule française. En tant que chimiste organicien, je ne peux m'empêcher de vous imposer quelques formules, que vous ne devrez percevoir que comme des calligraphies d'un langage de spécialistes!

Pour commencer, qu'est-ce qu'un stéroïde ? Une molécule organique formée de carbone lié à de l'hydrogène, donc un hydrocarbure, dérivée du cholestérol, un alcool cyclique que l'on regroupe dans la famille des lipides (nom savant des graisses). Pour construire le squelette d'un stéroïde, il faut beaucoup de persévérance, surtout si, comme nous dans notre projet initial, on part d'un hydrocarbure possédant seulement deux cycles, la naphatalène, un composé autrefois bien connu car à la base des boules de naphtaline utilisé comme antimites. Nous avons abouti au final à la Triénolone, la molécule imaginée à activité souhaitée contraceptive.

Ce pari fut réussi, car la molécule finale était un excellent contraceptif, mais malheureusement, elle était aussi un toxique redoutable pour le foie. Une magnifique performance chimique, mais un désastre thérapeutique : ainsi va la chimie... On ne réussit pas à tous les coups! Une telle déconvenue ne peut que profondément marquer un chimiste, par ailleurs sensibilisé à la biologie et à qui à l'époque se posait déjà une question simple : aurait-on pu prévoir cet effet secondaire rédhibitoire? Certainement pas dans les années 60, mais aujourd'hui? Sans rentrer dans les détails chimiques, on pourrait aujourd'hui penser que la fonction cétonique triinsaturée, donc très réactive de la Triénolone peut attaquer la fonction amine primaire des protéines du

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

foie, entraînant leur dégradation, ce qui peut aboutir à leur dégénérescence et finalement à un processus tumoral.

Personnellement une telle mésaventure m'avait interpellé. Pouvait-on imaginer à l'avance les effets toxiques d'une molécule donnée, seulement en examinant sa structure chimique? Mon arrivée au CNRS en 1963 me donna la possibilité d'une part de perfectionner ma formation en Chimie et en Biologie, à la faculté d'Orsay, et ensuite de développer pour mes collègues, avec Pierre Potier, directeur de l'Institut de Chimie des Substances naturelles, du CNRS à Gif -sur-Yvette, une Ecole de formation à l'interface de la Chimie et de la Biologie. Dans ce cadre, dès1979, une formation sur l'interface Chimie et Toxicologie aboutit à l'édition d'un ouvrage sur « l'Aspect biochimique de la toxicité de diverses substances chimiques », qui va devenir la référence de l'Approche toxicochimique des effets néfastes des produits chimiques sur les êtres vivants.

Poursuivant ma collaboration avec mes deux collègues du groupe Roussel Jean Cyr Gaignault (un pharmacochimiste) et Rémy Glomot (un toxicologue), nous éditons en 1984 une publication dans l'*Actualité Chimique* sur « Les relations entre structure moléculaire et toxicité », qui va ensuite nous permettre de proposer la Toxicochimie comme une approche préventive contre les risques toxiques, en s'appuyant sur une interface de connaissances en Chimie et en Biologie. Immédiatement nos collègues américains développent ce concept, en créant une sous-discipline au sein de l'*American Chemical Society* (ACS) : Toxicochemistry, qui se dote d'une revue très appréciée.

Rien de tel en France, mais qu'importe !

Dans un premier temps, définissons ce qu'est le Toxicochimie. La Toxicochimie, se situant à l'interface de la Chimie et de la Biologie a pour objectif de mieux comprendre les interactions entre les produits chimiques, souvent étrangers aux besoins essentiels des organismes vivants (dénommés xénobiotiques) et leurs cibles biologiques. Quant à l'Ecotoxicochimie, elle doit intégrer tout ce qui se rapporte à la protection de l'environnement. Elle a donc pour objectif de prévenir l'impact des Produits chimiques sur les différents écosystèmes, en tentant de préserver au mieux les générations futures. Ainsi la Toxicochimie et l'Ecotoxicochimie permettent de mieux comprendre pourquoi les produits chimiques peuvent être d'excellents amis, mais peuvent aussi se comporter, dans certaines conditions, comme de redoutables ennemis pour notre santé et notre environnement.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

C'est en 1989, dans le cadre du Conservatoire National des Arts et Métiers de Paris (CNAM), que fut créée l'Association Toxicologie-CNAM (ATC), qui s'est transformée en 2004 en Association Toxicologie-Chimie, conservant ainsi son autonomie et son sigle ATC : c'est l'ATC-Paris. En 2010, une petite sœur est née dans le Pacifique : l'Association Toxicologie-Nouvelle-Calédonie (ATC-Nouméa), île où s'est développé un enseignement de Toxicologie, dans le cadre du Centre Associé du CNAM, qui va se poursuivre avec l'ATC-Nouméa.

L'enseignement ATC en Toxicochimie-Toxicologie fondamentales, industrielles et environnementales s'adresse tout particulièrement à ceux qui déjà spécialisés dans le domaine de la santé au travail (médecins du travail, ingénieurs de sécurité, hygiénistes, Intervenants de Prévention et Risques Professionnels), ergonomes, mais aussi juristes), ou dans l'étude de l'impact des produits chimiques sur l'environnement, désirent approfondir leur connaissance en Toxicologie et en Ecotoxicologie. Cet enseignement de longue durée (160 heures) a pour objectif de donner une formation de grande qualité scientifique (niveau Master) faisant appel à des intervenants de haut niveau, reconnus pour leur compétence scientifique et pédagogique.

Il ne s'agit pas de former des toxicologues, ni des experts toxicochimistes, mais plus simplement des spécialistes capables de dialoguer avec des collègues de disciplines proches s'occupant des produits chimiques et en particulier de leurs effets sur la santé et sur l'environnement.

Avec leur propre expérience professionnelle, suite à cette approche toxicochimique, ils pourront aussi devenir d'excellents « experts messagers », autant d'experts que de non-experts suivant en cela les lois de l'hybridation.

Sans rentrer dans le détail, cette formation (qui nécessite bien entendu un important investissement personnel) permet au final de comprendre comment une molécule donnée peut interagir avec une cible spécifique. De cette interaction (qu'on peut considérer comme un dialogue) peut naître une liaison solide, le plus souvent irréversible, mais parfois une simple association réversible, qui prendra fin lorsque le message est passé. Si cette simple approche était bien assimilée par tous ceux qui font de l'expertise en Toxicologie, il est vrai que nous y gagnerions en reconnaissance scientifique.

Hormis la formation (sur plus de 20 ans avec plusieurs centaines de personnes formées) que fait l'ATC? Beaucoup d'information tout d'abord, soit par rapport à l'actualité, mais aussi selon des demandes personnalisées.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Beaucoup des sujets traités (et souvent publiés) ont entraîné des formations et des conférences dans l'Hexagone, mais aussi dans les DOM-TOM et parfois à l'étranger (Espagne, Italie, Grande-Bretagne, Suisse, Canada, Etats-Unis, Bolivie, Equateur, Vietnam...).

Quelques sujets publiés à titre d'exemples : les colorants alimentaires, le solvants organiques, l'huile frelatée espagnole, les accidents de Seveso, Bhopal, AZF... les prions de la vache folle, la dioxine, le veau aux hormones, les pesticides, le mercure, le plomb, le cadmium, l'arsenic, l'antimoine, le cuivre, l'aluminium, les nanoparticules, le gaz de schistes, l'oxyde d'éthylène, les silicones des prothèses mammaires...

Plusieurs de ces sujets ont amené à des expertises, toujours bénévoles, dont certaines ont abouti à faire reconnaître l'intoxication. L'ATC, n'étant pas constituée de toxicologues de métier, de par la diversité de formation de ses adhérents, peut intervenir tant dans le domaine de l'information que dans celui de la formation, sans oublier celui de l'expertise où en tant que « non-expert » nous sommes au service du plus grand nombre : des particuliers aux spécialistes, mais aussi des députés, des sénateurs, des syndicats et des journalistes.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Jean-François Narbonne

Expertise scientifique et indépendance des experts

Le chemin vers l'expertise

Dans un premier temps étant donné mes fonctions d'expert d'une agence sanitaire publique je ferai un rappel rapide de mon parcours puisqu'il n'y a pas de formation d'expert formatée et que des scientifiques issus de différents horizons participent aujourd'hui à cette activité ô combien difficile qui est l'évaluation des risques.

Je suis biochimiste et physiologiste de formation, ayant fait mes études à l'Université de Toulouse au sein de laquelle se trouvaient des équipes de recherche en nutrition et à laquelle était rattachée la seule unité de recherche INSERM sur la « toxicologie des aliments et des boissons », combien atypique dans les organismes de recherche en France. Il faut se rassurer cette unité est aujourd'hui fermée depuis longtemps ! Nous sommes quand même quelques scientifiques à avoir été formés avec cette double compétence en nutrition et toxicologie, ce qui est un atout important quand on s'occupe de toxicologie alimentaire.

