

## RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

### Régulation sociale du développement biomédical : un autre point de vue

Vinck, Dominique; Warrant, Françoise

*Published in:*  
Cahiers du GERM

*Publication date:*  
1988

*Document Version*  
le PDF de l'éditeur

#### [Link to publication](#)

*Citation for pulished version (HARVARD):*

Vinck, D & Warrant, F 1988, 'Régulation sociale du développement biomédical : un autre point de vue', *Cahiers du GERM*, numéro 204, pp. 25-31.

#### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

#### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# RÉGULATION SOCIALE DU DÉVELOPPEMENT BIOMÉDICAL: UN AUTRE POINT DE VUE

Dominique Vinck,  
chargé de recherche  
Françoise Warrant,  
assistante

Facultés  
Universitaires  
de Namur

Les 21 et 22 mai 1987, à Anvers, le colloque «La bioéthique dans les années '90» rassemblait le monde académique de notre pays pour débattre, entre autres, de questions éthiques en rapport avec la fécondation médicalement assistée, le statut de l'embryon, la génétique de la vie débutante, l'approche de la vie finissante, l'éthique et la régulation de l'évolution scientifique. Pour sa préparation, six groupes de travail avaient été constitués. L'un d'entre eux s'intitulait: «régulation sociale du développement biomédical».

Ayant eu connaissance des travaux de ce dernier groupe de travail, nous avons réagi à son projet de rapport en espérant élargir fructueusement le débat. La commission «régulation» connaissait une évolution regrettable; au fur et à mesure de l'avancement de ses travaux, elle réduisait la problématique du contrôle démocratique à quelques-uns de ses aspects. Les essais d'ouverture de la réflexion, présents dans les premiers documents, avaient disparu dans les projets ultérieurs. Les débats

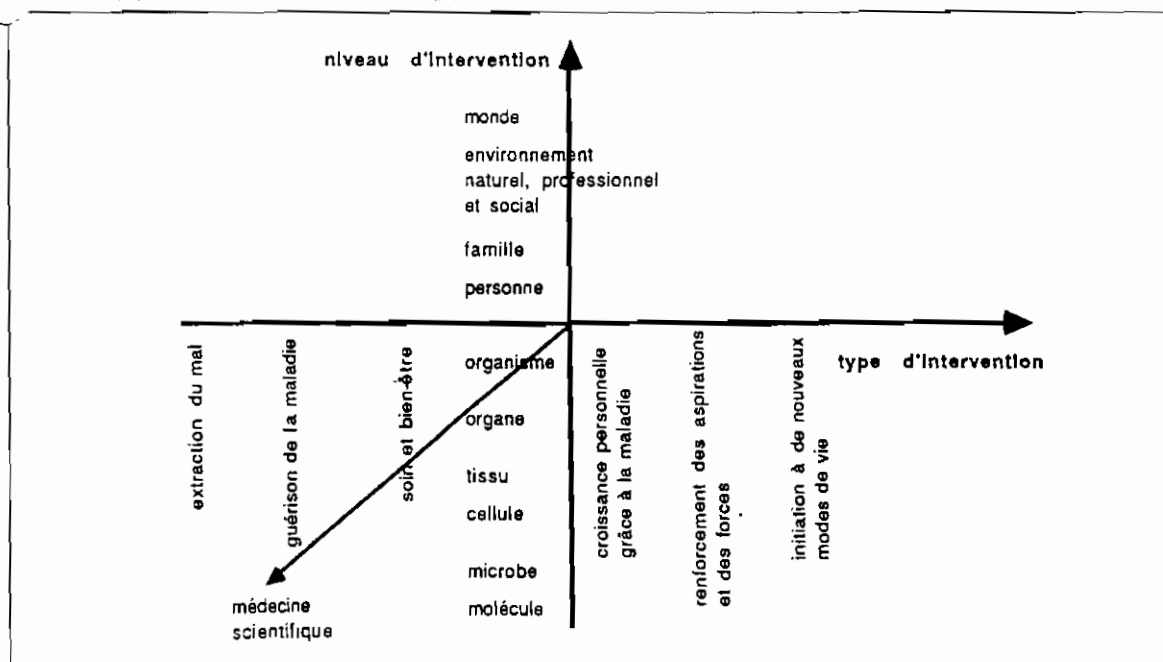
lors du colloque n'ont malheureusement guère permis d'infléchir la tendance dominante.

