

RESPONSABILITÉ
INDIVIDUELLE,
RESPONSABILITÉ
COLLECTIVE
EN SANTÉ !

ABSTRACTS

Palais Universitaire - Salle Pasteur
1 place de l'Université
67000 STRASBOURG

11 et 12
OCTOBRE
2019

LES RENCONTRES SANTÉ-SOCIÉTÉ

Georges Canguilhem

RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE, RESPONSABILITÉ COLLECTIVE EN SANTÉ !

Cette année notre séminaire préparant les Rencontres Santé Société Georges Canguilhem a eu pour thème le concept multiple de la responsabilité en santé, que celle-ci soit individuelle ou collective. Nous avons essayé de comprendre comment ces diverses responsabilités se définissent, comment elles sont vécues et comment elles sont assumées dans le contexte social actuel.

Ces 11 et 12 octobre 2019, Euro Cos Humanisme & Santé propose aux professionnels, chercheurs et étudiants de réfléchir ensemble, à cette problématique.

Très bonnes Rencontres à tous !

*Claude-Marie Laedlein-Greilsammer
Présidente d' Euro Cos Humanisme & Santé*

EURO COS
& Humanisme
Santé

Sommaire

Conférence introductive	9
<i>Marc Michel</i>	
<u>Responsabilité : un concept polysémique</u>	
Responsabilité individuelle, responsabilité collective et absence de pensée	13
<i>Eric Fourneret</i>	
Responsabilité individuelle du soignant : une nécessité ?	15
<i>Didier Le Prado</i>	
Responsabilité, inconscient et culture	17
<i>Bertrand Piret</i>	
Le paradigme de la responsabilité : exemple de la douleur chronique	19
<i>Nicolas Naiditch</i>	
<u>Le partage des responsabilités en santé</u>	
Education thérapeutique : responsabilité sans culpabilité... ..	23
<i>Catherine Herdt & Claire Legendre</i>	
Responsabilité des adultes et responsabilisation de l'enfant dans le traitement du diabète de type 1	25
<i>Lydie Bichet</i>	
Responsabilisation financière des assurés : pour le meilleur et pour le pire ?	27
<i>Denis Raynaud</i>	
Drogues, addiction, dépendance et conséquences socio-sanitaires : à qui la faute ?	29
<i>Christian Ben Lakhdar</i>	
Le Hikikomori : mort sociale et ambivalence du conformisme	33
<i>Marie-Frédérique Bacqué & Tadaaki Furuhashi</i>	
Technologies numériques, intelligence artificielle et responsabilité	35
<i>Christine Balagué</i>	
<u>Responsabilité sous influence</u>	
Des épidémies d'un genre nouveau.....	39
<i>Nicole Steinberg</i>	
Responsabilité familiale ou scolaire ? L'éducation sexuelle des enfants en Suisse	41
<i>Caroline Jacot-Descombes</i>	
Influences, prise de décisions et responsabilités : l'exemple du Mediator® (benfluorex)	45
<i>Solène Lellinger</i>	
Sortir du cadre !	47
<i>Irène François-Pursell</i>	
Comment rester irresponsable ?	49
<i>Jean-Christophe Weber</i>	
Liste des membres	50

PROGRAMME

Vendredi 11 octobre

8h

Accueil des participants

8h30

Ouverture des Rencontres

Claude-Marie Laedlein-Greilsammer

Présidente d'Euro Cos Humanisme & Santé

Mathieu Schneider

Vice-Président de l'Université de Strasbourg.

Christophe Gautier

Directeur Général des Hôpitaux
Universitaires de Strasbourg

Alexandre Feltz

Adjoint au Maire de Strasbourg

9h

Conférence introductive

Marc Michel, Philosophe

Responsabilité : un concept polysémique

Responsabilité individuelle, responsabilité collective et absence de pensée.

Eric Fournier / Philosophe, Braintech Lab,
(Univ. Grenoble-Alpes), chercheur associé
IJSPS Paris.

**Responsabilité individuelle du soignant :
une nécessité ?**

Didier Le Prado / Avocat au Conseil d'Etat
et à la Cour de cassation, Paris

Responsabilité, inconscient et culture

Bertrand Piret / Psychiatre, Psychanalyste,
membre fondateur et ex-président de
« Parole sans frontière »

**Le paradigme de la responsabilité :
exemple de la douleur chronique**

Nicolas Naiditch / Doctorant en sociologie,
CHU de Poitiers

10h45 / *Pause*

11h15

Table ronde

Animée par le Professeur **Alain Léon**,
Directeur de l'Espace de réflexion éthique
Grand Est (EREGE)

12h15 / *Déjeuner*

Le partage des responsabilités en santé

14h15

Débat avec les intervenants

Animé par **Michel Hasselmann**, Professeur
émérite de Réanimation Médicale,
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et
Véronique Legendre, Psychiatre, Paris.

**Education thérapeutique : responsabilité
sans culpabilité...**

Catherine Herdt / Directrice, et respon-
sable pédagogique, ETP alsace (Education
thérapeutique du Patient)

Claire Legendre / Patient-expert AFVD,
(Association Francophone pour Vaincre les
Douleurs)

**Responsabilité des adultes et responsabi-
lisation de l'enfant dans le traitement du
diabète de type 1**

Lydie Bichet / Doctorante en sociologie,
UMR DynamE (Université de Strasbourg -
CNRS)

**Responsabilisation financière des assurés
: pour le meilleur et pour le pire ?**

Denis Raynaud / Directeur de l'IRDES (Ins-
titut de Recherche et de Documentation en
Economie de la Santé)

~ Pause ~

**Drogues, addiction, dépendance
et conséquences socio-sanitaires :
à qui la faute ?**

Christian Ben Lakhdar / Economiste, Professeur des universités, Université de Lille

**Le Hikikomori : mort sociale
et ambivalence du conformisme**

Marie-Frédérique Bacqué / Psychologue, professeure de psychopathologie Université de Strasbourg

Tadaaki Furuhashi / Psychiatre, Maître de conférences en médecine Département de psychopathologie et psychothérapie, Centre soutien aux étudiants, Faculté de médecine. Université de Nagoya.

