

Evidence-Based Medecine : Cul de sac conceptuel et itinéraire hors des sentiers battus

Je travaille au Queen Mary Hospital, à l'Université de Londres, à deux pas du stade olympique de 2012, au cœur des quartiers cosmopolites de l'Est de la ville. Je suis directrice du Département Politique de Santé et Innovation Médicale. L'innovation pouvant prendre la forme d'une idée, d'une technologie, d'une découverte, d'une procédure – tout ce qui est perçu comme nouveau et qui demande un changement des mentalités et des structures. La politique pouvant se définir comme « l'exposition autoritaire de valeurs ». La plupart des politiques se base sur l'innovation : elles tentent de justifier pourquoi telle ou telle nouvelle idée, découverte ou procédure devrait être adoptée – et établissent un agenda de recherche.

La médecine moderne, nous dit-on, est victime de son propre succès. Nous avons prétendument allongé la durée de vie humaine à tel point qu'aujourd'hui, les malades réclament le droit de mourir. Les arbres décisionnels fondés sur la preuve scientifique sont tellement performants, qu'apparemment les patients n'ont même plus besoin de docteur, mais juste d'un ordinateur bien programmé. Et bientôt, les mécanismes biologiques corporels seront programmés comme une machine par des médecins-techniciens. La médecine, comme ils disent, a troqué ses valeurs morales pour des questionnaires d'évaluation. Ce paradoxe du progrès n'existe-t-il que dans l'esprit de quelques réfractaires ? Ou bien sommes-nous les témoins d'une dramatique érosion des valeurs fondamentales de la médecine au profit de nouvelles technologies manipulées par des esprits rationalistes mais naïfs ?

Permettez-moi de vous expliquer ce que j'entends par « culs de sacs conceptuels ». Thomas Kuhn a estimé que la science progresse au moyen de *paradigmes* – un paradigme étant un ensemble de suppositions, d'hypothèses et de convictions partagées par un groupe de scientifiques qui tentent de définir quelles sont les questions les plus importantes et comment y répondre. La plupart des scientifiques, la plupart du temps, s'appuient assez obstinément sur un paradigme existant pour faire

progresser leurs travaux. C'est ce que Kuhn appelait « le problème du puzzle global », ce que Wittgenstein appelait « les rails de la science » et ce qu'Einstein appelait « les 99% de transpiration ».

De temps à autre un nouveau scientifique débarque et remet en question les axiomes et la méthodologie de la discipline – les « 1% d'inspiration » d'Einstein. S'ensuit une querelle où le nouveau, considéré comme ignorant et manquant de rigueur, est généralement banni par l'ancienne école et une scission a lieu, permettant la création d'un nouveau groupe de travail. L'exemple le plus connu est celui d'Einstein lui-même, qui a remis en question les axiomes et la méthodologie de la physique Newtonienne et qui a commencé à élaborer un nouveau système permettant d'aborder les problèmes grâce à une méthode totalement novatrice.

Les paradigmes ne sont donc pas mauvais en soi. Ils ne nous empêchent pas de réfléchir, au contraire, ils nous permettent de réfléchir. La science ne pourrait pas avancer sans eux. Nous apprenons les lois, nous les appliquons, nous les discutons et nous les modifions. Comme l'a dit Susan Leigh Star, une discipline est « une volonté farouche à ne pas être d'accord ». Si vous êtes généticien et qu'un historien n'est pas d'accord avec votre travail, cela n'avance à rien. En revanche, avec un autre généticien, la discussion sera bien plus fructueuse.

Avant qu'un nouveau paradigme n'émerge, les scientifiques dissidents progressent de doutes en erreurs, de manière plutôt lente et chaotique. Mais la découverte d'une nouvelle piste prometteuse peut parfois initier un voyage insoupçonné et les sceptiques d'hier deviennent les plus farouches partisans de cette nouvelle ère. Le désaccord et donc le progrès deviennent possibles : un nouveau paradigme voit le jour.

Il y a quelques années, mes collègues et moi-même, avons développé une méthode appelée « revue méta-narrative » conçue pour résumer la littérature publiée dans un domaine scientifique précis mais dont les méthodes étaient très

différentes. La revue méta-narrative se posait la question en ces termes : « quel est le scénario scientifique que les chercheurs suivent pour donner un sens à leurs travaux ; quelles sont les hypothèses scientifiques qui soutiennent ce scénario – et qu'en disent les dissidents ? ».