En fait, dans les documents du groupe de travail, *régulation sociale* est devenu synonyme de *comités d'éthique* et *développement biomédical* est quasiment réduit à *expérimentation humaine*. Cette double réduction motive notre propos. Les lignes qui suivent tentent de jeter les bases d'une réflexion plus large; elles visent une véritable régulation sociale (1) du développement biomédical considéré dans son ensemble.

## La régulation sociale du développement biomédical: deux approches

Deux conceptions de la régulation sociale du développement biomédical s'opposent ou se complètent. Elles sont illustrées par le schéma 1 suivant:

Schéma 1 :  
deux approches du développement biomédical de la régulation sociale



(2) Cfr. F. Warrant, *Nouvelles technologies et démocratie: propositions pour la région wallonne*, sept. 1986, p. 8.

(3) Ainsi, la démarche du "Constructive Technology Assessment", en introduisant le processus d'évaluation des choix technologiques dès leur conception entend intégrer les usagers dès les premiers stades de développements des produits.

(4) Dans le cadre d'une recherche-développement d'aides techniques pour des personnes handicapées, l'équipe du Professeur M. Mercier (Faculté de Médecine de Namur, Département de psychologie médicale) étudie une alternative au développement d'automates programmables destinés à assister des handicapés tétraplégiques. A partir d'une analyse de soins de la personne handicapée, le département évalue les possibilités d'apprentissage chez une espèce de singe; celui-ci serait un compagnon domestique au même titre que le chien pour la personne aveugle. Le singe est, en effet, un excellent analyseur d'image, un robot excessivement souple et un compagnon dont la durée de vie est supérieure à celle des ordinateurs. D'autres travaux s'inscrivent dans la même ligne aux Etats-Unis.

Selon la première conception (A), la régulation sociale porte:

- soit sur le transfert des produits du développement scientifico-technologique vers la société; par exemple, le passage des techniques de fécondation *in vitro* des laboratoires de biologie vers la pratique médicale,
- soit sur l'utilisation sociale de ces produits; par exemple, la possibilité pour une femme seule d'utiliser la technique de fécondation *in vitro*,
- soit sur la maîtrise des conséquences sociales du transfert.

Les comités d'éthique s'inscrivent dans cette première approche. Localisés dans, ou à proximité, des institutions médicales, ils régulent la mise en oeuvre des connaissances et des techniques issues de la recherche. Ils exercent également leur contrôle sur les conditions de réalisation de la recherche, en particulier, les questions du respect de la personne dans le contexte d'une expérimentation. Il n'y a pas vraiment régulation sociale dans les comités d'éthique; les décisions reposent dans les mains des représentants des institutions médicales, scientifiques et religieuses, lesquels sont accompagnés de juristes et de philosophes. On ne rencontre que marginalement les sociologues et les travailleurs sociaux et encore plus rarement les mouvements de consommateurs, de patients et d'usagers. Il n'y a, en tout cas, de participation réelle et active des usagers ni à l'information, ni à la décision. Les questions débattues sont étroitement liées à la recherche actuelle, plus particulièrement, au contrôle de l'expérimentation humaine.

L'autre conception (B) de la régulation sociale porte:

- soit sur les orientations à donner au développement scientifico-technique en général et son rôle dans le champ de la santé, en particulier,
- soit sur la prise en compte des besoins des utilisateurs dans les développements en question.

