

ANALYSES DE LIVRES

S.F.S.P. | Santé Publique

2014/4 - Vol. 26
pages 563 à 572

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-4-page-563.htm>

Pour citer cet article :

« Analyses de livres »,
Santé Publique, 2014/4 Vol. 26, p. 563-572.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les notes de lecture sont rédigées par les rédacteurs et les membres du comité scientifique et les experts de la revue.

Extension du domaine psy

Hervé Guillemain

Paris : Presses Universitaires de France, Collection La vie des idées.fr ; 2014. 110 p.

Les éditions papier de cette collection sont composées d'un texte d'ouverture préparant la lecture d'une sélection d'articles de la revue en ligne « *lavedesidees.fr* », suivies d'une bibliographie commentée. Une véritable interconnexion modale des formes de communication intellectuelle qui, pour « la psy », me paraît bien adaptée aux interactions multiples entre le sujet, la science, l'histoire... et le lecteur.

Dans cet ouvrage, le texte d'ouverture d'Hervé Guillemain part du débat récurrent provoqué par le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) dont la 5^e édition en mai 2013 a étendu la controverse bien au-delà du monde professionnel. En historien, il retrace en l'argumentant le chemin d'une série d'évolutions dans et aux frontières de la psychiatrie jusqu'à aujourd'hui, en particulier dans son extension sociale.

Les auteurs des six chapitres suivants font la recension de travaux ou publications regroupées selon trois thématiques.

Autour de la médicalisation des humeurs, Jérémie Majorel relit pour nous « *L'encre de la mélancolie* » de Jean Starobinski. Il en fait ressortir les changements de perception de cet affect au fil de l'histoire et les interprétations que l'on peut en faire.

Pierre-Henri Castel part de l'ouvrage d'Emily Martin « *Voyages en terres bipolaires : manie et dépression dans la culture américaine* », pour s'interroger sur les différences entre folie du vieux monde (psychose) et folie du nouveau monde où les traitements ont modifié l'expression des troubles.

Pour évoquer les nouvelles frontières de la souffrance psychique, deux sujets d'études très actuels. Evelyne Grossman choisit de nous accompagner dans l'analyse du travail ambitieux de Catherine Malabou sur la plasticité cérébrale intitulé « *Les nouveaux blessés : de Freud à la neurologie, penser les traumatismes contemporains* ».

Avec un regard de sociologue, Nadège Vézinat s'interroge, elle, sur le stress au travail comme construit social à partir de l'ouvrage collectif dirigé par Jean-Marc Weller sur « *Au-delà du stress au travail. Une sociologie des agents publics au contact des usagers* ». Quels usages sociaux en font ceux qui disent y être soumis ?

Les deux derniers articles rapprochent le sujet, l'histoire et la science à partir d'ouvrages sur des archives historiques. Dans le premier, sur l'hystérie, Aude Fauvel s'appuie sur l'étude de Jan Goldstein « *Hysteria Complicated by Ecstasy. The case of Nanette Leroux* » pour montrer que dans les errements médicaux du début du XIX^e siècle, on pouvait déjà dire du sujet : « hystérique mais pas si folle » !

Quand l'histoire rend fou. C'est ce que montre l'analyse de Laure Bertrand Lauréac à propos du livre de Laure Murat publié sous le titre « *L'homme qui se prenait pour Napoléon. Pour une histoire politique de la folie* », description des populations asilaires dans la période de 1789 à 1871. Elle s'interroge après cette lecture, sur les risques actuels de résurgence d'une telle aliénation de masse des exclus sociaux.

Michel Banvillet

Travail, santé, éducation. Individualisation des parcours sociaux et inégalités

Servet Ertul, Jean-Philippe Melchior, Eric Widmer

Paris : Éditions L'Harmattan, Collection Logiques Sociales ; 2013. 287 p.

Cet ouvrage collectif auquel ont participé pas moins de 27 contributeurs, sociologues pour la plupart, rassemble différents textes issus des communications présentées lors du Colloque « Les parcours sociaux entre nouvelles contraintes et affirmation du sujet » qui s'est tenu à l'université du Maine (Le Mans), en novembre 2010.

Si son contenu devait se résumer à une seule phrase, ce serait pour indiquer que, si la Déclaration universelle des droits de l'homme indique que nous naissons tous « libres et égaux en dignité et en droits », la réalité est autre et les inégalités sont présentes partout, liées au parcours social des individus.

Le parcours social étudie l'histoire personnelle de l'individu replacé dans le contexte familial, historique, économique, scolaire qui lui est propre, histoire liée intimement à l'histoire collective.

Cette approche permet de se garder des généralisations et des stéréotypes lorsque l'on tente de s'expliquer tel ou tel phénomène d'exclusion ou d'inégalité.

L'ouvrage s'articule autour de trois grands thèmes : les inégalités dans l'occupation du travail, les inégalités dans l'enseignement secondaire et le passage dans le supérieur, les parcours de santé marqués par les inégalités. Chaque thème est illustré par différentes études réalisées principalement en France, en Suisse, au Canada, mais aussi en Amérique du Sud (Pérou, Chili).

Les études relatives aux parcours de santé interpellent quelque peu le soignant ou le cadre de santé. Par exemple, Sandra Bascougnano, montre que la prise en charge des patients HIV positifs par les soignants est soumise aux mêmes généralisations et stéréotypes qui existent dans la population générale. Les patients homosexuels HIV positifs seraient mieux armés pour se prendre en charge que les patients dits « Africains » qui, eux, seraient moins enclins à suivre leur traitement. Ce qui induirait entre autres que ces derniers se voient moins souvent proposer une inclusion dans une étude clinique. Alors que l'objectif déclaré du soignant est d'assurer une

prise en charge individualisée de ses patients, ceux-ci sont généralement catégorisés et bénéficient de soins et de procédures stéréotypés en fonction de cette catégorisation.

L'enseignement de la technique du bain au bébé en maternité par les puéricultrices est un autre exemple de situation pouvant démontrer une certaine inégalité de traitement entre les mamans, liée également à une tendance à les catégoriser. Les auteurs de cette observation, Nathalie Oria et Jérôme Camus, relèvent une façon différente de s'adresser à la mère en fonction de son statut social supposé. Les mères jeunes, peu scolarisées, reçoivent une instruction plutôt technique avec un langage parfois infantilisant tandis que celles qui sont perçues d'un niveau social plus élevé ne reçoivent pas d'instruction précise quant à la technique à respecter, mais plutôt une démonstration insistant sur le bien-être de l'enfant.