En dehors de sa formation, ce qui amène un scientifique vers l'expertise vient aussi de ses motivations et de son intérêt pour la chose publique, c'est-à-dire du désir de sortir de son laboratoire pour se tourner vers les problèmes de société en voulant y apporter sa participation. Il s'agit en fait d'un engagement au même titre que pour un militant d'une association, d'un parti, d'une ONG ou d'un syndicat. L'engagement dans l'expertise publique exige cependant une indépendance totale vis-à-vis de ces différentes formes d'engagements citoyens. Pour ma part mon engagement est lié à la fois à une histoire familiale (mon père était une syndicaliste actif) et à une histoire personnelle du fait de ma participation au « mouvement de 1968 » qui m'a d'une part éveillé aux problèmes écologiques et d'autre part au rôle que pouvait jouer la science comme contre-pouvoir à l'approche technologique d'un monde consumériste. D'autre part à l'Université nous vivions mal la dichotomie spécifiquement française de l'existence d'une voie royale des « grandes écoles » formant les ingénieurs qui allaient être « au service du capital » et d'autre part d'une Université tournée vers l'enseignement et la recherche coupée des préoccupations sociétales. Dans notre discours « gauchiste » il s'agissait de « rendre la science au peuple » et pour ma part

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

je me projetais dans l'avenir en disant « plus tard c'est moi qui ferai les règlements limitant la toute-puissance des lobbies industriels ».

C'est effectivement ce que j'ai modestement réalisé en étant à l'origine de quelques valeurs limites européennes comme celles sur les dioxines ou les HAPs, en ayant participé depuis près de 25 ans à de nombreuses expertises nationales et internationales, et en étant intervenu à plusieurs reprises comme expert dans des affaires judiciaires comme celle des relations entre pesticides et mortalité chez les abeilles ou pesticides et intoxication d'agriculteurs.

La nouvelle perception du lien environnement-santé

Il est intéressant d'avoir un regard historique sur les évolutions successives de la perception des relations santé environnement par les citoyens et la médiatisation actuelle de ce sujet.

La première séquence débute dans l'après-guerre avec l'utilisation massive de substances chimiques et l'émergence du « tout chimique » où chaque problème de l'homme trouve une substance appropriée que ce soient des pesticides pour les problèmes agricoles, des médicaments pour les problèmes de santé, des détergents des colles et des peintures pour les problèmes domestiques, des matières plastiques pour de nombreuses applications en particulier alimentaires du fait des changements des modes de consommation et de l'urbanisation croissante. Cette première phase entraîne une pollution massive de la planète et de l'homme sans que l'on prenne réellement conscience des effets qui vont se produire.

La deuxième phase est liée aux premières alertes se basant sur l'apparition des premiers effets néfastes sur l'homme et l'environnement. Les deux exemples historiques sont d'une part la disparition dès le début des années soixante des aigles et faucons dans la région des grands lacs américains que l'on lie rapidement à la pollution par le DDT, affectant les fonctions de reproduction des oiseaux. La même cause est attribuée aux problèmes de reproduction des phoques dans les côtes des pays nordiques. Parallèlement se révèle l'affaire dite de Minamata au Japon où l'on constate des mortalités chez les chats puis de graves effets chez les pêcheurs prélevant leurs poissons dans une baie où se déversent les effluents d'une usine de matières plastiques utilisant le mercure comme catalyseur. Ces deux événements permettent de mettre en évidence les processus de bioaccumulation et de bioamplification dans les chaînes alimentaires et permettent d'identifier l'importance des processus de biodégradation et de liposolubilité. D'autre part ils révèlent l'importance d'effets secondaires non attendus, le DDT étant

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

utilisé comme neurotoxique et se révélant reprotoxique. C'est donc un premier cas important de perturbateur endocrinien.

La troisième phase est initiée par la publication du livre de Rachel Carson en 1962 *The Silent Spring* qui porte à la connaissance d'une partie éclairée de la société (son livre sera traduit dans beaucoup de langues : *Le printemps silencieux* en français) les effets néfastes du DDT considéré jusque-là comme un bienfaiteur de l'humanité ayant sauvé des millions de vies (épidémies, malaria…) et qui avait valu à son inventeur le prix Nobel. C'est un facteur clef dans la prise de conscience de la pollution de la planète et de ses effets, entraînant des phénomènes de contestation de ces usages, l'apparition de mouvements écologiques, ce qui induit la réaction des pouvoirs politiques avec la création de la prise en charge de ces problèmes par de nouvelles structures nationales (création des Ministères de l'environnement) et internationales (création de l'UNEP). Des décisions radicales sont alors prises d'interdictions de fabrication, de commercialisation et d'usage de ces substances dès 1970 (DDT, pesticides organochlorés, PCBs…).

Cette phase de restriction est globalement efficace sauf que la pollution existante va diminuer mais de façon exponentielle, c'est-à-dire rapidement dans les premières phases puis plus lentement après quelques années, les demi-vies apparentes allant de quelques années à plusieurs décennies en fonction des milieux. Cependant cette pollution massive suivie d'une phase de réduction s'accompagne de façon plus discrète de changements radicaux de modes de vie entraînant l'extension d'usage de nombreuses substances de synthèse dans tous les actes de la vie quotidienne, une modification de notre alimentation, de nos comportements (sédentarité croissante, tabagisme massif, environnement électromagnétique….). Force est de constater dans cette période que l'ensemble de la société ne prend pas en compte ce phénomène et que la croissance économique des « 30 glorieuses » primera sur les préoccupations sanitaires et environnementales qui seront sacrifiées ou même réprimées malgré les alertes lancées par de nombreux scientifiques, y compris ceux œuvrant dans les structures publiques. L'exemple de l'omerta organisée sur les risques sanitaires liés à l'usage des pesticides par les agriculteurs est un exemple criant de cette période.

La quatrième phase est certainement la plus critique et la plus paradoxale. Elle se produit dans les deux décennies entre 1980 et 2000. On voit d'une part exploser les incidences de nombreuses maladies (cancers, autisme, allergies, altérations anatomo-fonctionnelles de la reproduction, maladies neurovégétatives, altérations métaboliques liées au diabète et à l'obésité, atteintes de l'audition et des fonctions cognitives…). En fait ces véritables

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

épidémies étaient fortement liées aux effets retardés du fantastique pic de pollution des années 70. Ce décalage a pour origine non seulement le temps de latence pour le développement de certaines maladies comme le cancer, mais aussi au fait de la surexposition des femmes gestantes et donc des fœtus pendant les phases critiques d'organogenèse avec les conséquences retardées dans la vie des nouveaux nés. On appelle même les enfants nés dans les années 70 « la génération sacrifiée ». C'est par exemple chez les garçons nés dans cette période que la qualité du sperme est très dégradée, de l'ordre de 50% par rapport aux générations d'avant les années 50. Parallèlement à ces constations alarmantes, les techniques de l'analyse chimique ont fortement évolué entraînant une diminution spectaculaire des seuils de détection passant du mg/kg pour le DDT au pg/kg pour la dioxine en une vingtaine d'années. De plus ces évolutions analytiques ont permis d'identifier et de doser les traces de composés relativement polaires, en particulier de nombreux métabolites de pesticides ou des résidus de drogues et de médicaments. On a ainsi détecté de plus en plus de molécules dans les compartiments de notre environnement donnant une impression d'augmentation de la pression chimique.

Ces « épidémies de maladies » ont fait prendre conscience au corps médical à retardement, à partir des années 2000, de l'ampleur des dégâts et des impacts liés à l'utilisation massive des produits chimiques. La raison de ce retard est liée en partie à l'absence de formation du corps de santé aux risques chimiques (il est par contre fixé sur les risques biologiques attendant fiévreusement la prochaine pandémie qui depuis les années 20 tarde à se manifester). Parmi les autres raisons il y a le peu d'effets aigus des contaminations diffuses qui ne permettent pas de lier facilement un effet à une cause, il y a aussi l'écran de fumée due à une croyance absolue dans l'augmentation sans fin de l'espérance de vie. Il a fallu attendre les années 2000 pour que le corps médical (une partie seulement) devant les évidences des effets retardés du pic de pollution des 30 glorieuses commence à s'impliquer dans le domaine santé-environnement. Malheureusement cette implication sera rapidement détournée à des fins de politiques locales (dénonciation à contretemps de l'incinération des ordures ménagères par exemple) ou nationales (l'affaire ubuesque des biberons au Bisphénol A (BPA)). Un élément à décharge dans ces réactions tardives a été l'absence d'éléments fiables d'observation de la santé publique en France. Ce n'était certes par le maigre « réseau National de Santé Publique » qui pouvait rendre compte de l'évolution des différents impacts liés à la pollution chimique. Il a fallu la création d'une agence spécialisée comme l'InVS (Institut National De Veille Sanitaire) et la montée en puissance de ses moyens pour qu'enfin on puisse disposer de données statistiques nationales. Le développement de l'épidémiologie au sein de l'Inserm à partir du début des années 2000 a aussi joué un rôle dans l'acquisition des données. De plus les méthodes du

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

« biomonitoring » ont enfin été largement utilisées à partir de 2005 ce qui a permis des avancées considérables dans la connaissance des facteurs de causalité. Si ces outils ont permis de mieux estimer les impacts sanitaires résultats des contaminations multiples de notre environnement, qu'en est-il des méthodes à la disposition des experts pour l'évaluation des risques, étape clef dans l'établissement des mesures de prévention susceptibles d'éviter justement les impacts sanitaires, en particulier les effets retardés ?

Les outils de l'évaluation des risques

Il s'agit ici de passer en revue les outils dont dispose un expert pour estimer les conditions d'utilisation éventuelle d'une substance chimique (additif, médicament, pesticide…) mettant l'utilisateur à l'abri d'effets néfastes pour sa santé. Ce risque se traduisant en probabilité d'effets, en pratique il s'agira de comparer les conditions d'exposition aux VTRs (valeurs toxicologiques de référence). La situation d'innocuité est définie comme résultant d'une exposition inférieure à la VTR pertinente. Évidemment on voit le rôle essentiel lié à la fixation de ces VTRs. Or les outils permettant de les estimer ont fortement évolué. On est ainsi passé de la notion simple « quelle est la dose qui peut tuer et celle qui n'est pas mortelle » à la notion de « quelle est la dose qui rend malade et celle qui ne rend pas malade », ces doses étant recherchées expérimentalement chez des mammifères censés représenter l'homme. En dehors du recours anecdotique de l'usage d'un esclave goûteur, c'est le chien et surtout le rat qui a été pris comme cobaye.

