Pourquoi WeLink.care choisit One Health quand tout le monde parle d'IA ? ‘v41)

Nous sommes en l'An 4 de ChatGPT.

L'intelligence artificielle générative occupe l'essentiel des conversations. Chaque semaine apporte son lot d'annonces fracassantes, de promesses révolutionnaires, de prophéties tantôt enthousiastes, tantôt apocalyptiques.

Les conférences se multiplient. Les investisseurs s'agitent. Les gouvernements légifèrent dans l'urgence.

Et pendant ce temps, nous oublions l'essentiel.

Mars 2020 : le monde s'arrête. Une chauve-souris, un pangolin peut-être, un marché humide à Wuhan. Le SARS-CoV-2 franchit la barrière des espèces. Le COVID-19 tue des millions de personnes, effondre des économies, révèle la fragilité de nos systèmes de santé. Cinq ans déjà ; nous avons oublié.

Juillet 2022 : l'Europe suffoque. Une vague de chaleur tue plus de 60 000 personnes en quelques semaines. Une pandémie silencieuse, sans virus, sans vaccin possible. Le climat tue ; nous regardons ailleurs.

Chaque année : 1,27 million de décès directs liés à la résistance aux antimicrobiens. L'usage massif d'antibiotiques en élevage intensif accélère l'émergence de bactéries résistantes qui passent de l'animal à l'homme. Dix millions de morts par an d'ici 2050 si rien ne change. Une bombe à retardement ; nous n'entendons pas le tic-tac.

Trois crises. Trois fils qui se nouent : santé humaine, santé animale, santé des écosystèmes. Le même avertissement, répété sous des formes différentes. Le vivant nous rappelle à l'ordre ; nous lui opposons notre distraction numérique.

Notre regard est sans concession quand il s'agit de donner au digital sa juste place. Il n'est cependant pas porté uniquement à charge.

Nous utilisons l'IA au quotidien depuis plus de quatre ans ; nous avons formé des dizaines de professionnels à son usage. Nous mesurons sa puissance, nous en explorons les limites, nous en connaissons les promesses. Reste que l'IA n'est qu'un outil. Un outil remarquable, certes. Mais un outil.

De l'autre côté, des problèmes planétaires tellement préoccupants qu'une partie d'entre nous préfère se mettre la tête dans le sable plutôt que d'en prendre la mesure. Des zoonoses qui émergent au rythme de la déforestation. Un climat qui redistribue les vecteurs de maladies. Des antibiotiques qui perdent leur efficacité parce que nous traitons le vivant comme une ressource à exploiter sans limite.

« Un outil ne définit pas une stratégie ; il la sert. Ou il la dessert, quand on confond le moyen et la fin. »

La question centrale est simple : à quoi voulons-nous que ces technologies servent ?

C'est cette question que la communauté WeLink.care a choisi de placer au cœur de son programme 2026-2027.

Non pas l'IA pour l'IA. Non pas le numérique pour le numérique.

Mais une réflexion de fond sur les conditions d'un environnement digital en santé qui soit à la fois stable, urbanisé, durable et respectueux du vivant. Un combat de notre temps qui questionne notre regard « métier » sur les liens entre santé humaine, animale et environnementale — ce que les anglophones appellent One Health — et notre regard « technologique » sur la manière dont le numérique peut servir cette convergence sans la trahir.

Le digital comme levier. One Health comme boussole. L'un sans l'autre ne suffit pas.

L'AMNÉSIE COLLECTIVE DU COVID

Souvenez-vous.

Mars 2020. Le monde s'arrête. Les systèmes de santé vacillent. Certains s'effondrent.

En France, en Belgique, en Italie, des soignants épuisés font face à l'impensable. Les stocks de masques manquent. Les respirateurs se comptent. Les données épidémiologiques circulent mal, arrivent tard, se contredisent.

Cinq ans plus tard, nous avons oublié.

Les plans de résilience annoncés dans l'urgence ont été rangés dans des tiroirs. Les investissements promis ont été réorientés. Les retours d'expérience ont été archivés sans suite.