Le monde des enseignants trouvera également dans cet ouvrage un intérêt certain. Dans le chapitre consacré au processus de déscolarisation des enfants et adolescents travailleurs à Lima, capitale du Pérou, Robin Cavagnoud montre combien les parcours individuels particulièrement complexes d'adolescents en voie de déscolarisation ou en situation d'abandon scolaire, sont liés à des éléments sur lesquels ils n'ont que peu de prise, éléments essentiellement liés à la présence ou non du père, à leur place dans la fratrie et à l'absence de travail de la mère, mais aussi à la valorisation familiale de l'école, ce qui entraîne des issues différentes pour des individus qui, au départ, vivent des conditions défavorables.

Enfin, si ce recueil s'adresse à un public averti et spécialisé, tout étudiant en sociologie, anthropologie, en travail social ou tout soignant pourra trouver un intérêt certain dans la diversité des sujets exposés autour des thèmes centraux, les méthodologies utilisées et les nombreuses références : l'ouvrage se termine sur une bibliographie générale qui en compte plus de 400 !

Denise Cullus

Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital

Gisèle Calmes, Sylvia Benzaken, Francis Fellinger, Roland Ollivier, Sylvie Péron
Rennes (France) : Presses de l'EHESP ; 2013. 128 p.

Cet ouvrage se penche sur la situation des médecins œuvrant à l'hôpital et montre la complexité du rôle du directeur d'hôpital qui est, dans ses fonctions, confronté à trois préoccupations majeures : les besoins de santé de la population à couvrir, la contrainte financière dans la gestion des activités de l'hôpital et la fidélisation des ressources médicales. La gestion des ressources humaines médicales se doit d'être à la fois plus dynamique et plus ouverte à la coopération territoriale.

Plus dynamique, la politique de la gestion des ressources médicales doit favoriser des parcours individuels attractifs. Pour l'essentiel, notons qu'elle doit adapter les ressources médicales à l'activité, préparer et mettre en route en concertation avec une délégation du personnel l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activités et arriver à mesurer les conséquences des choix organisationnels dans la répartition des ressources médicales et évaluer le coût de l'activité en personnel médical. Elle doit mettre en place un système de rémunération basée sur l'activité, rémunération comprenant une part fixe (socle statutaire commun) et une part variable en fonction du type et du temps de travail (socle individuel contractualisé). De cette manière, elle va favoriser l'attractivité, la fidélisation et la co-responsabilisation du personnel soignant.

Plus ouverte à la coopération territoriale, la politique de la gestion des ressources médicales humaines doit :

- favoriser l'harmonisation des pratiques en termes de recrutement des professionnels de santé, de leurs prestations, de leur formation et de leur rémunération ;
- permettre un inventaire de besoins sur l'ensemble du territoire ;
- conduire à une graduation efficiente de soins de santé pour l'ensemble de la population concernée ; et ainsi promouvoir l'égalité des citoyens devant la santé au sein du territoire.

Pour cela, il faut entreprendre une démarche de concertation et arriver à mettre en place un comité de pilotage associant les chefs de différents établissements et les responsables des services cliniques et techniques exerçant à différents niveaux.

En somme, il faut resserrer les liens entre les praticiens et renforcer la coopération entre eux pour permettre une offre de soins de santé de qualité.

Prosper Kalenga

Faut-il avoir peur des écrans ?

Patrice Huerre

Rueil-Malmaison (France) : Éditions Doin, Collection Polémiques ; 2013. 159 p.

Cet ouvrage collectif rassemble quatorze auteurs dont une majorité de psychologues. Son directeur, psychiatre des hôpitaux, a déjà publié bon nombre de livres dans le domaine de l'adolescence.

Son objectif est de saisir en quoi les outils numériques peuvent être utiles dans différents aspects de la vie quotidienne (éducatifs, pédagogiques, ludiques, etc.). Le prologue donne le ton : « Actuellement encore, c'est la peur qui domine le plus souvent, en particulier chez les parents et les éducateurs, mais aussi les soignants et les enseignants qui ont du mal, pour la plupart, à faire une place à ces outils nouveaux pour eux. Et à les considérer comme des leviers, des médiations utiles et non comme porteurs de dangers en soi ». Sont ensuite abordés les jeux vidéo, les relations entre écrans et adolescents, l'usage d'un avatar numérique et autre espace de jeu interactif pour soigner, l'échographie obstétricale, l'imagerie médicale, l'apprentissage par écran interposé ou les thérapies en ligne.

À la première lecture, l'ouvrage ressemble à un éloge des technologies numériques, de l'internet et autres écrans. À la seconde lecture... aussi. On ressent un peu le désir, voire le plaisir pour reprendre un concept cher à la psychanalyse sur les théories sur laquelle s'appuie en grande partie le livre, des auteurs de convaincre, voire – à défaut – de persuader, le lecteur du bienfondé des écrans et de leur utilité. Et on s'amuserait presque de ce qu'ils recourent à un bon vieux livre « papier » pour y parvenir (mais peut-être est-ce justement pour toucher les plus récalcitrants au numérique). Toutefois, ce livre est desservi par différents points, dont une inégale qualité des chapitres. Ainsi, celui sur les apprentissages tient en 2,5 pages, là où la moyenne des autres est d'une dizaine, et l'auteur cite une seule référence : celle d'un ouvrage qu'il a lui-même écrit sur ce thème... En outre, bien des lecteurs apprécient de se faire leur propre opinion, ce qui nécessite, notamment, une information objective. Or, si les auteurs citent volontiers l'intérêt des écrans, qui est indiscutable par ailleurs, ils oublient parfois d'en mentionner le côté défavorable ou, à défaut, les questions qui restent posées. Ainsi, à propos des jeux vidéo, les comportements des *hard gamers* ou *a fortiori* des *no life gamers* ne sont pas traités. Autre exemple, les nombreuses études qui associent conduites de violence et pratique de jeux vidéo violents ne sont pas commentées. Pas plus que les effets contrastés des écrans sur le surpoids et l'obésité de l'enfant, les risques professionnels liés au travail sur écran ou les atteintes à l'identité numérique.

