

Grand entretien avec Alfred Spira

Santé publique, statistique et renouveau de la médecine

Alfred Spira, médecin, épidémiologiste, professeur de santé publique et d'épidémiologie à l'université Paris Sud 11, chercheur à l'Inserm. Directeur de l'École de santé publique Paris Sud. Après avoir travaillé dans les domaines de la reproduction humaine et de l'infection à VIH, il s'est spécialisé dans l'analyse des comportements à risque et de leurs conséquences sanitaires. Directeur de l'Institut de recherche en santé publique (www.iresp.net), il se consacre aux liens entre la recherche et l'action de santé auprès des populations.

ALFRED SPIRA

Propos recueillis
par Frédéric Pierru
et Louis Weber

Quelques mots d'abord sur votre parcours personnel. Comment en vient-on à s'intéresser à la recherche épidémiologique et en santé publique ? C'est en effet une discipline qui a été longtemps dévalorisée par rapport à la médecine et à la recherche clinique, dans un système de santé qui est d'abord un système de soins curatifs.

Alfred Spira : Il y a un peu de hasard, comme toujours, celui des rencontres notamment. Avant de faire des études de médecine, j'ai beaucoup hésité. J'ai toujours été attiré par les sciences exactes, la physique mais surtout les mathématiques, ce qui aurait dû me conduire en classe préparatoire aux grandes écoles. Mais j'habitais Tarbes, une petite ville, et les exemples que j'avais sous les yeux montraient que la probabilité de réussite était faible.

Comme mon père était médecin généraliste, je me suis donc inscrit en médecine, où les perspectives me semblaient meilleures. Dès la troisième année, après l'externat, je me

suis inscrit à la faculté des sciences pour y passer une maîtrise de physique-chimie. J'aimais bien les questions qui étaient alors au programme, notamment les principes de la thermodynamique.

En fait, à cette époque, je voulais travailler sur le fonctionnement cérébral en médecine, sur ce que l'on appelle maintenant la biologie structurale, sur la mémoire, le sommeil. Ce qui rendait nécessaire une bonne formation scientifique. J'en ai discuté avec quelqu'un qui est devenu une célébrité dans le domaine (et aussi un ami). Il a eu une attitude très dure mais fréquente à l'époque, me disant : « Viens dans mon laboratoire. Au bout d'un an, un an et demi, on verra si on peut te payer. » Comme à l'époque j'étais déjà marié et chargé de famille, j'ai cherché une voie me permettant de gagner ma vie plus rapidement !

J'ai eu la chance alors de rencontrer Daniel Schwartz, qui deviendra en quelque sorte le père de l'épidémiologie en France, et Robert Flamant, son assistant.

Daniel Schwartz était un polytechnicien, ingénieur des tabacs. Il travaillait sur la mosaïque du tabac. Il a utilisé des méthodes statistiques, notamment celles développées par l'anglais Ronald Fisher¹. Il comparait deux champs de tabac, avec un traitement A pour l'un et B pour l'autre. Il s'interrogeait sur le lien entre ces traitements et le développement des plants de tabac. En 1950 sont parus simultanément deux articles (américain et anglais) établissant un lien entre la consommation de tabac et la survenue de cancers du poumon. Les chercheurs travaillant sur le tabac ont été conduits à s'interroger. Daniel Schwartz s'est alors intéressé aux effets du tabac sur la santé. Il a appris la statistique médicale. Il s'est interrogé sur la causalité et est entré en relation avec Pierre Denoix, alors directeur de l'Institut Gustave-Roussy (IGR), qui est toujours un grand centre de la recherche sur le cancer. Daniel Schwartz a donc créé un service de statistique médicale à l'IGR, rapidement associé à l'Inserm, où il a engagé Robert Flamant.

Robert Flamant travaillait sur les essais thérapeutiques en cancérologie, ce qui était vraiment l'application d'un certain formalisme mathématique à la causalité en situation d'incertitude. C'était vers la fin des années 1960 et j'ai vraiment été séduit par la tentative qui était faite de formaliser la relation

1. Ronald Fisher est un biologiste et généticien anglais, partisan du darwinisme. Il est considéré comme un des fondateurs de la statistique moderne.

cause-effet à des processus biologiques incertains, comme l'efficacité des médicaments. On utilisait à l'époque deux démarches: comparer l'effet de principes supposés actifs à celui de placebos; comparer les médicaments déjà utilisés entre eux; et ceci non pas en confiant à des médecins le soin de les prescrire selon leurs préférences, mais en administrant l'un ou l'autre de ces médicaments par tirage au sort pour chaque nouveau patient. On appliquait ensuite la méthode des tests statistiques pour comparer les deux traitements.

Ces travaux constituaient-ils alors des nouveautés ?