C'est sur ce type d'approche qu'est basée la fixation de la VTR la plus connue qui est la DJA ou Dose Journalière Admissible. Dans la pratique il s'agit d'estimer la dose n'entraînant pas d'effets néfastes observables (NOAEL) chez le rat puis d'extrapoler cette valeur à l'homme en lui appliquant par précaution un facteur de réduction (ou facteur de sécurité) qui est en général de 100 (DJA=NOAEL/100). On voit ici que cette notion de DJA est soumise à de nombreuses approximations. La NOAEL est dépendante des outils d'observation, de ce que l'on entend par effet « adverse » ou néfaste, évidemment par la qualité des conditions expérimentales, la pertinence des facteurs de sécurité, les niveaux d'homologie entre l'homme et les espèces modèles. Il n'est pas question ici de détailler toutes les discussions qui animent les débats entre experts depuis plus de 40 ans sur ces différents points, on peut simplement indiquer les principales évolutions, en particulier les plus récentes (surtout à partir de 2005). La NOAEL a été remplacée par une BMDL (Benchmark dose) optimisant l'approche statistique, le remplacement du cadre rigide des facteurs de sécurité par la notion de marges d'exposition (margin of

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

exposure ou MOE), le perfectionnement des outils d'observation (en particulier ceux de la biologie moléculaire), la diversification des conditions d'exposition (en particulier l'exposition pendant la phase de gestation impliquant une exposition du fœtus, période particulièrement sensible de l'organogenèse).

Ces nouveaux développements ne sont en fait que des perfectionnements de la méthode dite classique et gravée dans le marbre au niveau international dans ce que l'on appelle les « guidelines OCDE » dans les années cinquante. Or il se trouve que ce protocole « officiel » base de la DJA a été pris comme référence pour l'établissement des valeurs limites sanitaires régulant les échanges internationaux au moment de la mondialisation du commerce sous l'égide de l'OMC dans les années 1990. De plus en Europe les valeurs ont été harmonisées, les États ayant perdu la liberté d'établir par exemple des DJA ou des LMR nationales. En Europe, les VTRs sont fixées par l'agence européenne EFSA bien que certaines DJA soient profondément contestées par les comités d'experts de l'ANSES (comme dans le cas du BPA). Or cette confirmation au niveau international d'une démarche de fixation de VTRs sur la base des protocoles in vivo dont le concept remontait aux années cinquante s'est trouvé confrontée à l'accumulation de données liées aux nouvelles connaissances sur les mécanismes d'action issues de la toxicologie moléculaire faisant largement appel aux études in vitro.

On est ainsi passé de la notion de cancérigène (substance pouvant entraîner l'apparition de tumeurs malignes) à la notion de mutagène ou de génotoxique (substances capables d'altérer le matériel génétique) et plus récemment de la notion de reprotoxique (substance pouvant altérer les fonctions de reproduction) à la notion de perturbateur endocrinien (substance pouvant interférer avec la synthèse, la dégradation, le transport ou l'action des hormones impliquées ici dans la reproduction). On voit donc se confronter d'une part une approche « ancienne » de type boîte noire (quelle est la dose qui rend un rat malade) à une approche « moderne » recherchant les étapes précoces d'un mécanisme d'action pouvant éventuellement aboutir à l'expression d'une maladie. Une grande partie de la confusion actuelle provient du croisement de ces deux concepts toxicologiques : Le premier basé sur l'observation de l'apparition de troubles liés à une maladie aboutissant à la fixation de DJA, base de l'évaluation des risques, des réglementations internationales et des AMM (Autorisation de Mise sur le Marché). La seconde est l'approche basée sur la connaissance des étapes des mécanismes d'action des toxiques qui renseigne de façon de plus en plus documentée sur les dangers d'une substance (exemple : les perturbateurs endocriniens) mais qui dans l'état actuel de la science ne fournit pas de bases solides pour l'évaluation des risques.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Nous sommes donc dans une période de transition entre l'approche par observation in vivo et l'approche par mécanisme d'action telle qu'en cours de développement dans le cadre du programme REACH. De plus il faut rajouter des différences d'approche importantes entre experts nationaux et décisions de l'EFSA. Ces différences portent non seulement pour certaines DJA comme celle du BPA mais aussi pour l'approche d'évaluation des cocktails, en particulier à propos des PCBs, des PBDEs et des HAPs. Ces différences n'apparaissent pas toujours pour le public du fait que seules les VTRs édictées au niveau européen ont valeur réglementaire. Ainsi les assertions faisant valoir que les experts de l'ANSES ne veulent pas changer de DJA et sont donc des vendus aux lobbies, sont de la désinformation caractérisée du fait que les experts de l'ANSES ne « peuvent » changer une DJA établie au niveau Européen, même s'ils sont en total désaccord avec l'EFSA.

Différencier AMM et surveillance santé publique.

En fait il y a eu longtemps et il y a toujours une confusion entre AMM et surveillance en santé publique. Pour une nouvelle substance à mettre sur le marché il s'agit de prévoir ses effets éventuels sur la santé et de donner des autorisations assurant l'absence de risques pour les utilisateurs et plus largement pour le public et l'environnement. Cependant tous les tests effectués à priori ne permettent pas de prévoir les impacts possibles pouvant suivre l'utilisation de la substance. Ceci est apparu très tôt pour les médicaments, leur mise sur le marché étant suivie par une pharmacovigilance devant permettre la détection des effets secondaires (malheureusement on a vu récemment que les alertes de vigilance étaient insuffisamment prises en compte). Ainsi il est obligatoire de compléter les recherches prédictives par une biosurveillance efficace aussi bien en santé publique qu'en environnement (pour les abeilles par exemple). C'est dans cette voie que je me suis engagé depuis longtemps en développant des biomarqueurs, outils essentiels des programmes de « biomonitoring » en santé publique et en environnement.

La biosurveillance, biomonitoring en anglais, est la surveillance de l'exposition de la population à des substances chimiques, à l'aide d'indicateurs biologiques (biomarqueurs d'exposition) obtenus par des analyses sur des liquides biologiques ou des tissus : urine, sang, cheveux, salive…. Il s'agit aussi de la surveillance d'effets précoces résultant de l'exposition (biomarqueurs d'effets) concernant par exemple les étapes initiales de la cancérogenèse, de la néphrotoxicité, de la neurotoxicité ou la perturbation endocrinienne (test COMETES, AcChE, b2-microglobuline, AR et ER-CALUX…)

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

On peut également y inclure la surveillance d'indicateurs biologiques permettant l'identification de populations présentant des susceptibilités génétiques particulières aux effets toxiques de certaines substances chimiques (typage des CYPs). Ainsi pour des valeurs limites biologiques définies à partir de méta-analyses, des études épidémiologiques peuvent servir de bases d'évaluation des risques. C'est ce que j'ai développé dans mon dernier livre « Sang pour sang toxique », ce qui est maintenant fortement développé en France avec plusieurs programmes mis en œuvre par l'INSERM, l'InVS souvent en coopération avec l'ANSES. On peut citer les programmes Pélagie, Elfie, Hubiscus, ou PCBs, le premier ayant été initié à propos des dioxines en 2006.

On peut ainsi prendre comme exemple le cas du BPA où les études de risque basées sur une évaluation d'exposition alimentaire rapportée à la DJA ne montre pas de risques alors que la comparaison des données d'excrétion urinaires du BPA en France indique que plus de 10% de la population dépasse une VLB provisoire basée sur les effets endocriniens et cardiovasculaires. De plus cette approche intègre l'ensemble des vecteurs d'exposition et la présence des autres substances pouvant avoir un effet cocktail. La France a été très en retard sur cette approche mais a depuis 2005 largement rattrapé son handicap. Cette approche s'est aussi illustrée avec les études d'imprégnation chez les pêcheurs de poissons de rivières (ANSES/InVS 2011).

Il est donc illusoire d'assurer l'innocuité des substances chimiques uniquement par des tests de laboratoires a priori, il est indispensable de se doter de vrais outils de surveillance de la santé publique, en partie basés sur des programmes de biosurveillance et d'épidémiologie moléculaire.

Polémiques autour des experts

Aujourd'hui se dessine un mouvement de révolte et de « ras-le-bol » chez les experts des agences sanitaires publiques devant les attaques diffamatoires de certains leaders d'opinion dont les préoccupations sont plus politiques que sanitaires. En France les experts participant à l'évaluation des risques œuvrent parallèlement dans leurs laboratoires CNRS, INSERM, INRA ou universitaires. Il n'y a donc pas d'un côté des experts sclérosés et vendus aux lobbies et d'un autre des chercheurs militants dénonçant des dangers cachés puisque ce sont les mêmes. De plus l'activité d'expertise étant très peu prise en compte par les gestionnaires des organismes de recherche, cette activité se fait souvent aux dépens de leur carrière sans parler du temps consacré aux expertises, aux réunions et aux déplacements pour la majorité des experts venant de province. Il ne faut pas aussi cacher la faible rémunération de

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

l'expertise publique loin des tarifs de l'expertise judiciaire et les démarches auprès d'une administration tatillonne aux frais de missions « minimalistes ».