C'est d'autant plus dommage que certains chapitres sont passionnants, comme celui sur les perspectives des *serious games* lorsqu'ils sont utilisés pour contribuer à traiter certains troubles des conduites, ou encore celui qui rappelle le rôle des adultes auprès des jeunes dans « l'accompagnement de la consommation d'images ». D'autre part, la vraie question n'est pas l'écran en soi (d'autant que le progrès permettra sans doute de leur substituer la projection d'une image 3D), mais le degré d'actualité (ou de réalité) attribué par le « spect-acteur » à ce qui lui parvient à travers cette interface.

Ce livre s'adresse à des lecteurs férus de psychanalyse et de nouvelles technologies, qu'ils soient en charge d'adolescents ou pas.

Patrick Laure

Mourir, ce que l'on sait, ce que l'on peut faire, comment s'y préparer

Gian Domenico Borasio

Lausanne (Suisse) : Presses polytechniques et universitaires romandes, Collection Savoir Suisse ; 2014. 155 p.

L'auteur, chef du service universitaire de soins palliatifs à Lausanne, aborde dans cet ouvrage, très complet malgré sa concision, les dimensions liées à la fin de vie – médicales, physiques, psychosociales, spirituelles, juridiques – et les manières d'être meilleur aujourd'hui à ces égards. À propos d'attitudes est évoquée la vexation narcissique qu'est pour certains professionnels le fait qu'un patient meure. « Cette attitude de 'refus d'un échec' provoque des souffrances inutiles à bien des patients et leurs familles. » S'agissant de bienveillance médicale et de fin de vie : « La bienveillance ne revient pas à décider pour son patient mais à l'aider à prendre lui-même la décision la plus appropriée ». Parmi les angoisses répandues, il y a celles d'une mort de soif ou par étouffement. Ces points font encore débat alors que cela ne devrait plus être le cas : « Presque automatiquement, médecins et soignants prescrivent du liquide par voie intraveineuse et de l'oxygène par voie nasale (...) Ces deux mesures présentent deux inconvénients majeurs : elles sont inutiles et elles nuisent au patient » (voir p 99 à 108, y compris sur l'usage de la morphine).

L'interdisciplinarité est au cœur des soins palliatifs, qui doivent inclure les compétences-clés du médecin, de l'infirmière, du psychologue, du travailleur social. Dans des conditions optimales, plus de 90 % des personnes en fin de vie pourraient mourir en bénéficiant d'un bon accompagnement sans avoir jamais vu un médecin spécialiste, à condition que tous les praticiens aient acquis les connaissances nécessaires. Dans plusieurs pays, le chemin a été balisé par l'adoption de stratégies nationales de soins palliatifs, encore qu'il y ait « toujours un risque que des acteurs défendant des intérêts particuliers freinent le processus ». L'importance d'une assistance spirituelle est maintenant reconnue, notamment dans la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) des soins palliatifs. Le premier poste européen de professeur en assistance spirituelle au sein d'une faculté de médecine a été créé en 2010 à Munich.

Le patient est au centre, bien sûr. Borasio lui donne une liste de 12 conseils pour « réussir l'entretien avec son médecin », parmi lesquels :

- réfléchissez si une personne de confiance devrait vous accompagner ;
- commencez par raconter au médecin – s'il ne vous le demande pas spontanément – ce que vous savez, pensez ou supposez déjà ;
- parlez de vos peurs, de vos espoirs et de vos craintes ;
- posez tout de suite une question si vous ne comprenez pas ;
- demandez au médecin d'expliquer toutes les alternatives de la stratégie thérapeutique qu'il recommande. En cas de maladie très grave, demandez-lui si un traitement exclusivement palliatif ne serait pas aussi une bonne alternative.

Un chapitre parle des dispositions souhaitables pour sa fin de vie, notamment les directives anticipées.

On veut croire que, aujourd'hui, tous à la faculté, à l'hôpital et ailleurs, reconnaissent le bien-fondé d'*objectifs et de méthodes différents* quand on parle de lutte contre la souffrance irréversible en fin de vie. Étant aussi rappelé que les travaux scientifiques montrent que les soins palliatifs, tout en se distançant de l'obstination thérapeutique, permettent en réalité de prolonger la vie plutôt qu'ils ne la raccourcissent – et qu'ils le font dans des conditions, en particulier de relation humaine, bien meilleures. La lecture de ce livre est hautement recommandée.

Jean Martin

Santé, citoyens !*Christian Saout*

Paris : Éditions de Santé ; 2013. 319 p.

Hier, président du Collectif inter-associatif sur la santé (CISS) et président de la Conférence nationale de santé (CNS) – instances représentant les usagers du système de santé et militantes – occupant actuellement des fonctions de magistrat administratif, Christian Saout cherche à s’immiscer et à peser dans le débat public en tant que citoyen au moment où s’élabore la stratégie nationale de santé en France. Il déplore l’absence de visibilité des français sur les orientations politiques prises dans le domaine de la santé et de définition de priorités, d’objectifs en santé. Christian Saout saisit l’opportunité du contexte politique favorable à une stratégie nationale de santé pour proposer des pistes d’améliorations en s’appuyant sur les expériences militantes et les remontées des acteurs de terrain. L’ouvrage consacre cinq chapitres à l’exploration de préconisations qu’il serait opportun de confronter aux rapports : de Bernadette Devictor, actuelle présidente de la CNS, relatif au service public territorial de santé et de Claire Compagnon se projetant en l’An II de la démocratie sanitaire. Au travers de cet ouvrage l’on perçoit que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a eu pour ambition de marquer un tournant et de placer le patient, l’usager au centre du système de santé. Pour ce qui relève des droits individuels tels que le droit à l’information, à la dignité, au consentement, etc., le nouvel horizon est de les rendre effectifs. Concernant les droits collectifs, il est temps de passer de « l’allure participative aux décisions » à une approche réellement participative aux décisions publiques mais auparavant il convient de structurer le dialogue entre les associations de patients, d’usagers et la puissance publique. L’information du citoyen est primordiale – la question de l’*open data* – dans le cadre d’une responsabilisation de l’usager est indispensable, en effet, savoir où se situe l’offre de soins, à quel prix et si elle est de qualité (déterminable que si les indicateurs de qualité sont intelligibles) permettra les choix responsables du citoyen. Régulièrement les dix-neuf recommandations de juin 2013 du comité des « sages » servent de fondement à la discussion dans l’ouvrage. Est ainsi présenté un formidable état des lieux, très argumenté et justifié entre autres du bilan de la mise en œuvre de la loi du 4 mars 2002 mais pas seulement, des propositions d’évolution, d’ajustement sont formulées de manière très opérationnelle sous la forme d’une feuille de route, ne laissant pas le lecteur sans perspectives. Lecteur qui peut être un professionnel de santé, un chercheur, un étudiant, un malade, un accompagnant, un décideur public ou plus simplement, citoyen. Lesquelles de ces préconisations se retrouveront dans la future loi de santé ?

