

# Au CœuR du débat : quel avenir pour l'Etat providence ? *10èmes rencontres ACR*

## Sommaire

---

<b>Ouverture</b>	<b>2</b>
<b>Conférence inaugurale :</b>	<b>3</b>
<b>Le soin, ciment social du 21<sup>ème</sup> siècle ?</b>	<b>3</b>
Marcel Gauchet	3
Philosophe et historien	3
<b>Dessine-moi un système de santé idéal</b>	<b>8</b>
I) Coopération des acteurs de la santé	8
II) Les différents modèles européens, ce qui marche	10
III) Le gouffre de la Sécurité sociale : manipulation ou réalité ?	14
IV) Table ronde	16
<b>À l'heure de la mondialisation</b>	<b>19</b>
I) Une médecine de riches pour tous	19
II) La médecine à l'heure du « Big Data »	22
III) La régionalisation des soins est-elle possible ?	23
IV) Table ronde	25
<b>Conférence : l'Etat providence à l'heure de la mondialisation</b>	<b>28</b>
Michel SERRES	28
Philosophe	28
<b>Conclusion</b>	<b>33</b>

# Ouverture

---

## **Laurence COMTE-ARASSUS, Medtronic**

Je vous souhaite la bienvenue à cette dixième réunion ACR des acteurs de la santé. Comme chaque année, nous prendrons le temps de discuter des évolutions et des changements de l'environnement de la santé, sans clivages public-privé. Nous accueillons des fidèles comme de nouveaux membres, pour des débats que nous souhaitons passionnants. Cette 10<sup>ème</sup> conférence porte sur l'avenir de l'Etat providence. C'est un sujet d'actualité, qui tient à cœur à notre organisation. Les maîtres mots d'ACR sont l'absence de tabous et de journalistes. Nous avons volontairement restreint cette réunion à une centaine de personnes pour faciliter les débats.

## **Etienne ALIOT**

Nous sommes heureux de vous accueillir à cette dixième édition. A l'origine, les rythmologues qui accompagnaient Medtronic ont eu l'idée de ces ateliers, d'abord intitulés « au centre du rythme », puis « au cœur du débat ». De scientifique, la réunion est devenue un lieu d'échanges informels entre médecins, politiques, décisionnaires, directeurs d'hôpitaux, d'ARS, etc. Le programme est particulièrement alléchant et d'actualité. En dix ans, nous avons traité des sujets passionnants : principe de précaution, liberté médicale, pouvoir managérial avec ou contre le pouvoir médical, faire plus avec moins... avec l'appui des meilleurs économistes, politiques, directeurs. Je vous souhaite une excellente journée et je remercie Medtronic pour son accompagnement dans ce projet.

# Conférence inaugurale :

## Le soin, ciment social du 21<sup>ème</sup> siècle ?

---

Marcel Gauchet

*Philosophe et historien*

La démocratie est un objet protéiforme qu'il est difficile de saisir dans son évolution. Ses principes, déposés dans une série de dispositions constitutionnelles, n'ont guère changé depuis un siècle, au-delà de la variation des constitutions, mais derrière ces textes perpétués à l'identique, des mouvements de fond changent l'esprit et le fonctionnement de la démocratie. Nous assistons à présent à une mutation spectaculaire qui concerne directement les praticiens d'une médecine, *a priori* neutre d'un point de vue démocratique. Elle ne l'est pas. Cette mutation donne au système de soins et à la condition corporelle des personnes un relief qu'elle n'a jamais eu dans l'histoire.

Le sens du mot démocratie a radicalement changé ces quarante dernières années, au tournant des années 70. La démocratie renvoie au pouvoir du peuple et dans la première phase de son histoire, le problème principal a été le pouvoir. De la Révolution française jusqu'aux années 70, le problème est en effet celui de la démocratie par en haut : l'enjeu est d'aménager des pouvoirs qui ressemblent à la volonté populaire exprimée par le suffrage. Nous avons affaire, ici, à des démocraties intensément politiques marquées par une grande préoccupation, à savoir la capacité des Etats, qui servent le pouvoir politique, d'organiser la société et le risque d'écrasement de la société par des pouvoirs et par ces Etats organisateurs qui prennent en main la destinée collective.

Par rapport à cette première figure de la démocratie, nous sommes passés dans une configuration différente que reflète le changement du sens du mot. Pour mes étudiants, la démocratie n'a plus rien à voir avec son sens premier : elle renvoie à la liberté personnelle. Nous sommes ainsi passés à une démocratie par en bas, au regard de la laquelle les pouvoirs font figure, non de relais d'une volonté collective, mais d'obstacles et de contraintes plus ou moins insupportables. L'idée même de pouvoir collectif n'est plus comprise. Dans ce contexte, l'institution centrale devient le pouvoir judiciaire dont on attend qu'il protège la plus grande quantité de liberté personnelle possible contre l'autorité collective. Le juge était la figure d'un ordre social vécu comme pénible : il est devenu, à présent, le protecteur des libertés personnelles. C'est une mutation radicale qui, pour des démocraties comme la nôtre, représente une révolution que nous peinons à intégrer. Le pouvoir judiciaire est l'arme du droit de veto d'un individu contre l'autorité collective.

En fonction de cette évolution, nous avons changé de problématique dans les perspectives politiques de nos sociétés. La grande question du 20<sup>ème</sup> siècle a été celle des pouvoirs totalitaires : celle posée au 21<sup>ème</sup> siècle est la capacité à faire fonctionner des institutions collectives au regard de cette toute-puissance revendiquée des individus au nom de leur droit personnel. Nous avons littéralement changé de figure de crise de la démocratie. La crise précédente était placée sous le signe de l'excès de pouvoir : la problématique nouvelle est celle de l'impuissance des pouvoirs.

Dans cette évolution qui fait de la démocratie une démocratie des individus et des droits individuels, les questions de l'Etat social et de la condition corporelle ont joué un rôle majeur. Les principes du droit individuel n'ont pas changé, mais leur interprétation n'est plus la même. L'Etat social, d'une part, la manière dont les individus se sont approprié leur condition d'être incarné, d'autre part, ont joué un rôle déterminant. La philosophie première de l'Etat providence est de remédier à des fléaux sociaux (maladie, chômage, absence d'éducation, insalubrité du logement, etc.) et de combler des déficits considérés insupportables au regard de la norme d'une société civilisée. Le raisonnement s'entend en termes de normes

collectives et cette philosophie se substitue à celle de l'assistance pour passer au plan social. Dans une société bien constituée, on ne laisse pas de maux extrêmes se développer de façon incontrôlée. Nous sommes passés insensiblement à une philosophie de l'Etat social différente, qui en a fait une institution de la démocratie des individus. Ce qui est attendu de l'Etat social, c'est la production de conditions satisfaisantes d'existence pour les individus. Vous concernant, le droit à la santé représente un des éléments clés de cette transformation. Il ne s'agit plus de remédier à des formes insupportables d'abandon ou de détresse, mais de donner les moyens d'un épanouissement personnel, qui passe notamment par un épanouissement corporel. En témoignent les débats sur le droit au sport.

L'individualisation, qui est la marque de cette nouvelle phase de l'histoire des démocraties, s'enracine dans la production d'un nouveau corps par la collectivité. Ce trait a éclairé par Michel Serres, dans son livre *Hominescence*. Le sens personnel est investi aujourd'hui dans la condition corporelle : c'est un changement majeur dont il faut enregistrer les conséquences. Jusqu'à récemment, l'humanité a vécu, au travers de la diversité des religions et des traditions morales, sous le signe du dualisme du corps et de l'âme. La part essentielle était du côté de l'âme, invisible, le corps visible représentant le fardeau dont il fallait s'accommoder durant le séjour terrestre en attendant l'au-delà. La vie dégagée du corps serait la vraie vie. Sur ce point, tout a basculé. Le bonheur était du côté de l'âme et le malheur, du corps. La médecine, au fond, était une science maudite, indispensable, mais du côté de la douleur. Il n'y avait de bonheur à attendre que du côté de l'esprit et de ses satisfactions, celles du corps étant toujours fugaces et porteuses d'une malédiction qui ne tarderait pas à se déclarer et dont le signe le plus manifeste était le vieillissement.

Nous avons vécu un événement métaphysique, puisqu'il a changé l'image spontanée que les individus se font de leur destinée. Il concerne aussi bien les croyants que les incroyants, dont les perspectives sont les mêmes dans la vie dans ce monde : le bonheur est désormais du côté du corps et le malheur, du côté de l'esprit. Une grande partie des difficultés actuelles tiennent à la dévalorisation profonde du savoir, qui relève de cette mutation qui a logé le principe de l'identité personnelle du côté du corps. L'école est placée du côté du labeur et de la douleur, alors que les satisfactions immédiates de l'éprouvé personnel dans son corps sont accessibles. Nos sociétés promettent, métaphysiquement, une bonne vie dans leur corps à leurs membres. C'est cette tâche qui vous est demandée et dans l'esprit des populations, s'y situent les attentes des patients à l'égard de la médecine.

Dans ce cadre, la pression est considérable, même lorsqu'elle n'est pas formulée. Les Etats sont amenés progressivement à satisfaire une nouvelle garantie à laquelle nous n'avions pas pensé. Je ne vous apprends pas que les Etats modernes sont des institutions conçues en fonction de la protection des personnes. Cette protection, dans un premier temps, s'est appliquée à la sécurité juridique des biens et des personnes. Là aussi, nous avons franchi une nouvelle étape : il s'agit désormais d'assurer la sécurité existentielle et corporelle des membres de nos sociétés. La notion de sécurité publique s'élargit et le moindre épisode sanitaire donne lieu à une dramatisation, devenant l'objet prioritaire dans l'esprit des populations. La sécurité que les Etats ont la mission de garantir se joue en grande partie sur le terrain sanitaire. Il ne s'agit plus seulement d'assurer la quarantaine contre la peste ou le choléra d'autre fois : elle demande infiniment plus de moyens.

Dans le même temps, l'élargissement de la démocratie du côté des personnes et des individualités a produit un rapport radicalement différent à cette institution devenue capitale dans la vie de nos sociétés, l'Etat social. Nous avons affaire à une démocratie des usagers : il ne s'agit pas de recourir à une institution chargée de distribuer des biens publics, mais de prendre en compte les individualités demandeuses, en situation de recourir à cet Etat social et sanitaire. La démocratie sanitaire recouvre ce rapport du patient aux institutions chargées de sa prise en charge. Cette évolution crée une tension considérable entre une demande d'organisation collective plus forte que jamais et le caractère très individuel de la relation exigée par chaque membre.

C'est dans ce champ de tensions renouvelé que l'exercice médical se situe aujourd'hui. Nous pouvons détailler la forme que prennent à chaque niveau du système de santé, ces

tensions et cette demande renouvelée dans sa signification. Objectivement, elle est la même, mais du point de vue du vécu des personnes, elle est radicalement nouvelle. C'est pourquoi nous peinons à nous ajuster. Le changement n'est pas visible : il est dans l'esprit des acteurs, de manière largement impensée. Si nous voulons guider nos sociétés dans une voie éclairée, notre travail est d'explicitier cet arrière-fond qui domine la vie collective d'aujourd'hui. C'est dans cette situation de crise que se trouvent nos régimes. Du point de vue du fonctionnement, les catégories reçues ne sont pas remises en cause. Mais l'esprit dans lequel ses principes sont lus a changé. Nous évoluons ainsi dans un hiatus permanent, que nos représentants peinent à repérer, entre ce que disent les textes et leur interprétation par les acteurs. Par conséquent, les pouvoirs passent sans cesse à côté de la demande sociale.

### **Guy VALLANCIEN**

La vaccination est l'exemple emblématique de la situation que vous décrivez. Ce progrès considérable, qui a permis d'éliminer le tétanos et la diphtérie, est désormais contesté pour ne pas toucher les personnes saines. Elles ne réalisent pas ce que nous avons vécu. Nous sommes dans une société sûre qui n'admet plus aucun risque sanitaire.

### **Marcel GAUCHET**

Si Ebola arrivait en France, le débat serait violent sur le droit pour la collectivité d'instaurer des mesures contraignantes et de restreindre la liberté personnelle. Nous avons constaté, lors de la grippe aviaire, un déchirement profond de l'opinion. Nous sommes face à une division de l'opinion.

### **De la salle**

La démocratie sanitaire serait favorisée par la montée de l'individualisme, au détriment des forces de cohésion sociale traditionnelle, à l'exception de la justice. L'individu piloterait la destinée de son corps et exigerait avec contradiction que les pouvoirs publics maintiennent sa protection et garantissent sa capacité à faire des choix personnels pour sa destinée. Par ailleurs, l'espérance de vie, la qualité des soins et de la vie non malade dépendent des ressources économiques et du lieu de vie. La part du PIB dans les dépenses de santé est fonction de la part de PIB par personne et les pays émergents ont un idéal de rapprochement des pays riches. Ce ne sera pas possible avant longtemps et nous nous demandons même si ce serait possible en maintenant le niveau de qualité de nos pays riches, soi-disant démocrates, alors que nos ressources pourraient buter sur l'empreinte écologique. Ne voyez-vous pas là le fragment de grandes fractures à l'échelon de la population mondiale ?