En fait mon expérience de près d'un quart de siècle d'expertise publique montre que les lobbies industriels s'exercent plus au niveau des ministères qu'au niveau des chercheurs publics. D'ailleurs notre pays se caractérise par des chercheurs fonctionnarisés qui passent donc leur vie professionnelle dans un Établissement Public à caractère Scientifique et Technologique (EPST), alors que dans des pays comme les USA les chercheurs passent au cours de leur vie active des structures publiques aux structures privées, ce qui peut expliquer le phénomène des « portes tournantes » justement critiquées.

De plus, une agence comme l'AFSSAPS (aujourd'hui ANSM) a gardé les missions d'évaluation et de contrôle héritées de l'ancienne agence du médicament en contradiction formelle avec le statut des agences sanitaires devant obligatoirement séparer les fonctions d'évaluation et de gestion. La même chose s'est passée au niveau du Ministère de l'Agriculture qui a refusé en 1999 de déléguer l'évaluation des pesticides à l'AFSSA (devenue ANSES). Il a fallu « l'affaire du Gaucho » et les pressions européennes pour que l'évaluation des pesticides passe à l'AFSSA avec la création de la DIVE. Il faut aussi dénoncer la réduction drastique des moyens consacrés à la recherche en Toxicologie participant grandement à la réduction du vivier d'experts publics indépendants. Le ras-le-bol des experts publics est donc largement lié à leur diffamation dans les médias, à des attaques personnelles sur leurs mails et à la réduction de leurs moyens de recherche.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

André Cicolella

L'expertise française et européenne sur le bisphénol A : bilan du rôle du Réseau Santé Environnement

Professionnellement, je suis conseiller scientifique à l'INRIS et j'ai travaillé à l'INRES, avant d'en avoir été viré à cause du dossier des éthers de glycol, qui a donné lieu à la première juridiction des lanceurs d'alerte par la cour de cassation. C'est la raison de mon engagement et de la création de la Fondation Sciences Citoyennes en 2002, dont l'un des objectifs est de protéger les lanceurs d'alerte et de poser également la question du lien entre sciences et société[1].

Récemment, nous avons créé le Réseau Environnement Santé (RES)[2]autour de 4 légitimités et piliers : celle des ONG (comme le WWF, Générations Futures ou Objectif Bio), celle des organisations scientifiques (Fondation Sciences Citoyennes), celle des associations de professionnels de santé comme le CESS ou la CNMSE et enfin celle des associations régionales et des associations de malades (comme SOSMCS ou Hhorages.

Le réseau a été constitué par rapport à un seul objectif : mettre la question environnement / santé au cœur des politiques publiques. L'histoire est en fait née du bilan du Grenelle où il nous est apparu (quand je dis « nous », c'est-à-dire la Délégation de l'Alliance pour la Planète) qu'il n'y avait pas de constat partagé au sein de cet atelier Santé Environnement. Il fallait donc constituer un mouvement pour porter cette question de façon à ce qu'elle soit construite à partir du constat de la croissance de l'épidémie mondiale de maladies chroniques, que l'OMS (L'Organisation Mondiale de la Santé) appelle maladies non transmissibles, mais il serait plus logique de parler de maladies chroniques. Ceci étant, l'OMS a le mérite de faire le constat. Sur les causes après, on peut en discuter. Mais le constat est fait aujourd'hui et la phrase qui dit que c'est un des principaux défis du 21ème siècle est tout à fait pertinente. Margaret Shan, la Directrice Générale a dit il y a un mois que c'était une catastrophe imminente. Ce qui est assez curieux c'est que lorsqu'elle a parlé de l'épidémie AH1N1 cela a fait beaucoup de bruit tandis que cette déclaration sur l'épidémie de maladies non transmissibles est passée totalement inaperçue, ce qui serait intéressant à analyser…

[1]http://sciencescitoyennes.org/

[2]http://reseau-environnement-sante.fr/

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

La croissance de ces maladies chroniques est un fait non seulement dans les pays développés, mais c'est aussi vrai dans les pays du Sud et trop souvent ignoré ou négligé. Je ne vais pas développer cet aspect ici mais c'est important quand on discute de ces questions d'avoir toujours en toile de fond cette dimension des enjeux sanitaires.

Si on se préoccupe du lien Santé Environnement, c'est parce que nous avons aujourd'hui les éléments pour comprendre une bonne partie des causes de cette épidémie de maladies chroniques.

Cela nécessite un changement de paradigme pour poser la question de la Santé Environnement. Ce changement de paradigme est de partir de la croissance des maladies chroniques et ne pas en rester (comme c'est encore largement la base sur laquelle est fondée l'argumentation) sur une logique « milieu par milieu ». Et dans cette logique, l'alimentation doit être considérée comme un environnement, et vous voyez bien, comme cela a été évoqué lors de ce colloque, que la question de l'alimentation est posée quasiment uniquement en termes de nutrition, ce qui n'est qu'un aspect. Cet aspect nutrition est certes important mais il a, de toute façon, une interaction avec la dimension environnementale, ne serait-ce que par la dimension environnement social et environnement professionnel. Cela nécessiterait un débat plus large mais je l'évoque en introduction, avant de répondre à la question qui m'est posée : « Quel est le bilan que l'on tire de la question du Bisphénol A ? », cette question du Bisphénol A (BPA) peut aussi justement servir d'éclairage à ces questions.

Nous avons créé le RES le 3 mars 2009. Le 2 avril 2009, le député Nouveau Centre Lagarde demandait si le gouvernement prendrait une décision d'interdiction du BPA dans les biberons. Madame Bachelot répondait que le principe de précaution ne s'appliquait qu'en l'absence d'études fiables, ajoutant que des études fiables existent et qu'en l'état actuel, la science concluait à l'innocuité des biberons fabriqués avec ce composé chimique.

Or, c'est la même Roselyne Bachelot qui, un an après (le 25 mars 2010), soutenait la proposition des sénateurs qui a interdit la commercialisation des biberons au BPA. Il est intéressant de noter cette évolution radicale. Dans la foulée, les députés ont voté en juin et l'Union Européenne a interdit les biberons au BPA le 26 novembre 2010, ce qui est directement la conséquence de l'action de sensibilisation que nous avons menée. Il est important à mon sens quand on réfléchit sur ces questions, de ne pas avoir le point de vue pessimiste selon quoi l'adversaire est puissant, qu'il est présent partout, qu'il a de l'argent, qu'il a des leviers et que finalement on ne peut

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

que protester dans notre coin. Ce n'est pas du tout la conception qui est la mienne ni celle du Réseau et nous en avons fait la démonstration. Nous n'allons pas nous arrêter là d'ailleurs et vous avez peut-être vu l'article dans *Le Monde* sur la question de l'aspartame que j'évoquerai ici car je pense que c'est une question que nous allons essayer de faire avancer.

Il y a quelques semaines, les députés ont voté l'interdiction des phtalates, parabens et alkylphénols. Alors j'ai entendu Jean-François Narbonne lors de ce colloque parler de son scepticisme au sujet de cette décision dans son intervention. Moi je considère que c'est une décision tout à fait importante car c'est le monde politique qui se ressaisit de la question des perturbateurs endocriniens et qui dit « on sait suffisamment de choses pour prendre des décisions » et ce n'est pas anodin que cela soit partie du nouveau centre, parti a priori peu sensible à ces questions. Dans les faits, je pense que la question de l'épidémie des maladies chroniques commence à être comprise sur l'ensemble de l'échiquier politique puisqu'une partie de l'UMP a voté pour cette interdiction. Je pense que l'industrie chimique a fait un lobbying pour s'y opposer et néanmoins, malgré les consignes, une majorité de députés a voté cette interdiction. Alors après on va discuter sur la suite de cette loi mais elle est importante parce qu'elle envoie un signal et je pense que l'opinion a bien saisi l'enjeu majeur qui se joue autour de la question des perturbateurs endocriniens (PE).

Pour ce qui est du BPA, quand nous avons lancé cette campagne, c'était volontairement un choix qui a été fait de dire « on choisit le BPA comme molécule emblématique des PE, parce que cette molécule est présente partout. Elle est présente dans tous les organismes, non seulement humains mais dans l'écosystème et elle provient principalement de deux sources : le polycarbonate (c'est-à-dire ce qui sert à faire la matière plastique : c'est le constituant même) et puis ce sont les résines époxy présentes à l'intérieur des boîtes de conserve qui sont une source de contamination de la quasi-totalité de la population mondiale. La boîte de conserve n'est pas réservée aux pays développés et est présente dans tous les pays du monde. Et comme le procédé est le même, on a là une source de contamination de la population mondiale et donc de la quasi-totalité des nourrissons par une substance qui est connue comme étant une hormone de synthèse depuis 1930. Historiquement, l'industrie pharmaceutique avait hésité entre le distilbène et le BPA. Le choix s'était porté sur le distilbène avec les conséquences que vous connaissez (et sur lesquelles je vais revenir un peu). Le BPA a fait une carrière dans les matières plastiques mais il reste néanmoins une hormone de synthèse. On trouve ce BPA dans tout ce qui est emballage, récipient alimentaire, amalgame dentaire, bouteilles et canettes. Les autres utilisations ne génèrent pas un contact direct avec la personne, et posent donc moins de

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

problème en ce qui concerne l'impact sur la santé elle-même. Il faut aussi s'interroger sur l'impact sur les écosystèmes et la façon dont cela revient contaminer l'homme. Mais dans un premier temps, la contamination directe est limitée à un certain nombre d'usages. Usages importants mais limités.

Si vous voulez faire un repas au BPA, c'est très facile. Comme Monsieur Jourdain faisait de la prose sans le savoir, vous le faites sans en être conscient. J'ai repris cela d'une publication américaine. Vous prenez des fruits (pour suivre la recommandation des 5 fruits et légumes car c'est important) et cela commence dès le matin. Vous ouvrez une boîte de conserve et vous prenez vos fruits. Puis plus tard une boîte de raviolis. En utilisant des boîtes de conserve, on arrive facilement dans la journée à un microgramme par kg par jour. L'estimation au niveau européen chez l'adulte est de 0,4 microgramme par kg par jour. C'est la première source de contamination.