L'Homo Numericus, cet homme moderne blanchi sous le harnais de deux générations de technologies digitales, vit dans un éternel présent. Son attention, captée par le flux incessant des notifications et des actualités, ne retient que le dernier buzz.

Le COVID, cette zoonose probablement véhiculée par une chauve-souris, appartient déjà à l'histoire ancienne ; une parenthèse désagréable qu'on préfère refermer.

Las ! Les virus n'ont pas de mémoire, mais ils ont de l'avenir.

L'OMS maintient une liste de pathogènes prioritaires. Parmi eux, des noms que le grand public ignore encore :

• Nipah (NiH – Henipavirus nipahense), avec un taux de létalité oscillant entre 40 et 75% selon les souches et les épidémies

• La grippe aviaire H5N1, qui a franchi en 2024 un seuil préoccupant en infectant des bovins laitiers aux États-Unis

Les recherches sont formelles : 60% des maladies infectieuses humaines appelées zoonose proviennent d'animaux et 75% des nouvelles maladies infectieuses émergentes (COVID-19, Ebola) sont d'origine animale soulignant le lien étroit entre la santé humaine, animale et environnementale.

Ce chiffre, documenté par le One Health High-Level Expert Panel dans sa définition de décembre 2021, devrait nous obséder.

Mais nous avons d'autres préoccupations.

LES PRIORITÉS RELÉGUÉES

Le changement climatique redessine la carte des maladies.

Le moustique tigre, autrefois cantonné aux régions tropicales, est désormais présent dans 71 départements français métropolitains selon les données 2024 de Santé Publique France.

La canicule de 2003 a causé 70 000 décès en Europe. Les projections pour les décennies à venir sont plus sombres encore.

Ces enjeux, nous les connaissons. Les rapports s'accumulent. Les données sont disponibles. Les scientifiques alertent.

Et pourtant, dans l'agenda politique comme dans l'allocation des ressources, la santé environnementale reste le parent pauvre.

On en parle dans les colloques ; on l'oublie dans les arbitrages budgétaires.

Quant à la résistance aux antimicrobiens, cette pandémie silencieuse qui a causé 1,27 million de décès directs en 2019 selon le Lancet et pourrait en causer 10 millions par an d'ici 2050 selon le rapport O'Neill, elle n'émeut guère les foules.

Trop lente. Trop complexe. Pas assez spectaculaire pour le temps court des médias et des réseaux sociaux.

Car c'est bien là le problème.

Notre société fonctionne sur le temps court. L'information circule à la vitesse de la fibre optique. Les décisions se prennent au rythme des sondages d'opinion. Les carrières politiques se jouent sur des cycles de quatre ou cinq ans. Et les enjeux de santé publique, eux, se déploient sur des décennies.

LES CONFLITS HYBRIDES COMME SEUL HORIZON

Pendant ce temps, les choix d'investissement se cristallisent autour d'un autre paradigme : la guerre de haute intensité.

L'Europe se réarme. Les budgets de défense explosent. L'industrie de l'armement retrouve ses lettres de noblesse. On parle de souveraineté, de résilience stratégique, de capacité de projection.

Nous ne contestons pas la nécessité d'une défense crédible. Le monde est instable ; les menaces sont réelles.

Mais nous nous interrogeons sur la hiérarchie des priorités.

Combien de milliards pour les chars et les missiles ? Combien pour la surveillance épidémiologique intégrée ? Combien pour l'interopérabilité des systèmes d'information en santé ? Combien pour la formation des professionnels à l'approche One Health ?

Le déséquilibre est frappant.

Et il révèle quelque chose de notre rapport collectif au risque. Nous investissons massivement contre les menaces visibles, identifiables, incarnées par un adversaire. Nous négligeons les menaces diffuses, systémiques, qui ne portent pas d'uniforme.

Le coût de la prévention mondiale des zoonoses ? Entre 22 et 31 milliards de dollars par an, selon les estimations de la Banque mondiale et du Quadripartite.

Le coût du COVID-19 ? Des trillions.

Difficile de ne pas y voir un défaut de raisonnement collectif.

LE TEMPS LONG CONTRE LE TEMPS COURT

Nous avons consacré une partie de l'ouvrage « L'Illusion Numérique » à cette tension fondamentale entre le temps long et le temps court.