Entrent dans cette conception, notamment, les évaluations sociales des technologies basées sur la logique des usages, c'est-à-dire celle qui est peu à peu définie par les utilisateurs (2) par opposition à celle prévue par les concepteurs (3). Plusieurs travaux récents (4) vont dans ce sens; à partir d'une analyse des besoins et de la prise en compte des moyens dont disposent les utilisateurs, de nouveaux outils et concepts sont développés. Ainsi, un nouveau corps de connaissances et de nouveaux développements technologiques sont constitués au départ d'une évaluation sociale. Une condition requise dans la mise en oeuvre de cette approche réside dans l'implication réelle de la population dans le processus de recherche et de développement et dans la prise

de décision. Il est remarquable de souligner à quel point les usagers sont absents du débat bioéthique. Le champ de la santé concerne pourtant la collectivité et chaque individu. Au minimum, pour que la régulation bioéthique soit effectivement sociale, il s'agirait de garantir les conditions effectives d'un débat. La dualité de ces deux approches de la régulation sociale du développement biomédical repose en fait sur la multiplicité fondamentale de la définition même de la santé.

## A chacun sa conception: qu'est-ce que la santé?

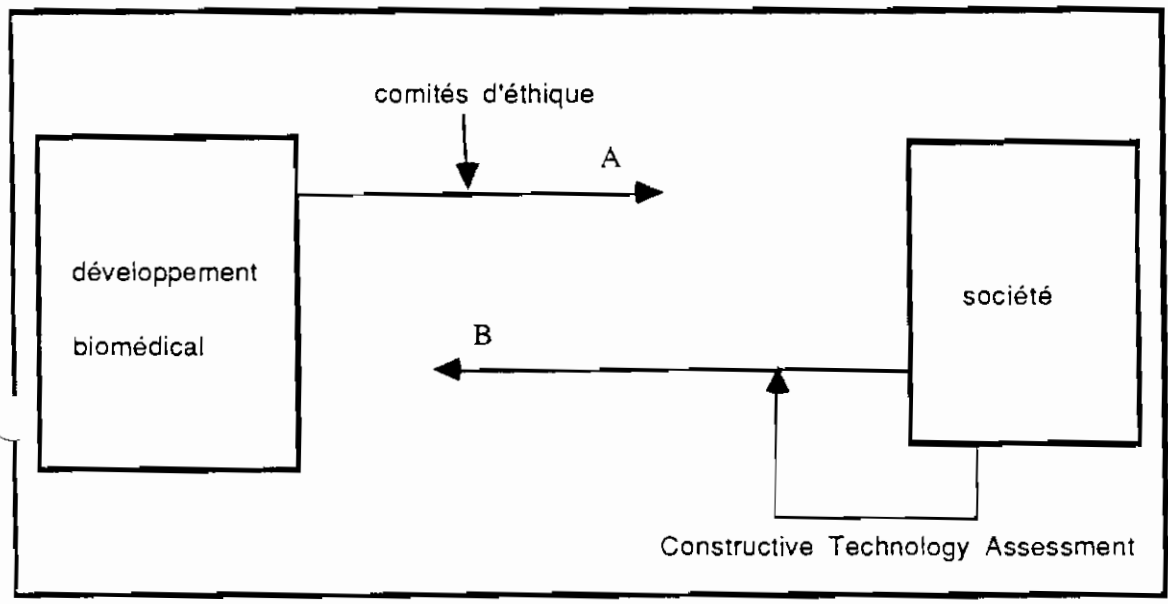
La santé, c'est l'état de complet bien-être physique, psychique et social: telle est la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé. Certains proposent des définitions plus restrictives. Toutefois, quand des sondages sont réalisés auprès d'échantillons de la population, il apparaît que chacun définit de manière personnelle ce qu'est pour lui la santé. Pour les uns, la santé c'est n'avoir aucun organe en mauvais état. Pour d'autres, la santé, c'est pouvoir vivre et travailler avec les autres. Pour d'autres encore, la santé, c'est être sûr d'être soigné, etc. (5).

Le développement biomédical est, au mieux, une réponse insuffisante aux besoins sous-jacents exprimés au travers de ces définitions de la santé. Il en était ainsi, il y a un an, par exemple, pour les étudiants boursiers étrangers, renvoyés dans leur pays parce qu'ils étaient séro-positifs dans le dépistage du SIDA; même s'ils ne souffraient en rien du virus, ils avaient de quoi définir la santé par: «c'est pouvoir vivre et travailler avec les autres». La réponse à leur désir n'était pas nécessairement de l'ordre du développement biomédical actuel.

Pour mieux situer la multiplicité des définitions du champ de la santé, nous nous référons au diagramme de Lambourne (6) (schéma 2).