**Technologies numériques, intelligence
artificielle et responsabilité**

Christine Balagué / Professeur, Institut Mines-Télécom Business School, Titulaire Chaire Good in Tech, Membre du bureau de l'institut Dataia (Data Science, Intelligence Artificielle et Société)

17h15 _____

Synthèse de la journée

Pierre Ancet, Maître de Conférences en Philosophie, vice-président, délégué aux politiques culturelles, Université de Bourgogne, Dijon

Samedi 12 octobre

**Responsabilité
sous influence**

8h30 _____

Des épidémies d'un genre nouveau

Nicole Steinberg

Pédopsychiatre, Centre hospitalier d'Erstein

**Responsabilité familiale ou scolaire ?
L'éducation sexuelle des enfants en Suisse**

Caroline Jacot-Descombes / Sociologue, Dr. en administration publique, Directrice adjointe de Santé sexuelle, Suisse.

**Influences, prise de décisions et
responsabilités : l'exemple du Mediator®
(benfluorex)**

Solène Lellinger / Docteur en Épistémologie et histoire des sciences et des techniques, SAGE UMR 7363, Université de Strasbourg

Sortir du cadre !

Irène François-Pursell

PU-PH Médecine légale et Droit de la Santé CHU de Dijon

Comment rester irresponsable ?

Jean-Christophe Weber

Professeur de médecine interne, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

~ Pause ~

11h _____

Table Ronde

Animée par **Hélène Gebel**, Coordinatrice de l'Espace de réflexion éthique Grand Est, et **Frédéric Mazerand**, Directeur du CIRDD Alsace (Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances) Strasbourg

12h _____

Synthèse des Rencontres

Didier Sicard

Président d'Honneur du Comité Consultatif National d'Éthique, Paris

13h / *Déjeuner*

Notes personnelles

Conférence introductive

Le thème que nous avons retenu cette année résonne de façon singulièrement forte en raison de la situation globale qui est la nôtre. D'un côté, en effet, ne voit-on pas surgir le risque majeur d'une montée affirmée de l'individualisme, si propice à l'irresponsabilité individuelle et, de l'autre, la tendance observée depuis plusieurs décennies d'un désengagement progressif de l'Etat si propice à l'irresponsabilité collective ? La santé se trouve ainsi comme prise en tenaille entre deux mouvements qui, loin de s'opposer, se confortent l'un l'autre. Ils partagent étonnamment l'affaiblissement de la primauté du bien commun et, partant, la difficulté à y référer l'exercice exigeant de la solidarité.

L'individu privilégie ce qu'il croit être son intérêt immédiat et la puissance publique, par rareté des moyens ou par renoncement à établir de vraies priorités, n'arrive pas à arbitrer les nécessaires investissements à consentir. Au cours de cette session, nous aurons à *comprendre* cette transformation qui affecte en profondeur le *système* de notre modèle social en alimentant les peurs susceptibles de l'aggraver encore. Cependant, comme souvent en pareille situation, n'avons-nous pas à chercher comment susciter *un sursaut de conscience* seul capable de générer de nouveaux équilibres ? N'avons-nous pas *un intérêt commun*, de l'un à l'autre, d'un bout à l'autre de notre si fragile planète, à reconnaître qu'il ne saurait y avoir de sécurité sanitaire durable sans mise en oeuvre concrète d'une authentique solidarité ?

Marc Michel
Philosophe

Vendredi 11 octobre

Matin

Responsabilité : un concept polysémique

Notes personnelles

Responsabilité individuelle, responsabilité collective et absence de pensée

La notion de responsabilité est fondatrice de l'éthique. Elle indique une imputabilité des actions ou omissions à une personne. La responsabilité se caractérise par trois éléments. Tout d'abord, un *sujet* que l'on tient responsable (par exemple, le médecin) ; ensuite, l'*objet* dont il est responsable (par exemple, le patient) ; et enfin, le *tiers* devant lequel il est responsable (par exemple, la société). Mais certaines circonstances peuvent désolidariser le sujet de sa responsabilité. Par exemple, on ne saurait être responsable de ce qu'on ne contrôle pas. Dans d'autres circonstances, le sujet peut voir la lourdeur de sa responsabilité réduite quand cette dernière se partage à plusieurs. Aujourd'hui, un malade n'est plus pris en charge par une personne unique, mais par une équipe. Il peut donc devenir difficile de distinguer clairement les imputabilités. Aussi, peut-on se demander si la responsabilité collective peut soustraire le sujet de sa responsabilité individuelle ? Sans être la seule, la réflexion d'Hannah Arendt sur la responsabilité se révèle intéressante pour nous aider à y voir plus clair. Dès lors que nous agissons à plusieurs, sommes-nous encore responsables de quelque chose ?

Eric Fourneret

Philosophe, Braintech Lab, (Univ. Grenoble-Alpes), chercheur associé IJSPS Paris.

Notes personnelles

Responsabilité individuelle du soignant : une nécessité ?

On le sait, la loi Kouchner du 4 mars 2002, a, pour reprendre les termes du rapport public de la Cour des comptes pour l'année 2017, « constitué une novation importante en organisant une réparation amiable, gratuite, rapide et équitable des préjudices subis par la victime, même en l'absence de faute, pour tout accident médical d'une certaine gravité, tout en préservant à tout moment sa possibilité de faire valoir ses droits devant la juridiction compétente ».

Cette intervention du législateur faisait suite à un mouvement jurisprudentiel imputant de plus en plus souvent une responsabilité sans faute aux établissements de santé ou aux praticiens.

C'est que désormais, en droit médical, l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux est devenue l'enjeu majeur, sinon exclusif.

Il s'est agi pour le système juridique de répondre à la soif de sécurité de la société contemporaine, qui n'accepte pas que les coups du sort laissent la victime démunie ; à sa soif de certitude aussi, à sa confiance dans le progrès médical, sans limite apparente, laquelle se traduit par le refus de l'échec de l'acte de soins et de l'aléa thérapeutique.

Le fait, pour le patient, pour les accidents thérapeutiques les plus graves, d'obtenir une indemnisation automatique de ses préjudices, le plus souvent par la solidarité nationale, est sans doute un progrès.

Pour autant, ceci ne doit pas aboutir à une déresponsabilisation du soignant.

Dans son sens primitif, la responsabilité suppose que l'acteur réponde de ses actes, en assume les conséquences.

C'est pourquoi, en principe, la responsabilité repose sur un triptyque bien connu : faute, dommage, lien de causalité.

Une nécessaire responsabilité du soignant signifie alors que sa responsabilité ne saurait être automatique, sauf à le déresponsabiliser.

Certes, l'aléa thérapeutique, les catastrophes sanitaires, doivent donner lieu à une indemnisation des victimes, mais dans des conditions précises seulement et sans que la responsabilité sans faute devienne la norme.