### **Marcel GAUCHET**

Vous posez bien les termes du problème. Nous pourrions même le dramatiser davantage : nous allons au-devant de contradictions grandissantes et de tensions que nos systèmes politiques sont incapables de traiter. Il existe un double système de contradictions. Dans les pays du Sud, nous sommes appelés le « milliard doré », c'est-à-dire le milliard d'individus bénéficiant des conditions que nous avons décrites, face à six milliards d'autres individus. La seconde contradiction réside dans nos propres systèmes, soumis à des pressions extérieures. Nous ne pouvons pas raisonner en termes de continuité. La question posée est celle des discontinuités envisageables et nous sommes incapables de l'imaginer. La menace principale qui pèse sur nos sociétés est l'incapacité à imaginer des scénarios de rupture et de discontinuité. En raisonnant avec optimisme, ces évolutions signent un retour de l'impératif de cohésion collectif sous le signe de l'égalité. Ainsi, alors que la valeur primordiale de nos sociétés est la liberté, le futur qui se dessine aura pour valeur fondamentale et organisatrice l'égalité, non pour elle-même, mais comme moyen d'une cohésion collective indispensable pour préserver un Etat social, quelle qu'en soit la forme, et des conditions de fonctionnement relativement organisées et maîtrisables. Nous allons

au-devant d'un changement profond des valeurs et des modes de fonctionnement de nos sociétés.

### **De la salle**

Vous évoquez la dévalorisation profonde des savoirs en la reliant à l'importance donnée au corps. Les experts le vivent au quotidien : ils ne sont plus entendus. Que pouvons-nous faire pour revaloriser la parole des experts et le savoir ?

### **Marcel GAUCHET**

C'est une question cruciale. Le savoir s'est dégradé en expertise et il faut le rétablir comme savoir. On attend d'un expert qu'il règle un problème ponctuel, ce qui dévalorise le savoir dans son principe. Lorsqu'il ne reste du savoir que ses conséquences pratiques immédiates, l'expert devient un instrument jetable, un moyen à disposition, dans l'indifférence à la compréhension qui permet la décision. Avec l'expertise seule, le savoir ne sert à rien. Les technophiles imaginent que le savoir sera bientôt disponible sur Internet et qu'investir dans des formations de très haut niveau pour exercer une expertise réellement compétente perd de son sens. Des économistes, notamment, estiment que cette formation relève d'une forme dépassée du savoir. S'y ajoute l'idée d'une dimension politique du pouvoir médical détenu par des individus alors que les machines seraient neutres... Les experts devraient se révolter contre la condition qui leur est faite pour rappeler la démarche d'acquisition d'un savoir qui permet de se positionner comme expert. C'est une démarche de l'esprit humain et non la mobilisation de moyens à disposition.

### **De la salle**

Vous n'évoquez pas le rôle des médias dans la contradiction entre intérêt collectif et intérêt individuel, dont la vaccination est un bon exemple.

### **Marcel GAUCHET**

La montée en puissance des médias joue effectivement un rôle majeur. Dans un contexte hyperconcurrentiel, ils sont en recherche d'audience. Or celle-ci se nourrit des registres de l'exceptionnel, du sensationnel et de l'émotionnel. La santé en relève, puisqu'elle est la préoccupation qui touche le plus intimement les individus. C'est un terrain favori de dramatisation. Dans ce domaine, une action collective bien comprise passe par une réflexion méthodique sur la communication publique.

### **De la salle**

La définition de la santé par l'OMS en 1948 l'anticipait. Je la présente à mes élèves qu'elle est la meilleure incitation à l'usage de drogues... Dans un centre mutualiste, nous sommes confrontés à la volonté des patients d'avoir non seulement des lunettes, mais de marque. D'autres sociétés semblent moins touchées par ce phénomène, comme l'Angleterre. Partagez-vous ce point de vue ? Comment expliquez-vous que nous traversons également une époque de croyances ?

### **Marcel GAUCHET**

Les variations nationales demeurent effectivement importantes dans ces domaines. La santé n'est plus un objet simplement technique, mais profondément culturel et investi des valeurs spécifiques à une société. L'Angleterre a connu un tournant libéral radical, mais elle manifeste un attachement profond à son système de santé, plus collectiviste que le nôtre, au point que le patriotisme anglais se réfugierait dans le NHS. Il est l'emblème d'un pays resté patriotique et qui s'identifie à cette création collective, qui représente aussi un élément fondamental de son histoire récente (la victoire contre le nazisme). Cet attachement reste néanmoins relativement fragile du point de vue de l'évolution dans laquelle sont prises nos sociétés.



S'agissant des croyances, je suis plus attentif à la dimension individuelle qu'aux croyances partagées. Naïvement, nous pensions que la croyance était absorbée par la croyance religieuse. Or l'hégémonie du cadre religieux dissimulait cette propriété de l'esprit humain qu'est la croyance. L'esprit humain est un esprit croyant, pour des raisons qui nous échappent. C'est un objet sur lequel nous commençons à peine à réfléchir de manière significative. Il existe des données objectives pour l'expliquer. Tout d'abord, nous vivons en fonction d'une dimension appréhendable uniquement par la croyance, à savoir l'avenir. Nous pouvons l'anticiper, mais in fine, le rapport à l'avenir est placé sous le signe de la croyance. Cela commence par le tempérament personnel et son inclination optimiste ou pessimiste par exemple. Par ailleurs, plus la division du travail social s'accroît, plus les croyances sont le seul moyen dont nous disposons pour nous représenter l'activité des personnes avec qui nous collaborons sans savoir réellement ce qu'ils font. Nous ne pouvons faire autrement que nous appuyer sur des croyances. De même, nous avons vécu selon un schéma progressiste de la science qui voulait que l'inconnu se réduise. Or plus on en sait, plus on sait qu'on ignore de choses. Chez les scientifiques, les croyances irrationnelles sont les plus répandues. Ainsi, dans les pays du Sud, les dirigeants fondamentalistes se recrutent principalement parmi eux. C'est encore plus vrai dans nos sociétés où le monde scientifique est dominé par des convictions irrationnelles.

Nous devons réapprendre ce qu'est l'esprit humain. Le progrès des connaissances n'est pas destiné à instaurer le règne de la raison et la domestication de la croyance est une tâche personnelle et collective qui ne fait que commencer.

#### **Benoît LECLERCQ**

Pour la vaccination, nous avons dû lutter contre l'augmentation du nombre d'infirmières qui recommandaient de ne pas se vacciner contre la grippe H1N1 sur Internet. Comment allons-nous gérer l'attente de l'individu à l'égard de la médecine ?

#### **Marcel GAUCHET**

Je ne peux répondre à la question de la gestion de cette évolution. Le premier pas consisterait à éclaircir les données de la situation. Face à ces évolutions, la conduite publique a régressé. Le sentiment des responsables d'être devant une société qu'ils ne maîtrisent ni ne comprennent, qui leur semble opaque, les a conduits à diminuer la capacité d'adresse à la collectivité des pouvoirs publics. Ils en disent le moins possible. Il est temps de percer cette muraille et d'affronter la société, en tentant de la comprendre et en se donnant des armes, sans se réfugier dans un pilotage technocratique qui frustre la population et alimente les théories du complot. Ce n'est pas une attitude politique gérable à terme ; nous devons dépasser ces peurs pour partager le diagnostic et faire avancer la discussion publique et la capacité de prise des pouvoirs sur la société.

#### **Guy VALLANCIEN**

Pour approfondir ces débats. Je vous invite à vous abonner à la revue *Le Débat*, dont Marcel GAUCHET est le rédacteur en chef et le fondateur avec Pierre NORA.

# Dessine-moi un système de santé idéal

---

## 1) Coopération des acteurs de la santé

**Jean-Yves GRALL, Directeur général de l'ARS du Nord-Pas-de-Calais**

Je ne saurais vous dessiner un système de santé idéal, mais je vais tenter de vous communiquer quelques réflexions en tant que médecin, par ailleurs cardiologue, et directeur d'une agence régionale de santé. Le sujet est bien celui de l'intérêt général versus l'intérêt individuel. Sur la coopération des acteurs de santé, nous devons regarder le monde tel qu'il est et non tel que nous voudrions qu'il soit. L'idéal doit s'accrocher à la réalité.

Le problème est de maintenir, dans notre société, une soutenabilité financière en relevant les enjeux du vieillissement de la population et de la prise en charge des maladies chroniques et des pathologies dégénératives. La santé, quant à elle, n'est pas le soin. Elle est définie par l'OMS et renvoie à la notion de bien-être. Comment assurer le bien-être des populations dans un contexte de soutenabilité financière correcte ? Les acteurs de la santé sont d'abord les malades/usagers, les professionnels de santé, mais aussi les professionnels sociaux, médico-sociaux, les associations, les institutionnels (Etat, Agences, Assurance-maladie, collectivités territoriales) et les médias. Ils façonnent un système de santé avec des approches variable.

La coopération des acteurs s'entend au sein d'un territoire de vie, variable en fonction de son degré urbain ou rural, des dispositions géographiques et des habitudes de travail. Dans ce territoire, le médecin généraliste doit être le pivot de la prise en charge des populations. Il doit être qualifié et adapté, ce qui implique une formation continue de qualité et une évaluation tout au long de sa carrière pour asseoir sa qualification et pouvoir rendre le point de vue le plus adapté sur la situation de son patient. Les points fondamentaux sont la qualité, l'efficacité et l'éthique, c'est-à-dire la prise en charge du bon patient au bon endroit, par le bon praticien, avec les bons soins et le bon traitement. La qualité du système repose sur ces éléments. Ce constat conduit certains à envisager la suppression de la moitié des capacités hospitalières, si l'organisation permet une prise en charge adaptée au bon endroit. Nuirait-elle à la santé ? Je ne le crois pas, si nous déployons une politique de prise en charge décloisonnée, en incluant les assistants sociaux. La qualité de la prise en charge et la bonne adaptation du parcours de soins généreront de l'efficacité. L'ensemble doit être encadré par une réflexion éthique. Les maisons de santé pluridisciplinaires sont un des modes de fonctionnement qui rendent service. J'insiste sur la nécessité du décloisonnement pour assurer la qualité de la prise en charge et le bien-être des populations.

Dans un monde idéal, les systèmes d'information seraient largement utilisés et la télémédecine permettrait de délivrer une expertise à distance. Nous avons également besoin de spécialistes, ce qui pose à nouveau la question de la soutenabilité financière et du bien-être (quels spécialistes et où ?). Il existe actuellement une hyperspécialisation, dont la « tavitologie » est un exemple caricatural. Dans un monde idéal, nous aurions moins de spécialités et une omniscience mieux partagée. Je souhaite que les spécialités soient partagées sur le territoire à l'aune des notions de bien-être de la population et de soutenabilité du financement et je reste défavorable à la dissémination des activités aiguës et hyperspécialisées sur l'ensemble du territoire. Les notions de seuil, d'ego et de rémunération individuelle font que la dissémination des techniques et des spécialistes crée une inflation parfois peu pertinente sur un territoire.

Pour responsabiliser les acteurs, je crois beaucoup au contrat. C'est un élément intéressant, à condition de l'envisager comme un vrai contrat. Le dépositaire de l'organisation de la santé sur un territoire contractualise avec des acteurs des objectifs de santé, de performance et de pertinence. La confiance n'exclut pas l'évaluation, voire le contrôle et des sorties de contrats. Le directeur de l'ARS ne porte pas de jugement sur la pertinence des actes : il a besoin de l'expertise de ses pairs.



Nous devons par ailleurs veiller à la problématique des médias. La parole publique sur la santé est portée, mais elle reste inaudible, car noyée parmi d'autres voix. Deux exemples sont parlants. Le premier concerne la substitution des comprimés de zopiclone et lasilix. Les médias se sont emballés, au point que l'usine a failli fermer, sans que leurs affirmations ne soient fondées. Pour la vaccination, le problème est similaire. Nous avons besoin de la parole des experts, mais leurs désaccords nuisent à la confiance du public. L'absence d'une autorité médicale incontestable (HAS, sociétés savantes, professeurs...) crée une confusion générale, qui se traduit par une diminution du taux de vaccination. Les acteurs de la santé sont aussi les médias.

Pour conclure, les facteurs d'amélioration de la coopération des acteurs de santé sont la formation, la contractualisation et l'évaluation, une action qui s'apparente moins au dirigisme qu'à une contractualisation éclairée sur le terrain et à la mise en avant de l'intérêt général et du bien-être de la population plutôt que du soin et des spécialisations. J'insisterai également sur la prévention. De ce point de vue, la vaccination contribue au bien-être et à la soutenabilité financière du système de santé.

### **André FRITZ**

Le parcours du patient sous-entend qu'on puisse l'administrer. D'expérience, le patient « vote aussi avec ses pieds », qui le conduisent chez le praticien auquel l'adresse le médecin généraliste. C'est parfois difficile à expliquer aux autorités de régulation, qui voudraient réduire les sites pour des raisons d'excellence et de volume, tout en regrettant des taux de fuite. Comment pouvons-nous administrer le parcours sans en faire un système trop contraignant et faire admettre que le bon soin au bon endroit n'est pas toujours près de chez soi ?

### **Jean-Yves GRALL**

Vous posez la question en termes de soins. Le bien-être des personnes âgées, par exemple, est principalement pris en charge à proximité. Il est plus adroit d'avoir une personne bien chez elle que mal ailleurs. Ce n'est pas qu'une question de soins.

Il ne s'agit pas d'imposer un praticien. Le pilote du parcours du patient doit être le généraliste. Pour ce faire, il doit être bien formé et reconnu. Ce sujet pose aussi la question des médias et de l'autorité du médecin de famille.

Les taux de fuite, quant à eux, ne m'intéressent pas. On ne peut contraindre les personnes à se rendre dans l'hôpital le plus proche de chez eux s'ils ne le veulent pas. Nous devons être pragmatiques.