Le diagramme est constitué de deux axes. Sur l'abscisse sont indiqués les types d'intervention: extraction du mal, guérison du mal, soin et bien-être, croissance personnelle grâce à la maladie, renforcement des aspirations et des forces, initiation à de nouveaux modes de vie. Sur l'ordonnée, on indique, de bas en haut, le niveau d'intervention: la molécule, le microbe, la cellule, le tissu, l'organe, l'organisme, la personne, la famille, l'environnement naturel, professionnel et social, le monde. En combinant une coordonnée d'abscisse et une coordonnée d'ordonnée, on obtient une définition possible de la médecine et corrélativement de la santé. Par exemple, la médecine scientifique tend à correspondre à la combinaison

Schéma 2 : les définitions de la santé



niveau d'intervention «la molécule» - type d'intervention «l'extraction du mal». La santé serait alors définie en termes de «non-écart par rapport à une norme définie en termes physico-chimiques». A un autre extrême, il s'agirait d'une action mondiale visant à accroître les possibilités d'épanouissement des personnes.

L'étendue du champ de la santé présenté ci-dessus éclaire la seconde réduction opérée par la commission «régulation sociale du développement biomédical». Elle nous pousse vers une conception plus ouverte de l'éthique de la santé. Les champs du questionnement et de l'action doivent dépasser la seule question du contrôle de l'expérimentation humaine.

Après avoir élargi le débat, nous proposons maintenant de montrer comment, en d'autres lieux, la question de la régulation sociale du développement scientifico-technologique a été abordée et traitée. Il existe, en effet, une multiplicité de lieux et d'acteurs concernés par ces questions; il serait dommageable de se cantonner, même pour des raisons académiques ou scientifiques, aux seuls comités d'éthique.

**Un enseignement à tirer des expériences étrangères (7)**

L'échantillon d'expériences présentées ci-dessous correspond au souci dans le chef des auteurs d'illustrer la façon dont le spectre des critères d'évaluation peut être tantôt étroit, tantôt plus large, permettant alors aux différents partenaires du système de la santé d'intervenir dans le processus d'évaluation. En

évoquant brièvement la situation en Italie, en RFA, en Suède et en France, on mettra l'accent sur différents modes de régulation du développement des techniques et des pratiques médicales. On posera la question des objectifs poursuivis par les acteurs de cette régulation, des acteurs intervenant dans ce processus et de leur technique d'évaluation. Pour ce dernier point, on accordera une attention particulière aux conférences de consensus.

En Italie, l'évaluation des choix technologiques relatifs à l'équipement médical peut être décrite comme un processus se déroulant en trois phases:

- 1. identification des nouvelles technologies et de leurs applications possibles;
- 2. analyse de leur coût-efficacité;
- 3. synthèse de la connaissance ainsi acquise.

On observe une tendance de plus en plus marquée à prendre en compte les retombées économiques des nouvelles technologies médicales au sein de l'industrie de l'appareillage médical. C'est ainsi que Tecnobionica a pour fonction de proposer, de coordonner le développement des programmes de recherche appliquée dans le domaine des technologies médicales, et ce, afin d'assurer une meilleure cohérence entre les stratégies d'investissement de l'industrie de ce secteur et les besoins de la Nation et d'améliorer la compétitivité sur les marchés étrangers.

En RFA, dans le cofinancement et l'orientation de la politique de dispensation des soins de santé, le gouvernement fédéral a mené une politique très volontaire de stimulation du développement des nouvelles technologies mé-

(5) D. Vinck, La question de l'autonomie/hétéronomie de la santé et l'"autogestion" des technologies de soins, pp. 247-259, in G. Thill, P. Kamp, V. Muljevic, Systèmes technologiques et autogestion, Actes du Cours de L'inter-University Center de Dubrovnik, Presses Universitaires de Namur, 1985.

(6) Dans G. Foures, La science partisane, éd. Duculot, Gembloux, 1974, p. 80.