Alfred Spira: En France, ces techniques ont été introduites à partir de 1957 par Daniel Schwartz. Mais elles existaient en Angleterre depuis la fin des années 1940. Le premier essai randomisé² réalisé de cette façon a été publié au début des années 1950. Avant cela, on tentait de répondre à ces questions par des études de cas, ce qui était le propre de la casuistique. Elle a été introduite en médecine à la fin du XVIII^e siècle, avec Laennec. Dans les années 1830, Pierre Louis avait tenté d'introduire la « méthode numérique ». Elle consistait à compter des séries de cas, à établir des statistiques. En Angleterre, il y avait déjà eu un essai de ce type sur le scorbut (James Lind, 1795). Pierre Louis l'appliquera à la tuberculose, qui était alors la grande maladie qui tuait en France. On la soignait par des saignées. Mais les études de cas montraient qu'il y avait des doutes sur l'efficacité de la méthode. Pierre Louis a pris un groupe d'une quinzaine de malades de la tuberculose pulmonaire et l'a réparti en deux ensembles. Les uns ont été saignés, les autres pas. Au bout d'une semaine, il s'est rendu compte que le nombre de morts était plus élevé dans le groupe qui avait été saigné que dans l'autre. Il en a déduit que non seulement la saignée n'aidait pas les malades mais qu'elle pouvait être un facteur aggravant. Il a tenté d'introduire les méthodes statistiques que les physiciens et les chimistes avaient développées dès la fin du XVIII^e siècle, grâce à Jacques Bernoulli et ses travaux sur les probabilités, Bienaimé et quelques autres. Il a fait part de ses résultats dans une communication à l'Académie des sciences en 1835. Il s'est heurté de plein fouet à Broussais, puis à Claude Bernard, qui était un expérimentaliste

2. Terme dérivé de l'anglais *random*, hasard. Le choix du traitement pour chaque malade n'est pas laissé au libre arbitre du médecin mais s'effectue par le biais d'un tirage au sort (encore appelé « randomisation »).

et faisait des observations individuelles. Claude Bernard considérait le raisonnement statistique comme le contraire du raisonnement scientifique.

Dans la France de l'époque, Pierre Louis a vu sa carrière brisée. Il a émigré pour devenir un temps médecin en Russie. Il en a profité cependant pour former des élèves qui ont été plus tard, à Londres, à l'origine de ce qui est devenu au début du xx^e siècle la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). Des élèves de cette école ont ensuite émigré à Baltimore aux États-Unis pour y fonder la première et toujours une des plus fameuses écoles de santé publique du monde, la Johns Hopkins University School of Public Health. Le choix de Baltimore n'est évidemment pas un hasard : c'est un port par où entraient les maladies d'importation, comme la peste. On y appliquait systématiquement la quarantaine, contrairement à ce qui s'était passé à Marseille lors de la grande épidémie de 1720 par exemple. Ceci montre la difficulté qui a longtemps existé, dans notre pays, à faire entrer la rigueur scientifique dans la médecine, considérée comme un art avant d'être une science.

Existe-t-il toujours, dans la médecine ou dans la recherche, un conflit analogue à celui qui a opposé Pierre Louis au monde médical ?

Alfred Spira : Oui. Il faut rappeler que la principale question est celle de la causalité. Dans le monde du vivant, caractérisé par la variabilité, peut-on y répondre seulement de façon statistique ? Ou peut-on, comme le pensent les expérimentalistes, démontrer la causalité par la vérification expérimentale de modèles élaborés *a priori* ? Le problème, c'est que dans la réalité, notamment pour les médicaments, les modèles n'étaient souvent pas, jusqu'à une époque très récente, des modèles « forts ». Ce sont donc toujours les vérifications empiriques qui permettent de trancher. Les deux approches sont donc bien complémentaires.

Mais la tension existe toujours. D'un côté, des biologistes élaborent des modèles très sophistiqués, souvent à partir de dispositifs expérimentaux cellulaires ou animaux, ils en vérifient toutes les étapes dans des conditions de contrôle très strict et en concluent que c'est comme cela que ça se passe et

pas autrement. De l'autre, les praticiens ont en face d'eux des malades, des corps entiers, biologiques et sociaux.

Mais cette tension n'est plus de même nature car il existe dans tous les pays maintenant des instances qui autorisent les médicaments à partir d'études utilisant toujours des méthodes statistiques adéquates.

En France, ce rôle est joué par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Avant cela, les médicaments étaient autorisés par le ministère de la Santé, qui s'appuyait sur des commissions de spécialistes. Ces commissions se prononçaient à partir de dossiers qui ne requéraient pas des essais randomisés. Aujourd'hui, la procédure est très codifiée, avec différentes phases d'essais, dont une phase d'essai comparatif (dit de phase III), puis de suivi « post-marketing ».