Le système d'information hospitalier et médical est une construction patiente, édifiée sur des décennies.

Des standards ont été élaborés, négociés, déployés. HL7, puis FHIR. SNOMED CT. LOINC. Des milliers d'heures de travail, des compromis laborieux, des implémentations progressives.

Cette architecture, imparfaite mais fonctionnelle, est aujourd'hui challengée par l'irruption du digital.

Les startups de la healthtech promettent des solutions clés en main. Les géants du numérique lorgnent sur les données de santé. L'IA générative fait miroiter des gains de productivité spectaculaires.

Tout cela sur le temps court de l'innovation, avec ses cycles de six mois, ses levées de fonds, ses pivots stratégiques.

Le risque ?

- Superposer des couches technologiques sans cohérence d'ensemble ;
- Créer des silos numériques là où nous avions des silos « papier » ;
- Multiplier les interfaces sans résoudre l'interopérabilité ;
- Accumuler les données sans maîtriser leur gouvernance.

En d'autres termes : reproduire au niveau numérique la fragmentation que nous déplorions au niveau analogique.

Nous appelons cela la psychose numérique.

Cette croyance que la technologie, par sa seule puissance, résoudra des problèmes qui sont d'abord organisationnels, culturels, politiques.

Cette fascination pour l'outil qui nous fait oublier la question de l'usage.

Cette fuite en avant qui nous dispense de penser la finalité.

Comme le rappelait Marshall McLuhan, notre maître à penser sur ces questions : *le medium est le message.* Autrement dit, l'outil façonne notre perception du problème. Et quand l'outil devient obsession, le problème disparaît de notre champ de vision.

UNE GÉNÉALOGIE INTELLECTUELLE À CONNAÎTRE

Pour sortir de cette impasse, il faut d'abord comprendre d'où nous venons.

L'approche One Health n'est pas une mode récente. Elle s'inscrit dans une généalogie intellectuelle qui remonte au XIXe siècle.

Rudolf Virchow, 1865. Dans son laboratoire berlinois, il examine au microscope des fragments de muscle de porc. Il y découvre des trichines, ces parasites qu'il retrouve à l'état de larve dans les muscles de patients humains.

De cette observation naît un mot qui résonne encore aujourd'hui : **zoonose.**

Virchow l'affirme avec une clarté visionnaire : « Il ne devrait pas exister de ligne de démarcation entre médecine humaine et médecine animale. »

William Osler, quelques années plus tard. Il porte le flambeau à travers l'Atlantique. À Montréal, il enseigne simultanément aux étudiants en médecine humaine et aux étudiants vétérinaires. Il forge l'expression « One Medicine ». Son séjour de trois mois auprès de Virchow à Berlin a été déterminant.

Calvin Schwabe, 1984. Il publie « Veterinary Medicine and Human Health », l'ouvrage qui réarticule cette vision pour l'ère moderne. Il devient le « père de l'épidémiologie vétérinaire moderne ».

Les fondations intellectuelles sont posées.

New York, septembre 2004. Université Rockefeller. Le monde sort du SRAS ; la grippe aviaire H5N1 fait des ravages en Asie. Des scientifiques du monde entier se rassemblent.

Trois jours de débats aboutissent aux **12 Principes de Manhattan.**

Une expression naît : « One World, One Health ».

Décembre 2021. Le One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP) formalise enfin la définition officielle, adoptée par le Quadripartite — OMS, FAO, WOAH et PNUE.

Le One Health Joint Plan of Action 2022-2026 devient la feuille de route opérationnelle mondiale.

Cette histoire, nous la racontons en détail dans le podcast « Santé globale à l'ère digitale » lancé en janvier 2025, accompagné d'Aristocle, notre jumeau numérique.

« LA SANTÉ GLOBALE À L'ÈRE DIGITALE » : UN SYMPOSIUM POUR RÉFLÉCHIR ; UN PODCAST POUR COMPRENDRE ET AGIR

Pourquoi welink.care organise un symposium ?

Parce que nous avons besoin d'un espace de réflexion collective où les expertises se confrontent et les silos se fissurent.