(7) Cfr Dutch Ministry of Education and Science and Programme Forecasting and Assessment of Science and Technology (DG XII/FAST) eds., Technology Assessment: an opportunity for Europe, Government Printing Office, The Hague, January 1987; cfr. également Papiernik E., Propositions pour le développement de l'évaluation des techniques et des pratiques médicales, rapport au Secrétaire d'Etat français chargé de la Santé, avril 1985.

(8) N.d.l.r.: recherche et développement.

dicales. Le programme «Medizintechnik» qui prit fin en 1978 avait pour finalité de promouvoir la R&D (8) dans le domaine des technologies médicales afin de renforcer la compétitivité allemande et d'améliorer la qualité des soins. Une augmentation par trop rapide des dépenses dans ce secteur a provoqué une réorientation de politique à partir de 1975: en 1978, on lançait un nouveau programme «Programm der Bundesregierung der Gesundheit» qui fut prolongé jusqu'en 1986. On ne met plus tant l'accent sur l'accroissement de l'input technologique dans le secteur des soins de santé, que sur l'optimisation du fonctionnement des techniques et des équipements déjà existants.

Aux USA, de nombreux acteurs du système de santé se sont dotés d'instruments pour l'évaluation des actions médicales et, dans ce contexte, les procédures de consensus sont apparues comme un instrument privilégié de confrontation et de synthèse des points de vue. L'expérience la plus avancée de conférences de consensus est celle que met en oeuvre, depuis 1977, l'Office of Medical Applications of Research (OMAR) des National Institutes of Health. Leur point de départ a été la conviction selon laquelle la communauté scientifique doit assurer une plus grande responsabilité quant aux effets de la recherche sur la qualité des soins délivrés.

Au niveau de la préparation et de l'organisation de la conférence de consensus, l'objectivité est recherchée par une distinction entre:

- le comité d'organisation (qui comprend le directeur de l'OMAR, des représentants des Instituts scientifiques du NIH et des sociétés savantes),
- le groupe d'experts chargé de la réalisation du consensus, comptant entre 10 et 15 membres, soit des personnalités éminentes en mesure de juger scientifiquement les données qui leur seront présentées par les témoins (dans la mesure du possible, il ne doit pas comprendre d'experts ayant des intérêts professionnels directs dans le sujet discuté),
- les témoins, c'est-à-dire les experts du domaine et les professionnels concernés qui présentent des résultats scientifiques et leurs points de vue à l'examen du groupe de consensus.

Au niveau du déroulement de la conférence elle-même, les principes de transparence et de publicité sont respectés:

- le groupe se réunit en session publique de deux jours pour entendre les témoins, examiner et critiquer les données présentées (avec la possibilité laissée au public d'intervenir pour soulever des questions),
- le travail du groupe consiste à élaborer des réponses à une série de questions précises, concernant la procédure médicale à évaluer,

mises au point au préalable, largement diffusées et connues de tous les participants et témoins de la conférence,

- le groupe de consensus se réunit ensuite à huis-clos pour élaborer ses recommandations, celles-ci sont immédiatement communiquées au public, et après nouvelle discussion, le groupe adopte définitivement les recommandations. Au niveau de la diffusion des résultats, l'objectif est d'atteindre non seulement la communauté scientifique mais l'ensemble du corps médical et du public.

La sélection des sujets pour les conférences de consensus obéit à des critères définis, à savoir l'importance médicale du sujet, l'existence d'un débat scientifique que le consensus peut aider à clarifier ou le constat d'un écart entre les connaissances issues de la recherche et la réalité des pratiques dans le système des soins que le consensus peut aider à combler, l'existence d'une base de données suffisante de données scientifiques publiées qui garantit que les conclusions ne dépendraient pas principalement des seuls jugements d'experts et enfin, d'autres considérations comme l'importance du problème pour la santé publique et les dépenses de santé, les préoccupations exprimées par les usagers.

Le «Clinical Efficacy Assessment Project» de l'American College of Physicians, qui regroupe les médecins internistes, développe une démarche analogue de consensus fondée sur l'examen de la littérature, la consultation d'experts du domaine et la revue des conclusions par des experts non directement impliqués. En liaison avec certains organismes d'assurance, ce Collège émet des recommandations professionnelles sur le caractère obsolète, expérimental ou de routine des procédures médicales utilisées, ainsi que sur les conditions de leur meilleure utilisation.