Et dire que la responsabilité est une nécessité pour le soignant, c'est dire aussi que, derrière la machine, derrière les algorithmes, demeure le praticien, qui répond de ses actes, de ses choix de soins, sans s'en remettre totalement au robot.

C'est dire aussi que, l'acte de soin ne se noue pas entre la machine et le patient, mais entre le soignant et le patient et que demeure essentielle cette relation personnelle, faite de confiance et de respect, qu'est l'acte médical, entendu à la fois matériellement et juridiquement.

La responsabilité personnelle du soignant reste une nécessité.

Nécessité qui lui rappelle la noblesse et l'exigence de sa mission, qui ne peut être assimilée à une quelconque prestation de service.

Nécessité qui répond également aux attentes du patient, attaché à cette relation particulière qu'il noue avec le soignant.

Didier Le Prado

Avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, Paris.

Notes personnelles

Responsabilité, inconscient et culture

Une vision simpliste continue d'opposer l'occident de la modernité, marqué par la raison, et le reste du monde, marqué par les croyances. Dans l'univers occidental, celui du sujet de droit, l'accent est mis sur la responsabilité individuelle, celle que le sujet doit assumer en son nom propre. En dehors de cette bulle d'exception, ailleurs, les hommes victimes de leurs croyances continuent à attribuer à des tiers imaginaires la responsabilité de leurs actes et de leurs maux, invoquant des dieux ou des esprits. Qu'en est-il vraiment et comment sortir de ce partage réducteur ?

L'exploration de l'inconscient et sa prise en compte montre par l'expérience que la notion de responsabilité n'y a aucune place. On peut y trouver la culpabilité et la honte ; on y trouve des idéaux mis dans une position d'une telle inaccessibilité qu'ils entretiennent les névroses les plus sévères ; on y trouve la jouissance de contourner la règle, de manière imaginaire ou réelle, selon les structures ; et bien d'autres ingrédients, mais pas la responsabilité, qui est plutôt ce que tout sujet tend spontanément à fuir. Et cette tendance spontanée est sans doute universelle et indépendante des cultures...

C'est entre ces deux repères : le « grand partage » d'une part, la réalité prosaïque du fonctionnement de l'inconscient d'autre part, qu'il conviendra d'essayer de situer quelle place peut prendre la notion de responsabilité individuelle et collective dans nos sociétés, et singulièrement du point de vue de la santé.

Bertrand Piret

*Psychiatre, Psychanalyste, membre fondateur
et ex-président de « Parole sans frontière »*

Notes personnelles

Le paradigme de la responsabilité : exemple de la douleur chronique

Responsabilité individuelle et collective en santé, quelle place pour la médico-économie ?

Est-il légitime d'implanter un dispositif de neurostimulation à 30 000 euros pour prendre en charge la douleur chronique ?

Un programme de RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie) nécessitant de passer plus de temps avec les patients peut-il être mis en place ?

L'approche sociologique, voire anthropologique, peut-elle trouver sa place à l'hôpital ?

Pour répondre à ces trois questions, il peut être possible de mobiliser l'approche médico-économique.

Il s'agit, comme son nom l'indique, d'une évaluation économique mettant en regard les résultats attendus d'une intervention de santé (médicament, dispositif, organisation) avec les ressources consommées pour la produire. Il s'agit donc, *in fine*, d'appliquer les logiques économiques dans le domaine de la santé, afin de déterminer quels sont les meilleurs soins, aux meilleurs coûts. Or, cette application n'est pas vécue de la même façon par tous¹. Beaucoup la perçoivent comme une intrusion destinée à répondre à des impératifs financiers dans le domaine de la santé, portant *de facto* atteinte aux soins promulgués, lorsque d'autres y voient au contraire un outil d'amélioration de la qualité des soins. Or, comme nous le verrons, le jugement porté sur la médico-économie est étroitement lié à l'éthique de la responsabilité individuelle et collective.

Doctorant en troisième année de thèse de sociologie, nous menons notre projet de recherche sur la douleur chronique au sein de l'équipe PRISMATICS (Predictive Research In Spine/Neuromodulation Management And Thoracic Innovation/Cardiac Surgery) qui exerce au cœur du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers. Cette équipe de recherche, centre ses travaux sur la recherche prédictive et, dans le cas qui nous intéresse, sur la médico-économie. Cette dernière est apparue comme absolument décisive dans le processus d'adoption d'innovations médicales, qu'il s'agisse de traitements ou de l'organisation des soins. C'est pourquoi, en nous basant sur des expériences issues de notre terrain de recherche, nous souhaitons questionner l'impact de la médico-économie sur l'offre de soins.

1. Caniard, É. Évaluation médico-économique?: pourquoi tant de tergiversations?? *Les Tribunes de la santé* **41**, 57 (2013).

Nicolas Naiditch

Doctorant en sociologie, CHU de Poitiers.

Vendredi 11 octobre

Après-midi

Le partage des responsabilités en santé

Notes personnelles

Education thérapeutique : responsabilité sans culpabilité...

Le développement des maladies chroniques laisse entrevoir que bon nombre d'entre nous est, ou sera un jour ou l'autre, atteint d'une pathologie au long cours qui impactera plus ou moins lourdement son quotidien, sa vie professionnelle, familiale, affective et sociale. La société et les professionnels de santé se trouvent face au défi de créer un nouveau mode de prise en compte de ces pathologies, qui ne se résume pas à une simple prise en charge.

En effet, les nombreux soins et traitements, souvent à vie, la permanence du suivi, la vigilance et la surveillance quotidiennes que nécessitent ces maladies ne peuvent être la seule affaire et la seule responsabilité du soignant, qui serait l'acteur principal voire unique de la prise en charge d'un malade passif, objet de soins et de prescriptions, dégagé de toute responsabilité dans la conduite de sa santé.

Bien au contraire, une alliance soignant / soigné est nécessaire, dans laquelle le soignant est amené à déléguer au patient une partie de son savoir afin que ce dernier acquière des compétences lui permettant d'exercer activement des missions d'auto surveillance, d'auto soin et de prise de décision.

L'éducation thérapeutique trouve toute sa place dans cette optique. Dans le cadre d'un programme réunissant différents professionnels de santé, avec le concours des

associations de patients, elle rend possible cette autonomisation. En engageant la double responsabilité du soignant et du soigné, elle permet un transfert de compétences, un échange de pratiques dans le cadre d'une collaboration d'égal à égal. Cette double responsabilité est fondée sur l'adhésion du patient au projet de prendre soin de lui-même, et sur la mise en place par le soignant des conditions favorables à une prise de conscience et à l'émergence d'un rôle actif.