Tout cela a démarré aux États-Unis, avec la Food and Drug Administration (FDA), puis en Grande-Bretagne. L'Europe a pris le relais depuis dix ans environ, notamment du fait des problèmes nouveaux créés par les brevets sur les médicaments et leur protection par l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Ces dispositifs ont été généralisés au cours d'une période finalement assez brève, une trentaine d'années.

Quels ont été plus précisément vos sujets de recherche ?

Alfred Spira : En fait je ne me suis jamais occupé vraiment de recherche clinique. Mon premier travail a d'ailleurs porté sur les animaux : une recherche d'immunothérapie adjuvante dans le traitement du cancer du sein chez la souris. Ce que nous avons essayé de faire avec Robert Flamant, c'est appliquer la méthode des essais randomisés aux recherches sur l'animal. C'est plus facile : les animaux sont captifs, à la disposition du chercheur et donc moins difficiles à contrôler, alors que ce n'est pas le cas pour les humains. Je suis ensuite passé par une phase d'essais humains, en travaillant sur l'immunothérapie du cancer du sein. De là, parce que ce domaine était en pleine expansion, avec Daniel Schwartz, Robert Flamant ou Philippe Lazar, nous avons élargi le champ de nos recherches à la reproduction humaine, à la santé des femmes. J'ai travaillé par exemple sur les facteurs de risque des avortements spontanés précoces. Cela m'a

conduit à l'épidémiologie de la fertilité humaine, notamment de la fertilité masculine, en liaison avec le Centre d'études et de conservation des œufs et du sperme (Cecos) de Bicêtre, dirigé par Georges David puis Pierre Jouannet. J'ai continué tout naturellement avec les maladies sexuellement transmissibles et l'infertilité. Enfin, en liaison avec l'apparition du sida, j'ai été sollicité à partir de 1988 pour coordonner les travaux sur la sexualité en France.

Comment décide-t-on de lancer ce genre de programme ? L'initiative vient-elle des scientifiques ? Des politiques ?

Alfred Spira: Des deux, comme c'est le plus souvent le cas. En 1988, Michel Rocard était Premier ministre, il y a eu prise de conscience du fait que le sida était une pandémie aux conséquences considérables. Un rapport a été demandé à Claude Got, qui a préconisé la création d'une agence de recherche spécifiquement dédiée au sida, l'ANRS³. Dans son rapport, il notait une chose très simple: la transmission du VIH se faisait principalement à travers les rapports sexuels et l'usage des drogues par voie intraveineuse. Or, il n'y avait pratiquement pas de recherches à cette époque sur la sexualité humaine ou sur la consommation des drogues dans notre pays. Je me suis emparé de ce rapport et ai proposé à Jean-Paul Lévy, qui venait d'être chargé de créer l'ANRS, d'ouvrir en son sein un département de recherche en santé publique, en plus des départements de virologie, d'immunologie et de recherche clinique initialement prévus. Avec Jean-Paul Moatti⁴, un économiste, et Michael Pollack⁵, un sociologue, nous avons eu une longue discussion avec lui. Il a accepté la création de ce département, ce qui illustre le fait que la décision a été à la fois scientifique et politique. Jean-Paul Lévy m'a proposé d'être le président de ce département, qui est en fait une commission scientifique de l'ANRS. C'est donc à la suite de cela que j'ai été conduit à coordonner l'enquête sur les comportements sexuels et les risques d'infection par le VIH, avec une équipe d'une vingtaine de chercheurs. Cela m'a occupé en fait pendant quinze ans de ma vie, de 1988 à 2003, avec de nombreuses enquêtes, sur la population générale ou des sous-groupes plus spécifiques. Le but principal était de fournir des élé-

3. L'ANRS anime et finance en France les recherches sur le sida et les hépatites virales B et C. Créée officiellement en 1992, l'ANRS est un groupement d'intérêt public (GIP) qui mène ses actions avec le soutien des ministères concernés et des principaux organismes de recherche français. Elle s'appuie également sur un réseau de cliniciens appartenant au secteur hospitalier pour la conduite de ses essais thérapeutiques.
4. Jean-Paul Moatti est professeur d'économie à l'université de la Méditerranée (Aix-Marseille II). Il dirige l'unité Inserm 379 (Épidémiologie et sciences sociales appliquées à l'innovation médicale) ainsi que l'Institut fédératif de recherche 134 (sciences humaines économiques et sociales de la santé d'Aix-Marseille).
5. Sociologue et historien, Michael Pollak est mort du sida à 43 ans en 1992. Il a marqué la lutte contre le sida en France, en étant notamment l'initiateur d'une réflexion sociologique empirique sur le sida, à partir du cas des homosexuels.

ments de connaissance utiles à la prévention. Et c'est bien ce qui fut réalisé.