La raison pour laquelle les scientifiques considèrent les articles hors du paradigme si imperméables vient du fait que les axiomes leur paraissent tellement évidents qu'ils ne les expriment même plus. Les axiomes se trouvent dans les manuels scolaires – jusqu'à ceux de l'école primaire – là où sont gravées les règles mathématiques, statistiques, génétiques etc. Les nouveaux paradigmes mettent énormément de temps à imprégner les manuels scolaires puisque par définition, ils en cassent les règles. Et voilà pourquoi, votre papier, que vous pensez être votre plus grande contribution à votre discipline, va probablement être rejeté par toutes les revues de référence.

Au sein d'un paradigme dominant, les chercheurs sont particulièrement à cheval sur les procédures. Ils se réunissent en comité scientifique pour définir et appliquer les règles de leur paradigme, et récompenser tous ceux qui les suivent scrupuleusement. Ce circuit fermé fonctionne à merveille juste après l'établissement d'un nouveau paradigme puisque construire de manière systématique sur ce qui s'est fait précédemment est un moyen efficace et performant pour faire progresser la science. Mais dès que de nouvelles découvertes poussent le paradigme à ses limites, ces mêmes règles deviennent contraignantes et contre-productives. Voilà ce que j'entends par « cul de sac conceptuel ».

Voici un exemple : vous souvenez-vous du temps où l'on considérait que la cause de l'ulcère peptique gastro-duodéal était une acidité gastrique excessive et donc que les traitements visaient alors à réduire la sécrétion acide ? Vous souvenez-vous de Barry Marshall qui proposât l'hypothèse que l'ulcère peptique soit provoqué par la bactérie *Helicobacter pylori* ? Vous souvenez-vous qu'il a dû, face à l'incrédulité persistante de ses pairs, aller jusqu'à avaler une fiole entière remplie de la dite bactérie pour prouver qu'il avait raison ? Il a fallu 20 ans à ces mêmes pairs pour lui attribuer le Prix Nobel de Médecine et modifier les manuels scolaires.

Parfois, des guerres de paradigmes éclatent au sein des journaux académiques. Prenez le conflit qui opposât Jeffrey Pfeffer et John Van Maanen – tous deux professeurs en sciences de l'organisation du

travail. Pfeffer publiât un article en 1993 objectant que l'organisation du travail était alors un paradigme sous-développé qui réclamait un consensus plus large. Selon lui, des centaines de « fleurs » étaient en train d'éclorre et le « jardin » était en train de devenir une jungle. Il proposât que l'organisation du travail se calque sur le paradigme des sciences économiques et se base sur des études contrôlées selon un protocole méthodologique strict. Tout cela sous l'égide d'un organisme gouvernemental de tutelle chargé de l'organisation rigoureuse de la recherche dans ce domaine, de l'allocation des budgets, de la sélection des membres éditoriaux et du montant des salaires des chercheurs.

Van Maanen était, quant à lui, le brillant et non-conformiste nouveau-venu. « Je crois », écrivit-il en 1995, « que je suis une mauvaise herbe dans le jardin rêvé par Mr Jeffrey. En effet, je suis partisan de l'élagage, du cisailage et du dégarnissage. » Il décrivit la position rigide et dogmatique du paradigme de Pfeffer comme « des règles philosophiques indéfendables ; ignorantes des vrais mécanismes scientifiques (...) et (...) révélatrices d'une vision démodée et peu crédible du savoir, de la rhétorique et du rôle que joue la théorie dans n'importe quelle communauté intellectuelle. »

L'argument central de Van Maanen est qu'il existe deux approches scientifiques fondamentales. La première suppose que la réalité qui nous entoure puisse être mesurée et classée, au moyen du langage qui permet de la décrire et de la représenter. Dans cette approche objectiviste, la méthode est préférée à la théorie et la hiérarchie des preuves est prépondérante. La deuxième approche soutient que nos représentations sont primordiales, ne nous permettant de voir que de manière sélective ce que nous décrivons. Dans cette approche constructiviste, les concepts théoriques sont prépondérants et les méthodes peuvent faire preuve de souplesse de manière à mieux servir la théorie. En conséquence, les objectivistes pensent que les paradigmes peuvent être contrôlés en renforçant les règles méthodologiques alors que les constructivistes pensent le contraire.