L'authenticité des rapports et la réciprocité en sont les clés, elles signifient pour les deux parties d'être capables d'assumer des vérités, des points de vue différents, et d'avoir néanmoins une cohérence autour de responsabilités partagées et négociées.

Cela se traduit par la signature d'un engagement mutuel à prendre pour cheminer ensemble vers une santé mieux maîtrisée et une qualité de vie meilleure.

Plus encore que la compréhension et l'auto gestion de la pathologie, l'éducation thérapeutique vise à permettre au patient de vivre mieux avec sa maladie, de reprendre sur son existence une part du pouvoir que la maladie lui retire et à former de nouveaux projets de vie, dans le sens de « grande santé » telle que la nomme et la définit le philosophe Alexandre Jollien.

Catherine Herdt

Directrice, et responsable pédagogique, ETP alsace (Education thérapeutique du Patient)

Claire Legendre

Patient-expert AFVD, (Association Francophone pour Vaincre les Douleurs)

Notes personnelles

Responsabilité des adultes et responsabilisation de l'enfant dans le traitement du diabète de type 1

A partir d'une recherche sociologique portant sur l'expérience des enfants malades chroniques (diabète de type 1), cette communication se propose de questionner le partage de la responsabilité du traitement et des tâches liés aux soins, entre les divers acteurs impliqués dans la trajectoire de la maladie (A. Strauss et Corbin, 1988). Sera tout particulièrement investiguée la relation triadique entre l'enfant malade, ses parents et les professionnels de santé.

La notion polymorphe de responsabilité sera questionnée à partir des représentations qu'en ont ces acteurs. Nous verrons ainsi que, les négociations ayant cours quant à sa distribution sont empreintes de représentations sociales persistantes. Derrière la thématique de la responsabilité apparaît en filigrane celle des âges de la vie, donnant ainsi à réfléchir à ce qui oppose adultes et enfants.

Enfin, nous tenterons de dépasser ces définitions en ne considérant pas la responsabilité comme un fait ou quelque chose que l'on octroierait à un individu ou groupe d'individus, mais bien plutôt en tant que processus social complexe dans lequel tout acteur est activement engagé. C'est à partir de cette approche que nous tenterons de saisir la manière dont, progressivement, nous passons d'une responsabilité collective exclusivement détenue par les adultes (parents et professionnels de santé) à une responsabilité individuelle : celle de l'enfant.

Lydie Bichet

Doctorante en sociologie, UMR 7367 DynamE (Université de Strasbourg - CNRS)

Notes personnelles

Responsabilisation financière des assurés : pour le meilleur et pour le pire ?

Les dépenses de santé bénéficient très majoritairement d'un financement collectif, à travers la solidarité nationale, mais les consommations de soins peuvent être, en partie, la conséquence de comportements individuels. Ces comportements peuvent affecter le risque individuel avec des conséquences financières supportées, collectivement. Par ailleurs, à état de santé donné, la décision de recourir ou non aux soins dépend aussi de la dimension financière, notamment pour les soins moins bien pris en charge par la sécurité sociale. L'assurance maladie complémentaire, en solvabilisant la demande mais avec une diffusion socialement inégalitaire, peut modifier les choix individuels de consommation de soin, et avoir un effet antiredistributif.

La coexistence en France d'une assurance maladie publique et d'une assurance maladie complémentaire privée, en modifiant la responsabilisation financière des assurés, peut aboutir à des effets non souhaités. C'est avec cette clef de lecture que l'on tentera de comprendre la régulation croissante, en France du secteur de la complémentaire santé depuis 15 ans.

Denis Raynaud

Directeur de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé)

Notes personnelles

Drogues, addiction, dépendance et conséquences socio-sanitaires : à qui la faute ?

La question de la responsabilité individuelle ou collective en matière d'usage de drogues ou de comportements addictifs renvoie à la gestion des risques socio-sanitaires potentiels induits par la ou les pratiques en question.

Sous l'hypothèse que l'altération volontaire de l'état de conscience peut être une nécessité humaine, au même titre que manger ou boire et dans l'absolu, des usages de drogues ou des conduites addictives n'entraînant que de faibles conséquences socio-sanitaires négatives ne devraient être que peu encadrés par la loi et ainsi être laissés à la discrétion de l'individu. Au contraire, des drogues ou des conduites addictives qui conduiraient à des risques élevés de dommages socio-sanitaires devraient faire l'objet d'une régulation plus stricte, non seulement dans les droits d'usage mais aussi de vente. Ici, la société chercherait à protéger l'individu de lui-même car devenu dépendant mais aussi la collectivité puisque certaines pratiques pouvant présenter des externalités négatives pour la population générale.

En croyant suivre cette logique dont l'objectif est de minimiser les dommages liés aux drogues aussi bien pour les individus que pour la collectivité, il a été distingué des drogues légales d'un côté et des drogues illégales de l'autre. Ce découpage pose problème. Il ne permet effectivement pas de discriminer entre les « bons » risques et les « mauvais risques ». Dit autrement, en scindant les produits non pas en fonction des risques sanitaires potentiels mais en fonction d'autres considérations (moralité, intérêts économiques), la collectivité a conduit des « bons » risques à produire des conséquences négatives socio-sanitaires, individuelles et collectives, importantes. Et, cette logique a également conduit à rendre « légale » la surproduction de conséquences socio-sanitaires de « mauvais » risques.

Consommer du cannabis de temps en temps, prendre un hallucinogène ou un excitant parfois, n'est pas plus risqué que de consommer un peu d'alcool d'un point de vue sanitaire mais expose à des risques sociaux plus importants, du fait de leur illégalité. La responsabilité des



Christian Ben Lakhdar

Economiste, Professeur des universités, Université de Lille.

UMR 9221 CNRS

christian.ben-lakhdar@univ-lille.fr

Notes personnelles

conséquences socio-sanitaires de l'usage de drogues illégales est alors collective puisque c'est la collectivité qui a généré des risques associés à ces pratiques en les rendant illégales.