Parce que nous avons besoin de parler concret. Pour que l'approche One Health devienne opérationnelle, trois chantiers numériques s'imposent. C'est la vocation du 16e symposium international WeLink.care, prévu à Namur les 23 et 24 novembre 2026.

Un symposium pour penser l'architecture de demain.

Nous ne réunirons pas des experts pour qu'ils déroulent leurs PowerPoints en parallèle, chacun dans sa chapelle. L'ambition est autre : créer les conditions d'un dialogue authentique entre trois mondes qui se côtoient sans vraiment se parler.

Les praticiens One Health — vétérinaires, épidémiologistes, écologues — qui maîtrisent l'interdépendance du vivant mais regardent parfois le numérique avec

méfiance. Ils savent qu'une épidémie de grippe aviaire détectée dans un élevage du Midwest américain concerne aussi les hôpitaux européens. Mais leurs alertes restent cantonnées à des circuits vétérinaires.

Les architectes du digital — informaticiens, urbanistes des systèmes d'information, spécialistes de l'IA — qui disposent des outils mais peinent à saisir la complexité du terrain sanitaire. Ils savent construire des API, déployer des data lakes, entraîner des modèles. Mais ils ignorent souvent que le même symptôme clinique se code différemment d'un pays à l'autre, d'une discipline à l'autre.

Les soignants — médecins, infirmiers, gestionnaires hospitaliers — qui vivent au quotidien les promesses non tenues et les dysfonctionnements concrets. Ils jonglent avec des interfaces multiples, ressaisissent les mêmes données trois fois, attendent des résultats de laboratoire qui transitent par fax.

Quatre questions structureront nos travaux :

1. Comment construire une infrastructure de données interopérable qui permette la surveillance intégrée des zoonoses, le suivi des résistances antimicrobiennes et l'anticipation des impacts climatiques sur la santé — en temps réel, à l'échelle européenne ?

2. Comment articuler les standards existants — HL7 FHIR pour les échanges, SNOMED CT pour la terminologie, LOINC pour les analyses — avec les spécificités de la médecine vétérinaire et des sciences environnementales ?

3. Comment domestiquer l'intelligence artificielle pour qu'elle détecte les signaux faibles dans ce flux de données croisées, sans générer de faux positifs paralysants ni d'hallucinations dangereuses ? BlueDot a montré que c'était possible ; reste à passer de l'exception à la règle.

4. Comment construire la gouvernance politique et éthique d'un système qui, par nature, transcende les frontières entre disciplines, entre espèces, entre nations — tout en respectant le RGPD, l'AI Act et les exigences de souveraineté numérique ?

Un format qui reflète l'ambition.

Pas de keynotes de quarante-cinq minutes suivies de questions polies. Des ateliers de co-construction où l'on cartographie les flux de données existants. Des tables rondes contradictoires où architectes du digital, prestataires et praticiens One Health confrontent leurs visions. Des sessions de prototypage où l'on esquisse, ensemble, les interfaces de demain. En fonction des personae des participants, des trajets concrets en plénière, en atelier ou en face à face : prendre un scénario et échanger sur la chaîne d'information idéale. Identifier les maillons manquants. Nommer les standards à mobiliser. Pointer les blocages.

Pourquoi welink.care produit un podcast ?

Parce que certaines idées méritent plus que des posts LinkedIn.

Parce qu'il faut s'adapter aux modes de communication de la génération montante.

Parce que la complexité exige du temps, et que le format audio permet cette immersion.

Parce que nous avions envie de raconter cette histoire comme une épopée intellectuelle, de Virchow au Quadripartite, d'Hippocrate à l'intelligence artificielle.

« Santé globale à l'ère digitale » explore les liens entre santé humaine, santé animale et santé des écosystèmes à l'ère du numérique.

Deux épisodes par semaine. Deux séries complémentaires.