Le paradigme dont je veux parler est la médecine fondée sur la preuve (Evidence-Based Medicine – EBM). La phrase du *British Medical Journal* la plus largement citée est celle de David Sackett qui en 1996 a écrit : « La médecine fondée sur la preuve est l'utilisation consciencieuse, judicieuse et explicite du plus haut niveau de preuve pour la prise de décision concernant les soins d'un patient individuel. » Il ne s'agit pas tant d'une

définition de l'EBM qu'une habile formule rhétorique visant à positionner son nouveau paradigme au firmament de la moralité. Quiconque s'opposerait à cette formule devrait donc défendre une médecine fondée sur l'absence de preuve, non consciencieuse, injustifiée etc.

Quelques années plus tard, une fois que l'EBM s'est fondée une réputation et un monopole, Anna Donald et moi-même en avons proposé une définition avec laquelle il devenait possible d'être en désaccord. Nous avons défini l'EBM comme « l'utilisation d'estimations mathématiques des chances de succès et des risques de nuisance, basés sur une recherche de haut niveau sur des échantillons de population, dans le but d'aider la prise de décision clinique. » Notre définition met en évidence 3 suppositions du paradigme de l'EBM : la pratique médicale serait plus ou moins équivalente à la prise de décision clinique ; les décisions cliniques seraient meilleures si elles utilisent des statistiques mathématiques ; et les conclusions tirées de l'analyse d'échantillons de population seraient plus ou moins les mêmes que les décisions nécessaires aux traitements d'un patient individuel. Ces suppositions sont parfaitement conformes au contexte dans lequel l'EBM a été initialement conceptualisée. De nombreuses personnes – y compris ma propre mère – ont dédié leur vie à la science rigoureuse qu'est l'EBM et à ces fondations.

Arrêtons-nous un instant. Imaginez que je suis sur mon vélo et sur le trajet quotidien que je parcours pour éviter les embouteillages. Imaginez une oie agressive qui m'attaque et me fasse tomber. Imaginez le scanner de mon épaule droite. Imaginez l'injection de corticoïdes qui s'est avérée inefficace et l'instrument chirurgical que mon chirurgien orthopédique s'impatiente d'utiliser sur moi. Dans le langage de l'EBM – qui transcrit le récit individuel que je viens de vous faire en catégories de population abstraites et en probabilités statistiques – la question se pose en ces termes : « Chez cette patiente de 51 ans sans problème de santé particulier, et qui présente une déchirure du ligament supra-épineux et une réponse négative à la triamcinolone, quel est le pourcentage de chance d'obtenir une récupération fonctionnelle par chirurgie arthroscopique comparé à un traitement par physiothérapie intensive, et quels sont les risques liés à l'une ou l'autre de ces deux options thérapeutiques ?

Dans un monde fondé sur la preuve, les odds-ratios de ces deux options de traitement auraient été programmés dans un ordinateur de manière à ce que, lorsque le chirurgien remplit le diagnostic sur

ma fiche clinique, un algorithme est instantanément généré, produisant le rapport bénéfice/risque et permet d'engager la discussion avec le patient ainsi responsabilisé. Dans le monde réel, il s'agissait de chirurgie fondée sur la preuve; par conséquent, la seule chose que l'ordinateur a su générer fût une liste d'attente. Le chirurgien a donc inscrit mon nom au bas de cette liste et m'a dit que si mes symptômes ne s'étaient pas arrangés avant que mon tour soit venu, il m'opérerait. Bon, j'ai eu de la chance sinon j'aurais pu faire l'expérience bien réelle de cette médecine fondée sur la preuve. Le langage net, précis, efficace et probabiliste de l'EBM ne convient que très rarement à la grande majorité des cas cliniques, surtout lors des soins de première intention.

Permettez-moi de vous parler d'un autre cas clinique que j'ai eu à examiner à ma consultation : un patient de 59 ans, que je connais d'ailleurs bien et qui se plaint de toux. Il est réfugié politique d'une zone de guerre et vit dans un appartement de location assez humide. Lui et sa famille attendent d'être relogés – ce pourquoi j'ai personnellement appuyé une demande écrite – mais là aussi, la liste d'attente est longue. Dans ce contexte, et en me basant sur mon expérience de 25 années à écouter des patients tousser, j'ai associé cette toux à une douleur abdominale pour laquelle la batterie complète d'exams a été réalisée (aucune cause organique décelée) et à des maux de tête récurrents accompagnés de flashbacks (syndrome de stress post-traumatique). J'ai alors retiré ma casquette de docteur-clinicien, levé les yeux de l'écran de l'ordinateur, écouté son récit et, le temps de quelques minutes, ai offert une oreille attentive à sa souffrance.