D'autres sources sont à noter : la pénétration par la peau, par l'utilisation de papiers thermiques, et par les poussières domestiques ce qui a été récemment mis en évidence, ce qui concerne principalement l'enfant en bas âge, puisque le contact avec la poussière domestique est plus important.

Pour le BPA, en prenant la synthèse publiée en 2007 à la conférence de Chapel Hill, on démontre chez l'animal (souris, rat et singe, plus des données sur le porc, lapin, mouton), son implication dans le cancer du sein, cancer de la prostate, diabète de type 2, obésité, atteintes de la reproduction et problèmes neuro-comportementaux. Cela est dû à une exposition lors de la gestation et cela se manifeste à l'âge de l'enfance mais plus souvent à l'âge adulte et même sur plusieurs générations. On a indiscutablement des troubles du comportement dans la majorité des études. En 2008, le bilan fait par Theo Colborn sur son site montre qu'on a 30 études positives (sur 32) qui indiquent une transformation pré-cancéreuse de cellules mammaires. En tant que RES, on fait une veille scientifique sur la base Medline depuis mai 2009. On a noté 119 études et à 95% ces études montrent les impacts de cette molécule. Notamment on commence à avoir des effets sanitaires chez des humains : 21 études sur 119, ce qui n'est pas négligeable. Alors je ne vais pas détailler ce qui est déjà démontré : troubles du développement, troubles de la reproduction, modifications endocriniennes, naissances prématurées, troubles du comportement, les études portant sur 2 ans.

Je faisais référence au repas au BPA à 1 microgramme/kg par jour. On organise un repas pour des rates dans leur cage en leur donnant 1,2 microgramme/kg par jour, cela a été fait par une équipe qui a fait trois publications sur le sujet, et l'on va étudier les effets sur 3 générations. On a

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

donc exposé les femelles et on mesure l'impact sur le sperme (quantité, qualité) de leurs fils, petits-fils et arrière-petits-fils. A partir de cette exposition des arrière-grand-mères, on constate une baisse de la fertilité sur toute la descendance mâle et on retrouve cet effet avec le distilbène, qui est maintenant le PE de référence. On a d'ailleurs une preuve chez l'homme avec le distilbène puisqu'on a un million de femmes qui ont utilisé ce médicament dans le monde et on commence à avoir le recul sur la deuxième génération.

Sur des souris, avec une exposition encore plus faible (25 nanogrammes par kg par jour) pendant la gestation, et uniquement in utero (les souris ne sont plus exposées après la naissance), on note une transformation pré-cancéreuse du tissu mammaire après 4 mois. S'il y a co-exposition avec des cancérogènes connus, on génère ainsi des cancers du sein. On observe un effet non-linéaire : l'effet est plus fort à faible dose qu'à fortes doses. On produit aussi une obésité chez la souris avec une exposition pendant la gestation et la lactation. Avec une exposition à la génistéine (un composé du soja), on augmente le taux de malformations. Cela souligne la nécessité de regarder l'exposition globale aux PE dans l'alimentation car les effets peuvent se combiner. Voilà un autre impact des PE : en observant la résistance à l'insuline, on montre qu'on génère du diabète dans des concentrations extrêmement faibles, de l'ordre d'un nanomolaire.

On vérifie les effets sur les humains dans une étude expérimentale qui conforte les données expérimentales sur les troubles du comportement. On observe 2 ans après la naissance, que les petites filles les plus exposées pendant la gestation sont celles qui manifestent le plus d'agressivité. Chez l'adulte aussi, on peut montrer des effets sur le diabète et les maladies coronariennes. Il y a deux études et ce n'est pas suffisant. Mais cela montre tout de même un effet significatif.

Cette campagne a débouché aussi sur la sensibilisation des producteurs de risques. L'interdiction des tickets de caisse s'est faite à System U et à Carrefour. L'industrie du verre a aussi observé un surcroît d'activité après l'interdiction des biberons au polycarbonate, par exemple chez le groupe Arc International.

Sur la base de cette campagne, nous avons organisé deux colloques : un sur le changement de paradigme des PE, et un autre sur les PE et la biodiversité le mois dernier. L'objectif était de dire que le BPA est un exemple mais le problème est plus large. Il y a un véritable enjeu de santé publique autour des PE. Nous savons plus de choses sur ces substances aujourd'hui. On les trouve effectivement dans les phytohormones et dans une

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

bonne partie des pesticides, des polluants de l'industrie chimique, y compris des métaux comme le cadmium et l'arsenic qui peuvent aujourd'hui être considérés comme des PE, et on trouve aussi des PE dans les produits pharmaceutiques et dans les cosmétiques. Nous avons donc là une explication assez vraisemblable d'une partie de la croissance des maladies chroniques dans le monde, compte tenu du degré d'imprégnation de la population mondiale, non seulement dans les pays développés mais aussi dans les pays du Sud.

On a la démonstration avec le distilbène d'un impact sur la génération suivante après exposition des mères à ce médicament, et on observe des cancers et des malformations génitales chez les enfants. La première étude sur les atteintes de la reproduction sur les autres générations a été publiée début avril 2011 par l'équipe de Charles Sultan montrant que les petits-fils avaient un taux d'hypospadias plus élevé et nettement plus élevé que celui des fils, en comparaison avec la population générale. On est donc là avec une bombe à retardement puisque cet effet trans-générationnel est validé et qu'on le vérifie chez l'Humain directement.

On a fait acter par le comité de suivi du PNSE (Programme National Santé-Environnement) que la catégorie de PE soit reconnue en tant que telle, à côté des catégories cancérigène, mutagène et reprotoxique.

Nous avons régulièrement alerté les agences, par exemple l'ANSES, l'agence nationale française qui est issue de la fusion entre l'AFSSA et l'AFSSET. Tous les trois mois, nous envoyons une lettre aux Ministres de l'écologie, de la santé et au directeur général de l'ANSES pour montrer la veille scientifique réalisée au cours de la période écoulée et pour indiquer les faits marquants. La DJA qui est défendue depuis 2002 est tout à fait inacceptable car on a des effets à des doses 2000 fois inférieures.

Malgré cela, on observe que la position des agences ressemble fortement à celle défendue par l'industrie des plastiques. Celle-ci dit que « le BPA est utilisé en toute sécurité depuis plus de 50 ans », que « c'est l'une des substances chimiques les plus testées et étudiées » et que « en se basant sur un grand nombre d'études scientifiques avérées, les autorités sanitaires du monde entier ont conclu que les objets et matériaux à base de BPA sont sans danger dans leurs usages prévus, à la fois pour les consommateurs et les applications industrielles ».

Cela va tout à fait à l'encontre des données scientifiques. Voilà ce que dit l'AFSSA, le 2 mars 2010, quelques jours avant que les sénateurs votent l'interdiction : « l'AFSSA rappelle que les études de toxicité du BPA

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

administré dans la période périnatale du rongeur, qui ont été menées selon les normes internationales, n'ont jusqu'à ce jour pas objectivé de risques pour la santé aux doses auxquelles le consommateur est exposé. »

Or ce discours ne correspond pas aux données issues des études dont je viens de vous parler. L'étude sur la transformation des cellules mammaires ou l'étude sur la fertilité ont été effectuées à des doses égales ou inférieures aux doses auxquelles le consommateur est exposé. Voilà donc la réponse que nous avons eue quand nous avons interpellé l'AFSSA : « nous appliquons les critères de Klimish ». Cette technique, assez rustique mais efficace, consiste à éliminer les études qui gênent et à ne conserver que les études qui donnent des résultats négatifs. Ces critères de Klimish font-ils consensus ? La première est une étude BPL : Bonne Pratiques de Laboratoire, respectant les tests standardisés. Où travaillaient Klimish et ses amis en 1996-1997 ? Ils travaillaient chez BASF, qui est un producteur de BPA. On juge donc toute la littérature sur les PE et le BPA à partir d'une grille de lecture établie par les toxicologues de BASF. Et cette grille permet effectivement de dire « on écarte toute étude qui n'est pas faite selon les BPL ». C'est de la « novlangue », pour reprendre l'expression de George Orwell. Les BPL sont un dispositif mis au point entre 1978 et 1983 et qui est aujourd'hui totalement obsolète. Si on reprend les critiques faites par Myers dans la revue *Environmental Health Perspectives*, on prend des souches insensibles aux œstrogènes, on ne tient pas compte des troubles du comportement. Cela permet à l'AFSSA d'éliminer 28 études positives sur les troubles du comportement car cela ne fait pas partie des BPL. On ne retient que les études de Tyl, publiées en 2002, qui donnent une dose sans effet nocif à 5 milligrammes par kg et par jour et on applique un facteur de sécurité de 100, ce qui permet d'arriver à la DJA de 50 microgramme par kg par jour. Tout le reste est passé à la trappe.