### **André FRITZ**

L'évaluation des procédures a pris le pas sur celle de la pertinence. Un médecin alsacien m'a ainsi déclaré que l'armée allemande appliquait ces pratiques lors de la Première Guerre mondiale : « *operation gelungen, patient gestorben* » (opération réussie, patient décédé). Pourrions-nous éviter cet excès et rééquilibrer l'approche de l'évaluation ?

### **Jean-Yves GRALL**

L'exemple des « tavisistes » montre qu'on peut avoir raison d'un point de vue cardiologique, mais tort socialement. Cela nous renvoie à l'éthique et à la responsabilité individuelle. Dans certains cas, notamment pour les actes techniques, la notion de pertinence est indissociable des modalités de rémunération.

Quant à l'évaluation, la création de la haute autorité de santé, l'ANAES à l'origine, a mobilisé une bureaucratie et des investissements considérables sans que nous soyons pour autant capables d'évaluer la pertinence. La véritable évaluation se fait par des pairs. Elle doit être professionnelle et viser l'amélioration des pratiques, plutôt que la sanction. J'ai défendu à l'IGAS l'idée d'une évaluation par des pairs, en veillant à ce que cette fonction ne constitue pas une impasse dans leur carrière. L'évaluation est mieux reçue lorsqu'elle est

réalisée par un pair que par une administration qui ne possède pas la connaissance adaptée pour un échange constructif.

### **Bernard DUPONT**

La gestion de la pertinence entre pairs peut entraîner des indications générales plus larges que ne le voudrait le registre du bon sens. Rester entre soi n'est pas nécessairement une solution. Un regard extérieur, qui peut être divers (usagers...), permet de reposer des questions de bon sens. Vous avez vous-même acquis un regard extérieur dans votre parcours de médecin à directeur d'une ARS. Qu'en pensez-vous ?

### **Jean-Yves GRALL**

Dans un monde idéal, l'éthique et l'autorité médicale permettent d'éviter les biais d'une évaluation entre pairs. Je constate que les facteurs idéaux que j'appelle de mes vœux ne sont pas au rendez-vous : pour poursuivre l'innovation, nous devons éviter de nous disperser avec de mauvaises indications et des dépenses anormales. Nous avons trop diffusé les techniques et les conditions de leur développement ces dernières années. Les services universitaires sont trop nombreux. En Lorraine, je constate le bénéfice d'un seul CHU dans une région : l'approche unique dans certaines spécialités, sans enjeux de pouvoirs, permet de délivrer la bonne indication.

## II) Les différents modèles européens, ce qui marche

### **Jean de KERVASDOUE, Economiste de la santé français, titulaire de la chaire déco et de gestion des services de santé du Conservatoire National des Arts et Métiers**

Tout système marque ses origines et a été créé à partir d'idées. Celles du NHS sont très différentes de l'assurance-maladie française, inspirée du système bismarckien. Le système britannique, de Beveridge, vient des dispensaires et de la santé publique et non des arrêts-maladie. Les idées créent des institutions, qui suscitent ensuite des intérêts qui assurent la stabilité des systèmes.

L'idée de la sécurité sociale est basée sur trois périodes de la vie :

- l'enfance et l'adolescence ;
- un travail dans la même entreprise, sans chômage ;
- la retraite.

Le système de l'assurance-maladie est financé par les cotisations des salariés, dont beaucoup enchaînent les CDD, et cinq périodes de la vie se distinguent désormais. Alors que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, tous les Français sont affiliés à l'assurance-maladie et que les remboursements sont les mêmes, nous conservons des caisses d'assurance-maladie dont le personnel est chargé de vérifier les droits. Nous fonctionnons ainsi avec un système professionnel et d'assurance datant de 1945, dont les institutions n'ont plus de raison d'être et sont inadaptés aux conditions objectives actuelles.

Tout système de santé doit résoudre quatre problèmes :

- l'évolution des savoirs et des techniques médicales ;
- la démographie ;
- le financement ;
- la santé et la médecine.

Plus de 55 000 articles sérieux sont publiés chaque année dans les revues médicales et les connaissances médicales doublent tous les trois ans. Il existe 4 000 principes actifs de pharmacopée, 7 600 actes à la CCAM et 1 000 actes de biologie. Dans ce contexte, la spécialisation du savoir et l'évolution des techniques conduisent inéluctablement à la

spécialisation. Les facultés de médecine reconnaissent 57 spécialités : de fait, il en existe plus d'une centaine. La DGOS classe 185 métiers à l'hôpital. Le système de soins repose sur une matrice comprenant plus de 20 000 cases représentant des acteurs à coordonner, d'où, notamment l'importance des systèmes d'information, mais aussi et surtout des réseaux de prise en charge. Le système du paiement à l'acte, par exemple, ne finance que l'une de ces cases.

Du fait de la division du travail, chaque système doit trouver un moyen de coordonner la prise en charge des patients. Pour ce faire, il n'existe que trois solutions :

- le laissez-faire (France) ;
- le médecin généraliste (Grande-Bretagne) ;
- un « réseau » de soins (États-Unis).

C'est cette troisième solution que je préconise pour la France. Sommes-nous capables de financer de manière stable des réseaux de soins ? Chaque Français doit avoir le droit d'y participer et l'assurance-maladie financerait entre 5 et 10 % de la prise en charge.

Actuellement, la question de la démographie est mal posée. Le problème n'est pas le vieillissement de la population, mais la génération du baby-boom (1947-1973). Le système de retraite a commencé à rencontrer des problèmes en 2007. En 2000, 485 000 personnes atteignaient l'âge de 60 ans en France : aujourd'hui, elles sont 800 000, soit 300 000 de plus par an. La situation reste favorable du point de vue de la dépendance, qui commence en moyenne à 83 ans. A ce niveau, les problèmes sérieux apparaîtront en 2030. Le problème des retraites et de l'assurance-maladie est conjoncturel et non structurel, contrairement à ce qu'affirme la classe politique.

La contribution du vieillissement à la croissance des dépenses de santé est de 0,6 % cette année. En réalité, deux concepts sont confondus : la structure de la consommation de soins, proportionnelle à l'âge, et la déformation de la structure. On observe une dérivée légèrement positive en raison de cette démographie, mais elle pourrait être négative. Le vieillissement de la population joue peu sur l'augmentation de la consommation de soins.

Concernant le financement, plus les populations paient leurs soins, plus ces derniers coûtent cher. Les systèmes libéraux sont coûteux. Lorsqu'un patient consulte un médecin, il achète de la confiance et le seul moyen d'en juger est le prix. Dans un pays libéral, les plus riches considèrent que les meilleurs médecins et hôpitaux sont les plus chers, ce qui crée de l'inflation. Les systèmes de financement collectif, au contraire, présentent des qualités d'efficacité et d'équité. Les données de l'OMS montrent une corrélation entre le niveau de dépenses de santé par habitant et l'espérance de vie en années. En 1980, le Japon et les États-Unis étaient en tête. En 1990, l'espérance de vie n'augmente pas aux États-Unis, bien que les dépenses augmentent. Les Coréens vivent plus vieux que les Américains, alors qu'ils dépensent 2 000 dollars par habitant et par an contre 8000 dollars pour les seconds.

En France, j'ai rédigé un rapport sur l'accueil des malades étrangers. Il existe un marché mondial considérable, qui s'est développé à un rythme de croissance de 20 à 25 % par an. La Thaïlande a construit des hôpitaux d'un luxe et d'une qualité élevés, qui rapportent 0,8 % du revenu du pays. Israël soigne beaucoup de Russes, la Turquie, également. L'Allemagne reçoit près de 2 milliards d'euros pour les patients étrangers. La France reçoit quant à elle 120 millions d'euros, alors qu'une étude récente la place au deuxième rang des spécialistes mondiaux, derrière les États-Unis et devant l'Allemagne. La qualité de notre médecine est de réputation mondiale. La France présente un choix de système unique au monde et probablement la meilleure chirurgie. Les Américains opèrent comme ils font la guerre : ils coupent d'abord et réfléchissent après. Les Anglais sont avares du bistouri et les autres, pas toujours bien formés. Ce système présente peu de contraintes, mais il est onéreux.

Le choix est toujours celui du plus cher. En France, on dénombre 274 hospitalisations pour 1 000 habitants contre 158 en moyenne dans l'OCDE. Nous avons de très nombreux hôpitaux et cliniques, choisissons davantage les médecins que les infirmières, des spécialistes plutôt que des généralistes, par ailleurs mal rémunérés. Nous devons

hospitaliser moins et assurer la prise en charge en médecine de ville. L'étude des honoraires moyens des cardiologues ne révèle aucune corrélation avec le nombre de séances et de pathologies. J'appelle cela « l'effet Rotary » : un cardiologue, à son installation, s'arrange pour obtenir le revenu moyen de son département. Les variations sont d'ailleurs plus nombreuses entre départements qu'à l'intérieur d'un département.

Je soulignerai également la crise de la médecine de ville, confrontée à une très basse rémunération de l'acte (23 euros). Elle reçoit de nombreuses déclarations d'amour de la part des ministres, sans preuve d'amour, et subit des humiliations répétées, comme l'épisode de la vaccination contre la grippe H1N1. Les vocations en médecine générale traditionnelle chutent et les installations en secteur 1 ont quasiment disparu dans les villes, trop chères, et dans les banlieues, dangereuses.

En France, le système reste assis sur les salaires dans un contexte où le CDI est devenu l'exception. L'architecture de 1945 a perdu de sa légitimité. La solution serait la généralisation de la CSG.

En conclusion, il n'est pas toujours facile de tirer des leçons honnêtes et rigoureuses. Nous voulons tous :

- apprendre de (*learn from*) ;
- ce qui implique de connaître le système (*learn about*) ;
- et comprendre pourquoi les indicateurs évoluent (*learn why*).

Il y a vingt ans, le président du Conseil régional de Bretagne m'a demandé d'étudier la santé dans sa région. Le taux de suicide recoupe la carte des évêchés avant la révolution, qui correspond à la partie bretonnante. Le taux de suicide en France est de 16 pour mille, contre 6 pour mille en Grande-Bretagne, et de 60 pour mille dans la partie bretonnante de la Bretagne. La meilleure explication reste celle de Durkheim, à savoir la solitude. Au Danemark, la population se dit la plus heureuse du monde, alors qu'elle vit trois ans de moins que les Suédois. Les phénomènes sont complexes et il est difficile d'en tirer des conclusions.

Au Royaume-Uni, les impôts sont distribués par le ministère des finances au NHS qui finance les soins primaires et les hôpitaux, avec une faible participation du système privé. En Allemagne le système est plus complexe : les hôpitaux sont en partie financés par les *Länder* et les caisses d'assurance-maladie sont cogérées par les professions médicales. La gestion de l'assurance-maladie n'y est pas conflictuelle, contrairement à la France. Le problème des comparaisons des systèmes de santé et de la recherche du meilleur système réside dans des copies trop rapides et dans la mise en place d'une concurrence par le financement sans démontrer le bienfait d'une telle méthode. Les choses sont « rarement égales par ailleurs ». Comme il s'agit de systèmes sociaux, l'essentiel est souvent caché. Il existe de fortes interactions entre les acteurs et le système. Cependant, les comparaisons internationales permettent de détruire les idées fausses et de décrire les réformes possibles. J'insiste notamment sur l'importance du consensus politique, la réforme de la base de financement et les méthodes de coordination de la prise en charge. Nous devons également mettre en œuvre un contrôle des prescriptions.

En conclusion, il n'existe pas de système idéal. Le système français présente de nombreuses qualités et une économie de 7 ou 8 milliards d'euros sur 187 milliards d'euros de dépenses devraient être réalisable, à condition de regrouper les hôpitaux.

### **De la salle**

Je note une corrélation entre la maîtrise des dépenses de santé et leur mode de financement. Les réflexions sur la réforme du mode de financement pourraient-elles en tenir compte ?

**Jean de KERVASDOUE**

Je ne suis pas favorable à la fin du financement collectif du système de soins, mais à la fin des régimes, car nous conservons une fiction.

**De la salle**

J'ai longtemps argumenté auprès des médecins que l'argent dépensé était celui des travailleurs. Je ne peux plus le dire...

**Jean de KERVASDOUE**

Bien sûr que si : l'impôt, c'est nous. Je vous invite à lire l'article de Frédéric Basquiat, de 1845. Il décrit l'Etat comme la fiction à travers laquelle chacun tente de vivre aux dépens de tout le monde. Nous sommes tous des Saint-Martin, puisque nous donnons la moitié de nos revenus à l'impôt, et travaillons pour l'assurance-maladie.

**De la salle**

Il n'existe pas de lien entre le niveau des dépenses de soins et l'état de santé des populations au-dessus d'un certain seuil. Admettons que nous dépensions moins en France : que ferions-nous de cet argent ? Ne serait-ce pas une solution au financement de la dépendance ?

**Jean de KERVASDOUE**

C'est un autre sujet. Nous pêchons beaucoup sur l'enseignement supérieur. La manière dont nous traitons nos étudiants est indigne, notamment à Paris. Nous dépensions moins pour un étudiant universitaire que pour un lycéen. Quant au développement de la chirurgie ambulatoire, j'imagine mal comment réaliser des économies s'il implique de recruter du personnel.

**De la salle**

Le thème de cette table ronde est le dessin d'un système de santé idéal. Préconisez-vous une organisation de type « Kaiser permanente » ? Est-elle compatible avec les origines de l'assurance-maladie française ou reste-t-elle un mirage ?