La jeune étudiante présente ce jour-là tapotât sur son ordinateur portable et grâce à son programme d'aide à la prise de décision clinique, m'interrogeât : Pourquoi n'avais-je pas ausculté la poitrine du patient ? Pourquoi ne l'avais-je pas fait souffler dans un pléthysmographe. Pourquoi n'avais-je pas utilisé l'algorithme d'aide à la décision ? Pourquoi, me demandât-elle de manière implicite, n'avais-je pas suivi la Méthode ? Tout en me justifiant, j'ai offert à cette étudiante zélée quatre ouvrages qui, je l'espère, vont compliquer un peu sa vision d'un monde parfait fondé sur la preuve scientifique.

Le premier de ces livres est *How Doctors Think* de Kathryn Montgomery. En se basant sur Aristote, l'auteur avance que malgré ces louables intentions, la médecine n'est pas du tout une science, ni un même un art. La médecine est un exercice, une

pratique – et plus spécifiquement, une pratique dépendante du jugement qui, bien qu'utilisant la science et la technologie pour progresser, n'en demeure pas moins incertaine et paradoxale. Vue sous cet angle, la médecine est comparable à la pratique du droit et de la justice. Dans la totalité des cas, le praticien ne doit pas raisonner à partir de la règle générale vers le cas particulier mais du cas particulier vers la règle générale : l'abduction plutôt que la déduction. La question qui se pose à tout praticien lorsqu'il est confronté à un cas est : « Quelle est la meilleure option, pour cet individu, à ce moment précis, étant données les circonstances particulières ? »

Le bon médecin, comme l'a d'ailleurs dit Sackett, doit consciencieusement et judicieusement se baser sur ce que la science a de mieux à proposer et faire un usage optimal de la technologie disponible. Mais l'exercice de la médecine ne consiste pas uniquement à en connaître les règles : il faut aussi savoir quelle règle est la plus pertinente dans la situation donnée. Et cet aspect du problème reste trop souvent sous-estimé et sous-évalué au sein du paradigme de l'EBM. La maladie peut prendre la forme d'un récit, et comme en droit, comme en littérature, aucun récit ne peut s'auto-interpréter.

La British Thoracic Society considère qu'il est de règle de pratiquer une auscultation de la poitrine et une mesure du débit ventilatoire lorsqu'un patient présente une toux. Mais la Fondation Médicale pour les Victimes de Torture considère qu'il est de règle de ne pas soumettre des patients ayant subi des sévices inimaginables à des procédures médicales susceptibles de leur rappeler leur expérience traumatique, sauf en cas d'impérieuse nécessité. Ces deux règles opposées doivent être mises dans la balance en gardant à l'esprit l'intérêt du patient. L'EBM, si chère à mon étudiante, ne nous permet donc pas de répondre à la question de savoir si, dans ces circonstances, j'aurais dû le faire se déshabiller et lui faire dire « 33 ».

La capacité à émettre des jugements pratiques et moraux nécessite une qualité qu'Aristote appelle la prudence ou sagesse pratique : la capacité d'appliquer des règles générales à des situations particulières. Cette notion est liée à ce que Polanyi appelait la connaissance tacite, Schon la réflexion dans l'action et Conan Doyle (qui a étudié la médecine avant de devenir écrivain) l'intuition. La prudence d'Aristote explique également pourquoi – et comme l'ont observé Hubert et Stuart Dreyfus – les experts raisonnent différemment des novices et les humains différemment des ordinateurs.