Il y a donc eu un tournant dans votre vie, avec ce basculement dans la sphère de la décision politique ?

Alfred Spira : Oui mais, à l'inverse, c'est aussi le moment où les décideurs politiques prennent conscience du fait que les problèmes de santé, et non pas de médecine, sont aussi des problèmes politiques, sociaux et économiques. Et qu'ils ont aussi une dimension « sociétale ». En faisant notre enquête sur les comportements sexuels en France, en population générale, nous nous sommes rendu compte que cela bousculait beaucoup de choses. Seuls quelques chercheurs isolés s'étaient occupés jusque-là de sexualité humaine. Mais cela n'avait jamais été institutionnel. M^{me} Thatcher, en Angleterre, avait refusé que ce type de recherche se fasse sur fonds publics. Pour elle, ce qui se passait dans le lit des gens était une affaire privée qui n'intéressait pas le gouvernement. En France aussi, le gouvernement s'inquiétait de possibles réactions. On ne paye pas des impôts pour savoir comment on fait l'amour selon son âge, son sexe ou son orientation sexuelle, devait-on penser ici ou là...

Nous avons donc toutes les semaines une réunion avec un membre du cabinet du Premier ministre, qui suivait les affaires sociales. Ce qui était complètement inhabituel, pour moi mais aussi pour le monde de la recherche en général. J'ai même compris que le Premier ministre avait tenu à se couvrir par un feu vert de l'Élysée, preuve que le sujet était considéré comme socialement et politiquement sensible.

C'est aussi l'époque où le politique se rend compte que l'administration de la santé est un peu en déshérence ?

Alfred Spira : Effectivement. À la fin des années 1980, le gouvernement se rend compte que la santé est devenue aussi une question sociale et politique, pouvant même conduire un ancien Premier ministre devant la Haute Cour de justice. En même temps, il prend conscience du fait que les connaissances permettant d'argumenter la décision politique font souvent défaut. Par exemple, le principal outil qui

permettait de connaître un peu l'évolution des maladies, le registre des maladies à déclaration obligatoire, était complètement tombé en désuétude. Ce registre avait été créé pour tenter d'enrayer le développement de risques pour la société, comme la syphilis au début du xx^e siècle. Il fallait détecter les syphilitiques pour les obliger à se soigner ou éventuellement les enfermer, pour éviter les troubles à l'ordre public qu'ils pouvaient causer. On a ajouté d'autres maladies à cette liste, la rage, le choléra, la variole, la varicelle, etc. Mais comme il n'y avait pas de sanction possible, les médecins ne déclaraient plus les maladies répertoriées. Parallèlement, à partir des années 1970, on a commencé en France à développer des registres de pathologies comme les cancers. Mais cela ne s'est développé que lentement, pour atteindre 15 % de la population pour les cancers actuellement, par exemple (alors que la couverture de la population est totale en Grande-Bretagne ou dans les pays nordiques...).

C'est à partir de ce constat qu'il y a eu interaction entre le monde de la recherche et le monde politique. La connaissance médicale sera dès lors considérée comme un des éléments pouvant intervenir dans la décision politique.

La position des chercheurs a donc complètement changé, en particulier celle des épidémiologistes qui apportaient des informations « objectives ». J'ai continué à faire cela, aidé sans doute par le fait que je ne me suis jamais considéré comme un chercheur dans sa tour d'ivoire, mais comme un chercheur participant à la vie sociale.

Après avoir contribué à apporter une certaine rigueur dans une discipline qui était plutôt « molle » par rapport à la biologie, j'ai donc pensé, avec d'autres, qu'il était normal de mieux étudier la relation entre le fonctionnement social et la maladie, pour pouvoir apporter plus de connaissances et des arguments scientifiques afin d'asseoir des politiques publiques de santé, dans le domaine de la prévention, de l'organisation du système de santé, de l'accès aux soins, etc.

Comment cela s'est-il concrétisé ?

Alfred Spira: J'ai été conduit à participer à des groupes de réflexion, avec d'autres collègues, sur la façon dont on pou-

vait faire évoluer les connaissances sur l'état de santé des Français.

Très tôt, à la fin des années 1980, sous la direction de Jean-François Girard⁶, qui a joué un rôle clé dans la façon de penser la rénovation du système de santé, nous avons réfléchi à cinq ou six à ces questions, avant d'élargir le groupe. Le Réseau national de santé a été créé en 1988, dans cette optique.

Vous faisiez partie du petit groupe qui se réunissait « clandestinement » dans un lieu privé ?