Série 1 : « One Health, One Digital Health » — Les enjeux contemporains : zoonoses, antibiorésistance, changement climatique, surveillance épidémiologique, gouvernance mondiale. Nous y consacrons un épisode entier à la convergence numérique, avec cette question provocante : « Et si nos téléphones pouvaient détecter une épidémie avant les laboratoires ? »

Série 2 : « Aux Origines de One Health » — L'histoire racontée comme une épopée intellectuelle : Hippocrate et l'intuition environnementale, Virchow et la naissance du concept de zoonose, Osler et One Medicine, Theobald Smith, ce pionnier oublié qui prouva le premier qu'une maladie pouvait être transmise par un arthropode, James Steele, qui créa la division de santé publique vétérinaire au CDC en 1947, les Principes de Manhattan, la conférence de Berlin en octobre 2019, quelques semaines avant que le monde bascule.

40 épisodes sont déjà scriptés.

À raison de deux par semaine, la série accompagnera la préparation du symposium WeLink.care jusqu'à octobre 2026.

Notre approche ? La preuve par la science.

Chaque affirmation est sourcée. Les publications du Journal of Medical Internet Research, de PLOS Pathogens, de Frontiers in Public Health nourrissent le propos.

Les travaux d'Arriel Benis et Oscar Tamburis sur le framework « One Digital Health Steering Wheel » (2021) structurent la réflexion.

Le règlement européen EHDS (2025/327), entré en vigueur en mars 2025, dessine le cadre réglementaire.

La prise de position du NEJM AI (2024) en faveur de l'utilisation des LLMs pour la rédaction scientifique.

Notre regard est sans concession. Il n'est cependant pas porté uniquement à charge.

LA QUESTION DE RECHERCHE WELINK.CARE

C'est précisément pour sortir de l'impasse du buzz permanent que nous avons choisi, au sein de WeLink.care, de consacrer notre programme 2026-2027 au concept de One Digital Health.

Notre question de recherche :

« Comment créer un environnement digital en santé qui soit urbanisé, stable et durable, capable d'exploiter le plein potentiel des données médicales et sanitaires pour servir la santé humaine, animale et environnementale ? »

Cette question appelle plusieurs clarifications.

Urbanisé — L'urbanisation des systèmes d'information, c'est l'art de construire une architecture cohérente, avec des règles d'alignement, des référentiels partagés, des interfaces normalisées. C'est le contraire du mitage numérique, où chaque acteur développe sa solution dans son coin. C'est un risque important auquel sont exposés nos centres hospitaliers en l'absence de toute concertation ou de partage de solutions entre les différents acteurs du numérique en santé. C'est un travail de long terme, ingrat, peu spectaculaire, mais indispensable.

HL7, FHIR, depuis sa version 4.0, couvre explicitement la médecine humaine ET vétérinaire. Les standards techniques existent. Ce qui manque, c'est la volonté politique de les activer.

Stable — La stabilité n'est pas l'immobilisme. C'est la capacité à évoluer sans rupture, à intégrer l'innovation sans perdre les acquis, à maintenir la continuité du service dans un monde turbulent. Les systèmes de santé ont besoin de cette stabilité pour remplir leur mission. Les soignants ont besoin de cette stabilité pour exercer leur métier.

Durable — La durabilité, c'est la prise en compte du temps long. C'est le refus de sacrifier l'avenir au présent. C'est l'intégration des contraintes environnementales dans la conception des systèmes. Le numérique a un coût écologique ; nous devons l'assumer et le réduire.

L'IA ET L'INFORMATIQUE QUANTIQUE : DES MOYENS, PAS DES FINS

Dans cet environnement urbanisé, l'intelligence artificielle générative trouvera sa place.

Non pas comme une technologie magique qui résout tous les problèmes, mais comme un outil au service d'usages définis : l'aide au diagnostic, l'analyse de la littérature scientifique, l'optimisation des parcours de soins, la surveillance épidémiologique.

BlueDot, cette startup canadienne, a détecté le cluster de pneumonies atypiques à Wuhan le 31 décembre 2019 — neuf jours avant l'annonce publique de l'OMS.

La preuve que l'IA peut accélérer la vigilance.

Mais BlueDot n'a pas prédit la pandémie ; elle a détecté un signal faible. La nuance est capitale.

Autant d'applications prometteuses, à condition de maîtriser les risques : hallucinations, biais, opacité des modèles, dépendance aux fournisseurs.