Sandrine Perrot

Médecine et prison. Entre éthique et droit*Paolo Girolami*

Bordeaux (France) : Les Études Hospitalières, Collection du Centre de Droit de la santé d’Aix-Marseille ; 2013. 284 p.

Paolo Girolami s’appuie sur sa formation en éthique et sur son expérience en médecine légale pour développer une réflexion approfondie sur la prison. Il s’inscrit ainsi dans la filiation de ses prédécesseurs de l’École de médecine légale turinoise en enrichissant leurs perspectives. L’exercice médical en prison pose un certain nombre de problèmes pratiques et éthiques. Ces problèmes sont abordés dans un chapitre mais ils ne constituent pas le sujet principal de l’ouvrage. La première question posée est de savoir si la perspective (éthique) médicale peut renouveler la réflexion sur la prison en tant qu’institution. La seconde est de savoir si les professionnels de santé qui travaillent en prison ont un rôle à jouer dans sa réforme.

Les trois premiers chapitres introduisent les notions d’éthique mobilisées ensuite. Les deux chapitres suivants analysent en contrepoint la médecine et la prison comme « activités contre » : la prison est à l’injustice ce que le traitement (préventif, curatif ou palliatif) est à la maladie. Viennent ensuite trois chapitres qui s’appuient sur ce parallèle pour décrire ce qui conduit en prison, ce qui s’y passe et comment les soignants peuvent s’y positionner. Le dernier chapitre cherche à réconcilier les oppositions apparentes entre médecine et prison : la médecine cherche à réduire la souffrance en prenant en compte la personne dans sa globalité, la prison inflige des souffrances, notamment en dépersonnalisant l’individu incarcéré. Selon Girolami, la médecine et les médecins peuvent contribuer à rendre la prison plus humaine, à la fois en tant qu’institution et en tant que lieu de vie. Les deux principales réformes proposées consistent à réduire la souffrance des individus incarcérés et de lutter contre leur dépersonnalisation.

Dans son argumentation, l’auteur s’appuie largement sur les travaux de Paul Ricoeur. Il recourt également de façon récurrente à Aristote, Emmanuel Kant, Emmanuel Levinas, Michel Foucault et John Rawls. Sans que cet élément contextuel ne soit déclaré, l’auteur s’inscrit enfin dans la pensée chrétienne, avec de nombreuses citations des Évangiles et le pardon comme clé de voûte de sa construction. Cet engagement peut parfois agacer, d’autant qu’il ne semble pas nécessaire au propos. Mais la principale limite de l’ouvrage est le caractère ardu de son écriture, bien plus que le sujet ne le justifie, au point de rendre la lecture souvent laborieuse. Les spécialistes en éthique y trouveront une pensée riche et féconde, que les autres auront du mal à pénétrer.

Olivier Steichen

Du soin à la personne : clinique de l'incertitude

Florence Barruel, Antoine Bioy

Paris : Éditions Dunod, Collection Psychothérapies ; 2013. 288 p.

Cet ouvrage est né d'une discussion sur la notion d'interdisciplinarité entre psychologue clinicien, philosophe, hématologue, infirmière d'un réseau de prise en charge de la douleur, oncologue, cancérologue et cadre de santé.

Un constat est posé au départ : le professionnel de santé n'est pas préparé à faire face à cette notion ; une démarche « scientiste » tend à s'imposer, dédié une logique du tout objectivable et de la recherche d'une rentabilité optimale ou d'action conforme aux protocoles. Les auteurs pensent qu'il convient donc encore et toujours de s'intéresser à la subjectivité.

La première partie tente de cerner la place de l'incertitude dans le soin ; elle explore le champ sémantique de l'incertain et du doute. Le mot incertitude peut s'entendre dans un registre objectif : il désigne ce qui n'est pas assuré, imprévisible et mal connu ; il concerne donc le domaine de la connaissance théorique ou pratique dont il est la limite (l'inconnaissable) et pointe le manque (l'inconnu). Dans un registre subjectif, il décrit l'état d'une personne qui doute et qui redoute, renvoyant à des affects comme l'angoisse, l'inquiétude, la crainte. Mais avec le doute, au-delà du domaine de la psychologie, on touche à celui de la théologie et de la philosophie : Le doute des théologiens s'oppose non à la certitude mais à la foi.

Le doute des philosophes est quant à lui :

- Tantôt sceptique, érigé comme une fin en soi ; c'est celui de Montaigne et de Pascal : il n'y a pas de certitude ultime ni de vérité.
- Tantôt plus empiriste : Hume fait valoir le témoignage des sens et veut modérer les prétentions de la raison.
- Tantôt méthodique : c'est dans le douter de Descartes qu'il voit comme un moyen de la recherche du vrai.

Spinoza contestera ce doute cartésien ; pour lui, comme pour Popper, c'est la connaissance elle-même qui accroît et notre savoir et le nombre de nos questions : il n'est pas nécessaire de disposer d'un critère ni d'une méthode pour progresser, il suffit d'être disposé à apprendre par ses erreurs-mêmes.