Alfred Spira: Oui, mais je pensais jusqu'ici que c'était un « secret » ! En fait, nous étions en train d'imaginer un système pour évaluer l'état de santé de la population qui sorte du cadre de l'administration, c'est-à-dire de la Direction générale de la santé, pour acquérir une réelle autonomie. Ce qui revenait à dessaisir celle-ci d'une partie de ses missions. D'où ces modalités un peu hors normes, surtout pour le directeur en titre ! Nous nous réunissions donc effectivement de façon un peu secrète dans une maison inoccupée. C'est là que nous avons jeté les bases du Réseau national de santé publique.

Nous avons bénéficié de plusieurs facteurs favorables. Girard avait d'abord pris la précaution d'associer plusieurs personnes de son administration à la réflexion. Ensuite, une fois que le projet avait pris forme, nous avons eu la chance de trouver une personne disponible pour le mettre en œuvre, qui soit en dehors du sérail. Sans cela, on nous aurait accusés de prise de pouvoir au bénéfice soit de l'Inserm, soit de l'université, soit de l'Inspection générale de la santé, selon l'origine de la personne que nous aurions choisie. Cette personne était Jacques Drucker, un jeune médecin qui avait été se former à Atlanta aux États-Unis, au sein de l'Intelligence Health Service (IHS). À son retour, il a été nommé à l'université de Tours. Il avait en outre de bonnes relations avec Charles Mérieux, des laboratoires du même nom. Celui-ci, à partir d'une démarche commerciale – la vente de vaccins dans le monde – avait cependant développé une vraie vision de santé publique pour les pays du tiers-monde, finançant la vente de vaccins à bas prix grâce aux bénéfices réalisés dans les pays développés. Il avait

6. Ancien directeur général de la santé, Jean-François Girard, conseiller d'État, est aujourd'hui président de l'Institut de recherche sur le développement (IRD).

élaboré un système de péréquation, vendant ses vaccins plus cher dans les pays du Nord que dans ceux du Sud, où il en assurait également la distribution dans des situations d'urgence. Il avait une vraie pensée de santé publique, qu'il mettait cependant en œuvre dans un réseau privé, parallèlement à l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

L'idée que l'épidémiologie pouvait être utile à la décision politique s'est développée au début des années 1980 un peu partout dans le monde ?

Alfred Spira: Oui, ainsi par exemple au Canada. Ce pays a développé à cette époque ce qu'on a appelé la santé communautaire. Cela revenait à aborder les problèmes non plus seulement à travers les individus, mais aussi à travers la communauté. Les médecins et d'autres personnels travaillaient dans les Centres locaux de santé communautaire (CLSC) et combinaient approche médicale et approche sociale et environnementale en prenant en compte le travail dans les usines, les cantines scolaires, etc. Sous l'impulsion d'un professeur de santé publique, devenu ministre de la Santé, le Canada est devenu une sorte de laboratoire pour la santé communautaire, notamment pour le lien entre épidémiologie et santé publique universitaires d'une part, décision politique de l'autre. De nombreux étudiants sont partis se former là-bas. Comme ceux qui étaient partis aux États-Unis, ils sont revenus avec l'idée qu'il est possible d'évaluer la santé publique, de produire des connaissances dans ce domaine et que ces connaissances sont utiles pour la décision politique et l'organisation sanitaire et sociale.

À plusieurs reprises, l'idée que la France était en retard et que les chercheurs français avaient suivi un mouvement initié ailleurs est apparue, explicitement ou non, dans ce que vous avez dit. Comment peut-on expliquer cela ?

Alfred Spira: L'explication est double. La première, déjà évoquée, est représentée par l'accueil fait en France aux travaux de Pierre Louis. Cela a laissé des traces pendant plus d'un siècle, mais témoigne également d'un état d'esprit. La domination de la physiopathologie et de la

médecine expérimentale dans le champ scientifique a fait qu'il a fallu attendre 1957 pour voir (ré) apparaître la statistique médicale et 1958 pour voir réellement introduite la biologie à l'hôpital.

La deuxième raison est que, malgré son ancienneté en France, la santé publique s'y est elle-même déconsidérée. La santé publique est apparue en France avec Villermé, considéré comme le fondateur de la médecine du travail et de l'épidémiologie sociale, au cours de la première moitié du XIX^e siècle. Il a travaillé sur la santé des mineurs de Lorraine et les liens avec leurs conditions de travail, se rendant compte que les conditions économiques et sociales dans lesquelles ils vivaient étaient un facteur agissant au moins autant sur la santé que le minerai, la silicose et les maladies broncho-pulmonaires. Le congrès de 1901 de la Société française de santé publique montre que cette discipline constituait une réelle force intellectuelle, capable de produire des connaissances.