Quant à l'Office of Technology Assessment du Congrès américain, dont près du tiers des activités concerne le domaine de la santé, il a développé une solide expérience d'évaluation socio-économique des technologies biomédicales fondée sur la représentation des différents acteurs en présence et la confrontation de leurs points de vue avec les faits scientifiquement établis. L'objet des rapports de l'OTA est de rendre plus clair quelles implications économiques, sociales et culturelles découleront des différentes solutions alternatives face à un problème donné. Il faut encore souligner la place déterminée que l'OTA occupe dans le dispositif institutionnel américain qui en fait avant tout un conseil du législateur.

Enfin, l'Institut de Médecine de la National Academy of Sciences a une longue tradition d'élaboration de rapports concernant la politique de santé par recherche de consensus d'experts. Il s'efforce actuellement de promouvoir le projet d'un nouvel organisme qui serait soutenu à la fois par le secteur public et

le secteur privé et qui jouerait un rôle de coordination des efforts d'évaluation médicale.

En Suède, l'étude du développement des techniques et des pratiques médicales s'inscrit délibérément dans la perspective du développement intégré de la société considérée dans son ensemble. Une procédure formalisée de conférences de consensus y a été introduite depuis 1982, à l'initiative du sous-comité du Medical Research Council spécialisé dans les problèmes d'évaluation technologique. Leur organisation concrète a été confiée au SPRI (Swedish Planning and Rationalization Institute), une institution financée par le gouvernement et les conseils régionaux. Ces conférences de consensus se déroulent de la façon suivante: un jury d'une quinzaine de personnes, dont la moitié seulement sont des experts, participe à un procès de deux jours d'une technologie. L'assistance auditionne l'ensemble des experts concernés au cours de séances qui sont ouvertes au public et aux media. Le jury rédige ensuite un bref rapport faisant le point des questions soulevées, et le rapport est immédiatement rendu public. Il s'efforce de répondre à des questions clairement formulées: quelles sont les indications d'application d'une technologie ? Quels en sont les apports ? Quels sont les coûts ? Quels sont les risques à court et à long termes ? Quelles sont les meilleures méthodes d'utilisation des matériels ?...

L'expérience suédoise est similaire à celle d'OMAR à deux nuances près:

- le groupe indépendant chargé de formuler les recommandations du consensus comprend, outre des personnalités médicales et scientifiques, des représentants des acteurs économiques et sociaux;

les impacts socio-économiques sont plus largement intégrés dans la démarche du consensus.

On ne peut qu'insister sur le mérite de ces pratiques, eu égard au souci d'intégration mutuelle de la société et des développements technologiques.

En France, on observe un foisonnement de lieux de régulation des choix scientifiques et technologiques dans le domaine médical:

- l'INSERM, acteur-clé dans la recherche médicale française, et, en particulier, sa «Mission de valorisation économique et sociale» qui a pour objectif de développer des coopérations entre les formations de recherche de l'Inserm et l'environnement industriel, économique et social afin de faciliter les processus de transferts et d'application des résultats de la recherche dans le domaine des médicaments, du génie biologique et médical, des bioréactifs, des biotechnologies, des méthodologies d'évaluation de la technologie biomédicale, des actions de préservation et de protection de la santé;

- le CESTA (Centre d'Etude des Systèmes et des Technologies Avancées) dont la mission consiste à favoriser l'insertion des technologies modernes dans le tissu économique, social et culturel, notamment en organisant des actions de sensibilisation et de formation destinées aux promoteurs et aux usagers des technologies (ex.: forum «Technologies nouvelles à l'hôpital» en 1984, forum «Santé et industrie» en 1985),

- Le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé qui a quant à lui pour fonction de se prononcer sur les problèmes moraux soulevés par la recherche dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé, que ces problèmes concernent l'homme, les groupes sociaux ou la société tout entière,

- enfin, il faut souligner l'existence du Centre national de l'équipement hospitalier, du Comité consultatif des équipements de santé, du Centre de Transfert et d'Evaluation des Prototypes, de la Mission pour la Recherche et l'Expérimentation dont les travaux constituent des démarches partielles d'évaluation.