**Jean de KERVASDOUE**

Je suggère d'étudier sérieusement la capitation, au moins pour les généralistes. C'est un système libéral, dans lequel chacun choisit son médecin au moins une fois par an. En fonction de l'âge et du sexe, un tarif annuel est fixé. Il s'avère efficace, dans la mesure où il produit deux fois moins de prescriptions. Ce système devrait être proposé aux médecins et aux patients qui le souhaitent. Dans des pays comme le Danemark, 45 % des patients ont choisi la capitation la première année, puis 90 % les années suivantes. La seconde option serait la création de réseaux de soins en signant des contrats avec des hôpitaux et des médecins. Matériellement, c'est assez facile à organiser, mais il faut rémunérer les acteurs.

**De la salle**

En France, faire intervenir les mutuelles dans un schéma marqué par le dualisme entre l'ARS et l'assurance-maladie ne complexifierait-il pas le système ?

**Jean de KERVASDOUE**

Nous avons calculé, en prenant la nomenclature de chirurgie, combien l'assurance-maladie valorisait la minute de chirurgien. Elle varie de 1 à 25 euros selon les actes. Il faudrait commencer par gérer correctement les nomenclatures, en prévoyant des systèmes opposables. Par ailleurs, le ticket modérateur ne modère rien, puisqu'il est remboursé. Il suit

une logique absurde (handicap/maladie). Il est le plus élevé en Europe pour les soins de première intention.

### **De la salle**

Dans les pays riches, l'espérance de vie va augmenter à la marge. Dans les pays pauvres, les dépenses de santé sont quasiment nulles. Dans les pays émergents, la part du PIB qui leur est consacrée est intermédiaire. Certains rejoignent les pays développés en termes d'espérance de vie, sans que les dépenses de santé ne progressent aussi vite. Ne sont-elles pas contenues pour maintenir un avantage concurrentiel ?

### **Jean de KERVASDOUE**

La réponse à cette question est complexe. Aux États-Unis, l'espérance de vie en Louisiane et dans le Missouri est la même qu'en Algérie et en Chine. Les Chinois ont gagné 37 ans d'espérance de vie en 50 ans. Ce progrès a été permis par le fait de manger à sa faim et par la création des systèmes sanitaires et d'eau courante. Les systèmes de santé restent néanmoins un facteur limitant. La Chine distingue trois populations : les ruraux, qui sont dans un système traditionnel, les urbains, qui sont dans un système similaire au nôtre, et les migrants internes (300 millions). Elle est consciente du danger de systèmes trop divergents, contrairement au Maroc ou à la Tunisie. Enfin, une dernière catégorie de pays, comme la Libye ou la Sierra Leone, n'a plus d'Etat. Le problème d'Ebola est d'abord un problème de police.

## III) Le gouffre de la Sécurité sociale : manipulation ou réalité ?

### **Benoît LECLERCQ**

Le mot « gouffre » inquiète toujours. Il évoque le déficit aux technocrates. J'ai lu hier que celui constaté en 2013 proviendrait d'une insuffisance de couverture des charges par les recettes... Nous allons vers un système individualisé, avec une pression sur le bien-être corporel, qui fera appel à la médecine et vraisemblablement à la consommation de soins. Nous assistons également à une substitution du travail par le capital. 5 % des patients représentent 50 % des dépenses de l'assurance-maladie. En 2013, l'assurance-maladie a dépensé 159,1 milliards d'euros, pour une dépense totale de santé de 234 milliards d'euros, ce qui représente 11,6 % du PIB.

La notion de déficit de la sécurité sociale s'entend ici pour la protection sociale prise dans son ensemble (vieillesse, solidarité, famille). Chaque année, le gouvernement soumet au Parlement la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Lorsqu'on parle d'un déficit, il convient préalablement de le préciser duquel : s'agit-il du déficit de la protection sociale, du régime général, de l'assurance-maladie ? Celui du régime général (sans le fonds de solidarité vieillesse) s'élève à 13,1 milliards d'euros, avec des recettes de 324 milliards d'euros et des charges de 336,5 milliards d'euros, soit un écart de 12,5 milliards d'euros. La Cour des comptes estime ce tableau cohérent, à quelques observations près : les informations sont partielles, les recettes et les dépenses font l'objet de compensations et l'annexe 4 manque de précisions sur la nature et l'évolution des recettes, les écarts entre les recettes et les charges qui définiront les recettes de l'année suivante. En revanche, la certification des comptes des grands organismes de la sécurité sociale est assurée, avec des réserves portant principalement sur l'absence ou l'insuffisance du contrôle interne. Celui-ci est indispensable pour les hôpitaux qui sont ou vont entrer dans une phase de certification.

Il convient également de préciser la notion de la dette sociale. Les capitaux propres des grands organismes de sécurité sociale sont négatifs. La caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) obtient des résultats excédentaires parce qu'elle gère ses fonds en les plaçant et chaque année, les organismes de sécurité sociale l'abondent, mais il lui reste 118 milliards d'euros de dette à absorber.



Globalement, la Cour des comptes considère que les organismes de sécurité sociale doivent améliorer leur gestion comptable. La rigueur comptable doit s'appliquer à tous. Pour apprécier le sujet, il faut disposer de chiffres cohérents. Certains restent inconnus.

Le déficit de l'assurance-maladie s'élève à 6,8 milliards d'euros pour 158 milliards d'euros de recettes et 154,8 milliards d'euros de dépenses. Depuis 1997, pour réduire son déficit, l'assurance-maladie utilise l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance-maladie), discuté dans le cadre de la LFSS. Il ne faut pas confondre respect de l'ONDAM et respect du déficit : depuis deux ou trois ans, le premier est respecté, sans que le déficit n'ait été réduit massivement. L'ONDAM est un outil de régulation. Un autre élément est à prendre en compte : le rythme des dépenses, variable d'une année sur l'autre. L'ONDAM a été voté à 2,7 % en 2013 contre 2,5 % en 2012 en période post-électorale, passant ainsi à 175,4 millions d'euros contre 170 millions d'euros, ce qui est contradictoire avec la conjoncture économique. L'ONDAM a progressé en cinq ans deux fois plus que la production intérieure brute, ce qui signifie que les Français ponctionnent cette dernière de plus en plus. L'évolution des dépenses est intéressante. Elle fait apparaître des problèmes dans les soins de ville, en incluant les transports sanitaires. Les dépenses des établissements de santé tarifés augmentent de 2,5 %. Dans l'ONDAM, les économies demandées sont précomptées. En 2013, les trois quarts du respect de l'ONDAM proviennent de la médecine de ville et le reste des hôpitaux privés. L'Etat, à titre de précaution, y affecte des dotations pour la fin de l'année et des crédits.

Ainsi, il est vrai que le déficit de la sécurité sociale est un « gouffre ». Il est impossible, dans la conjoncture actuelle, d'augmenter les impôts. Le plus préoccupant est la ponction croissante de la production intérieure brute et de la richesse nationale.

Que faire ? Une réduction des dépenses des hôpitaux, des cliniques et des soins de ville reviendrait à réduire les revenus des professionnels ou des institutions sanitaires. Faire payer le patient est une piste : les restes à charge sont plus ou moins importants selon les honoraires et la nomenclature de la sécurité sociale, mais nous risquons une politique de discrimination sociale et des difficultés d'accès aux soins tout en n'exerçant qu'un faible effet sur la consommation de soins. Pour les soins de ville, plusieurs problématiques sont à considérer, dont les transports, le rôle du médecin traitant et l'implantation des médecins dans les zones fragiles. Pour les établissements privés, j'aurais tendance à laisser jouer la libre concurrence. En termes de parts de marché, le secteur public a récupéré les trois quarts de l'obstétrique, car elle n'intéresse pas le secteur privé d'un point de vue financier.

Dans les établissements publics, il ne faut pas hésiter à recourir à une sous-traitance contrôlée ou à des unités centralisées, notamment pour la production alimentaire. Les stérilisations centrales font également débat, de même que les pharmacies à usage intérieure, qui devraient donner lieu à une réflexion sur l'usage du médicament, et les lingeeries. Il reste des marges de manœuvre. Il ne faut pas hésiter à fermer des unités complètes quand le nombre de patients est faible et que le taux d'occupation est inférieur à 60 %. Il faut aussi développer la chirurgie ambulatoire. Pour élever son taux, la Cour des comptes prévoit qu'il faut fermer 18 000 lits de chirurgie complète. C'est donc une question lourde, qui implique de trouver des transitions pour les personnels. A l'AP-HP, le service d'ophtalmologie de Cochin ferme à 17 heures. Les patients qui viennent après la fermeture sont hospitalisés par le chef de la médecine interne jusqu'au lendemain. Ce sont des sources de véritables économies.

Le « parcours de santé » reste une notion à définir, comme la « coopération » : celle-ci ne fonctionne qu'en étant rémunérée. Elle a démarré, par volonté, dans des CHU. Les dispositifs médicaux sont une autre source d'économie, car leur nombre est démesuré. Les indications doivent être posées raisonnablement et être le fait d'équipes entraînées. Le nombre de spécialistes fait aussi leur qualité.

Le Conseil d'analyse économique préconise deux solutions. La première est progressive et supprimerait les complémentaires pour gérer dans un ensemble unique l'assurance-maladie par contractualisation avec les offreurs de soins. Une deuxième solution serait d'inclure l'ensemble des acteurs, y compris les patients, dans la refondation d'un organisme

unique d'assurance-maladie passant des contrats avec les offreurs de soins, avec une mise en concurrence des assureurs publics et privés.

**Etienne ALLIOT**

Envisagez-vous les rapprochements publics-privés ?

**Benoît LECLERC**

A Paris, l'intensité de la concurrence ne le justifie pas. Dans une ville moyenne, en revanche, la question se pose. Il est indispensable de signer des contrats de partenariat.

**André FRITZ**

A Rennes, les collaborations publics-privés existent même en cardiologie.

## IV) Table ronde

**André FRITZ**

Le système de santé idéal est celui qui répond aux attentes avec les crédits qui lui sont alloués. Actuellement, il creuse son trou, du point de vue du financement comme de la pertinence de son organisation... En France, le premier objectif est de respecter le niveau de dépenses pour résorber progressivement les déficits. Nous ne pouvons indéfiniment vivre au-dessus de nos moyens. Lorsque je suis arrivé à Rennes, la situation financière du CHU était difficile. J'ai proposé au maire de l'époque de la redresser. Il s'est exclamé : « vous n'allez pas me dire que le CHU de Rennes est responsable du déficit de l'assurance-maladie ! ». Je lui ai répondu qu'il y contribuait et que si le CHU de Rennes était en déficit, c'est que l'argent versé par l'assurance-maladie ne suffisait pas. Le déficit du CHU lui-même peut avoir des répercussions négatives sur sa capacité d'investissement. Ce raisonnement vaut autant pour le secteur privé que public. Nous devons aller au bout de nos responsabilités politiques et sociales : un système performant doit être financé et non vivre à crédit. Nous devons être lucides sur les conséquences de cette politique : développer la chirurgie ambulatoire et réduire la chirurgie complète revient à réduire le personnel. Or la question de l'emploi reste taboue. Pour éviter une rupture sociale, un glissement d'emplois hospitaliers et sanitaires pourrait être opéré vers des emplois de soins médico-sociaux au profit des établissements chargés des personnes âgés et sous-dotés.

**Bernard DUPONT**

En tant que citoyens, nous regrettons le déficit de la sécurité sociale et critiquons les gouvernements successifs. Le déficit du CHU de Nancy correspond à 45 millions d'euros annuels, ce qui n'est pas rien. Son chiffre d'affaires est de 700 millions d'euros. Tout le monde semble s'habituer à ces chiffres et dans mon poste précédent, en Bretagne, l'existence d'un déficit était considérée comme normale s'agissant d'un CHU. 45 millions d'euros représentent un millième des 50 milliards d'euros que le gouvernement veut économiser : est-il normal qu'un seul établissement représente une telle part des économies recherchées par les pouvoirs publics ? Non. En outre, le CHU ne peut subvenir ainsi à son fonctionnement.

La question se pose, y compris aux médecins hors institutions hospitalières. Nous connaissons tous des patients dont la prise en charge a été erratique, ce qui entraîne une perte de chance pour la santé de la personne et une augmentation des coûts. Dans nos services d'urgence, des patients arrivent qui auraient pu être pris en charge ailleurs. La question de l'organisation du système reste posée. Il doit être repensé dans sa dimension économique comme dans celle des valeurs. Le parcours du patient a aussi une valeur éthique, qui devrait être prise en compte plus souvent par les institutions. Au fil de nos parcours, les logiques dans lesquelles nous sommes pris nous éloignent parfois de ces

aspects. Nous devrions mener une réflexion sur ce sujet, à condition de nous saisir collectivement de cette problématique.

Les termes de la question d'un système de santé idéal sont à définir. De quel idéal s'agit-il ? Doit-il être apprécié du point de vue des patients, des professionnels, de la collectivité qui le financera... ? La question peut susciter autant de réponses que d'individus. Elle est complexe, mais nous ne pouvons faire l'impasse sur ce débat. Il y a quelques semaines, j'étais en Chine. Ce pays s'interroge sur l'organisation de son système de santé et apprécie la performance du système français. Le contexte importe dans l'appréciation que nous avons de cette question. Nous devons vérifier que nous parlons bien des mêmes choses, lorsque nous nous lançons dans des comparaisons.

### **Benoît LECLERC**

Le système français de santé n'est pas piloté. De fait, plusieurs acteurs interviennent : la DGOS, la DSS, la DGCS, les ARS... Le manque de pilotage du système de santé participe à la dérive.