Mais ce mouvement a pris un tournant, dans lequel il s'est complètement fourvoyé, le tournant hygiéniste. Après les travaux de Villermé, on s'est beaucoup intéressé à la tuberculose et aux maladies sexuellement transmissibles. Cela s'est traduit par un mouvement de défense des gens indemnes contre les gens atteints par la maladie. Il fallait protéger de la contagion les personnes qui n'avaient pas la syphilis ou la tuberculose. Le mouvement hygiéniste s'est fourvoyé dans des politiques restrictives, coercitives, moralistes et stigmatisantes. Il y a eu par exemple au début du XX^e siècle la création d'une Ligue nationale contre le péril vénérien ou de l'Association de prophylaxie sanitaire et morale, dont les noms mêmes sont lourds de signification ! Le summum a été atteint durant la Seconde Guerre mondiale, sous Vichy, avec Alexis Carrel et des mesures extrêmes allant jusqu'à prôner l'eugénisme. On peut certainement y voir l'influence de Maurras et de la pensée nationaliste. L'occupation allemande a aussi facilité les choses. Mais la tendance existait dès les années 1920. Il faut tenir compte aussi de l'influence des idées natalistes. En témoigne la loi de 1920 interdisant l'avortement, qui punit de mort les actes visant à faire avorter. Sous Vichy, des femmes ont été guillotonnées pour avoir pratiqué des avortements.

Le mouvement hygiéniste s'est appauvri scientifiquement. Dans les pays anglo-saxons, mais aussi en Scandinavie, l'épidémiologie s'est au contraire développée sur des bases rationnelles et scientifiques. Le contact a été rétabli dans les années 1950, en particulier grâce à Daniel Schwartz, comme je l'ai dit, puis à François Grémy.

Il faut remarquer que Robert Debré a joué un rôle très positif dans ce domaine. Il était pédiatre mais aussi professeur de santé publique à l'université. Il a prononcé un discours fameux au colloque de Caen⁷, présidé par Pierre Mendès-France en 1956. Il y insistait sur le fait que les internes en médecine ne devaient pas seulement s'occuper des patients dans leur lit mais aussi aller voir leur domicile, les usines et ateliers où ils travaillaient, pour prendre en compte leur environnement économique et social. Il a créé en 1962 l'École nationale de santé publique de Rennes, la première du genre en France. Il a beaucoup agi pour que les disciplines scientifiques et la biologie soient introduites dans les études de médecine, notamment à l'occasion de la réforme hospitalo-universitaire de 1958 qui a développé la recherche biomédicale dans les hôpitaux. Il a beaucoup soutenu Daniel Schwartz pour se faire accepter dans le monde biomédical, ce qui n'allait pas de soi pour un polytechnicien non médecin, devenu professeur de médecine.

Les maladies qui ont été évoquées jusqu'ici sont essentiellement la tuberculose, le cancer et le sida, autrement dit ce qu'on pourrait appeler les grands fléaux de l'époque. En Afrique, on aurait certainement eu d'autres centres d'intérêt aussi, comme la malaria par exemple. Cela veut-il dire que les grands programmes de santé publique sont étroitement liés à l'importance sociale de ces maladies et non pas à leur gravité en soi ?

7. Colloque sur « l'enseignement et la recherche scientifique », organisé du 1 au 3 novembre 1956 à Caen. Il a élaboré une « Plateforme nationale de la recherche scientifique » que l'association Sauvons la recherche a fait redécouvrir au cours de ses actions de ces dernières années.

Alfred Spira: L'épidémiologie s'est en effet développée, dans nos pays, à propos des maladies occasionnant le plus de décès, c'est-à-dire les cancers et les maladies cardiovasculaires. Donc en fonction de leur importance quantitative et qualitative. Pour les cancers, depuis trente ans, ce sont les cancers pulmonaires pour les hommes et celui du sein pour les femmes (même si le cancer du poumon progresse très rapi-

dement chez les femmes maintenant). C'est sur ces bases que l'épidémiologie s'est développée. Aux États-Unis, il s'agit de la tuberculose, des maladies cardio-vasculaires et du cancer. Il y a eu ensuite le sida, un peu partout dans le monde.

Mais il y a eu aussi d'autres travaux. Nous nous sommes par exemple beaucoup occupés de fertilité, de périnatalité, mais aussi de diabète et de maladies métaboliques, d'affections pulmonaires, etc.

Il existe une autre approche possible. On peut s'intéresser aux maladies à partir de leurs causes les plus fréquentes, ou plutôt de leurs facteurs de risque de survenue. Ce qui revient à étudier la consommation de tabac, d'alcool, et immédiatement derrière, l'activité professionnelle, la nutrition et l'exercice physique, l'environnement... Il y a enfin les conditions de l'environnement, social en particulier. Les épidémiologistes ne s'y sont intéressés qu'assez tard. Il y a une raison technique à cela, les outils quantitatifs étant en effet mal adaptés à l'étude de ces questions qui, dans notre pays au moins, ont plus souvent été traitées de façon qualitative.