En reprenant la lettre de Myers sur les études de Tyl, on trouve des éléments montrant que le groupe témoin comportait des animaux plus âgés ce qui permettait d'obtenir un poids de prostate un peu supérieur. Cela permettait de gommer les différences entre les animaux exposés et les témoins. L'autre critique, plus globale, montre que cette étude ne tient pas compte du changement de paradigme des PE qui est que l'on ne peut plus considérer aujourd'hui que « c'est la dose qui fait le poison » car on peut très bien ne pas voir d'effets à forte dose et avoir des effets à faible dose. C'est une caractéristique forte. Tyl a répondu en disant qu'il y a des études faites pour l'argumentation et d'autres faites pour la recherche. C'est un raisonnement assez « subtil » et qu'on a retrouvé au niveau de l'AFSSA : « On ne peut s'appuyer que sur les études qui ont été faites à des fins réglementaires. » Je n'ai toujours pas compris pourquoi une étude publiée

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

dans une revue à comité de lecture pouvait être écartée sur cette base là mais c'est la version officielle aujourd'hui de l'ANSES.

Du point de vue de l'agence européenne EFSA, il y a des choses absolument invraisemblables, on s'appuie essentiellement sur deux arguments : le nouveau-né est moins sensible que l'adulte, ce qui est assez extraordinaire, sur la base d'une assimilation du Bisphénol A avec le paracétamol, il y a effectivement une fonction phénol commune mais ce n'est quand même pas la même molécule et on a la démonstration que le fœtus a moins de capacités de détoxification que l'adulte. Deuxième assertion : l'homme est moins sensible que le rat, les rats seraient plus sensibles aux effets du bisphénol que l'homme au motif que l'homme conjugue plus le bisphénol, ce qui est tout à fait faux, on a beaucoup de données dans la littérature qui montrent le contraire, ce sont des arguments pseudo-scientifiques qui sont repris par les deux agences ANSES et EFSA, y compris aussi au niveau international par la FDA ou par l'EPA aux Etats-Unis, ce qui permet à l'industrie chimique de dire « toutes les agences sont d'accord », alors que si on appliquait ne serait-ce que la règle habituelle pour fixer les DJA, on arriverait à des Doses Journalières Admissibles (DJA) de 0,025 nanogrammes/kg et par jour si l'on prend, ce qui devrait être le cas, l'étude qui montre une altération de la glande mammaire.

Voilà ce que l'on est en train de déconstruire aux niveaux de ces arguments pseudo-scientifiques, et je regrette que Jean-François Narbonne ne soit plus là à ce colloque pour en discuter, car il a fait partie du comité en 2008 qui a repris ce type d'argument, on s'échange des mails, ou plutôt je lui en envoie et il ne me répond pas, j'ai fait notamment une réponse sur le site du RES de la critique qu'il a faite du documentaire « Notre poison quotidien » de Marie-Monique Robin, tout ça est donc dans le domaine public où je lui demandais comment il pouvait défendre cette DJA du bisphénol alors que 95% de la littérature dit directement le contraire, et pourquoi il a signé cet avis qui fait encore aujourd'hui autorité au sein de l'agence française, même si cette dernière est totalement contredite aujourd'hui par les décisions des députés.

Même chose sur l'aspartame, on a le rapport de l'AFSSA, et celui de l'EFSA qui a copié le premier en 2002 qui nous dit que la DJA pour l'homme a été fixée à 40mg/kg de poids corporel à partir d'une dose sans effet de 4g/kg correspondant à la dose la plus forte utilisée chez le rat divisé par un facteur de sécurité de 100. Quand vous lisez ça vous vous dites : « ils ont fait des études, ils appliquent la règle de sécurité de 100, bref ils ont bien travaillé » et la DJA est gravée dans le marbre quasiment. Or il se trouve que les deux études sur le rat ont été transmises par la Food and Drug

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Administration (FDA), l'agence américaine, et n'ont jamais été publiées dans une revue scientifique, elles ne sont même pas « Bonnes Pratiques de Laboratoire » (BPL) vu que celles-ci sont postérieures. Et sous le motif justement qu'elles n'ont pas été faites sous BPL, les trois études de l'institut Ramazzini ne sont pas prises en compte. Alors j'ai entendu Jean-François Narbonne les critiquer lors de ce colloque au motif que les taux chez les témoins n'étaient pas habituels. Cependant, c'étaient ceux de l'institut Ramazzini, qui est un centre créé il y a une quarantaine d'années par Cesare Maltoni, un homme tout à fait remarquable, mort depuis, qui a laissé en héritage l'institut Ramazzini qui est une institution tout à fait respectée : il y a deux centres dans le monde capable de faire ce type d'étude. Ils travaillent sur des lots d'animaux plus importants et ils travaillent sur la vie entière des animaux, et maintenant ils exposent des animaux in utero, ce qu'ils ne faisaient pas au début. Une étude qui sort de l'institut Ramazzini doit être prise en considération, ils ont plus de quarante ans de recul sur leurs propres souches. Les animaux témoins étaient dans la fluctuation habituelle, ce n'est pas toujours le même pourcentage, on ne sait pas pourquoi tel animal par rapport à tel autre va développer un cancer, ça fait partie de la réalité de la toxicologie. Les études réalisées par l'institut Ramazzini consistent en une comparaison entre les exposés et les non-exposés sur plusieurs doses. La première dose est de 20 mg/kg par jour, ce qui correspond à peu près à l'exposition humaine qui est de 10 à 15 mg/kg et par jour, et on a des effets observées chez le rat, c'est moins net chez la souris, mais ça suffit au moins pour considérer que ce sont des résultats qui nécessitent une prise en considération. Voilà la critique qu'ont faites l'ANSES et l'EFSA sur Ramazzini. Ce qui est extraordinaire c'est qu'on a des agences qui défendent aujourd'hui une DJA basée sur des études non publiées et dont on sait en plus qu'elles ont été faites dans des conditions inacceptables car il y a eu enquête et témoignage devant le Congrès américain dont l'extrait qui est dans le livre de Devra Davis *The Secret History of the War on Cancer,* paru en 2007, qui reprend ce témoignage sous serment en 1989 de Jacqueline Verret, ancienne toxicologue à la FDA, qui dit sur la qualité des deux études en question :

« Aucun protocole n'était écrit avant que les études ne soient mises en route, les animaux n'étaient pas étiquetés de façon permanente, il y avait une mesure sporadique de la consommation alimentaire, un report inadéquat de la consommation et du poids des animaux – et ça c'est le summum – des tumeurs étaient enlevées et les animaux étaient remis dans l'étude. »

Quand vous avez une étude qui est faite dans ces conditions-là, c'est criminel. « Les animaux étaient enregistrés comme morts, mais les enregistrements ultérieurs les classaient comme vivants », donc ça relève du

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

miracle, « au moins une de ses aberrations aurait suffi à annuler ces études destinées à évaluer un additif alimentaire, il est impensable que n'importe quel toxicologue après une évaluation objective des données résultant de telles études puisse conclure autre chose que l'étude ne peut être interprétée, est sans valeur, et qu'elle devrait être refaite ». J'ai posé la question évidemment par mail à Jean-François Narbonne qui apporte sa contribution à cet ouvrage, pour lui demander quelle était sa réaction par rapport à cette déclaration, j'attends toujours sa réponse que je serais curieux de lire. J'ai eu une réponse récemment par l'agence européenne, l'EFSA, à qui nous (c'est-à-dire Laurent Chevallier plus précisément qui pilote la commission Alimentation du Réseau Environnement Santé) avons posé la question lors d'une audition à Bruxelles organisée par Corinne Lepage en mars 2011. Morando Soffritti était aussi présent pour l'institut Ramazzini, et il y avait aussi Hugues Koenig Val pour l'EFSA et Micheal Fluh pour la Direction Générale de la Santé et des Consommateurs (DG SANCO) de la Commission Européenne. Ce dernier a dit que les données devaient être publiques, ce qui est quand même le minimum. Nous avons demandé à Koenig Val les études qui servent à déterminer la DJA pour l'aspartame car celui-ci nous avait dit que cette DJA était basée sur des études extrêmement solides et qu'il n'était pas question de revenir là-dessus. Finalement il nous a répondu que l'EFSA ne dispose pas du dossier de demande d'autorisation de l'aspartame en Europe qui devait contenir ces études. Par ailleurs les contacts que nous avons eus à ce sujet avec le collègue de la Commission Européenne semblent indiquer que la Commission ne dispose plus elle non plus de ce dossier. Vous avez donc une situation où on vous explique que la norme est basée sur des études solides, pour lesquelles on a des témoignages affirmant qu'elles ont été totalement faussées et il y a une agence européenne qui nous dit qu'elle n'a pas le dossier, et la Commission Européenne non plus. Nous avons aussi écrit au directeur de l'ANSES qui ne nous a pas répondu, mais on va lui écrire à nouveau maintenant que nous avons eu cette réponse de l'EFSA pour lui demander s'il est possible également que l'ANSES n'ait pas ces études. Nous en sommes là, le journal *Le Monde* a repris cela le 27 mai 2011, les journalistes ont très vite compris l'absurdité de cette situation, avec une agence qui n'a pas le dossier d'expertise en sa possession et qui reflète un dysfonctionnement généralisé du dispositif d'expertise. Pour nous, on en a une démonstration sur le Bisphénol, une deuxième sur l'aspartame. De plus, il a été publié dernièrement une étude danoise portant sur 60 000 femmes enceintes et montrant un lien avec les boissons light : à partir d'une consommation par jour, on a une augmentation du taux d'accouchement prématuré de 27%, au-dessus de 4 consommations par jour, le taux est de 78%.

Nous avons rédigé un projet de loi avec Sciences Citoyennes, concernant la protection des lanceurs d'alerte et la création d'une Haute Autorité de

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

l'Expertise Scientifique et de l'Alerte, qui résume ce dont nous avons besoin selon nous.

1) Création d'une instance, et d'une directive européenne également qui amène chaque pays en Europe à se doter de ce type d'instance, pour énoncer, parfaire, et contrôler l'application des principes directeurs de l'expertise : il est tout à fait absurde de ne retenir que les études faites sous BPL et d'écarter toutes les autres études scientifiques publiées dans les revues à comité de lecture.