Le second problème concerne les hôpitaux : quelle place leur réserve-t-on dans le système de santé ? Actuellement, la collectivité nationale considère que l'évolution du niveau des dépenses sociales est insoutenable. Nous n'entrons pas dans une dynamique de recettes : la conjoncture économique actuelle ne permet pas de les accroître. Il importe donc de bien définir les objectifs et de les traduire dans les moyens que nous pourrions déduire de la soutenabilité financière.

Enfin, la « démocratie sanitaire » est un vieil anthem. La première conférence régionale de santé à laquelle j'ai assisté était présidée par Guy Roux, qui a commencé par prendre la défense des buvettes d'Etat... Les personnes présentes ne représentaient qu'elles. La véritable démocratie sanitaire doit permettre à la population de rendre un avis en posant un cadre aux réflexions. Je crois à l'irruption de l'utilisateur dans le système.

### **De la salle**

Comment pouvons-nous concilier l'inconciliable ? La T2A est un budget global réparti à l'activité. Lorsque l'activité augmente, la tarification baisse. La seule façon de pallier la diminution des prix est alors d'augmenter l'activité. Quant à l'ambulatoire, il coûte plus cher qu'il ne rapporte. Le système de la tarification est pervers. En Suisse, en revanche, la chirurgie ambulatoire est plus présente que les lits d'hospitalisation en cardiologie, mais elle est mieux rémunérée. La seule solution pour réduire le déficit d'un CHU après avoir agi sur les autres facteurs est d'augmenter l'activité.

### **Bernard DUPONT**

Je ne suis pas d'accord. L'ambulatoire rapporte un bénéfice moindre que l'hospitalisation complète, mais les dépenses sont significativement moins élevées en supprimant les équipes de nuit et de week-end. N'oublions pas que le personnel représente 80 % des dépenses. En France, l'hospitalisation privée est en avance sur l'hospitalisation publique dans ce domaine : je serais étonnée que leurs choix économiques ne soient pas soigneusement étudiés. Sur l'ambulatoire, je regrette l'obsession sur les tarifs. Il est vrai que la T2A revient à répartir une enveloppe globale. Pour autant, nous aurions tort de considérer que le remède est le développement de l'activité. A Nancy, l'ambulatoire me paraît une piste importante de retour à l'équilibre.

### **André FRITZ**

Il est vrai que la Suisse a réduit drastiquement les lits d'hospitalisation complète, mais une partie des économies ainsi réalisées a glissé vers l'ambulatoire. Cela fonctionne, à condition de soulever la question de l'emploi.

**De la salle**

La France est incapable de passer d'une logique de fonctionnement à une logique de résultat. Elle choisit constamment de préserver l'existant. Partagez-vous ce constat ? Comment pouvons-nous en sortir ?

**André FRITZ**

C'est une question de volonté politique.

**Benoît LECLERC**

La volonté politique est indispensable, mais la réponse est plus large. Tout système repose sur une forme de violence, négative, mais aussi positive (protection des individus, des biens, etc.). Nous sommes passés d'un système dans lequel le politique assurait la violence positive à un système dans lequel l'économie a pris le leadership sans disposer des outils de la violence. Lorsque nous mènerons des restructurations hospitalières, les mouvements de foule seront inévitables. Le travail de motivation, de conviction, d'information à entreprendre ne peut exclure les mouvements sociaux, voire le recours aux CRS lors du passage à l'acte. Les directeurs d'hôpitaux ont besoin du soutien politique et des forces de l'ordre pour passer à l'acte.

**De la salle**

Marcel Gauchet évoque la démocratie individuelle, Jean-Yves Grall commet un lapsus en passant du malade à l'utilisateur et Benoît Leclerc explique que le déficit n'est que de 3 % à 4 %... Il y a quelques années, Jacques Attali proposait de changer de paradigme en passant des dépenses de soins à l'investissement dans le bonheur. Il insistait ainsi sur le bien-être et les emplois ainsi générés dans la recherche et l'industrie. Ne sommes-nous pas en train de changer d'époque ?

**Benoît LECLERC**

L'idée d'investir dans le bonheur reste à traduire dans le fonctionnement du système de soins. Ce ne sont que des mots, comme la coopération et les réseaux de soins. Il faut définir préalablement les objectifs poursuivis et leur assortir les moyens correspondants. Pour que le tout fonctionne, il faut informer, motiver et payer.

**André FRITZ**

Mon métier est de faire que les patients, en repartant de l'hôpital, soient contents. Je propose d'abandonner le terme d'utilisateur depuis longtemps. Son promoteur, Bernard Kouchner, regrette d'ailleurs de l'avoir promu. Il aurait été préférable de conserver celui de « malade ». L'hôpital est un lieu de rencontres entre les médecins, les soignants et les malades qui ne se gère pas sur un registre administratif. Le fonctionnement hospitalier doit être guidé par des valeurs de respect et de confiance. Les directeurs d'hôpitaux ont le sentiment de ne pas être respectés par les pouvoirs publics et de ne pas avoir leur confiance. Le changement de paradigme doit se faire en revenant aux fondamentaux.

**Bernard DUPONT**

« Investir dans le bonheur » est un bel objectif. Nous pouvons le reprendre à notre compte. Pour autant, nous devrions déjà respecter la valeur de la prise en charge. C'est aussi faire en sorte que les personnes qui contribuent au bonheur des malades soient heureuses de le faire. Des personnes satisfaites de leur travail sont également plus performantes dans leur relation avec les malades, laquelle est une dimension essentielle des soins. Le problème est aussi de dépasser les résistances au changement. J'ai connu l'appel aux forces mobiles, comme le travail de conviction. Pour passer à l'acte, le risque de coercition existe. Si on peut l'éviter, c'est mieux, sinon, il faut s'y résoudre.

# À l'heure de la mondialisation

---

## 1) Une médecine de riches pour tous

**Frédéric PIERRU, sociologue/politiste**

Cette présentation est un exercice imposé dans le cadre d'une question polémique. L'idée ainsi sous-entendue est que la mondialisation nous conduirait à revoir à la baisse nos objectifs de qualité des soins pour tous. Elle serait le vecteur du creusement des inégalités. Cette tendance inégalitaire, qui existe, serait-elle politiquement viable en France ?

### 1) *Les Françaises et les inégalités de santé, entre hypersensibilité et cécité collective*

Le baromètre de la DREES sur l'opinion des Français montre qu'ils sous-estiment le niveau d'inégalité dans le domaine de la santé, tout en y étant très sensibles. Il considère que les inégalités de santé sont les moins acceptables. La conscience des inégalités de revenus est plus forte, mais elles sont mieux tolérées.

L'augmentation des dépenses de santé, quant à elle, est considérée comme normale, sinon bénéfique, à condition que le système de santé soit bien ou du moins mieux géré. Il existe un doute sur l'efficacité du système de santé, mais non sur sa nature publique ou socialisée. L'idée de la mise en concurrence de l'assurance-maladie est une opinion minoritaire. Depuis la crise économique et financière et ses discours anxigènes sur la soutenabilité du système de protection sociale, cette tendance est à la baisse dans l'opinion publique.

Pour les Français, la voie de salut n'est pas à rechercher dans une réduction massive ou une privatisation des dépenses, mais dans une action sur l'offre de soins et l'efficacité de la dépense. L'idée est d'agir sur l'offre de soins plus que sur la demande, les actions sur cette dernière étant perçues comme facteur d'inégalité de l'accès aux soins.

La santé est au sommet des préoccupations des Français, mais ils font preuve d'une faible tolérance aux inégalités financières et géographiques d'accès aux soins. En témoigne l'exemple de la polémique autour de l'importation de riches malades étrangers à l'AP-HP. L'institutionnalisation d'un système à deux vitesses heurte l'opinion publique. Celle-ci est faiblement consciente des autres facteurs d'accès aux soins (socioculturels). En fonction des milieux sociaux, les plus modestes recourent aux généralistes et aux urgences quand les plus aisés consultent les spécialistes ou l'hôpital. Les pratiques de soins diffèrent selon l'origine sociale.

Cette cécité collective devant l'inégalité devant l'accès aux soins s'accompagne d'une tolérance face aux inégalités devant la maladie et la mort, telles qu'elles sont objectivées dans les travaux du Haut Conseil de la Santé Publique sur les déterminants sociaux de la santé. Le rapport aux inégalités de santé est donc ambivalent. Le jeu de miroir entre l'opinion et les acteurs politiques enferme le débat sur les inégalités de santé dans la question de l'accès aux soins curatifs.

### 2) *Une tentation inégalitaire ? La différenciation croissante (mais insidieuse), des niveaux de couvertures et de qualité de service en fonction de la catégorie sociale et de la localisation territoriale*

La littérature internationale sur la réforme des systèmes de santé montre qu'ils sont moins travaillés par des pressions économiques externes que par des transformations économiques, sociologiques, démographiques et culturelles internes. Il serait erroné de penser que les systèmes de santé doivent s'aligner sur le moins-disant en raison de la mondialisation. De même, ils présentent une relative inertie et évoluent davantage sous



l'effet des changements graduels et incrémentaux, peu lisibles et visibles, que de grandes réformes politiques. Il n'existe pas de convergence vers un hypothétique modèle (celui-ci n'existe pas), mais plutôt une hybridation croissante. Les systèmes sont pris dans une cohérence sociale, culturelle et professionnelle qui ne permet pas de les assembler. Importer les meilleures pratiques identifiées dans des benchmarks revient à ignorer ce fait.

Les pressions qui travaillent les systèmes de santé dans un sens souvent plus inégalitaire sont de plusieurs ordres. Elles sont tout d'abord économiques. L'effet ciseaux entre les recettes, contraintes par le ralentissement durable des gains de productivité et de la croissance, et les dépenses est arrivé à maturité des Etats providence. Le thème du gouffre de la sécurité sociale accrédite l'idée d'une explosion des dépenses de santé anormales, alors que la France figure au dixième rang mondial et se trouve bien située par rapport aux autres pays en matière de maîtrise des dépenses. Les dépenses d'assurance-maladie n'ont jamais été aussi bien maîtrisées qu'actuellement.

Les pressions sont également démographiques, comme l'évoquait un intervenant précédent. J'insisterai davantage sur les pressions technologiques. Cette question est souvent mal posée, ou non posée. Il convient de distinguer le « progrès » du « rapport magique » au « progrès ». Le coût des innovations médicamenteuses explose (hépatite C, anticancéreux), mais le plus marquant est un phénomène de cycles d'enthousiasme et de déception, en dépit d'un processus continu de biomédicalisation de l'existence. De plus en plus de troubles ordinaires entrent dans le champ de la biomédecine. Le progrès technique présente également une face sociologique.

Le système de santé est aussi soumis à des pressions sociales, qui résultent de l'aggravation des inégalités socio-économiques (Picketty, Wilkinson & Pickett) et des fractures territoriales (Todd et Le Bras, Guilluy...).

Enfin, il existe des pressions culturelles. Les représentations individualistes du monde social et sanitaire montent, de même que l'injonction à être un individu autonome et stable. L'individualisme peut être positif (acteur de la santé), comme négatif (peiner à se conformer au modèle de l'individu rationnel et autonome). L'individualisme n'est pas un processus qui toucherait l'ensemble du corps social. On assisterait davantage à une universalisation du rapport au corps et à la médecine des classes moyennes supérieures et à sa généralisation abusive. Le discours philosophique sur l'individualisme manque d'ancrage sociologique. Il a pour conséquence de blâmer les premières victimes des inégalités d'accès aux soins, les classes populaires, dont le rapport au corps diffère.

En France, une préférence croissante à l'inégalité est à noter, parallèlement au délitement du sentiment de solidarité et de fraternité. La raréfaction des ressources aiguise les luttes entre les groupes d'intérêt, au moment où la légitimité de l'Etat s'affaiblit. Celui-ci pourrait être tenté de se refaire une bio-légitimité sur le terrain de la santé. Il existe de fait une révolution inégalitaire silencieuse. La sécurité sociale est prise en étau entre le retour de l'assistance et l'essor d'une logique assurancielle. Comme pour les retraites, on observe une tripartition du salariat (précariat, salariat moyen et salariat « haut de gamme »), qui entraîne une différenciation des niveaux de couverture maladie et des réseaux de soins. Le système d'assurance-maladie s'adapte ainsi à la perte d'homogénéité du salariat. Dans ce retour à l'assistance, s'observe la tentation du retour aux valeurs libérales historiques de certains professionnels de santé, comme le montre l'avenant 8 du contrat d'accès aux soins, qui signe le retour du droit pour le médecin de choisir ses pauvres, contraire au droit à l'assurance-maladie, non négociable.

Le système de santé évolue sous l'effet de trois changements de type incrémentaux :

- la dérive : une non-adaptation délibérée de la protection collective au changement de la nature et de l'intensité du risque (exemple de l'absence d'action des pouvoirs politiques face à l'augmentation des honoraires) ;
- l'empilement : l'ajout d'un dispositif privé au-dessus du dispositif public, en faisant évoluer le premier plus rapidement (exemple de l'ANI 2013 qui prévoit la protection complémentaire santé de l'entreprise) ;



- la conversion : la politique ne change pas en façade, mais ses pratiques se modifient et le problème de l'accès au droit est couvert par le discours de stigmatisation de la pauvreté dissuade de faire valoir ses droits.