Aujourd'hui, un retournement dans la prise en charge et la gestion de la conduite addictive ou de l'usage de drogues semble s'opérer pour responsabiliser l'individu dans les conséquences de son comportement. Deux mouvements, se nourrissant mutuellement, participent de ce changement paradigmatique selon nous. Le premier est lié à la politique de réduction des risques et des dommages qui, mise en œuvre par les pouvoirs publics ou stimulée par le marché, offrent aux individus les outils et les dispositifs leur permettant de minimiser les dommages potentiels induits par leur comportement.

Le second est lié à l'atténuation du biopouvoir du fait d'une revendication grandissante de la propriété de soi par soi. Je suis maître de mon corps et je fais ce que je veux avec, et ce d'autant plus qu'aujourd'hui grâce aux outils de réduction des risques, j'ai la possibilité de ne pas trop me mettre en danger en consommant des drogues ou en ayant des conduites addictives.

La légalisation des drogues est en cours ; se durcissent dans le même temps les contraintes régulant l'accès aux drogues légales ; les conduites addictives rares ou sans produits sont de plus en plus reconnues. Ce triptyque dessine une reconnaissance à venir d'un droit – et donc d'une responsabilité individuelle – à l'altération volontaire de l'état de conscience en contrepartie d'un désengagement de la collectivité dans la gestion des conséquences potentielles.

Christian Ben Lakhdar

Economiste, Professeur des universités, Université de Lille.

UMR 9221 CNRS

christian.ben-lakhdar@univ-lille.fr

Notes personnelles

Le Hikikomori : mort sociale et ambivalence du conformisme

Le Hikikomori est une nouvelle forme de retrait social d'abord identifiée au Japon dans les années quatre-vingt (aujourd'hui 600 à 700 000 familles ont un Hikikomori à la maison). Les « Hikikomori » restent « cloîtrés, retranschés chez eux pendant au moins six mois, sans travailler ou fréquenter un établissement scolaire. Ils n'ont aucune relation sociale à part leurs relations familiales. Ils ne souffrent pas de troubles mentaux comme la dépression, les hallucinations et le délire ». À partir d'une pratique psychothérapique avec plus de 300 étudiants au Japon, T. Furuhashi et M-F Bacqué présenteront leur interprétation du phénomène du Hikikomori. Ces personnes, principalement de jeunes hommes, ne souhaitent aucune responsabilité dans la société, ils sont « désengagés ». Au contraire, ils refusent leur filiation sociale, mais restent dépendants de leurs parents qui les nourrissent et se chargent de tous leurs liens concrets avec l'extérieur. Les Hikikomori souhaitent disparaître de la société, tout en continuant à exister. L'ensemble de leurs contacts a lieu sur les réseaux sociaux à condition de ne pas être vus. Ils souhaitent être transparents sur le plan social mais tout en gardant la jouissance de leur regard sur le monde.

Les écrans forment un filtre derrière lequel les Hikikomori sont avantageusement masqués. Un échec à entrer dans la société est

souvent à l'origine de leur retrait (refus de leur candidature à l'université, carrière avortée), mais face à un idéal du moi inatteignable, ils adoptent un état régressif de dépendance à leur milieu familial, qui complaisamment, se plie à leurs besoins. Ne pas être conforme engendre par ailleurs, un phénomène de honte typique de la société japonaise, très compétitive. Ainsi face aux difficultés à devenir un adulte qui a déçu ses parents et la société, le Hikikomori préfère ne plus risquer l'entrée en contact réel et contempler le monde derrière les écrans. Cette forme de mort sociale est due au refus du risque lié aux interactions. Elle est donc très différente de la mort physique (les Hikikomori ne sont pas suicidaires). Elle se double en revanche d'un voyeurisme actif qui montre que le Hikikomori n'est pas mort psychologiquement. Ces minces restes de vie psychique seront reliés par la psychothérapie pour permettre à ces personnes de survivre, lorsque leurs parents ne peuvent plus subvenir à leurs besoins.

Les Hikikomori expriment-ils symboliquement une difficulté de nos sociétés avancées ? Est-ce leur unique façon de lutter contre le conformisme social désiré et transmis par leurs parents ?

Les Hikikomori trouvent leur intérêt dans l'observation de la société. Comment leur permettre d'en redevenir acteur et pourquoi ?

Marie-Frédérique Bacqué

Psychologue, professeure de psychopathologie. Université de Strasbourg. / bacque@unistra.fr

Tadaaki Furuhashi

Psychiatre, Maître de conférences en médecine Département de psychopathologie et psychothérapie, Centre soutien aux étudiants, Faculté de médecine. Université de Nagoya. / tfuru@htc.nagoya-u.ac.jp

Notes personnelles

Technologies numériques, intelligence artificielle et responsabilité

Les innovations technologiques dans le secteur de la santé permettent des progrès considérables, mais le développement des objets connectés, des robots ou des algorithmes utilisant des méthodologies d'apprentissage machine de plus en plus complexes, est source d'impacts sociétaux majeurs.

Quels sont donc les enjeux éthiques d'une médecine s'appuyant sur des technologies d'intelligence artificielle ? Comment repenser l'humain au cœur de la e-santé ? Comment concevoir des technologies responsables et éthiques ? Quelles sont les courants de pensée actuels et les actions menées pour penser une médecine du futur responsable ?

Christine Balagué

Professeur, Institut Mines-Télécom Business School, Titulaire Chaire Good in Tech, Membre du bureau de l'institut Dataia (Data Science, Intelligence Artificielle et Société)

Samedi 12 octobre

Matin

Responsabilité sous influence

Notes personnelles

Des épidémies d'un genre nouveau

La clinique pédopsychiatrique, observée dans la durée, nous fait rencontrer de nombreuses transformations des « troubles » présentés, qu'il convient de considérer dans leur corrélation, aux modifications des discours.

Sans remettre en question les souffrances psychiques singulières de ceux qui demandent de l'aide, nous nous interrogerons sur ce qui peut expliquer ce qui se présente alors comme des « épidémies » (particulièrement chez les adolescents).

Nicole Steinberg

Praticien hospitalier, Pôle Périnatalité Enfance Adolescence, Centre Hospitalier d'Erstein.