Plusieurs études récentes, dont celles publiées dans Nature Medicine et le JAMA, montrent que les systèmes d'IA générative produisent des informations erronées dans 10 à 30% des cas sur des questions médicales complexes, selon les modèles et les contextes.

En santé, ce n'est pas un bug ; c'est un risque vital.

L'informatique quantique suivra. Les premiers cas d'usage en santé émergent déjà : simulation moléculaire pour la découverte de médicaments, optimisation de la logistique hospitalière, cryptographie post-quantique pour la sécurisation des données.

Nous devons nous y préparer, non pas dans la précipitation, mais dans la réflexion.

Car notre baseline n'a pas changé depuis trente ans :

L'algorithme copilote, jamais pilote.

Toute la puissance de l'innovation doit être asservie aux usages qu'en font les humains. C'est le principe directeur de notre engagement professionnel. C'est le fil rouge de la communauté WeLink.care.

ONE HEALTH : LE RESPECT DU VIVANT AU CENTRE

Le choix de One Health comme thématique structurante n'est pas un hasard.

Cette approche, formalisée par le Quadripartite en 2022, reconnaît l'interdépendance fondamentale entre la santé humaine, la santé animale et la santé des écosystèmes.

La définition officielle de l'OHHLEP est claire :

« One Health is an integrated, unifying approach that aims to sustainably balance and optimize the health of people, animals and ecosystems. It recognizes the health of humans, domestic and wild animals, plants, and the wider environment (including ecosystems) are closely linked and inter-dependent. »

Cette interdépendance, le COVID nous l'a rappelée brutalement.

Jones et al. (Nature, 2008) ont montré qu'environ 60 % des maladies infectieuses émergentes humaines sont des zoonoses, dont une grande majorité (~72 %) provient de la faune sauvage.

La déforestation, l'élevage intensif, le commerce d'animaux sauvages, le changement climatique : autant de facteurs qui favorisent le spillover, ce moment où un pathogène franchit la barrière des espèces.

One Health, c'est le refus des silos.

Le refus de penser la médecine humaine indépendamment de la médecine vétérinaire. Le refus de penser la santé indépendamment de l'environnement.

C'est une révolution épistémologique autant qu'organisationnelle.

Et One Digital Health ?

C'est la traduction numérique de cette approche :

• L'infrastructure de données qui permettra la surveillance intégrée

• L'interopérabilité entre les systèmes d'information humains, vétérinaires, environnementaux

• L'IA au service de la détection précoce des signaux faibles

Le framework « One Digital Health Steering Wheel », proposé par Benis et Tamburis dans le Journal of Medical Internet Research en 2021, structure le domaine autour de : 2 clés (One Health + Digital Health), 3 perspectives (santé individuelle, population/société, écosystème), 5 dimensions (engagement citoyen, éducation, environnement, soins humains/vétérinaires, Healthcare Industry 4.0).

Ce cadre existe. Les groupes de travail sont actifs — à l'EFMI comme à l'IMIA.

Le mouvement est lancé.

Reste que le concept demeure quasi absent de la francophonie.

C'est là que nous intervenons.

UN APPEL AUX TROIS COMMUNAUTÉS

Cet article s'adresse à trois communautés que nous souhaitons voir dialoguer.

Aux experts One Health

Le numérique n'est pas votre ennemi. C'est un allié potentiel, à condition de le domestiquer.

Les standards existent ; les technologies mûrissent ; les régulations se mettent en place. L'EHDS européen entre en vigueur ; les actes d'implémentation suivront d'ici 2027.

Investissez ce champ, apportez votre expertise, ne laissez pas les technologistes définir seuls l'architecture de demain.

Aux soignants

Vous êtes au cœur du système.

Votre expérience quotidienne, vos frustrations, vos besoins doivent guider la conception des outils.

Votre formation doit s'ouvrir à de nouveaux horizons épidémiologiques et thérapeutiques incluant l'IA. Les outils pédagogiques existent.

Ne subissez pas le numérique ; appropriez-vous-le. Exigez des solutions qui vous servent, pas des gadgets qui vous encombrent. Utilisez-les.