William Osler a défini la médecine comme « une science de l'incertitude et un art de la probabilité » ; poser un diagnostic, c'est choisir le plus probable ; en effet, pour bon nombre de maladies, on ne trouvera pas le signe pathognomonique nous livrant la certitude. Proposer un traitement c'est également décider quel est le plus efficace et le moins toxique (balance bénéfique/risque) ; c'est aussi négocier. En plus de ce doute qu'il faut assumer, sur le terrain, le colloque singulier s'est mué en une nébuleuse d'intervenants : décider seul devient impossible. Comment soigner sur fond d'incertitude et prendre en compte l'aléa ? Edgar Morin résume la problématique : « Ce qui nous manque le plus, ce n'est pas la connaissance de ce que nous ignorons, mais l'aptitude à penser ce que nous savons ». Les clés qui ouvrent cette aptitude sont la transversalité, l'interdisciplinarité, la démarche participative et leurs corollaires, à savoir l'écoute, la reconnaissance mutuelle des compétences et des subjectivités dans une relation qui reste forcément asymétrique, le patient doit se sentir écouté et accompagné ; il faut distinguer le savoir sur le malade et le savoir sur la maladie, s'intéresser au ressenti de la personne malade (« Comment ressentez-vous les informations que je vous apporte ? »), intégrer le savoir profane du malade et construire un itinéraire en dialoguant.

La deuxième et troisième partie de l'ouvrage tentent de développer un autre regard sur l'incertitude en clinique et en thérapeutique. Une piste possible est de passer d'une logique hégélienne (dialectique avec sa thèse, son antithèse rupture et sa synthèse unificatrice imposant un schéma rationnel) à une attitude qui ne vise justement pas à obtenir une synthèse : les deux termes de la contradiction restent en présence et ils entretiennent tour à tour des rapports d'antagonisme, de concurrence et de complémentarité, en posant le double postulat suivant :

- Le monde s'exprime selon une pluralité d'univers qui ont tous légitimité à être.
- Nos visions du monde sont ancrées et fondées dans un univers de sens cohérent, particulier, partiel et singulier.

Il convient donc d'aller vers une incertitude assumée. *L'Evidence-Based Medicine* (EBM), avec certaines de ses dérives dogmatiques, n'a pas totalement supprimé l'incertitude inhérente au mode de production de la connaissance médicale ; elle a eu cependant le grand mérite de nous rappeler tous les obstacles sur le chemin de la vérité dans un des essais cliniques :

- Sélection des sujets des études.
- Non publication des essais négatifs.
- Biais statistiques.
- Focalisation sur un critère de résultat intermédiaire, biologique et non clinique.

Bref, l'incertitude persiste ; l'EBM a donc évolué vers un modèle de décision clinique à trois composantes : la science, l'expérience et le patient (*Sackett 1996*).

La médecine fondée sur les preuves consiste donc à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient ; sa pratique implique que l'on conjugue l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes obtenues par la recherche systématique ; par expertise clinique individuelle, on entend la capacité et le jugement que chaque clinicien acquiert par son expérience et sa pratique clinique. Ce n'est que plus tardivement que le sujet « Patient » apparaît, avec la nécessité d'intégrer dans le modèle ses préférences, de développer une relation d'aide avec ce patient « unique », utilisant des techniques langagières développés par Carl Rogers (reformulation, clarification), avec ses trois piliers de la mise en relation : l'empathie, l'attention positive inconditionnelle et

la congruence. En somme, une organisation fiable n'est pas nécessairement une organisation dans laquelle on cherche à supprimer l'incertitude mais où on cherche à la gérer selon quelques principes :

- Apprendre à anticiper.
- Avoir des équipes résilientes à l'incertitude, sensibles à l'expression du doute.
- Savoir passer d'une rationalité substantielle (nous pouvons vaincre l'incertitude par la science) à une rationalité procédurale par l'utilisation de règles imparfaites mais simples.

Cela suppose sans doute une réflexion sur sa propre posture professionnelle, selon Kant : « On mesure l'intelligence d'un individu à la quantité d'incertitude qu'il est capable de supporter ».

La quatrième et cinquième parties de l'ouvrage développent le concept d'incertitude en situation clinique dans différents domaines :

- La consultation en génétique (a-t-on le droit de ne pas savoir ?).
- La prise en charge du handicap moteur cérébral (infirmes moteurs cérébraux).
- La consultation en oncologie avec le médecin pris dans des devoirs contradictoires : le désir d'authenticité et de sincérité peut conduire à une information pertinente mais insupportable.
- Le patient douloureux chronique (prise en compte de l'aspect poly factoriel du symptôme douleur).
- Le temps de la dialyse chez l'insuffisant rénal chronique.
- L'incertitude en soins palliatifs.
- L'incertitude en neurologie devant une maladie neurodégénérative d'évolution inéluctable la sclérose latérale amyotrophique (SLA) et devant une maladie plus chronique, d'évolution plus imprévisible la sclérose en plaques (SEP).
- L'incertitude en réanimation.

En conclusion, les auteurs défendent une démarche la plus holistique possible ; ils expliquent, à propos d'un exemple (la prise en charge de la douleur) le modèle bio-psycho-social, très systémique, où le symptôme douleur est étudié dans toutes ses dimensions (attitude et croyances du patient, environnement social) : les auteurs soulignent que ce modèle présente cependant une double limitation : la première est qu'il exige un professionnel centralisant l'approche ; la seconde, plus problématique, est une pratique du soin morcelée : le patient a mal : on appelle le référent douleur ; il pleure : on appelle le psychologue ; les aliments passent mal ; on demande l'intervention de la diététicienne.

Par une approche intégrative, les auteurs défendent un modèle dont le niveau d'exigence monte d'un cran car il réclame de la part de chacun des intervenants de penser son intervention en fonction de celle des autres.

Jean-Marc Gay

L'homme malade de son environnement

Michele Aubier, Liliane Messika

Paris : Plon ; 2013. 160 p.

Notre dernier siècle est marqué dans les pays développés par l'apparition quasi épidémique des pathologies chroniques et nombre de celles-ci sont au moins en partie liées à des modifications de notre environnement. Il s'agit en particulier des allergies respiratoires, alimentaires, cutanées. Leur nombre n'a cessé d'augmenter depuis 50 ans pour toucher plus de 30 % de la population française des 15-50 ans (25 % de rhinites allergiques, 7 à 8 % d'asthmatiques, plus de 3 % d'allergies alimentaires). Chez l'enfant, les chiffres sont encore plus élevés. Si la bataille de l'hygiène a été gagnée (jusqu'ici...), la bataille de l'environnement commence et on connaît de mieux en mieux les coupables. Les auteurs apportent de judicieux éclairages sur les allergies et autres pollutions « nouvelles maladies environnementales ».