2) Instruire les alertes qui tendent à échapper aux mécanismes institutionnels

3) Protéger les lanceurs d'alerte

Les auditions au Sénat se multiplient, j'y ai d'ailleurs participé, et le scandale du Mediator® y contribue aussi beaucoup, je pense qu'il est possible que cette loi, obtenue sur le principe au niveau du Grenelle de l'Environnement, devienne une réalité. Il faut donc continuer à maintenir la pression pour que cela se fasse et sortir de cette façon davantage de la situation d'aberration dans laquelle nous sommes au niveau de l'expertise et des dysfonctionnements de la sécurité sanitaire.

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Santé et Médecine aux éditions L'Harmattan

Dernières parutions

LES CRISES DE SANTÉ PUBLIQUE
Entre incompétence et compromissions
Furone Antonio
On regroupe, sous le même vocable de crise sanitaire, aussi bien de minables arrangements que d'affreuses tragédies avec deux constantes : incompétence et compromissions. Experts et médias agitent le spectre d'un désastre : la crise survient, avec ou sans malades. Les responsables politiques homologuent cette fable et achètent avec largesse le médicament miraculeux. Gouvernement et industriels nous présentent la note...
(Coll. Questions contemporaines, 16.00 euros, 162 p.)
ISBN : 978-2-343-05018-8, ISBN EBOOK : 978-2-336-36753-8

L'EUTHANASIE ADMISE EN SOINS PALLIATIFS
Défis humains pour les médecins
Nkulu Kabamba Olivier
Face aux euthanasies admises en Soins palliatifs, quels sont les défis humains auxquels est confronté le médecin qui accepte de les pratiquer ? L'auteur, spécialiste en éthique clinique, dévoile ces défis par l'intermédiaire de nombreux échanges épistolaires et verbaux qu'il a entretenus avec le docteur Karl, médecin belge qui accepte de pratiquer ces euthanasies dans le service des Soins palliatifs de l'hôpital où il travaille.
(13.00 euros, 124 p.)
ISBN : 978-2-343-04798-0, ISBN EBOOK : 978-2-336-36512-1

LA LOUCHE, LA BALANCE ET LA PIPE (CANCER : L'ABÉCÉDAIRE)
Vennin Philippe
Médecin, oncologue réputé, chercheur, généticien, philosophe, Philippe Vennin a déjà un cancer lorsqu'il se met à écrire cet Abécédaire. Cet ouvrage, facile de lecture, où le vocabulaire que nous utilisons au quotidien est le fil conducteur, reflète parfaitement les questionnements de l'auteur et sa réflexion basée sur la science et la philosophie.
(20.00 euros, 220 p.)
ISBN : 978-2-343-04617-4, ISBN EBOOK : 978-2-336-36573-2

LA FORCE VITALE AU CŒUR DES PRINCIPES DE LA CHIROPRAXIE
Une méthode dans l'histoire des idées et des sociétés
Jolliot Chantal - Préface de Pierre Erny
Les principes fondamentaux de la chiropraxie, méthode surtout connue pour le traitement du «mal de dos» grâce à des interventions manuelles, font référence aux fonctions articulaires, neurologiques et à la notion de force vitale. Cette notion ancienne, aujourd'hui fréquemment dénommées «énergie», est en vogue. Elle participe aux manières de penser des sociétés contemporaines où elle contribue à une compréhension symbolique de la personne dans son environnement.
(10.50 euros, 74 p.)
ISBN : 978-2-343-04939-7, ISBN EBOOK : 978-2-336-36703-3

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

ANTHROPOLOGIE DU MÉDICAMENT AU SUD
La pharmaceuticalisation à ses marges
Sous la direction d'Alice Desclaux et Marc Ergot
Cet ouvrage examine de multiples situations de déploiement de la pharmaceuticalisation, dans plusieurs domaines : la valeur et le paiement, l'approvisionnement, l'usage thérapeutique et l'intervention médicale. Les analyses du recours à une diversité de médicaments en Afrique et en Asie du Sud-Est montrent les effets sociaux et les effets de sens de ces extensions à la marge et permettent de mieux comprendre les rapports entre médicalisation et pharmaceuticalisation.
(Coll. Anthropologies et Médecines, 29.00 euros, 282 p.)
ISBN : 978-2-343-05253-3, ISBN EBOOK : 978-2-336-36776-7

OCULARISTES ET YEUX ARTIFICIELS
De l'Antiquité au XXe siècle
Martin Jean-Pierre - Préface du Docteur Xavier Riaud
Depuis l'Antiquité, les hommes ont cherché à compenser le handicap esthétique qu'est la perte d'un œil, à l'aide de prothèses en matériaux divers. À la Renaissance la maîtrise du travail du verre, puis de l'émail a permis de fabriquer des yeux dont le réalisme était trompeur. Ainsi cet ouvrage retrace l'évolution des yeux artificiels, et celle des ocularistes, artisans spécialisés dans leur fabrication. Une liste présentant les principaux artisans français avant 1900 complète cette monographie.
(Coll. Médecine à travers les siècles, 12.50 euros, 112 p.)
ISBN : 978-2-343-05112-3, ISBN EBOOK : 978-2-336-36787-3

ACCOMPAGNEMENT (L') DU PATIENT HOSPITALISÉ DANS L'EXERCICE DE SA SEXUALITÉ
Pour que le patient «sexe prime»
Aurrens Arnaud
Cet ouvrage interroge le rôle de l'infirmier et son évolution face à un besoin fondamental des patients, qu'est la sexualité et dont l'intimité est fragilisée par une hospitalisation longue ou régulière. Au travers d'une enquête auprès de l'ensemble de la profession soignante et d'entretiens recueillis auprès de professionnels, il tente d'éclaircir le malaise de la profession infirmière sur la thématique sexuelle.
(14.00 euros, 136 p.)
ISBN : 978-2-343-04884-0, ISBN EBOOK : 978-2-336-36463-6

NOUVELLES (LES) FIGURES DU PATIENT
Pour une autre philosophie
Tanti-Hardouin Nicolas - Préface de Jean-Robert Harlé
De la figure emblématique de l'*homo medicus* chère aux économistes de la santé, aux malades en fin de vie en soins palliatifs, en passant par les malades mentaux, la figure du patient s'est nettement transformée sous les aspirations de multiples secteurs du monde biomédical, de la santé publique et de la société elle-même. Les mutations sociales impactent fortement les mondes du soin, le regard et les représentations qu'on a du patient et la pratique clinique elle-même.
(Coll. Éthique et pratique médicales, 18.00 euros, 184 p.)
ISBN : 978-2-343-04760-7, ISBN EBOOK : 978-2-336-36427-8

STATIQUE (LA) ET SES SECRETS À L'USAGE DES OSTÉOPATHES
Bertora René
Cet ouvrage offre un regard unique et original sur la statique vertébrale et permet d'effectuer un diagnostic vrai sur tous ses déséquilibres (hernies discales, gonalgies chroniques, lumbagos, ...) Il s'agit d'une méthode exclusive qui parle de points fixes, de points mobiles, de bras de leviers; d'autant de principes mécaniques qui existent sur terre dont le corps humain est le représentant. La compréhension des principes énoncés peut servir de référence à toute thérapeutique axée sur l'harmonie et l'équilibre du corps. (Nombreux schémas et illustrations en couleur.)
(20.00 euros, 168 p., Quadrichromie)
ISBN : 978-2-343-04735-5, ISBN EBOOK : 978-2-336-36300-4

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

« AGATHE EST DANS LES FLEURS »
Accompagner et soutenir les parents et leurs familles dans le deuil périnatal
Lavroff-Teissiere Erika
À travers une perspective d'espoir et de réelle solidarité, ce livre nous convie à partager avec respect et dignité l'intimité du deuil de parents, ainsi que l'accompagnement humain de professionnels de santé, autour de la mort d'un enfant. Plus qu'un manuel de psychologie, cet ouvrage cherche à rendre hommage à ces enfants décédés et à leurs parents, ainsi qu'à faire reconnaître aux familles et à la société la réalité de cette douleur si profonde de la perte d'un enfant.
(19.00 euros, 196 p.)
ISBN : 978-2-343-04253-4, ISBN EBOOK : 978-2-336-36355-4

TÊTE (LA) EN DÉSORDRE
L'exposition prénatale à l'alcool
Dartiguenave Catherine, Toutain Stéphanie
Comment accueillir un enfant porteur de troubles liés à une alcoolisation pendant la grossesse ? Quatre familles racontent leur histoire : elles ont dû faire preuve de trésors d'inventivité et ont dû puiser dans leurs ressources intérieures tout en recherchant de l'aide, pour relever ce défi. Un dernier chapitre, davantage théorique, s'adresse plus particulièrement aux professionnels de l'enfance qui souhaitent approfondir leurs connaissances sur le sujet.
(25.00 euros, 240 p.)
ISBN : 978-2-343-04792-8, ISBN EBOOK : 978-2-336-36409-4

QUESTIONS DE MIGRATIONS ET DE SANTÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Sous la direction d'Yves Charbit et Teiko Mishima
Des experts français et japonais, spécialistes des migrations internationales ou de la santé en Afrique subsaharienne, se sont réunis en 2014 à Osaka pour faire le bilan de leurs recherches. Ils y associent en particulier démographie, épidémiologie, anthropologie, géographie, droit et science politique. Si leurs recherches convergent, les spécificités des contextes mettent en évidence la nécessité de contextualiser les analyses des comportements des individus migrants.
(Coll. Populations, 25.00 euros, 242 p.)
ISBN : 978-2-343-04674-7, ISBN EBOOK : 978-2-336-36344-8