13 route de Krafft - 67152 Erstein

03 90 64 21 76

Notes personnelles

Responsabilité familiale ou scolaire ? L'éducation sexuelle des enfants en Suisse

L'allocation des tâches publiques est un processus politique, soumis à de fortes influences émanant de la société civile. En Suisse, elle se caractérise par une étape de mise à l'agenda politique qui peut être réalisée au niveau cantonal et/ou fédéral, par des mouvements issus de la société civile, notamment par le lancement d'une initiative. L'un des principes clé, qui guide le choix du niveau de la tâche à accomplir, est celui de la subsidiarité. Selon ce principe, il faut se demander si le problème sociétal peut être réglé par la société civile elle-même ou si l'Etat doit intervenir. Si la mesure doit être étatique car la société est incapable de le résoudre par elle-même, alors selon le principe de subsidiarité, le niveau le plus décentralisé sera privilégié.

Dans la question qui sera traitée dans cette contribution – à qui incombe la responsabilité de l'éducation sexuelle –, il est nécessaire de déterminer quels sont les besoins et les problèmes qui nécessitent comme mesure l'éducation sexuelle. Au cours du XX^{ème} et XXI^{ème} siècle, trois grands problèmes ont été identifiés et reconnus par le politique et le peuple comme relevant de compétence étatique : les maladies sexuellement transmissibles (et des infections sexuellement transmissibles dont le VIH), les grossesses non voulues et les interruptions de grossesse ainsi que les violences sexuelles (dont les abus sexuels et les discriminations LGBTIQ). Les politiques publiques et les programmes mis en place pour appréhender ces problématiques comprennent différentes mesures : l'information au grand public et à des publics spécifiques, le conseil psychosocial (*counseling*), la prise en charge médico-sociale et juridique, et des mesures éducatives dont l'éducation sexuelle qui est au cœur de cette contribution. Etant donné que l'éducation relève en Suisse de la compétence des cantons, l'éducation sexuelle a été déployée de manière hétérogène en fonction des cantons. Elle a été intégrée dans des plans scolaires dans certains cantons et, dans d'autres, elle a été décidée comme une tâche principalement familiale, ne relevant que de manière marginale de l'école.

Il a fallu attendre 2011, pour que s'ouvre un débat national au sujet de la responsabilité de l'éducation sexuelle en Suisse, lorsque l'initiative populaire fédérale «Protection contre la sexualisation à l'école maternelle et à l'école primaire» a été lancée (puis retirée par les initiants avant votation populaire en 2015). Cette initiative a été proposée par des milieux conservateurs notamment de parents s'opposant à «une sexualisation précoce» des enfants. Elle préconisait de placer l'éducation sexuelle sous la seule responsabilité des parents, d'instaurer l'éducation



Caroline Jacot-Descombes

Sociologue, Dr. en administration publique, Directrice adjointe de Santé sexuelle, Suisse.

Notes personnelles

sexuelle à l'école obligatoire dès l'âge de 12 ans seulement et de la limiter aux informations d'ordre purement biomédicales, intégrées dans les cours de biologie. L'initiative prévoyait par contre, qu'un cours de prévention des abus sexuels soit dispensé à l'école maternelle, toutefois sans aborder l'éducation sexuelle. Le débat public sur le texte de cette initiative a permis de mettre en évidence les arguments en faveur d'une éducation sexuelle scolaire et/ou familiale. Les acteurs participant au débat ont tous relevé la nécessité d'une éducation sexuelle pour les enfants et les jeunes. Dans ce sens, le droit à l'éducation sexuelle n'a pas été remis en question. En revanche, il s'agissait de déterminer le niveau de responsabilité de l'Etat et des parents. L'argument principal qui l'a emporté sur le droit des parents à éduquer leur enfant en fonction de leur propre vision et valeurs est celui de l'égalité des chances. En effet, dans notre société, le droit à l'éducation doit être exercé pour l'ensemble des enfants et des jeunes. La famille, les pairs ou encore les médias jouent certes un rôle important de transmission d'information et de valeurs, mais ne garantissent pas l'égalité des chances, ni la qualité des informations. Or, le politique a jugé indispensable que les jeunes aient à la fin de leur scolarité un bagage suffisant en termes de connaissances et compétences pour vivre de manière autodéterminée dans notre société (*life skills* / compétences de vie). L'argument sur l'égalité des chances a permis d'affirmer qu'il s'agit bien d'une tâche étatique (elle seule permettant d'atteindre l'ensemble des enfants et de diffuser des informations actuelles et validées scientifiquement) et non strictement familiale.

Caroline Jacot-Descombes

Sociologue, Dr. en administration publique, Directrice adjointe de Santé sexuelle, Suisse.

Notes personnelles

Influences, prise de décisions et responsabilités : l'exemple du Mediator® (benfluorex)

Le retrait du Mediator® (benfluorex) du marché français a conduit à une réforme d'ampleur du système du médicament. En effet, ce médicament des Laboratoires Servier, commercialisé en 1976, est retiré en novembre 2009 après à la mise en évidence de pathologies spécifiques des valves cardiaques. Le scandale médiatique qui s'est constitué un an après ce retrait laisse apparaître un ensemble de dysfonctionnements, avec au premier plan, les agissements d'un industriel couplé aux défaillances du système de régulation du médicament.

Au fur et à mesure des reconfigurations du scandale, les stratégies d'influence des laboratoires Servier sur les décideurs de même que le rôle des conflits d'intérêts dans le maintien sur le marché de la molécule sont apparus comme centraux. Ces mécanismes sont également au cœur de la procédure pénale en cours visant à établir les responsabilités du point de vue du droit, des différents acteurs de la chaîne du médicament.

Il s'agit d'analyser la manière dont ce cadrage en termes d'influences et de conflit d'intérêts a constitué la focale de ce scandale sanitaire et la manière dont les responsabilités sont énoncées.

Solène Lellingner

*Docteur en Épistémologie et histoire des sciences et des techniques,
SAGE UMR 7363, Université de Strasbourg.*

Notes personnelles

Sortir du cadre !

Les pratiques de soins sont encadrées par différents types de normes, qui couvrent un spectre large, allant de la tradition, les usages, jusqu'à des normes juridiques précises, la loi, voire la Constitution.

Les professionnels de santé intègrent ces normes, en rejettent d'autres, parfois les vivent comme des carcans, les transgressent souvent sans en avoir conscience.

Certaines spécialités sont sur encadrées par des régulations médicales spécifiques relevant du code de la santé publique, ce qui reste, dirons-nous dans le cadre quotidien du professionnel de santé.

D'autres croisent dans leurs pratiques des législations plus ou moins étrangères à première vue à la pratique médicale. Je pense à la législation funéraire, et à la législation pénale et ou civile.

Il arrive que l'on soit conduit à transgresser l'une ou l'autre de ces normes.