Selon un rapport américain de 2004, les émissions élevées de CO₂ et d'oxyde d'azote par la pollution automobile contribuent à l'augmentation très nette de l'asthme.

La hausse des niveaux de CO₂ favorise le développement des plantes à pollens et ce en plus grande quantité du fait du réchauffement climatique et donc d'une saison pollinique plus longue et plus précoce (exemple : à Bruxelles, le début de la pollinisation du bouleau, arbre très allergisant, commençait le 15 avril en 1970 et 40 ans après, le 15 mars). L'ozone, polluant secondaire dérivé notamment de l'oxyde d'azote augmente l'agressivité des pollens et donc leur pouvoir allergisant. Les moteurs diesel produisent deux à trois fois plus d'oxyde d'azote que les moteurs à essence, mais bien moins qu'un avion qui au décollage produit l'équivalent de 2 000 voitures diesel pour parcourir vingt-cinq kilomètres. On comprend mieux avec ces explications, l'explosion des cas d'asthme aux États-Unis (+ 75 % entre 1980 et 1994).

Le panorama du risque allergique ne se limite pas à la pollution due des transports, un large panel des risques est développé, présentant de manière didactique les différentes problématiques pour un lecteur non spécialiste (physiopathologie de l'asthme, différents allergènes et polluants qui nous entourent, allergies croisées successives qui compliquent la vie des allergiques).

Le dernier chapitre envisage toutes les mesures préventives tentant d'éliminer les allergènes déclencheurs de crises. Certaines données sont encourageantes : en Écosse en 2000, quatre ans après des lois anti-tabac, la fréquence des hospitalisations pour asthme chez les moins de 15 ans a diminué de 18 %.

Jean-Pierre Frances

Golden Holocaust. La conspiration des industriels du tabac

Robert N. Proctor

Sainte Marguerite-sur-Mer (France) : Éditions des Équateurs ; 2014. 691 p.

Golden Holocaust, la conspiration des industriels du tabac est un livre incroyable. C'est une historiographie de la cigarette moderne, de la découverte de ses risques mais surtout des méthodes des « *big tobaccos* » pour dissimuler les dangers du tabagisme. Ce travail est issu des archives des différentes procédures judiciaires des trente dernières années (accessible sur le site internet de l'Université de San Diego, Californie).

Huit événements expliquent le développement spectaculaire du tabagisme : le séchage à chaud qui rendit possible l'inhalation de la fumée, la mécanisation de la manufacture de cigarette, la taxation par les gouvernements qui a entraîné au 2^e degré une addiction aux recettes, la fourniture de cigarettes dans les rations des soldats de la 1^{re} guerre mondiale, des techniques marketings de masse, la manipulation par l'industrie des connaissances et la manipulation de la chimie du tabac pour accroître les propriétés existantes et le pouvoir d'accoutumance du tabac. Tous ces points sont développés. Le livre est très bien écrit, accessible à tous et facile à lire. La partie marketing est passionnante. On y découvre les rémunérations des stars de Hollywood pour promouvoir les cigarettes ; que Philippe Morris en 1954 a exposé les américains à 3,2 milliards de messages relatifs à la cigarette (chaque américain était exposé, en 1961, à la seule télévision à 50 heures de publicité sur la cigarette), les stratégies des cigarettes bonbons, la sponsorship du sport, les stratégies de promotion chez les jeunes.

Ce dernier point de la stratégie de promotion chez les jeunes, issue d'un document de 1975 souligne bien qu'il n'y avait aucun interdit. Les propositions d'actions étaient les suivantes :

- « présentez la cigarette comme un des rites d'initiation au monde des adultes ;
- présentez la cigarette comme appartenant à la catégorie des produits et des activités relevant du plaisir interdit ;
- ne leur imposez pas votre marque. Ils n'acceptent pas de recevoir d'ordres. Ils ne sont pas aussi dociles que la société adulte 'libérée'. Suggérez-leur la cigarette ;
- envisagez la technique de l'échantillon pour leur permettre d'essayer votre marque (ils ont très peu la possibilité de comparer, mais ils aimeraient avoir l'impression que cette possibilité leur est offerte ».

En lisant ce livre, vous saurez tout sur :

- les moyens de contourner la publicité sur le tabac (publicité indirecte dont une des principales manières est la diversification des marques déposées) ;
- comment produire de l'ignorance (l'agnotologie). Le seul moyen de rivaliser avec la somme des faits et d'information est de créer le doute et établir qu'il existe une controverse. Les 14 maximes pour créer le doute (p. 308) laisse songeur quant aux pouvoirs de manipulation des *big tobaccos*. Le « Franck statement to cigarette smokers » (publié, en 1954, dans 448 journaux) met en doute les dangers du tabac et met en avant le côté responsable des firmes du tabac ;
- l'escroquerie du filtre qui ne filtre rien ; ou qui pour certains étaient encore plus toxiques (filtre contenant de l'amiante) ;
- les liens d'intérêt entre université (et universitaires) et les « *big tobaccos* » essentiellement pour faire de la recherche leurre ou pour créer le doute ;
- le rôle des historiens qui ont travaillé pour les firmes.

Le dernier chapitre est un plaidoyer pour l'interdiction en santé publique pour aller contre ce qu'« on nous a amenés à croire que la prohibition, en tant que politique générale, était impraticable ou intolérable ».

Ce livre pourrait être primé tant les révélations issues des archives des firmes éclairent la conspiration des industriels du tabac.

Un livre que tout professionnel de santé publique se doit d'avoir dans sa bibliothèque.

François Bourdillon

La place croissante des dispositifs médicaux dans le progrès médical : repères et enjeux

Édouard Couty, Éric Vicaut, Paul de Puylaroque

Paris : Éditions de Santé et Presses de Science Po, Collection « Séminaires » ; 2013. 107 p.

Il s'agit du recueil des actes d'un séminaire organisé en 2012 par la Chaire santé de Science Po avec la participation d'autres instances officielles dont la Haute Autorité de santé ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Les conclusions des travaux s'adressent essentiellement aux pouvoirs publics pour alimenter leurs réflexions sur la refonte des directives européennes dans ce domaine ainsi que pour ce qui est des politiques d'aide à l'innovation à l'intersection des préoccupations sanitaires, économiques et technologiques.