Le deuxième ouvrage que j'ai offert à mon étudiante s'intitule *Complex Knowledge*. Pour son auteur, le Professeur Hari Tsoukas, la connaissance se définit comme la capacité à exercer son jugement et elle nécessite deux choses. D'abord la faculté à faire des distinctions : distinguer une toux sèche d'une toux grasse, une toux aiguë d'une toux chronique. Ensuite, le domaine d'action du praticien. Les individus savants exercent leur jugement au sein d'un domaine d'action car ils sont passés par une phase de socialisation qui leur a permis d'apprécier des variations très subtiles au sein du contexte dans lequel ils effectuent des distinctions. Les soins médicaux de première intention constituent mon domaine d'action personnel au sein duquel de petits détails sont d'une importance capitale : par exemple les besoins psychologiques non verbalisés se manifestant par des symptômes physiques mineurs. Mon étudiante, malgré une tête bien remplie d'EBM, est reliée à un domaine d'action différent et, je l'affirme, moins pertinent.

Mon troisième ouvrage est : *Upheavals of Thought : The Intelligence of Emotions* de Martha Nussbaum, Professeur de Philosophie à l'Université de Chicago et qui nous invite à réfléchir à nos émotions comme faisant partie de notre intelligence et capables d'influencer nos jugements et nos décisions. Lorsque l'éthique sera réduite à l'application froide de principes ou lorsque la médecine sera réduite à l'application froide de preuves scientifiques, nous ferons nécessairement de plus mauvais choix, pas de meilleurs. Tout au long de ses 751 pages, après avoir démolé les hypothèses du comportementalisme, Nussbaum explore le désir de Freud, la vertu d'Aristote, l'empathie de Rousseau, la passion de Proust, le romantisme d'Emily Brontë, la puissance évocatrice de la musique de Mahler et l'embrasement amoureux de Joyce. La médecine n'est peut être pas un art mais si l'on néglige les arts, l'imagination et la compassion disparaîtront. Comme l'a dit Rita Charon (Professeur de Médecine possédant un Doctorat en littérature) le bon clinicien n'est pas celui qui bat l'ordinateur à l'interprétation des ECG mais celui qui est capable d'établir une connexion émotionnelle avec le vécu et le sort de ses patients. Les règles de l'EBM n'y changeront rien : ceux qui sont incapables de ressentir resteront aveugles.

C'est peut être injuste pour mon étudiante mais j'ai l'impression que son éducation serait incomplète si elle n'avait pas lu un autre géant de la philosophie contemporaine : Annemarie Mol, Professeur à l'Université d'Amsterdam. Dans son livre *The Logic of Care*, Mol s'attaque à l'idée que la tâche

essentielle de la pratique clinique est de donner au patient la possibilité du choix de son traitement. Le paradigme que propose Mol – la logique du soin – se concentre sur le travail infini, continu et permanent que doivent fournir le patient et le praticien à cette tâche complexe qu'est de vivre avec une maladie alors que dans la logique du choix, l'accent est mis sur des décisions particulières à des moments particuliers.

La logique du choix n'a jamais été remise en question tout au long des 15 derniers rapports établis par le Ministère Britannique de la Santé. Les déterminants sociologiques en matière de santé sont si facilement écartés que le discours reste le même. Tout ce que vous avez à faire est de choisir l'option la plus saine à chaque nœud de l'arbre décisionnel. Ici, la logique du choix est confinée, linéaire, prédictive – et fondée sur la preuve : elle se rapporte à un lot d'options bien définies, toutes reliées entre elles par une probabilité de réussite.

A l'opposé du monde des choix rationnels, la logique du soin est quant à elle sans limite, irrégulière et imprévisible; il s'agit d'absolument tout ce qui peut arriver à une personne qui vit avec une maladie. L'auto-traitement dans le cas du diabète par exemple consiste autant à tenter d'extirper son lecteur de glycémie de la gueule du chien des voisins qu'à être un bon patient et noter tous les résultats dans un cahier pour les montrer à l'infirmière. C'est une affaire de sensibilité. Mais cela inclut également les associations de malades, les réseaux de soutien que les malades animent et sollicitent et qui les aident à vivre avec la maladie. Ces réseaux sont à la fois sociaux et techniques ; ils grandissent et se développent de manière dynamique ; ils relient les espoirs et les rêves des malades entre eux ; ils effacent les barrières entre les professions et les savoirs, ils abolissent les frontières entre les soins formels et les soins informels. Malheureusement, ces réseaux de soins ne font pas l'objet d'études statistiques randomisées.