Le podcast « Santé globale à l'ère digitale » est aussi pour vous : des épisodes courts, accessibles, qui posent les enjeux sans jargon inutile.

Aux experts du digital

Votre rôle est crucial, mais il n'est pas solitaire.

La santé n'est pas un marché comme les autres. Les données ne sont pas des commodités. Les patients ne sont pas des utilisateurs.

Apprenez les codes de ce monde complexe ; respectez ses contraintes ; mettez votre expertise au service d'une finalité qui vous dépasse.

L'interopérabilité One Health n'est pas qu'un problème technique ; c'est un défi politique.

Une revue systématique publiée dans One Health Outlook (2020) identifiait 102 publications sur les mécanismes d'intégration, mais concluait que les implémentations pratiques restent « exceptionnellement rares ».

CAR OUI, NOUS AVONS ENCORE LE CHOIX

Le numérique, en santé comme dans d'autres secteurs, nous ouvre des perspectives tantôt prometteuses, tantôt utopiques, voire dystopiques.

Quel avenir choisirons-nous ?

Nous refusons le fatalisme technologique qui voudrait que l'innovation s'impose à nous comme une force naturelle.

Nous refusons l'enthousiasme béat qui confond progrès technique et progrès humain.

Nous refusons le cynisme qui abandonne le terrain aux puissants.

Nous croyons à la possibilité :

• D'un numérique au service du vivant
• D'une intelligence artificielle copilote, jamais pilote
• D'un environnement digital urbanisé, stable, durable
• D'une approche One Health qui réconcilie la médecine, l'écologie et la technologie

C'est le pari de WeLink.care pour 2026-2027.

C'est le programme du symposium que nous préparons pour octobre 2026.

C'est l'invitation que nous vous adressons.

Libre à vous de la décliner.

Libre à vous, aussi, de nous rejoindre.

Et si vous voulez approfondir, le podcast vous attend.

Chaque mercredi et chaque samedi, un nouvel épisode.

La preuve par la science. Le regard sans concession.

One Health. One Digital Health. Une seule santé.

Dr. Thierry Vermeeren

Vice-Président de Sophia | Directeur scientifique de la Communauté du Patient Numérique

Auteur de « L'Illusion Numérique »

Podcast « Santé globale à l'ère digitale » — disponible sur Spotify

---

RÉFÉRENCES CITÉES

→ Benis A. et al. (2021). "One Digital Health: A Unified Framework for Future Health Ecosystems". J Med Internet Res, 23(2):e22189

→ Ho C.W.L. (2022). "Operationalizing One Health as One Digital Health Through a Global Framework". Front Public Health, 10:768977

→ OHHLEP et al. (2022). "One Health: A new definition for a sustainable and healthy future". PLOS Pathogens, 18(6):e1010537

→ Jones K.E. et al. (2008). "Global trends in emerging infectious diseases". Nature, 451:990-993

→ Murray C.J.L. et al. (2022). "Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis". Lancet, 399:629-655

→ O'Neill J. (2016). "Tackling Drug-Resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations". Review on Antimicrobial Resistance

→ FAO, UNEP, WHO, WOAH (2022). One Health Joint Plan of Action (2022-2026)

→ Règlement (UE) 2025/327 — European Health Data Space (EHDS)

→ Kisakye A.N. et al. (2020). "Integration mechanisms for human and animal health surveillance systems". One Health Outlook, 2:11

→ Koller D, Beam A, et al. (2024). "Why We Support and Encourage the Use of Large Language Models in NEJM AI Submissions". NEJM AI, 1(1)

#OneHealth #OneDigitalHealth #SantéNumérique #DigitalHealth #IA #ArtificialIntelligence #eHealth #eSanté #Podcast #WeLink #Résilience #TransformationDigitale #SantéGlobale #GlobalHealth #Zoonoses #AMR #ClimateHealth #EHDS #HealthData #Innovation #FutureOfHealth #Healthcare #MedicalInformatics #PublicHealth #SantéPublique

---

Et vous ?

Quelle place accordez-vous à l'approche One Health dans votre pratique ?

Comment voyez-vous l'articulation entre numérique et santé environnementale ?

Nous lisons tous les commentaires.