L'introduction fait justement remarquer que la loi du 29 décembre 2011 (relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé) – qui fait suite à « l'affaire Mediator » – n'aborde pas les deux thématiques de l'évaluation et de l'innovation rapportées aux dispositifs médicaux.

Ce que le séminaire se propose de faire et d'en tirer les propositions utiles.

Un chapitre « repères et enjeux » placé en tête de l'ouvrage aborde, de manière brève mais suffisante pour une bonne compréhension, les aspects de lexique, de classification, de place dans les moyens thérapeutiques, du cadre juridique, de la commercialisation et du financement propres à ce domaine.

La première partie qui fait suite traite de l'évaluation et contient les textes de trois interventions :

- Une situation satisfaisante ?

Il s'agit ici de l'évaluation clinique qui est jugée non satisfaisante à cause de difficultés d'ordre méthodologique, ou liées aux utilisateurs principalement par déficit de formation mais encore pour des problèmes de financement des études. Des propositions sont faites dans chaque cas en vue de résoudre ces difficultés.

- Évaluation critique des DM (Dispositifs médicaux).

Les thèmes abordés sont sensiblement les mêmes que ci-dessus bien que l'accent soit plus particulièrement mis sur la valeur du marquage « CE » et sur la rapidité de la prise en charge par l'assurance maladie.

- L'évaluation des DM.

Le champ de l'exposé recouvre celui des deux textes qui précèdent avec cependant un développement plus spécifique sur la matériovigilance.

L'objet de la deuxième partie est l'innovation qui est présentée selon quatre thèmes :

- Les différents types d'innovation.
- Réduire les délais de prise en charge par l'Assurance maladie.
- Mieux financer l'innovation.
- La faculté d'encadrement des pratiques.

Quatre contributions complètent l'ouvrage ; (elles développent les thèmes abordés dans les parties qui précèdent) :

- L'accompagnement des technologies innovantes.
- Le parcours des DM dont la prise en charge dépend de l'acte.
- Télécommunications et télémédecine.
- Prise en charge financière des organisations de soins structurés par des DM communicants. Ce dernier thème est en étroite complémentarité avec le précédent.

Ce livre ne peut être abordé que par des lecteurs curieux de certains aspects, assez « pointus », liés aux dispositifs médicaux et aussi suffisamment avertis de leur positionnement juridique, clinique et économique.

Il faut garder à l'esprit qu'il ne s'agit pas d'un ouvrage technique orienté vers la pratique des soins, mais d'un abord critique de la situation actuelle de ces produits de santé suivi de propositions à destination des décideurs au plan politique.

Michel Deysson

Bien rédiger pour le Web : les clés du référencement naturel

Isabelle Canivet-Bourgaux

Paris : Édition Eyrolles, 3^e édition ; 2014. 714 p.

Ce livre traite de tout ce qu'il faut savoir pour faire un site web performant, adapté aux médias, et bien référencé par les moteurs de recherche et par Google® en particulier.

Il donne :

- des indications pour que la première page du site captive l'attention de l'internaute, suscite son intérêt et lui donne envie d'aller plus loin en facilitant l'accès au contenu ;
- les méthodes pour rendre le texte facile à lire : compréhension, concision, cohérence, fiabilité, illustration, etc. ;
- l'importance du titre, du chapô ;
- le rôle des images pour alléger un texte long et véhiculer efficacement des messages ;
- la façon de rédiger les liens hypertextes internes et externes pour informer l'internaute sur le contenu de la page distante ;
- les stratégies pour un bon référencement.

Le lecteur trouvera également la manière d'interpréter l'analyse des statistiques d'activité d'un site web pour le rendre plus performant.

Le contenu est très pratique avec de nombreux exemples et à la portée de tous. Il s'adresse aussi bien aux professionnels pour une aide au quotidien qu'aux amateurs pour s'informer. Les mots techniques ont leur définition dans la marge.

Ce livre fait 714 pages : je n'ai énuméré que les chapitres qui m'ont le plus intéressée, mais, son contenu est plus complet et pourra répondre à de multiples objectifs de communication sur l'internet.

Gisèle Borgès Da Silva

Réguler la santé

Alain Lopez

Rennes (France) : Presses de l'EHESP ; 2013. 416 p

La santé doit être régulée car, « *si la dépense n'est plus soutenable, la santé de la population se dégradera* » affirme cet ouvrage (page 7). Cependant, la santé étant un domaine particulier qui touche à l'intime, à la vie et à la mort, il faut à la fois contrôler la dépense et répondre aux besoins de la population. Ainsi débute ce passionnant ouvrage que l'on doit à un médecin spécialiste en psychiatrie et en santé publique qui a fait partie de la « mission Ritter » sur les Agences régionales de santé (ARS) et qui est actuellement inspecteur général des affaires sociales à l'IGAS. C'est donc un grand spécialiste.

Voilà un ouvrage qui vient à point nommé alors que la France est en crise et est soumise à de multiples contraintes, en particulier financières. Or, lorsque les choses vont mal et que les réformes sont difficiles, il est essentiel de poser convenablement les termes du débat. C'est le premier mérite de l'ouvrage dont « *le projet [...] est de montrer comment une politique globale de santé est possible* » (page 7).

La première partie, intitulée « *Les principes et la volonté* » traite, en particulier, de la notion de politique de santé, sur son contenu et son architecture. On lira avec grand profit le chapitre 2 consacré aux soubassements idéologiques d'une stratégie de régulation et notamment les notions de bien individuel et de bien collectif, le conflit pouvant naître entre les deux et les difficultés rencontrées par la puissance publique pour concevoir un système qui soit en même temps équitable et efficace, donc économiquement viable.

La deuxième partie est la plus importante. Elle développe les mécanismes de la régulation : la planification nationale et régionale, la tarification, la qualité des pratiques, la régulation par l'utilisateur. On lira avec intérêt la partie sur la tarification dont l'auteur montre les mirages et les limites en raison de la spécificité de la santé et celle sur la qualité des pratiques. Cette partie est particulièrement intéressante par la tentative de définition de la qualité ainsi que par la « *longue marche vers la qualité* » avec deux stratégies, individuelle et collective tout en montrant les limites et les effets pervers. Elle est précieuse aussi par la description du rôle des usagers et de la conquête d'une place comme régulateurs. Cependant, si l'accent est mis avec raison sur la planification, on regrettera que la boîte à outils de la régulation soit incomplète. Il y manque l'action sur la demande de soins (ticket modérateur, franchises, coordination des soins, information, éducation pour la santé). Il y manque également l'action sur le financement des soins et, en particulier, le catalogue des différents modes de rémunération des professionnels de santé (paiement à l'acte, capitation, salariat, paiement à la performance) avec une présentation des incitations propres à chaque mode de rémunération ainsi que la mise en concurrence des financeurs comme cela existe partiellement en Allemagne et la mise en concurrence conjuguée des financeurs et des offreurs de soins comme aux Pays-Bas.