Aujourd'hui, on classe les déterminants de la santé en cinq catégories :

- les facteurs biologiques, comme l'hypertension artérielle, les facteurs génétiques qui font que l'on est plus ou moins susceptible de développer telle ou telle affection ;
- l'environnement physique, chimique, biologique, de façon générale ou dans le milieu professionnel ;
- l'organisation sociale, les conditions économiques, culturelles ;
- les comportements individuels et l'attitude face à la prise de risque ;
- le fonctionnement du système de santé, l'accessibilité, la prise en charge, la prévention.

On s'intéresse donc à ces cinq composantes et à leurs interactions. Ce qui conduit à traiter trois grandes orientations de recherche :

- les déterminants et leurs interactions ; comprendre qui est malade et qui ne l'est pas, pourquoi on est malade et pourquoi on ne l'est pas ;
- les politiques publiques de santé, leur mode d'élaboration, leur suivi et leur évaluation ;

– le fonctionnement des systèmes de santé, la prévention, le système de soins, les modalités de suivi des usagers.

Ce qui est important pour ces recherches, ce sont les outils pour les conduire. Or, s'agissant de la santé publique, ces outils sont nécessairement massifs. Les recherches en santé publique sont en un sens un artisanat, avec élaboration d'hypothèses très fines, par exemple sur l'exposition professionnelle dans tel ou tel contexte, l'interaction que cela peut avoir avec la consommation d'alcool ou de tabac, avec l'exercice physique, et le risque de survenue de telle ou telle maladie, etc. En même temps, les outils déployés sont de grosses études, portant sur des milliers, voire des centaines de milliers de personnes. On a même construit aujourd'hui des cohortes de plusieurs millions de personnes. Le plus souvent, il faut suivre les gens tout au long de leur vie parce que les déterminants peuvent partir de l'exposition intra-utérine, se poursuivre durant l'enfance. On sait maintenant par exemple qu'il existe un lien entre l'alimentation de la mère durant la grossesse et le risque d'hypertension ou de survenue de certains cancers à l'âge adulte, avec bien sûr des interactions avec les susceptibilités individuelles.

Pour mener ces travaux, il faut des moyens importants en termes de structures, d'équipes de gens bien formés – mathématiciens, médecins, spécialistes des sciences humaines et sociales.

Il faut aussi des personnes stables. On parle beaucoup de recherche sur projet. Mais pour que cela marche, il faut aussi assurer la continuité, ce qui suppose que les personnes restent au-delà de trois ou six ans, comme on le prévoit trop souvent aujourd'hui. Il faut aussi des labos, eux aussi stables. Certains projets concernent en effet la vie entière. On débute aujourd'hui des projets qui vont durer tout au long du siècle. Ceci ne peut pas être réalisé exclusivement avec du personnel temporaire.

Ce qui ne cadre pas vraiment avec certains projets actuels du gouvernement ?

Alfred Spira: En effet. Je suis plutôt inquiet de ce point de vue depuis un certain temps. Il faut tenir compte aussi bien de la rapidité de certaines évolutions actuelles – pour les-

quelles dix ans est un horizon très lointain – et du fait que la nature même de nos disciplines suppose de raisonner sur des durées longues.

Ici même, à l'Inserm, plus du tiers du personnel, chercheurs compris, part à la retraite dans les cinq années qui viennent. Cela pourrait constituer une opportunité formidable pour renouveler les équipes et pour les rajeunir. Au lieu de cela, on travaille sur un schéma qui consiste à réaliser des économies en recrutant plus de chercheurs sur des contrats à durée déterminée, éventuellement mieux payés, mais très temporaires. Pour les jeunes chercheurs que nous formons, qui gagnent de 2 000 à 2 500 euros, après souvent dix ans d'études supérieures, le gain immédiat personnel serait bien sûr appréciable. Mais cela reste cependant des CDD, fragilisant les personnes et le tissu de recherche. Alors que l'on pourrait rendre les carrières scientifiques attractives, dans un environnement stabilisé et réellement soutenu, sans suspicions. Ne s'agit-il pas d'un vrai investissement dans le futur ?

Quelle est la situation dans d'autres pays ?

Alfred Spira: Les chercheurs y sont souvent payés de 30 à 50 % de plus que chez nous. C'est le cas en Belgique mais aussi au Royaume-Uni. On le justifie parfois en arguant de la plus grande stabilité de l'emploi dans la recherche en France. Mais, même au Royaume-Uni, il existe des chercheurs statutaires, qui ont des postes à vie. C'est le cas pour les *tenure positions*, qui existent aussi aux États-Unis. Pour faire marcher des labos et des équipes sur le long terme, il faut en effet un minimum de personnels stables, des structures de recherche pérennes.