Cela relève parfois d'une nécessité, mais implique toujours celui qui prend cette décision, dont les conséquences peuvent être collectives.

La différence entre un acte de transgression responsable, et un passage à l'acte est parfois ténue...

A partir de ma pratique de travail en médecine légale, et dans le cadre des urgences médico-psychologiques, très encadrées, je vous propose deux exemples de transgression « construite ».

Irène François-Purssell

Psychiatre, PU-PH de médecine légale

Chef du service de médecine légale du CHU de Dijon

Référent de la CUMP Régionale Bourgogne Franche Comté

Notes personnelles

Comment rester irresponsable ?

En termes foucaaldiens, la rationalité néolibérale se traduit par un gouvernement à distance. Le pouvoir n'opère pas tant par une coercition centralisée, mais plutôt par un réseau diffus de discours, d'institutions et d'acteurs qui, ensemble, travaillent à inciter, persuader et guider les individus dans l'art de se gouverner eux-mêmes. Les individus sont simultanément rendus autonomes et incités à façonner une vie responsable, prudente et saine. Ils sont libres de choisir leurs modes de vie, mais —« en même temps » — soumis à une multitude de discours sur les manières de vivre, construits de telle sorte qu'ils invitent à des choix particuliers supposés accroître santé, bien-être et opportunités sociales.

D'un côté, une liberté annoncée de faire ses propres choix, de manière responsable. De l'autre, des qualifications morales : certains choix sont bons, d'autres mauvais et finalement... irresponsables, non seulement vis-à-vis de soi, mais aussi de la société, puisque les mauvaises décisions ont des répercussions sur les coûts de santé et l'économie globale. Ceux qui s'aventurent dans les mauvais choix (manger trop ou mal, rester sédentaire, fumer, avoir des rapports sexuels non protégés, ne pas vacciner ses enfants, etc.) sont-ils alors responsables ou irresponsables ? Les choix de vie saine sont-ils encore libres si l'obligation morale, sociale et politique se transmet à travers toutes sortes de techniques persuasives ? Est-ce que ce sont encore des actes responsables en tant qu'accomplis consciemment et volontairement ?

Si les dispositifs connectés dont la diffusion est exponentielle ont un impact réel sur les changements de comportements, cela ne semble pas lié à une plus grande réflexivité mais à l'efficacité du conditionnement. Dans ce cas, faut-il considérer leur usage croissant comme la marque d'un *empowerment* réussi et/ou comme le signe d'une passivité consentie ? Devient-on plus, ou moins, responsable ? Quand la responsabilité et l'irresponsabilité se partagent un même territoire, n'est-on pas saisi par une inquiétante étrangeté ?

Côté médecin, on interrogera comment la confiance faite aux algorithmes érode aussi la signification de la responsabilité d'agir sans posséder tout le savoir disponible.

A l'échelle collective, la décision politique de placer sous un voile d'ignorance la propension individuelle à la maladie est remise en cause par l'impératif de transparence, élevée au rang de condition nécessaire pour l'optimisation managériale de l'organisation des soins. Pourra-t-on encore défendre la responsabilité assumée de mutualiser le risque de maladie, dès lors qu'elle apparaît irresponsable à quiconque estime que les données du passé permettent de mieux prévoir l'avenir ?

Jean-Christophe Weber

Professeur de médecine interne, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

LISTE DES MEMBRES

Yves Alembik

Généticien, Pédiatre, Service de Génétique Médicale, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Pierre Ancet

Maître de Conférences en Philosophie, vice-président, délégué aux politiques culturelles
Université de Bourgogne, Dijon

Thérèse Awada

Chirurgienne réparatrice, Paris

Clément Baumann

Interne en médecine, CHU Besançon

Sylvie Bernabé

Libraire, Strasbourg

Gérard Berry

Chaire algorithmes machines et langage, collègue de France Paris

Lydie Bichet

Doctorante en sociologie, Université de Strasbourg

Michèle Billing

Maître de Conférences, Institut de Pharmacologie, Faculté de Médecine, Strasbourg

Christian Bonah

Professeur d'histoire des sciences, Université de Strasbourg

Bernard Brunet

Gastro-Entérologue, Strasbourg

Arnaud Bubeck

Doctorant au laboratoire SAGE, chargé d'études au CEED (Centre Européen d'Etudes du Diabète).

Laurent Calvel

Professeur, responsable du Service de Soins Palliatif, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Eva Carpigo

Doctorante en anthropologie médicale, Université de Strasbourg

Julien Cherfan

Doctorant, Centre Européen d'Etude du Diabète Strasbourg

Philippe Choulet

Professeur de Philosophie Strasbourg

Jan Cimický

Psychiatre, Directeur de Modra Laguna, Centrum Duševn Pohody Prague (Cz)

Alain Coheur

Directeur des Affaires Européennes et Internationales, Mutualité Socialiste, Bruxelles (Be)

Robertte Copens

Pédopsychiatre retraitée Rosheim

Marie-Dominique Coubez,

Psychologue clinicienne, centre Hospitalier, Erstein

Jérôme Debons

Docteur en Sociologie Lausanne (Ch.)

Jean Deguert

Master Ethique et société, Université de Strasbourg

Marion Delignon

Psychiatre
EPSAN, Brumath

Marie Dos Santos

Doctorante en sociologie Laboratoire Cultures et Sociétés en Europe Université de Strasbourg

Patrick Dufour

Oncologue, Strasbourg

Boris Duquesnel

Interne en médecine, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Jean-Pol Durand

Journaliste, Levallois-Perret

Irène François-Purssell

PU-PH Médecine Légale et Droit de la Santé, Unité de Médecine Légale, CHU de Dijon

Nicole Ferry

Reflexologue, Lingolsheim

Eric Fourneret

Docteur en philosophie, Ecole des Hautes Etudes en sciences Sociales, Paris

Jacques Freund

Directeur d'hôpital honoraire

Marie-José Freund-Mercier

Professeur émérite en neurosciences, Université de Strasbourg

Christophe Gautier

Directeur Général, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Hélène Gebel

Ingénieur de recherche, EREGÉ, Strasbourg

Bernard Geny

PUPH, Chef de service de Physiologie et d'Exploration Fonctionnelle Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Philippe Guiot

Médecin Réanimateur, Chef de Service de Réanimation Médicale, Centre Hospitalier de Mulhouse

Raphaël Hammer

Professeur, Haute Ecole de Santé Vaud Lausanne (Ch)

Michel Hasselmann

Professeur émérite de Réanimation Médicale, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Cécile Hellegouarche-SamPATH

DGA Affaires sociales et santé, Communauté de Communes des Coëvrons, Evron

Catherine Jung

Médecin généraliste Strasbourg

Jeanne Kochanowski

Médecin de Santé Publique Strasbourg

Jacques Kopferschmitt

Professeur, Chargé de Missions Transversales, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Smain Laacher

Professeur de Sociologie et Chercheur, Université de Strasbourg

Claude-Marie Laedlein-Greilsammer

Présidente d'Euro Cos, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Johanna Laplace

Interne en médecine, Centre Hospitalier de Mulhouse

Le Bar Yvette

Médecin généraliste retraitée, Plurien

Didier Le Prado

Avocat au Conseil d'état et à la Cour de Cassation, Paris

Véronique Legendre

Psychiatre, Paris

Solène Lellinger

Docteur en Épistémologie et histoire des sciences et des techniques, Université de Strasbourg.