Cette analyse sommaire de quelques expériences étrangères met en évidence les six éléments suivants:

- la diversité d'objectifs poursuivis au sein des organismes de régulation et d'évaluation des techniques et des pratiques médicales;

- la pluralité d'acteurs intervenant dans ce processus, acteurs dont le travail est singulièrement complémentaire;

- le recours fréquent à la technique de conférences de consensus comme méthode privilégiée d'évaluation dans le secteur sanitaire et, en tout cas, l'accent mis sur la diffusion des travaux réalisés sous l'impulsion de ces organismes d'évaluation;

- l'élargissement considérable du champ du questionnement éthique quant à son objet au regard de l'apparition extrêmement rapide de nouvelles technologies dans le domaine de l'imagerie diagnostique ou des thérapeutiques, et plus généralement des moyens d'investigation, ce qui pose de façon cruciale le problème de l'optimisation du choix en termes de substitution ou de complémentarité et de l'évolution des pratiques et des usages;

- la distinction entre différents niveaux d'évaluation des techniques et des pratiques médicales. Le premier aspect concerne l'évaluation de l'efficacité clinique d'une procédure diagnostique, thérapeutique ou préventive, cette notion d'efficacité devant être saisie à plusieurs niveaux (9):

(9) Office of Technology Assessment, "Strategies for medical technology assessment", Congress of the United States, Wash. D.C., sept. 1982.

- \* le premier niveau est celui de la *sécurité*, c'est-à-dire de l'évaluation des risques pour le patient;

- \* le deuxième niveau est celui de l'*efficacité expérimentale*, c'est-à-dire de la probabilité d'induire un bénéfice sanitaire pour un individu donné dans des conditions idéales de mise en oeuvre;

- \* le troisième niveau est celui de son *efficacité pragmatique*, c'est-à-dire de la probabilité d'induire un bénéfice sanitaire pour un groupe donné de population dans les conditions moyennes d'exercice du système de soins de santé.

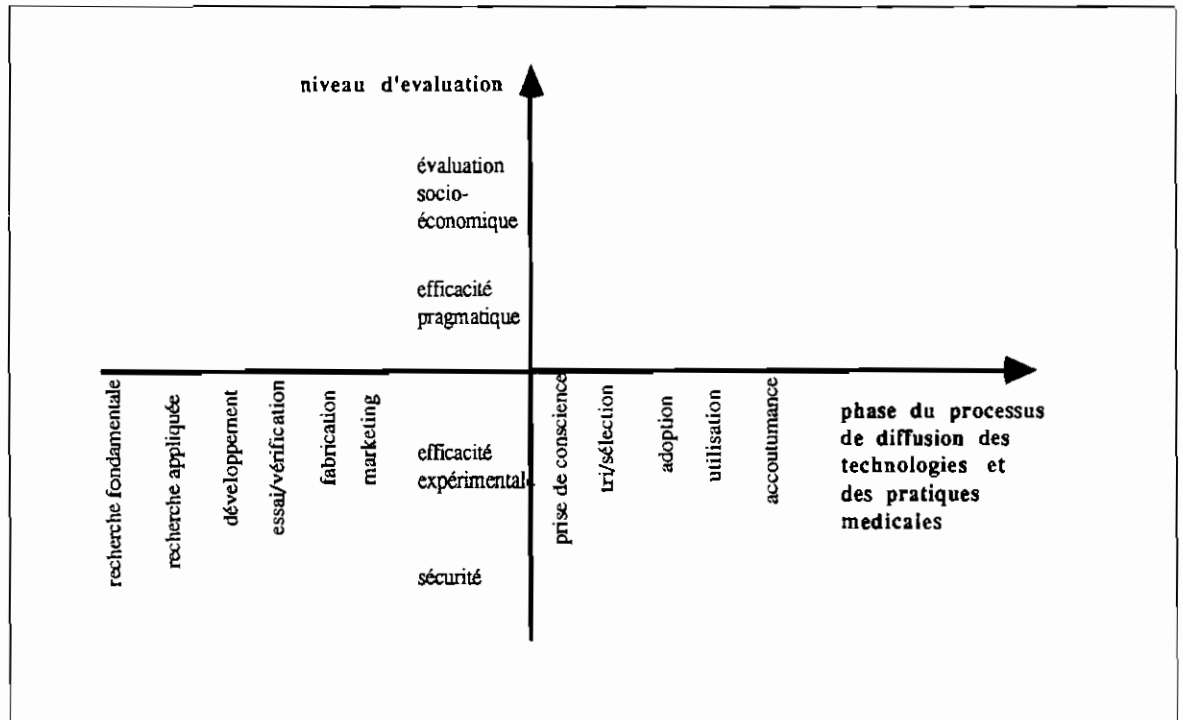
Si une bonne connaissance de l'efficacité clinique est nécessaire, elle n'est pas suffisante pour éclairer la collectivité dans les décisions à prendre pour l'allocation des ressources à l'intérieur d'un système de soins, et entre celui-ci et d'autres activités qui contribuent également à l'amélioration du bien-être individuel et social. Dès lors, un deuxième aspect de l'évaluation doit intervenir: il s'agit de l'évaluation socio-économique des techniques et des pratiques médicales. Le calcul économique peut aider à clarifier les conséquences des choix, de même qu'une meilleure connaissance des facteurs sociaux, culturels et organisationnels qui favorisent ou freinent la diffusion de l'innovation et des résultats de recherches. A tous ces niveaux d'évaluation correspondent des possibilités de choix éthiques. C'est donc à tous ces niveaux que la question éthique doit être posée;