Mais revenons à la question précédente : le paradoxe du progrès médical n'existe-t-il que dans l'esprit des réfractaires ou bien l'EBM, cet enfant bâtard, a désormais une mainmise rationnelle sur les valeurs de la médecine et en définit ainsi les pratiques – plus spécifiquement : la vertu professionnelle, la sagesse pratique et l'imagination morale ? Je ne pense pas qu'il existe une réponse simple à cette question. D'un côté, il n'y a rien d'incommensurable à se baser sur une vraie recherche épidémiologique pour valider des jugements cliniques pratiques, sages et

émotionnellement enrichis. Dave Sackett est, d'après tous, un clinicien compatissant et attentionné.

D'un autre côté, je pense que quelque chose de sinistre est en train de survenir, essentiellement en raison de la similarité entre le réductionnisme de l'EBM et le réductionnisme des politiques de santé contemporaine. Comme l'ont montré Timmermans et Berg, les protagonistes de l'EBM et les puissants lobbies que sont la recherche biomédicale, les organismes de financement et les décideurs politiques ont créé un nombre incalculable de règles et de critères qui ont tendance à considérer toutes les questions médicales en termes binaires : soit on peut les traduire en langage EBM et les juger selon le « gold standard » de la preuve scientifique, soit on les rejette car elles ne sont pas dignes d'intérêt. Malgré ses bonnes intentions, son fétichisme méthodologique et ses biais quantitatifs, l'EBM est bien partie pour produire des règles générales abstraites basées sur des échantillons de population.

L'EBM n'est pas foncièrement mauvaise mais elle favorise une vision de la science caractérisée par le risque zéro – une vision enseignée aux enfants et relayées par les médias, une vision logique, simpliste dont tous les détails sont déductibles et les conséquences régies par des lois. C'est cette logique, associée aux valeurs du consumérisme, qui semble avoir poussé le gouvernement de coalition à développer un appareil de mesure unidimensionnelle du bonheur humain identique à un thermomètre qui clignoterait lorsque les politiques viennent à chatouiller le point G des populations.

L'Evidence-Based Medicine et ses fondements rationalistes perpétuent le mythe que, en réduisant la complexité de la médecine à des questions d'échantillons de population, de matériels et méthodes, de discussions et de résultats, nous serons délivrés de toutes les incertitudes et de toutes les ambiguïtés. En fait, comme l'a montré Ursus Wehrli dans son livre *Art Tidied Up*, il est impossible d'estomper la complexité sans perdre du sens – le sens profond.

Que devons-nous faire alors ? Premièrement et plus que tout, nous les médecins devons sortir la tête de notre domaine d'action et apprendre des autres disciplines – particulièrement (selon moi) des sciences humaines et sociales. Loin d'être hasardeuse et diluée, la recherche interdisciplinaire est le seul espoir qu'à la médecine de se libérer d'un paradigme qui est allé trop loin et qui commence à faire des dégâts. C'est seulement avec des

paradigmes nouveaux et inattendus que nous prendrons conscience des limites de l'EBM.

Deuxièmement, il faut encourager plutôt que supprimer les guerres de paradigmes au sein de nos revues. En voici une tirée du *Public Library of Science*. Richard Lilford est sans doute un des meilleurs épidémiologistes au monde. Il prétend que l'application rigoureuse des principes et des méthodes de l'EBM devrait permettre l'évaluation des programmes et des sites de Santé sur Internet (e-Santé). Jill Russell et moi-même avons soutenu le contraire : en privilégiant des études contrôlées sans lien avec le contexte personnel, politique et institutionnel, l'évaluation des programmes de e-Santé était vouée à l'échec. Notre article a été rejeté quatre fois au motif qu'il ne répondait pas aux critères d'évaluation de l'EBM et qu'en conséquence il était « faux ». Grâce au soutien des éditeurs, notre article (...) a fini par être accepté.

Pour finir, ne nous voilons pas la face, les guerres de paradigmes resteront toujours des guerres politiques. Comme l'a écrit Nicolas Machiavel en 1505 :

... il convient de garder à l'esprit que mener une révolution de l'ordre des choses est la chose la plus hasardeuse, la plus difficile à accomplir, et la plus périlleuse à mener à terme. Car l'innovateur a comme ennemis tous ceux qui se sont épanouis sous l'ancien ordre des choses, et comme frileux défenseurs ceux qui pourraient s'épanouir sous le nouvel ordre des choses.

Trisha Greenhalg, OBE, MA, MD, FRCP, FRCGP
The London School of Medicine and Dentistry
London, United Kingdom.