Je pense qu'il existe une tentation politique d'enfouissement de l'Etat providence, plutôt que de délitement. La France considère que l'Etat providence des États-Unis est moins développé que le sien, or il l'est autant sous une autre forme, qui passe par des approches privatives. L'Etat fédéral solvabilise le marché de l'assurance-maladie privée, par exemple. Dans les pays européens, dans un contexte de méfiance vis-à-vis de l'Etat, l'approche de la gouvernance déléguée, qui fait appel à des dépenses privées, se développe. C'est l'exemple de l'ANI, dont le marché est solvabilisé sur fonds publics. Un autre aspect est l'intérêt politique de l'Etat, échaudé en matière de régulation de l'offre de soins, de transmettre cette responsabilité à des acteurs comme les mutuelles et les assureurs, à travers les réseaux de santé, pour rendre le rationnement des soins moins visible. Le risque de sanction politique est ainsi moins élevé. Derrière la rationalité budgétaire, agit une rationalité politique.

### *3) Pour une politique de l'égalité afin de gagner sur les tableaux économique, social et sanitaire*

Dans ce contexte, il importe de restaurer une politique de l'égalité qui suppose une réaffirmation de la solidarité nationale. Il faut en finir avec le fatalisme des inégalités sociales de santé, ce qui pose la question des inégalités socio-économiques. Il faut en finir également avec le dualisme entre l'assurance-maladie obligatoire et complémentaire et la faiblesse de la régulation qui en résulte. C'est une spécificité française, coûteuse, inefficace et inégalitaire. Il ne devrait exister qu'une assurance-maladie obligatoire. La seule raison de ce dualisme est historique : donner un rôle à la mutualité historique. Il faut enfin en finir avec l'individualisme de principe, ainsi qu'avec la gestion bureaucratique et opaque de la solidarité. Régis Debré « la politique fait d'un tas un tout là où la croyance économique fait du tout un tas. ». La complexité génère de la suspicion : il serait temps de mener un débat démocratique sur le périmètre de la solidarité.

#### **De la salle**

Il y a quelques années, l'écart d'espérance de vie entre les populations défavorisées et les cadres supérieurs atteignait dix ans. Je m'étonne que les syndicats et les partis de gauche ne se saisissent pas du problème. Je m'étonne également de l'intolérance des Français au fait de soigner quelques patients riches qui paient, alors que soigner gratuitement des milliers d'étrangers ne les choque pas (AME).

#### **Frédéric PIERRU**

Une partie de la population est très sensible à l'AME, dont l'IGAS et l'IGF démontrent la rentabilité d'un point de vue sanitaire. Elle évite des problèmes majeurs de santé publique. Un dispositif centré sur les plus malades devient rapidement un dispositif malade. De ce point de vue, les dispositifs d'assistance sont facilement critiquables. L'universalité vise à prévenir ces débats.

## II) La médecine à l'heure du « Big Data »

### **Philippe LOUDENOT, fonctionnaire de sécurité des systèmes d'information auprès des ministres chargés des affaires sociales**

Pendant des années, la science a évolué par empirisme, avant de devenir une science dure, puis d'évoluer par grandes théories, que l'ordinateur permet de valider ou de réfuter. Le big data, c'est le laisser faire des découvertes. C'est un peu comme le sexe pour les adolescents : tout le monde en parle, personne ne sait vraiment ce que c'est, mais tout le monde dit l'avoir fait. L'« open data », quant à elle, est une donnée ouverte, numérique, d'origine publique ou privée. Il existe de grands projets d'open data en France. Ils permettent par exemple de savoir que huit patients sur dix restent moins de quatre heures aux urgences.

Le « big data » est un modèle en trois D fondé sur :

- la volumétrie.
- la vitesse ;
- la variété.

Son unité est le zettaoctet. La somme d'information générée de l'apparition du langage à 2008 est inférieure à celle générée de 2009 à 2011, où sont attendus 2,9 zettaoctets d'information. La volumétrie est générée par les réseaux sociaux, Twitter, Facebook, les entreprises, les vœux envoyés par SMS. Dans le monde de la santé, de grands acteurs (Apple, Facebook, Google, Amazon, Microsoft) s'intéressent de près aux données. Ce ne sont pas des philanthropes : la donnée de santé a une valeur certaine. Par jour, 53 milliards de courriels, 540 millions de SMS, 400 millions de tweets et 104 000 heures de vidéo sur YouTube sont produites ou ajoutées. Seul 0,05 % de ces données sont utilisées. Dans le monde de la santé, la volumétrie résulte de la production des données : capteurs, Internet des objets, Web, MOOC, puces, bracelets communiquant, réseaux de service... Soyez conscients que « si c'est gratuit, c'est vous le produit ». Sachant que la valeur d'une machine est proportionnelle au carré du nombre de machines auxquelles elle est connectée (loi de Metcalfe), qu'en est-il des services ?

La vélocité est le second pilier du big data. Nous sommes dans l'ère de l'immédiateté. Traverseriez-vous une rue les yeux fermés en ayant vu une photographie de cette rue prise cinq minutes avant ? La donnée bouge de plus en plus vite dans un monde en évolution constante. La vélocité fait aussi référence à la vitesse d'accès aux données : Google est capable d'examiner 100 petaoctets de données par seconde, soit 100 millions de gigaoctets.

Les données disponibles sont très variables, en termes de formats. En 2000, 30 % d'entre elles n'étaient pas structurées. Ce pourcentage atteint 70 % à présent. Le big data consiste à essayer de récupérer des données structurées et non structurées à des fins d'analyse. La diversité et la multiplicité des origines sont également importantes.

Quatre autres V importent dans le big data :

- Visualisation ;
- Virtuel ;
- Véracité ;
- Valeur.

70 % des personnes interrogées font autant, voire plus confiance à Internet, qu'à leur médecin généraliste. En 2012, j'ai référencé 104 sites qui donnaient à des personnes en situation de désespérance des adresses de chirurgiens, notamment philippins.

Le big data introduit un modèle disruptif. Ce ne sont plus les trente rumeurs de la deuxième page du *Canard enchaîné*, mais 200 000 documents de Wikileaks qui sont disponibles. On donne du sens et de la valeur aux données, en raison de leur valorisation possible, notamment dans le monde de la santé. En 2012, Microsoft et le Technion ont prédit

une épidémie de choléra à Cuba, une maladie disparue depuis cinquante ans. De même, les *google flu trends* donnent des résultats satisfaisants et le big data a permis de réduire les coûts du séquençage ADN de 3 milliards de dollars à moins de 1 000 euros en quelques jours. Il est employé aussi pour la lutte contre le vieillissement (calico de Google). Il existe des algorithmes informatiques qui permettent de prédire qui sera atteint de la DMLA, soit une personne sur trois. Sur Facebook, deux étudiants du MIT ont créé un logiciel pour extraire les connexions à Facebook et sortir un modèle statistique sur l'orientation sexuelle des utilisateurs, avérée ou refoulée. Les résultats seraient exacts dans 98 % des cas.

Qui dit big data, dit Big Brother. Il existe 150 sites de collecte aux USA et des stockages dans 700 serveurs. La NSA est parvenue à aspirer plus de 180 millions de fichiers sur Google et Yahoo. Les sociétés américaines qui hébergent de la donnée sont uniquement liées à la loi FISA (*Foreign Intelligence Surveillance Act*) : une donnée française sera donc connue des États-Unis. Des groupes d'assurance offrent un chèque de cinquante euros et un bracelet électronique à condition de souscrire une assurance chez eux et d'indiquer le nombre de pas réalisé chaque jour. Ils obtiennent ainsi une empreinte de votre santé. Or ces données sont particulièrement intimes et sensibles. Il serait inquiétant que les compagnies d'assurance fassent varier leurs primes en fonction du contenu du déjeuner de l'assuré. Les systèmes d'information sont fragiles et l'humain encore plus. Les failles permettent de récupérer facilement des données personnelles. La CNIL a été créée en 1978 à la suite d'un projet de fichage du ministère de l'intérieur. A-t-elle encore une utilité aujourd'hui, sachant qu'il suffit à un gendarme de consulter les réseaux sociaux pour constituer un fichier actualisé par l'utilisateur ? Sur les données de santé, les forums médicaux fournissent le nom du patient, l'adresse mail, les éléments qu'il présente ou non à ses médecins... Il suffit d'adjoindre une puissance de calcul pour vendre des services.

En matière de cybersécurité, des techniques d'anonymisation et d'effacement automatique sont évoquées. L'idée d'un droit à l'oubli sur Internet revient à méconnaître les systèmes numériques, car une seule numérisation rend la donnée ineffaçable. Il faudrait effacer toutes les sauvegardes et vérifier que personne n'a récupéré le fichier. Pourrions-nous retrouver face à une politique prédictive, comme dans « *Minority report* » de Spielberg, ou dans *Le Meilleur des mondes* d'Aldous Huxley ? La sécurité consiste aussi à savoir analyser les événements et à établir des corrélations.

### III) La régionalisation des soins est-elle possible ?

**Claude D'HARCOURT, directeur général de l'agence régionale de santé de Lorraine**

La régionalisation des soins est un « *processus interruptus* ». Après une longue période d'enveloppe globale de prix de journée, l'impact de la T2A à partir de 2008 a créé une régression et une contradiction. Nous avons créé une contradiction entre l'augmentation de l'activité, à laquelle invite la T2A, et le respect d'un équilibre comptable, sous-tendu par la tarification à l'activité. La régulation nationale de la T2A est venue interrompre un processus de régionalisation presque stabilisé et qui produisait ses effets, en dépit du dépassement de l'ONDAM. Le contexte actuel est par ailleurs marqué par « l'effet ARS », par lequel je désigne la volonté de décroiser les soins et les parcours des patients. Une fongibilité est indispensable pour restructurer et adapter l'offre, mais au niveau régional, elle ne suffit pas à contrarier l'impact régressif de la T2A. Cette situation crée une tension permanente à partir d'injonctions paradoxales, avec un surcoût bureaucratique. Cette schizophrénie opérationnelle n'est pas durable. La question est alors d'en sortir.

Régionaliser signifie :

- adapter l'offre ;
- impliquer les acteurs ;
- réguler le système

L'enjeu est de déterminer si ces trois thèmes sont mieux pris en compte au niveau régional ou national.

Au niveau régional, les outils d'une adaptation de l'offre existent. Les leviers sont quantitatifs (OQOS), qualitatifs (perte de soins) et financiers. Les mécanismes de contractualisation permettent de réguler l'offre en quantité. L'implication des acteurs est indispensable pour légitimer le système de santé et éviter une bureaucratisation excessive. En considérant également le dispositif de démocratie sanitaire, on peut considérer que le niveau régional souffre d'un excès d'outils et d'une bureaucratisation de ses instances. Le volontarisme politique, parfois excessif, vise à impliquer les acteurs.

La question clé est celle de la régulation du système. Les outils de cette dernière ne sont plus régionaux : ils font référence à des mécanismes de gel des dotations (ONDAM soins), à des baisses de prix tendancielle, aux conditions de prise en charge (tickets modérateurs, etc.). Par conséquent, la régulation mise en œuvre à l'application de la T2A est devenue de niveau national et fait appel à une panoplie de dispositifs qui sont l'enjeu de discussions au niveau ministériel.

Il existe deux familles de gestion de systèmes de santé. L'une est étatique (Anglo-saxons) et l'autre, assurantielle (Allemagne). Dans ce système, l'individu choisit librement son assurance, qui négocie un bouquet de prestations. De ce point de vue, l'autonomie du citoyen est contrainte par son adhésion à l'assurance. Pour éviter un dualisme entre riches et pauvres, l'Etat met en place des mécanismes de péréquation entre assurances. Le système français est mixte : il a les apparences de l'assurance, les caractéristiques d'un système libéral (libertés de choix du praticien par le patient, d'installation du praticien et de prescription pour le praticien) et celles du système étatique, puisque le risque et le déficit sont mutualisés. Un rapport illustre cette ambivalence en évoquant la recherche de « *la conciliation exigeante entre les besoins de santé publique, l'universalité et la qualité de la couverture maladie et les contraintes qui pèsent sur la santé publique* ».

Pourquoi ne faudrait-il pas régionaliser ? Les crises de santé publique sont un premier argument. Dès lors que la liberté de choix et de décision n'est pas altérée par une condition financière, le système est efficace en matière de santé publique. Pour la sécurité civile, une autorité s'exerce sans avoir la maîtrise de ses financements. La France dispose d'un système de gestion des crises efficace. Ses résultats sont visibles dans le traitement de la crise Ebola qui fait intervenir le niveau ministériel, avec un schéma d'intervention organisé ne tenant pas compte des variations régionales et garantissant à chacun une protection égale devant cette menace. Il faut être attentif à ne pas briser un système qui fonctionne. L'ONDAM médico-social est un autre exemple. Ce système régionalisé fonctionne en reposant sur un mécanisme de dotation limitative de fonctionnement, une obligation de négociation collégiale et partenariale (avec le département), un dispositif d'allocation des ressources en fonction des besoins et une contractualisation exigeante. Par conséquent, le problème de la régionalisation ne se pose pas pour la santé publique ni pour les personnes âgées. L'ONDAM médico-social est certes lourd, mais il est accepté et appliqué dans les territoires.

Comment la régionalisation pourrait-elle être mise en œuvre ? La contradiction entre le respect de l'ONDAM soins et la T2A n'est pas supportable dans la durée. Elle induit des tensions, avec une régulation peu acceptable. L'impact sur les volumes est également problématique et la pertinence des soins est une approche insuffisamment développée. Les évolutions dont nous parlons sont récentes : les acteurs économiques se sont désaccoutumés d'un système d'injection systématique de crédits publics en septembre depuis seulement cinq ans. C'est une durée très courte pour modifier les perspectives de fonctionnement. De même, il faut donner le temps à la contractualisation de s'installer dans le paysage et aux ARS, créées en 2010 seulement, de prendre leur place.