ÉCRITS ÉPISTÉMOLOGIQUES SUR L'ANATOMIE DU XVIe AU XIXe SIÈCLE
Gros Gilles
Partant de l'héritage anatomique de l'Antiquité et du Moyen Âge, l'auteur nous invite à découvrir l'effervescence épistémologique dont l'anatomie fut l'objet du XVIe au XIXe siècle, accédant ainsi à un statut de science souveraine. Il nous révèle combien l'anatomie a marqué de son influence toutes les sphères de la connaissance et des arts, marquant de son sceau la civilisation occidentale.
(Coll. Acteurs de la Science, 35.00 euros, 344 p.)
ISBN : 978-2-343-05094-2, ISBN EBOOK : 978-2-336-36435-3

MONDE (LE) DES MICROBES
Fascinant, redoutable, rebelle
Eben-Moussi Emmanuel
Cet ouvrage retrace l'histoire de la découverte des microbes et de certaines maladies infectieuses. Puis, l'auteur questionne les Sociétés du Vivant et en particulier l'Homme dans la cogestion de son environnement et donc ses comportements à cet égard. Il analyse les difficultés de la lutte contre les différents visages du péril infectieux. Voici l'étude d'un monde fascinant, redoutable et rebelle, trop souvent réduit à une des plus grandes peurs de l'Humanité.
(24.50 euros, 248 p.)
ISBN : 978-2-343-04560-3, ISBN EBOOK : 978-2-336-36223-6

CARACTÉRISTIQUES DENTO-CRÂNIO-FACIALES DES HOMININÉS
Combes Fruitet Elsa
Ce livre décrit les caractéristiques crâniennes, faciales et dentaires des Homininés jusqu'à Homo Sapiens, en soumettant des hypothèses d'évolution en fonction du climat, de l'alimentation

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

ou encore de l'apparition de la culture et établit des comparaisons entre différents Homininés. L'auteur, chirurgien-dentiste, crée une corrélation entre l'héritage de certains caractères ancestraux et la pratique clinique de l'odontologie.
(Coll. Médecine à travers les siècles, 11.50 euros, 94 p., Illustré en noir et blanc)
ISBN : 978-2-343-04532-0, ISBN EBOOK : 978-2-336-36056-0

À L'ÉPREUVE DU HANDICAP, NOUVEAU REGARD SUR LA VIE
Témoignage
Rebillard Cécile
« J'ai beaucoup mûri en plus de devenir plus responsable. Je vois les choses autrement. » (…) « Accepter la maladie et le handicap a reprogrammé mon cerveau à voir la réalité en face. » Ces réflexions de l'auteur, au fil du récit, sont troublantes tant elles mêlent le sentiment intime au collectif. Comme dans *Numéro 9* (L'Harmattan, 2013) et par-delà le quotidien peu ordinaire de son enfant, Cécile Rebillard lève le voile sur le tabou qui existe encore de nos jours à propos du handicap.
(Coll. Récits de vie, série Santé et Maladie, 14.50 euros, 138 p.)
ISBN : 978-2-343-04455-2, ISBN EBOOK : 978-2-336-36074-4

MORT (LA) DANS L'ÂME
Le travail du Tré-Pas en Soins Palliatifs
Quitaud Gérald - Préface Roland Gori
Accompagner la fin de vie ne se résume pas à proposer aux sujets une escorte médicale exemplaire et compétente. Dans la promiscuité de la mort et la vieillesse rien ne peut se substituer à une certaine éthique de la rencontre pour tenter de résorber l'écart existant entre la conscience des mourants et celle des survivants. Ainsi, cette nouvelle approche de relation d'aide se propose de recourir au processus du « Très-pas ». Le but est de repérer dans l'expérience trois pas distincts et associés, permettant à certains d'accomplir leurs vies et à d'autres de se rassembler autour de ce rite initiatique.
(Coll. La gérontologie en actes, 23.00 euros, 228 p.)
ISBN : 978-2-343-03245-0, ISBN EBOOK : 978-2-336-36012-6

GUIDE DES SIGLES ET AUTRES ACRONYMES
Giroux Laurent
Les sigles, notamment dans le secteur social et médico-social, initialement fait pour faciliter la compréhension, la compliquent aujourd'hui, de par leur très grand nombre. Afin de faciliter la tâche des étudiants, des salariés des établissements et services sociaux, des bénévoles des associations, des élus, du personnel des administrations du service public et du public en général, ce guide rassemble plus de 6100 sigles.
(Coll. Défis, 20.00 euros, 278 p.)
ISBN : 978-2-343-04682-2, ISBN EBOOK : 978-2-336-36158-1

MAL DE MÈRE ET MAUX D'ENFANTS
Robert Jacques - Préface d'Olivier Revol
S'appuyant sur quarante ans d'expériences cliniques, Jacques Robert, pédiatre, décortique ici les maladies les plus fréquentes du petit enfant. Son but est d'accompagner les mères pour une prise en charge de l'enfant, quand celui-ci n'est pas comme d'habitude : - Pourquoi mon bébé pleure-t-il ? - L'éruption dentaire est-elle responsable de pathologie ? Faut-il diversifier précocement l'alimentation ? Que faire avant de consulter le médecin si mon enfant tousse, a de la fièvre, mal au ventre... ?
(Coll. Éthique et pratique médicales, 17.00 euros, 172 p.)
ISBN : 978-2-343-04066-0, ISBN EBOOK : 978-2-336-35927-4

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

L'HARMATTAN ITALIA
Via Degli Artisti 15; 10124 Torino

L'HARMATTAN HONGRIE
Könyvesbolt ; Kossuth L. u. 14-16
1053 Budapest

L'HARMATTAN KINSHASA
185, avenue Nyangwe
Commune de Lingwala
Kinshasa, R.D. Congo
(00243) 998697603 ou (00243) 999229662

L'HARMATTAN CONGO
67, av. E. P. Lumumba
Bât. – Congo Pharmacie (Bib. Nat.)
BP2874 Brazzaville
harmattan.congo@yahoo.fr

L'HARMATTAN GUINÉE
Almamya Rue KA 028, en face
du restaurant Le Cèdre
OKB agency BP 3470 Conakry
(00224) 657 20 85 08 / 664 28 91 96
harmattanguinee@yahoo.fr

L'HARMATTAN MALI
Rue 73, Porte 536, Niamakoro,
Cité Unicef, Bamako
Tél. 00 (223) 20205724 / +(223) 76378082
poudiougopaul@yahoo.fr
pp.harmattan@gmail.com

L'HARMATTAN CAMEROUN
BP 11486
Face à la SNI, immeuble Don Bosco
Yaoundé
(00237) 99 76 61 66
harmattancam@yahoo.fr

L'HARMATTAN CÔTE D'IVOIRE
Résidence Karl / cité des arts
Abidjan-Cocody 03 BP 1588 Abidjan 03
(00225) 05 77 87 31
etien_nda@yahoo.fr

L'HARMATTAN BURKINA
Penou Achille Some
Ouagadougou
(+226) 70 26 88 27

L'HARMATTAN SÉNÉGAL
10 VDN en face Mermoz, après le pont de Fann
BP 45034 Dakar Fann
33 825 98 58 / 33 860 9858
senharmattan@gmail.com / senlibraire@gmail.com
www.harmattansenegal.com

L'HARMATTAN BÉNIN
ISOR-BENIN
01 BP 359 COTONOU-RP
Quartier Gbèdjromèdé,
Rue Agbélenco, Lot 1247 I
Tél : 00 229 21 32 53 79
christian_dablaka123@yahoo.fr

Licence accordée à Nairuhi SUKIASYAN nairuhi.sukiasyan@harmattan.fr - ip:77.146.27.177

Achevé d'imprimer par Corlet Numérique - 14110 Condé-sur-Noireau
N° d'Imprimeur : 118022 - Dépôt légal : avril 2015 - *Imprimé en France*

Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire et chimique

Quelles formations critiques ?

L'influence des industries pharmaceutique, agroalimentaire et chimique pèse considérablement sur les connaissances et les décisions affectant le champ de la santé, en privilégiant leurs intérêts financiers face à ceux des patients et des consommateurs. Le système de santé français n'est pas épargné, et connait des problèmes récurrents entraînant décès et séquelles en nombre ainsi que des dépenses élevées, qui pourraient être largement évités. Pour autant, les professionnels de santé, médecins, infirmiers, diététiciens et toxicologues notamment, sont-ils préparés à faire face à ces pressions et dysfonctionnements au cours de leurs formations initiale et continue ? Ces dernières ne sont-elles pas déjà prises pour cible par les stratégies marketing des firmes ? Dans ce contexte, comment les étudiants et les professionnels soucieux de leur indépendance procèdent-ils, au sein et en dehors de l'université et de leur lieu de travail, pour se former et exercer leur métier ? Et quels sont les contre-pouvoirs existants dans le champ de la santé donnant la possibilité aux individus porteurs de ces valeurs de se réunir et d'opérer des changements professionnels et institutionnels favorables aux intérêts des patients ? Par ailleurs, quels sont les limites et les obstacles que rencontrent ces démarches ? Cet ouvrage collectif réunit les contributions de professionnels de santé et étudiants, de patients, chercheurs, journalistes et membres d'associations citoyennes pour apporter des éléments de réponse à ces questions.

Paul Scheffer *est doctorant en sciences de l'éducation (Université Paris 8/CNAM), président de l'Association de Diététique et Nutrition Critiques (ADNC), et membre du Formindep.*

ISBN : 978-2-343-05932-7
33 €