Alain Léon

Président EREGÉ (Espace Régional Ethique Grand Est)

Tiphaine Maréchal

Chiropracteur, Biscarosse

Emilie Marrer

Médecin de Santé publique

Frédéric Mazerand

Directeur du CIRDD (Centre d'information Régional sur les drogues et les Dépendances) Strasbourg

Edouard Mehl

Professeur de Philosophie moderne Doyen de la Faculté de philosophie, Université de Strasbourg

Marc Michel

Philosophe Vice-Président Euro Cos Humanisme & Santé

Hakim Minouni

Professeur de mathématique, lycée de Saint Louis

Philippe Mossé

Economiste, Directeur de Recherche au CNRS, Directeur du LESTUMR, Aix-en-Provence

Christian Mounir

Formateur et Consultant en Promotion et éducation de la Santé, Genève (Ch.)

Nicolas Naiditch

Sociologue CHU Poitiers

Tosca Nerson

Externe en médecine, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Jean-Michel Pin

Infirmier formateur, Viry-Châtillon

Olivier Putois

Psychologue Clinicien, Psychanalyste, Strasbourg

François Nassiri

Médecin généraliste

Denis Raynaud

Directeur de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé, Paris

Roseline Ricco

Psychologue, Family Smile Rome (It)

Caroline Roussey

Avocate, Thonon les Bains

Maud Royant

Médecin généraliste Saint Pierre du Mont

Mathieu Schneider

Maître de Conférence, vice-président, Sciences en société, Université de Strasbourg

François-Xavier Schelcher

Médecin Généraliste, La Baroche

Marie Schnebelen

Interne en Gériatrie Bordeaux

Didier Sicard

Président d'Honneur du Comité Consultatif National d'Éthique, Paris

Nicole Steinberg

Pédopsychiatre, Centre Hospitalier d'Erstein

Laurent Visier

Professeur de Sociologie, Faculté de Médecine, Université de Montpellier

Jean-Christophe Weber

Professeur de médecine interne à la Faculté de Médecine, Université de Strasbourg

Valérie Wolff

Maître de conférences associée en sociologie, Université de Strasbourg

Euro Cos Humanisme & Santé

« Les Rencontres Santé Société »

- 2018 *La santé connectée, une totale mutation ?*
- 2017 *Du malade passif, au patient expert !*
- 2016 *Migrations : les enjeux pour la santé ?*
- 2015 *Santé, bien être : place des médecines complémentaires ?*
- 2014 *Autonomie, enjeux de société, enjeux pour la santé*
- 2013 *Les nouvelles vulnérabilités en santé*
- 2012 *Santé, médecine : au risque de la confiance...*
- 2011 **Dijon** : « La relation de soins ». *Quelle relation de confiance dans notre société de l'urgence, de l'immédiateté et de la norme ?*
- 2011 *Internet : des promesses pour la santé ?*
- 2010 **Genève** : *La santé prise dans la toile*
- 2010 *Santé, médecine et corps morcelé*
- 2009 **Marseille** : *Santé, médecine et corps morcelé*
- 2009 *L'hôpital hors les murs - Des relais : Comment ? Pourquoi ? Pour qui ?*
- 2008 **Paris** : *La maladie sortie de l'hôpital, enjeux et conséquences*
- 2008 *De l'accès à l'excès, évolution et ambiguïté de la demande de soins*
- 2007 **Dijon** : *De l'accès à l'excès, ou les avatars de la demande de soins*
- 2007 *Santé médiatisée, la force des images et des représentations*
- 2006 **Prague** : *La force des images et des représentations en santé*
- 2005 *Normes et procédures, la santé entre menaces et opportunités*
- 2004 *Irrésistible médecine prédictive ?*
- 2004 **Montréal** : *Génomique - Géoéthique et Anthropologie*
- 2003 *La valeur du temps en Santé, du temps gagné au temps à vivre*
- 2001 *Les paradoxes d'une recherche de santé sans risque*
- 2000 *Où nous mène le médicament ?*
- 1998 *Les acteurs de santé et les jeunes, un malentendu ?*
- 1997 *La santé entre rêve et réalité*
Responsabilités et décisions
- 1996 *De l'enfant objet à l'enfant projet*
L'enjeu de la prévention précoce dans nos sociétés européennes
- 1995 *L'avenir de la vieillesse*
Certitudes et incertitudes de nos sociétés européennes
- 1994 *Les transplantations d'organes*
Sciences et conscience
- 1993 *Les alternatives à l'hospitalisation en Europe*
Expériences et perspectives
- 1992 *L'Europe face à l'infection par le VIH*

Georges Canguilhem philosophe et médecin, a su, par son œuvre maîtresse, Le Normal et le Pathologique (1943, 1966), ouvrir la voie la plus féconde pour la compréhension de la maladie et de la guérison.

Pionnier en la matière de la pluridisciplinarité, il reste un exemple illustre d'une indispensable pensée ouverte en laquelle les passe-frontières que nous sommes, ne peuvent que se reconnaître.

EURO COS & Humanisme Santé

Euro Cos, Humanisme et Santé

*Groupe pluri-professionnel européen
de réflexion en santé*

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - Hôpital Civil

1, place de l'Hôpital - 67091 Strasbourg Cedex

Tél. : +33.(0)3.88.11.50.60 - Fax : +33.(0)3.88.11.50.68

E-mail : Eurocos@chru-strasbourg.fr

Site web : <http://eurocos.u-strasbg.fr>

N° d'agrément d'organisme de formation : 42670197467