En conclusion, nous pourrions être à présent à la croisée des chemins. La question de la régionalisation se pose d'un point de vue institutionnel, dans le contexte de la décentralisation et d'un élargissement de la taille des territoires, dans lequel les acteurs régionaux politiques veulent prendre part à la construction de l'offre. Or le système ne leur

donne pas de place. Doit-on pour autant s'orienter vers un système espagnol régionalisé ? Le blocage institutionnel actuel est porteur de davantage d'inconvénients que d'avantages. Si nous ne parvenons pas à le lever, il serait utile d'engager une clarification institutionnelle. Le statu quo n'est pas une option. La loi HPST a lancé une dynamique, ensuite interrompue. A présent, des choix doivent être faits pour conserver la performance du système.

#### IV) Table ronde

##### **Jean-Olivier ARNAUD**

Nous sommes encore loin de la régionalisation. J'ignore d'ailleurs si elle est utile. L'affirmer revient à considérer qu'il est préférable de réguler ou d'organiser au plus près, par la décentralisation et la déconcentration. Il faut ensuite préciser le périmètre (le département, la région actuelle, les futures régions, les territoires de santé...). L'activité de santé étant principalement locale, il serait pertinent de s'en rapprocher dans l'action publique. En pratique, la régionalisation a principalement concerné les dépenses des établissements publics de santé, ainsi que l'offre institutionnelle. Cependant, le système de santé ne se réduit pas au système hospitalier. Il est formé d'un ensemble de services qui ne fait pas l'objet d'une régulation aussi précise que les établissements publics. Je pense notamment aux professions de santé libérales. En outre, cette régulation est battue en brèche par les études médicales : la création de spécialistes, par exemple, obéit à des logiques qui échappent en grande partie à l'intention du régulateur régional ou des universités. Plusieurs établissements sont confrontés à des pénuries locales. De fait, l'ajustement régional de la formation et de l'installation des professions de santé s'avère difficile. La régionalisation s'oriente vers les dépenses immédiates. On ne peut donc considérer le système de santé comme régionalisé.

Concernant le big data, je suis frappé par l'ambivalence de la numérisation, à la fois « monstrueuse » et indispensable. La télémédecine, notamment, ne peut se passer d'un système d'information. Elle allie la puissance numérique et celle, bénéfique, de la circulation des données. De même, l'évolution du système de santé est ambivalente. Les activités de santé sont considérées comme importantes, tout en étant gouvernées par un système en voie de banalisation.

Enfin, le modèle de la médecine est à la fois tenté par les modèles américain de la médecine, de haute technologie, et européen, davantage axé sur les considérations de santé publique.

##### **Frédéric PIERRU**

En longue période, la centralisation de la gouvernance du système de santé est frappante. La question de la régionalisation a été évoquée au début des années 80. Une réflexion s'est engagée sur la décentralisation, la déconcentration et la régionalisation. Les élus locaux et nationaux n'en voulaient pas. Dans les archives, j'ai lu que décentraliser la santé revenait à décentraliser les emmerdes. Malgré une légère déconcentration, le fait le plus marquant est la centralisation croissante du réseau depuis les années 2000, la CNAM a mis au pas les caisses locales.

##### **Philippe LOUDENOT**

Notre culture ne permet pas de rupture dans le système. En revanche, des ajustements successifs peuvent être apportés pour réintroduire les régions dans le jeu des acteurs, en tant que collectivités. Nous devons tenir compte des exemples existants. Globalement, l'impact est positif.

##### **De la salle**

Dans le domaine médico-social, allons-nous nous heurter au problème des variations des richesses volatiles des régions ?



**De la salle**

Vous citez les départements et l'aide sociale. Les délégations de compétences ne sont pas couvertes complètement par les dotations et certains sont ruinés par l'aide sociale, tandis que d'autres ont eu des opportunités. Des flux de population se sont observés de départements moins dotés vers des départements mieux dotés. De ce point de vue, la régionalisation est dangereuse.

**Philippe LOUDENOT**

Votre commentaire est sans issue. Je ne suis pas d'accord avec vous. Il est possible de concevoir des mécanismes de péréquation pour objectif la notion de risque dans une population. Sans cela, nous restons dans un système national avec une aggravation des inégalités. Demandez aux directeurs d'hôpitaux comment ils vivent la contradiction entre l'injonction de retrouver l'équilibre comptable tout en respectant l'ONDAM. Nous devons nous inspirer des systèmes qui fonctionnent, laisser de côté le mythe de l'accès aux soins pour aborder celui de l'inégalité devant la mort qui résulte des déterminants sociaux. Sortons des postures dogmatiques.

**Jean Olivier ARNAUD**

Les maisons de retraite n'ont pas les mêmes revenus d'une région et d'un département à l'autre.

**Frédéric PIERRU**

La décentralisation se conçoit dans une période de croissance homogène des territoires. Or les richesses se polarisent par territoire. Des régions s'appauvrissent, tandis que d'autres concentrent les richesses, ce qui fragilise le système. La décentralisation est une option peu souhaitée par les élus locaux. Ils s'intéressent à la santé contraints et forcés. Dans un contexte d'accroissement des inégalités territoriales, je préconise une déconcentration plus qu'une décentralisation. La régionalisation de la convention médicale risque par ailleurs de créer une mise en concurrence des professionnels de santé par territoire et un phénomène de surenchère.

**Jean Olivier ARNAUD**

Nous avons accepté l'idée que le prix d'une maison de retraite diffère selon les territoires, mais fixer un tarif national n'est pas absurde. Il existe bien un tarif hospitalier unique. Avant la T2A, les tarifs des établissements privés différaient entre les CRAM et les CPAM. L'homogénéisation des tarifs est un facteur d'égalité. Il reste toujours un choix entre régionalisation et mode d'égalité. De fait, la régionalisation et la décentralisation réduiront l'égalité territoriale à laquelle les Français sont très attachés.

**Jean-Philippe VERHOYE**

Je suis chirurgien cardiaque et je fais partie d'une génération qui verra la naissance et la mort de sa spécialité. Cette discipline brillante, qui a en a beaucoup fait rêver, est en train de se tarir. Les questions économiques et de gestion sont certes importantes, mais le patient et l'utilisateur doivent aussi être réintroduits dans la réflexion. Ils se classent en trois catégories : la prévention, la maladie et la sénescence. Les études montrent que la prévention médicale a limité l'espace de la maladie, dans lequel les dépenses de recherche ont augmenté, en élargissant celui de la sénescence. La gestion de la fin de la vie pourrait relever d'une autre gestion, régionale ou nationale. Ces trois chapitres doivent être distingués pour adapter les moyens de gestion.

**Jean-François OBADIA**

En conclusion, plutôt que d'égalité, j'aurais préféré que nous parlions d'équité. L'inégalité étant intrinsèquement liée à la nature humaine, vouloir l'effacer est illusoire. Les différences



d'espérance de vie entre les cadres et les non-cadres ne s'expliquent pas seulement par les soins. Des personnes sans domicile fixe n'ont pas nécessairement envie de dormir sous un toit. Nous devons nous méfier que notre désir louable d'égalité ne se traduise pas par une injonction de soins sous prétexte d'un accès égal à une même qualité de soins. Lorsque je réalise des chirurgies complexes en Chine, je constate une telle différence entre la chirurgie de haute technique que j'apporte et que je partage avec mes collègues et la misère à proximité. Celle-ci a du sens, car il existe de fait des inégalités dans ce pays et nous n'avons pas à imposer des modalités de traitement qui feraient gagner deux ou trois ans à certains patients avec un cœur artificiel. Je conclurai donc sur les limites de l'égalité : il importe qu'elle ne se transforme pas en injonction de soins. Nous devons respecter l'inégalité. Il est vrai que ce peut être désespérant. L'individualisation s'accompagne paradoxalement de modes de vie similaires (iPhone, etc.). Nous devons garder du recul et ne pas vouloir aller trop loin dans cette volonté de mise au pas.



# Conférence : l'Etat providence à l'heure de la mondialisation

---

Michel SERRES

*Philosophe*

Pour répondre à la question que vous me posez, il aurait mieux valu inviter un chercheur en sciences politiques, un expert financier et Madame soleil. Je ne suis pas certain d'y répondre. Je préfère focaliser mon attention sur les évolutions du monde actuel, afin de rechercher une réponse. Nous vivons en effet dans une société en pleine mutation.

En janvier 2000, un journaliste m'a demandé l'événement le plus important du 20<sup>ème</sup> siècle : je lui ai répondu la fin de l'agriculture. En 1900, la France et les pays voisins comptaient entre 65 et 70 % d'agriculteurs. Au 1<sup>er</sup> janvier 2000, il en restait 1,2 % et en 2014, 0,8 %. La disparition du cultivateur est l'événement le plus marquant du 20<sup>ème</sup> siècle. Celui-ci a vu la fin du néolithique, période à laquelle nous étions tous devenus des agriculteurs. Avec 0,8 % d'agriculteurs dans la population française, nous exportons, alors qu'avec 20 %, nous nous nourrissons à peine. La mutation est importante.

En 1820/1850, 10 à 15 % de la population résidait dans les villes. Par conséquent, 85 % à 90 % d'entre elle habitaient à la campagne. Les livres d'histoire nous ont appris l'histoire des villes et non celle de l'humanité. L'espace, essentiellement rural, est devenu urbain. La France est désormais une ville, dont les TGV sont les rues. Il existe d'autres villes, comme la Hollande, la Belgique... La notion de banlieue change : il est préférable d'être le fils d'un immigré de Montreuil que d'un agriculteur dans la Creuse ou dans la Meuse ou l'Ariège. La « banlieue » est désormais dans ces espaces ruraux. L'espace dans lequel nous vivons s'est transformé.

La question du travail se pose alors. Evoquer la fin du néolithique au 20<sup>ème</sup> siècle ne doit pas conduire à occulter la question de la révolution industrielle lancée au 18<sup>ème</sup> et au 19<sup>ème</sup> siècle et fondée sur les problèmes d'énergie et de transports. N'arrive-t-elle pas à son terme ? Va-t-elle se poursuivre avec le confort qu'elle nous a apporté ? Telle que nous la concevons depuis un siècle et demi, elle pourrait également parvenir à sa fin, entraînant une évolution des métiers. La proportion des cols bleus et des cols blancs s'est inversée en soixante ans et les métiers ont changé.

J'appartiens à l'Académie française, qui est l'auteur du dictionnaire de référence de la langue française. Nous le publions tous les quinze ans, le temps que la langue française se stabilise. Depuis Richelieu, nous avons calculé le gradient entre les mots entrés et sortis de la langue. A chaque publication, il était en moyenne de 4 000 mots. Or, entre le dictionnaire publié il y a douze ans et celui que nous préparons, le gradient est de 37 000 mots. Vos petits-enfants pourraient parler une langue que vos grands-pères ne comprendront plus. Nous en avons recherché les raisons. Toutes les langues semblent vivre le même phénomène pour une raison commune : l'évolution des métiers. En cinquante ans, des mots ont disparu. Combien de mots utilisez-vous, en tant que chirurgiens cardiaques, qui étaient inconnus des générations de médecins qui vous ont précédé ? La langue évolue avec les pratiques. Elle est une photographie instantanée de l'évolution dont je vous parlais.

Ce n'est donc plus le même monde : l'espace, les métiers, les travaux, le cadre sont différents.

Je suis né en 1930. Jusqu'en 1955/1960, j'ai connu un monde dans lequel ma mère était la seule femme à se marier dans son collège, tous les autres fiancés éventuels ayant été envoyés à la guerre. Je ne dois l'existence qu'à une rareté : mon père a survécu à l'enfer de Verdun, gazé et blessé à jamais. En 1936, j'ai vu l'afflux des réfugiés de la guerre d'Espagne dans ma Gascogne natale. En 1939, j'ai vu arriver les immigrés de la Deuxième Guerre

mondiale, qui s'est poursuivie avec son cortège d'horreurs. En tant que médecins, vous n'êtes pas sans savoir que la Deuxième guerre mondiale est la première au cours de laquelle les morts par victimes de la guerre ont été supérieurs aux victimes de maladies infectieuses et de bactéries. J'ai été envoyé à la guerre d'Algérie. De ma naissance à mes trente ans, je n'ai connu que la guerre. Soudain, un événement incroyable s'est produit : l'Europe est entrée dans une période de paix de soixante ans. Ce n'est pas arrivé depuis la guerre de Troie, depuis la Pax Romana, depuis des millénaires ! Nous sommes en paix. Qui, parmi vous, se réjouit de vivre dans un pays ? Vous ne le savez pas, car les médias ne vous rapportent que les crimes et les guerres. Je vous invite à consulter la liste des causes de mortalité dans le monde en rentrant chez vous. Les premières sont des maladies et les dernières sont la guerre, la violence et le terrorisme, mais elles font la une des médias. Ceux-ci ne mentent pas sur les faits, mais globalement, en montrant l'inverse de la vérité. Je suis professeur à Stanford depuis cinquante ans. Un jour, j'ai découpé une photographie de Bush, Blair et Aznar préparant la déclaration de guerre du golfe aux Bahamas. Pour la première fois dans l'histoire, des hommes d'Etats occidentaux décident de la guerre sans l'avoir jamais connue. Or l'Etat fait la guerre et la guerre fait l'Etat. Elle était constitutive de l'Etat de paix, mais elle ne l'est plus. Cela devrait faire la une des journaux. Nous ne vivons plus dans le même monde.