Pouvez-vous nous dire quelques mots de vos engagements sociaux et politiques ?

Alfred Spira: J'ai toujours tenu à avoir des engagements sociaux. Étudiant, j'ai milité à l'Union des étudiants communistes (UEC). Plus tard, j'ai participé à « Santé et socialisme », de même que, après 1968, au Groupe information santé (GIS). Ce groupe était sans doute le premier à s'interroger sur les liens entre conditions de travail et santé. Il a

notamment travaillé à Noyelles-Godault sur les problèmes posés par l'exposition au plomb. J'ai été membre du Mlac⁸, ce qui m'a fait participer à des avortements, sans les faire moi-même, n'étant pas gynécologue.

Comme je l'ai dit précédemment, cet engagement a fait qu'il m'a paru naturel de chercher à construire des liens entre recherche et décision politique. Mais au-delà de cela, j'ai travaillé aussi avec des personnes qui ne se situent pas au niveau de la décision mais à celui de la pratique.

J'ai travaillé dans cette optique avec le Secours populaire français. On y prend bien en charge les personnes dans le besoin pour la nourriture et les vêtements, un peu plus difficilement pour les aides financières. Mais, s'agissant de la santé, il y a un manque évident de savoir-faire. Les personnes du Secours populaire y réfléchissent depuis longtemps. C'est en effet une question doublement importante: d'une part parce que les mauvaises conditions de vie sont à l'origine de dégradations dans le domaine de la santé; d'autre part parce que le mauvais état de santé est souvent un frein pour une éventuelle réinsertion, alors que la bonne santé est un facteur important de développement, individuel et collectif.

Comment interveniez-vous ? Par le conseil ?

Alfred Spira: J'ai surtout travaillé avec quelques fédérations du Secours populaire pour aider à prendre en charge les questions de santé. Cela commence souvent par travailler sur les mots qu'il faut utiliser, notamment pour parler de questions comme celle du sida et du VIH, mais aussi de toutes les maladies.

J'ai eu aussi à intervenir pour faciliter l'accès à l'information, pour la prévention et la prise en charge des malades. C'est en effet une grande source d'inégalités. Les personnes marginalisées, contrairement aux autres qui peuvent compter sur divers soutiens, ne savent souvent pas à qui il faut s'adresser lorsqu'on est malade.

J'ai également contribué à monter des programmes autour des liens entre alimentation, exercice physique et santé. Comme les autres organisations de même type – le Secours catholique, Emmaüs, Les restos du cœur, etc. – le Secours populaire distribue de la nourriture. On peut profiter de

8. Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception.

l'occasion ainsi donnée de rencontrer des personnes dans le besoin pour discuter avec elles de quelques précautions à prendre pour que la nourriture soit saine et équilibrée. Ces associations organisent ainsi des ateliers et des cours de cuisine par exemple.

Et la Palestine ?

Alfred Spira : C'est une question qui a pour moi une dimension plus personnelle. Je suis originaire d'une famille juive d'Europe centrale. Une grande partie d'entre elle a disparu dans les camps. Mes parents ont réussi à s'en sortir par une succession de petits miracles. En un sens, je me suis donc considéré comme un rescapé. À ce titre, j'ai toujours été sensible au sort des minorités ethniques, linguistiques ou culturelles, voire nationales. Je me suis donc intéressé très tôt à la question des relations entre Israéliens et Palestiniens. Pour des raisons personnelles ou professionnelles, j'ai eu souvent l'occasion d'aller dans les pays du Moyen-Orient. Après les accords d'Oslo, j'étais vraiment convaincu que la paix était proche et que chacun d'entre nous se devait d'intervenir pour y contribuer. Pour moi, la santé publique fait partie intégrante des droits de l'Homme. J'ai donc pris contact avec l'université de Bir Zeit⁹ et son département de santé publique. Pendant cinq ans, j'y ai fait des cours à raison de deux semaines par an. Une de mes étudiantes de Bir Zeit a même fait ultérieurement sa thèse avec moi à Paris. La deuxième intifada a malheureusement fait que les conditions, notamment de sécurité, n'étaient plus remplies pour que je continue.

C'était pour moi une expérience très intéressante. J'y ai rencontré des gens très motivés, des médecins d'un certain âge et des infirmières généralement plus jeunes, qui avaient souvent fait leurs études dans divers pays du monde. La session se terminait toujours par une séance un peu émouvante où je leur expliquais les raisons de mon séjour, retrouvant dans ce qu'ils vivaient une partie de ce qui avait été ma propre histoire familiale. J'ai rarement eu à ce point l'impression que, pour contribuer à la paix, il était indispensable de se parler ! Et que la santé publique pouvait être un bon vecteur pour cela ! ■

9. Une des principales universités palestiniennes, en Cisjordanie.