- enfin, l'utilité de mener l'évaluation à tous les stades de la diffusion des techniques et des pratiques médicales et, dans la mesure du possible, avant que les risques et enjeux liés à la diffusion des techniques et des pratiques médicales considérées ne se soient cristallisés.

### Schéma 3 : le champ d'évaluation

Il y aura autant de diagrammes que de techniques et pratiques à évaluer. Le diagramme est constitué de deux axes. Sur l'abscisse, on indique les phases du processus de diffusion des techniques et des pratiques médicales: recherche fondamentale, recherche appliquée, développement, essai/vérification, fabrication, marketing, prise de conscience de l'utilisateur potentiel, tri/sélection, adoption, utilisation, accoutumance. Signalons d'emblée qu'il peut se produire des courts-circuits entre les différentes phases de ce processus et que la chaîne de la diffusion est loin d'être linéaire: à un modèle de diffusion, il conviendrait sans doute de substituer un modèle de traduction, au sens étymologique du terme, puisque chaque technique, chaque pratique se transporte mais dans le même temps se transforme (10). Ainsi, dans le comportement de l'utilisateur, peuvent apparaître des résistances ou une autre logique d'usage, imprévue dans le chef du producteur, et celle-ci engendrera le cas échéant à son tour la recherche d'un nouveau produit/procédé.

Schéma 3 : le champ d'évaluation



Sur l'ordonnée sont indiqués les niveaux d'évaluation: sécurité, efficacité expérimentale, efficacité pragmatique, évaluation socio-économique. A nouveau, signalons qu'il peut y avoir interaction, synergie entre ces niveaux d'évaluation.

En combinant une coordonnée d'abscisse et d'ordonnée, on détermine le type d'évaluation menée.

L'intérêt d'un tel diagramme est double:

1. il permet de repérer les «blancs», les chaînons manquants dans l'évaluation d'une technique et d'une pratique médicale;

2. il rend plus aisé l'établissement d'une carte des acteurs de l'évaluation (répartition des compétences, juxtaposition ou distinction des centres d'intérêt) et renvoie à la question de leur représentativité.

## En conclusion

Nous suggérons d'élargir la problématique du contrôle démocratique du développement des techniques et des pratiques médicales en ce qui concerne:

- les acteurs pris en considération;
- l'objet de l'évaluation;
- les niveaux d'évaluation;
- les phases de diffusion des techniques et des pratiques médicales au cours desquelles une évaluation peut être utilement menée.

Ainsi, on fera davantage place à une approche plurielle de la santé.

D. V. et F. W.  
Novembre 1987