Pendant cette paix, la médecine s'est mise à guérir. La médecine scientifiquement définie date des années 50. Dans ma paysannerie Gascogne natale, ma tante est décédée d'une méningite foudroyante dans l'après-guerre. J'ai rencontré le médecin traitant six mois après : il venait de recevoir les antibiotiques qui l'auraient sauvée. La médecine a réussi des performances extraordinaires par rapport au passé. L'invention de la sécurité sociale s'y est ajoutée et l'espérance de vie a augmenté de manière foudroyante. Une femme de soixante ans est plus loin de sa mort qu'un nouveau-né en 1700. Cette augmentation de l'espérance de vie a changé la société entière.

Mon grand-père s'est marié à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle. Statistiquement, il a juré fidélité à sa femme pour cinq ans. Aujourd'hui, deux étudiants qui se marient se jurent fidélité pour 65 ans. Le mot est le même, mais le mariage est différent. Lorsque mon père est parti à la guerre en 1914, il donnait à son pays huit à dix ans d'espérance de vie. « Petit poucet » n'ira pas à la guerre sacrifier 65 ans d'espérance de vie. Nos enfants n'iront pas se sacrifier pour la nation ou la patrie. Ils n'ont plus d'ennemis. Jeunes, nous connaissions notre ennemi : il était écrit dans les livres d'histoire. Ce fait aussi est nouveau. Par conséquent, l'humanité est différente. Lorsque je suis né, il y avait moins de deux milliards d'habitants sur la planète. Connaissez-vous une vie humaine au cours de laquelle la démographie mondiale a été multipliée deux fois par deux ? Ce n'est plus le même homme, la même naissance, la même mort, la même humanité, ni la même planète.

Les problèmes que nous nous posons, avec du recul, prennent une telle ampleur que je pourrais poursuivre toute ma conférence ainsi. Les institutions, dans lesquelles nous travaillons et sous lesquelles nous vivons, ont été créées à une époque où le monde n'était pas ce qu'il est devenu. Toutes les institutions que vous connaissez, dans lesquelles vous travaillez ou pour lesquelles vous militez sont archaïques, ce qui crée une tension vive. En 1995, par exemple, les ordinateurs qui étaient la spécialité des grandes entreprises et des laboratoires de recherche sont devenus des instruments familiers, puis le téléphone portable et le numérique. Dans mon livre, « petite poucette », est mon héroïne, car elle envoie des textos à toute vitesse avec les deux pouces. Parfois, nous employons des mots sans faire attention à leur sens. Observer Petite Poucette m'a appris le véritable sens de « maintenant » : « tenant en main ». Petite Poucette tient en main son portable en temps réel et par lui, tous les lieux, toutes les informations et toutes les personnes dans le monde entier. Les mathématiciens se sont interrogés sur le nombre d'appels téléphoniques pour parvenir à joindre n'importe qui dans le monde. Désormais, la distance est de 4,2 contre 7,5.

Qui, dans l'histoire, pouvait dire « maintenant tenant en main le monde » ? Peut-être Auguste, empereur de Rome, le Roi Soleil, un milliardaire de la Silicon Valley ou de la Chine. Désormais, 3,750 milliards de personnes dans le monde peuvent dire cette phrase. Il y a là quelque chose de l'ordre d'une diversité extraordinaire, réunie par l'univers numérique, qui

promet d'autres habitudes et d'autres institutions. Dans les années 95, 2000, il a surgi dans un monde déjà en mutation. Cette mutation profonde est d'une nouveauté telle qu'elle appelle les inventions les plus innovantes en matière sociétale. Nous avons à inventer de nouvelles institutions politiques et manières d'être ensemble. C'est probablement le travail le plus urgent aujourd'hui. Vous-mêmes, dans votre métier, avez la main à l'endroit de ce changement. Vos problèmes de vieillesse, de financement, d'assurance-maladie, etc. sont des cas particuliers. A côté de ça, la question de l'Etat providence est quasiment mineure.

### **Guy VALLANTIEN**

Pourquoi les philosophes n'ont-ils pu nous aider et lier sciences et philosophie ?

### **Michel SERRES**

Il existe deux raisons, à cela. La séparation entre les instruits incultes et les cultivés ignorants, c'est-à-dire la distinction des filières littéraires et scientifiques. Les philosophes ont construit une morale de l'engagement politique, qui demandait aux philosophes d'être proches des partis, des décisions et de l'actualité politique. Or celle-ci relève du théâtre et de l'apparence. Un militant n'aura jamais de recul pour comprendre les évolutions globales.

### **De la salle**

J'ai beaucoup aimé votre exemple de la guerre et des soixante ans de paix. Nous n'y réfléchissons pas assez. J'ai également eu un engagement dans les armes : lorsque nous partions en guerre, nous savions que nous allions voir des hommes. L'avènement des nouvelles technologies et de Formid aux États-Unis fait de la guerre une conduite de drones à distance qui détruit des vies humaines comme dans un jeu vidéo, sans conscience des actes commis.

### **Michel SERRES**

Le meurtre à distance n'a pas commencé avec les drones. Il était vrai dès l'invention de la mitrailleuse en 1914, comme pour le bombardement de Dresde ou d'Hiroshima. Auparavant, les batailles avaient lieu au corps à corps. Le crime à distance n'est pas nouveau : il s'est accéléré. Il est vrai que l'assassinat à distance provoque cela. C'est nouveau, mais nous ne l'avons pas utilisé récemment pour assassiner des millions de gens, car nous sommes en paix. Ces armes peuvent être utilisées dans des guerres symétriques, opposant deux puissances de moyens équivalents. Il n'existe plus que des guerres civiles et asymétriques depuis la Deuxième Guerre mondiale. La mission des militaires est essentiellement, désormais, d'empêcher les autres de faire la guerre. Les soldats de nos armées sont davantage destinés aux Casques bleus qu'à la guerre. C'est un progrès considérable. Les crimes que vous dénoncez sont affreux, mais virtuels.

### **De la salle**

Nous avons beaucoup parlé de l'individualisme. Tenir le monde dans sa main est-il une ouverture à un retour au collectif ou un sentiment de toute puissance ?

### **Michel SERRES**

L'individualisme a été créé par « grand-papa ronchon », qui n'aime pas les jeunes et les stigmatise. Il a généralement mon âge. Rappelons que l'individu a été inventé par Saint-Paul, qui, dans ses épîtres, déclare qu'il n'y a plus « ni juif, ni grec, ni esclave, ni homme libre, ni riche, ni pauvre, ni homme, ni femme, mais toi devant le seigneur ». C'est une parole décisive, car à son époque, on n'était pas un individu, mais un citoyen romain. Un homme se définissait par son appartenance (politique, religieuse, raciale, etc.). L'individu a connu des personnes qui l'ont aidé à naître, comme Saint-Augustin, par ses confessions, ou Rousseau puis les autobiographies. L'immense majorité de l'humanité n'était pas encore des individus, mais des citoyens animés d'une libido d'appartenance, que nous appelions le patriotisme, lequel donnait des millions de morts. L'individu a mis du temps à naître. La

photographie l'a aidé. « Petite poucette » pourrait être la première génération des individus. C'est une chance et une avancée formidable dans l'humanité : nous n'avons jamais vu de personnes autonomes, qui ont des options et parlent par eux-mêmes. C'est la démocratie et la liberté. Qu'elle se double d'un égoïsme et d'un repli sur soi... il y a toujours un prix à payer dans une avancée. Mais pensez-vous que ces vices n'existaient pas avant ? Je salue l'arrivée de l'individu pour la première fois dans l'histoire humaine, avec émotion, respect et enthousiasme. Grand-papa ronchon était largement égoïste lui aussi.

### **Frédéric PIERRU**

Je suis toujours surpris de l'opposition entre individualisme et Etat providence, car ce dernier a accéléré l'individualisme, en permettant l'émancipation des individus par rapport à des collectifs étouffants, comme le village ou la famille.

### **Michel SERRES**

C'est un processus cyclique. Les causes ne sont jamais linéaires.

### **Frédéric PIERRU**

Pendant longtemps, l'Etat providence et l'individu ont marché main dans la main. A partir des années 70, la créature s'est retournée contre son créateur, l'individu pensant qu'il pouvait vivre seul.

### **Michel SERRES**

Vous avez raison, mais ce n'est pas une vérité générale. Dans la France latine, on fait confiance à l'Etat providence pour sauvegarder l'individu. Dans les pays anglo-saxons, on se méfie de l'Etat, perçu comme dangereux pour les libertés individuelles.

### **De la salle**

Une hypothèse serait que les communautés s'agrègent et reprennent les tontines des sociétés traditionnelles.

### **Michel SERRES**

Les anciennes appartenances disparaissent et de nouvelles apparaissent, vous avez raison. Récemment, des journalistes se sont réunis à Paris sur la question suivante : « pour qui donneriez-vous votre vie ? ». Je leur ai répondu « N'avez-vous pas honte ? Quelle est l'appartenance assez cruelle pour exiger la vie de l'individu ? ». L'Europe est peut-être la première institution internationale qui ne demandera jamais à sa population de donner sa vie.

### **De la salle**

Pensez-vous que la création de ces nouveaux groupes crée de nouveaux organes qui se substitueraient à l'état providence et introduiraient une discontinuité ?

### **Michel SERRES**

On ne peut le prédire. Certaines appartenances peuvent être vivantes puis disparaître d'un coup, tandis que d'autres qui ne promettent rien gagnent en importance. La sécurité sociale et les mutuelles étaient critiquées, car inventées par les socialistes utopiques du 19<sup>ème</sup> siècle. Elles contribuent à notre bien-être aujourd'hui.

### **Jean-François OBADIA**

Le fait de donner sa vie renvoie à la dimension du sacré. Sommes-nous capables de nous sacrifier pour une cause ? Ce désenchantement du monde ne résulte-t-il pas d'une

déception, voire d'une désespérance globale ? L'idée de mourir pour la patrie canalisait les énergies.

**Michel SERRES**

C'est une question majeure. L'énergie était canalisée par une fin : la mort. Et nous étions enthousiastes de ça ?! Les seuls enthousiasmes que nous pourrions envisager aujourd'hui ne seraient pas pour le sacré, le sacrifice. Vous, les médecins, travaillez pour la défense de la vie, contre la mort, et c'est vous qui êtes pour le sacré. La vie est la seule chose pour laquelle on peut s'enthousiasmer. Vous êtes dans une perspective sainte, qui est le contraire du sacré. La sainteté est la vie, le sacré, la mort. Vous avez un métier à l'opposé.

**Jean-François OBADIA**

Respecter la vie, c'est aussi respecter la mort.

**Michel SERRES**

Je suis d'accord avec vous. Ce couple est indissociable. Le mâle, c'est la mort, la femelle, c'est la vie. Je suis pour un avenir femelle !

**De la salle**

Dans une conférence précédente, vous avez défini la vie par les faits finis, la mort.

**Michel SERRES**

Oui, mais je parle ici de la lutte sur cette limite. L'augmentation de l'espérance de vie est une victoire nouvelle. L'humanité atteint aujourd'hui 84 ans d'espérance de vie alors que des notes de l'académie de médecine qualifiaient cet âge d'utopie ridicule en 1880.

**De la salle**

Comment aurons-nous des Michel Serres demain dans cette dynamique de l'instantané ? Y aura-t-il encore de la place pour la réflexion et la culture ?

**Michel SERRES**

Ce n'est pas incompatible. Il y aura toujours des Michel SERRES et de bien meilleurs.

**De la salle**

Petite Poucette reçoit-elle l'éducation qui va lui convenir pour sa longue vie ?

**Michel SERRES**

Cette question requiert une conférence supplémentaire. Pour avoir commis ce livre, je suis approché par des architectes qui ont remporté un concours pour construire une université et veulent savoir quelle sera l'éducation demain. Je ne sais pas. Je ne peux en préjuger. L'intéressant est de savoir ce que nous garderons et perdrons et l'avenir de l'enseignement en ligne. Nous ne pouvons pas dire l'avenir : certains enseignements en ligne réussissent, d'autres échouent. Nous en sommes encore aux expérimentations et ne pouvons pas parier sur l'enseignement de demain. Les universités sont dans le même état que les hôpitaux : elles ne savent pas quelle sera l'université de demain. C'est à l'innovation de jouer le premier rôle, ce qui rend notre époque passionnante.



# Conclusion

---

## **Serge CAZEAU**

Nous avons vu Marcel Gauchet nous sortir de la religion et nous inculquer l'idée que la démocratie est la liberté, la religion du corps et la santé comme droit individuel. Ceci s'accompagne-t-il de la perte de valeurs régaliennes de l'Etat ? C'est possible. La police, l'armée et la religion ont peut-être moins d'importance pour les populations, alors que la justice prend de l'ampleur. La réhabilitation de l'égalité ou de l'équité a été discutée à plusieurs reprises ce jour, avec des acteurs individuels.

Ces constats s'opposent aux préoccupations des Français décrites par Monsieur Pierru et aux demandes plus nombreuses qu'ils adressent à l'Etat. La mondialisation est présente, y compris dans les connaissances, l'offre de soins, voire les systèmes de gestion des ressources. Elle est gérée aujourd'hui par des acteurs locaux, dont les médecins, les réseaux et les territoires. A un moment donné, il faut agir. C'est tout le problème de la gestion de la légitimité par rapport à la légalité, centralisatrice.

Il est difficile de prédire les évolutions à venir, car elles dépendent des financements publics ou privés, fondés sur la citoyenneté plus que sur le travail et sur un système d'assurance complémentaire. La main invisible du marché augmente les prix sans que l'efficacité ne soit plus importante.

Pour conclure, Michel Serres dessine le tableau de l'évolution du monde, qui devra s'accompagner d'un renforcement de la fraternité, car celle-ci semble manquer à l'individualité qui se dessine.