Enfin, la dernière partie traite de « *la construction d'une politique globale de santé et les moyens d'agir* » qui est systématique, rigoureuse et très développée (120 pages).

Au total, malgré les réserves émises, cet ouvrage opportun, clair, précis et bien documenté est remarquable. Il est à lire avec grand profit par toute personne désirant comprendre cette chose si complexe qu'est la régulation de la santé.

Jean Ducos

Santé et travail : quels défis pour le management ?

Françoise Dupuich

Paris : Éditions l'Harmattan, Collection Entreprises et Management ; 2013. 249 p.

Ce livre explore les problématiques de santé en lien avec le domaine professionnel ; il analyse l'impact des réformes sur les comportements de santé des professionnels exerçant en établissement sanitaire ou médico-social.

Ce recueil d'articles universitaires dirigé par l'économiste Françoise Dupuich, couvre plusieurs approches issues des sciences de gestion, de l'économie et du management. Il se décompose en quatre chapitres : chapitre 1 « Une nouvelle donne pour le management de la santé », chapitre 2 « Les causes du stress en entreprise », chapitre 3 « Mesure et analyse du stress » et chapitre 4 « Les solutions aux maux en entreprise ».

Les concepts de « bien-être au travail », de « stress », de « management de la santé », « les risques psychosociaux » sont explicités à partir de sociétés différentes (France, Maroc) de lieux variés [hôpitaux, EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)] de catégories professionnelles (cadres de santé, chefs de pôles, personnels soignants et non-soignants, travailleurs) de patients (personnes hospitalisées, résidents, personnes âgées).

Les auteurs mettent en évidence l'impact des réformes et des transformations au sein des établissements de soins (évolution des mécanismes d'allocation des ressources, mise en place de la tarification à l'activité, introduction de la structure par pôles, gouvernance des institutions...) sur les activités elles-mêmes (les pratiques de soin, la prise en charge médicale du patient, les outils de gestion, les modalités d'organisation du travail, les conditions de travail et les pratiques de management).

Après avoir rappelé les définitions multiples du concept de stress, dont celle de Selye (1956) selon laquelle : « le stress est qualifié de syndrome général d'adaptation », de Laborit (1979) définissant le stress « comme une réaction assurant la survie de l'organisme face à la perception d'un danger », Marc Morin [Institut supérieur du commerce (ISC) Paris *School of Management*] souligne la progression de nouvelles formes de stress visibles à travers la surconsommation médicamenteuse des Français.

Dans son étude visant à analyser des situations professionnelles relevant de la « pénibilité », Julie Vidal, ergonomiste (Association santé travail interservices), expose des pistes d'actions de prévention de santé : coordination d'acteurs, mesures relatives à la formation des professionnels concernés, amélioration de l'environnement et des conditions de travail.

Ouddasser Abderrahmane (Laboratoire de recherche MIDLOG), Evelyne Guffens et Magali Norrito (SUP-RH, Paris) évoquent des stratégies managériales mises en place afin d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux, en considérant chaque variable (le patient au centre de l'organisation, les équipes soignantes et non-soignantes, les cadres de santé, les chefs de pôles).

Des sous-problématiques sont explorées dans le deuxième chapitre comme « Le rythme en douze heures et santé du personnel soignant » (Robert Coulon, Sandrine Schoenenberger, Anne Buttard du Laboratoire LEG de l'Université de Bourgogne, Daniel Gilibert, Laboratoire Interpsy de l'Université de Lorraine, Ingrid Banovic, Laboratoire de psychologie clinique de l'Université Paris 10),

« Les réformes hospitalières et conciliation vie privée-vie professionnelle chez les cadres féminins : une ébauche de réflexion sur l'impact de la tarification à l'activité (T2A) » (Samba Demen doctorant à l'IGR-IAE, Université de Rennes).

Décentrant le débat de l'hôpital vers les Établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD), Alan Vinot (Agence nationale d'appui à la performance) étudie le stress du professionnel en structure médico-sociale au regard de l'influence de la satisfaction des résidents et des familles. Il souligne l'importance des notions de « réalisation de soi », et « d'engagement » pour un individu.

Dans son étude portant sur « Logique gestionnaire *versus* logique humaine : l'impact des réformes hospitalières sur la santé des soignants », Fatéma Safy-Godineau (Institut des administrations et des entreprises des pays de l'Adour, Laboratoire CREG) conclut sur l'épuisement des ressources organisationnelles et *de facto* celles du professionnel et la souffrance au travail en lien avec une perte potentielle ou effective des ressources subjectives se mêlant au sentiment de satisfaction d'exercer son métier de soignant.

Jordane Creusier (Université de Caen Basse Normandie, Nimec EA 969), Naiade Anido Freire (ISC Paris *School Management*) et Sabine Bacouel-Jentjens (ISC Paris *School Management*) s'intéressent aux aspects philosophiques et sociaux du bien-être. Partant d'une double approche philosophique du bien-être (hédonique/eudémonique), Jordane Creusier dissocie la notion de « bien-être au travail », du « bien-être général » et évoque le morcellement contemporain que nous avons fait de la notion originelle du bien-être.

Naiade Anido Freire et Sabine Bacouel-Jentjens (ISC Paris *School Management*) dans une approche plus pragmatique, démontrent les évolutions sociétales en matière de conception du bien-être personnel (qualité de vie, confort matériel, habitat) et ses conséquences en termes de bien-être au travail (poids des transports dans le rythme quotidien, fatigabilité...). Naiade Anido Freire (ISC Paris *School Management*) dans son article intitulé « Un projet pour bien vieillir et mieux guérir les maladies chroniques. Les Villages de santé » montre l'intérêt de la mise en place de villages de santé en termes d'accompagnement social et médical pour des personnes âgées.

Karine Bréhaux