

LES ETUDES DU
CIRIEC

France

Collection

Economie collective & territoires

Thème 1 – Notre santé



Editions du CIRIEC -France

Mars 2022

Études du CIRIEC-France

Collection économie collective et territoires

Thème 1 – Notre santé

ECONOMIE COLLECTIVE ET TERRITOIRES

Préambule

Le monde traverse une période de profonde et rapide transformation qui s'avère encore plus aiguë sous l'effet des diverses transitions (économique, sociale, écologique). A l'horizon se profilent de nouveaux ordres mondiaux avec des approches et des conséquences bien différentes en réponse aux principaux problèmes du 21^{ème} siècle que sont la pauvreté, la détérioration de l'environnement, la transformation du travail et l'affaiblissement de la démocratie politique et économique. Face à ces enjeux, les modèles économiques tournés vers l'intérêt général et la satisfaction des besoins réels des individus, qu'ils relèvent de la sphère publique ou de l'économie sociale et solidaire, doivent servir de piliers à un nouveau développement socialement responsable et durable, et apporter des réponses satisfaisantes aux besoins essentiels des populations. S'inscrivant dans cette démarche, et conformément à sa vocation d'origine, le CIRIEC-France entend apporter sa contribution scientifique et pratique à la recherche des modèles économiques qui servent l'intérêt collectif, raison pour laquelle il s'est engagé dans une vaste étude sur le thème « économie collective et territoires ». Cette étude fera *in fine* l'objet d'un ouvrage élaboré à partir des constats de terrain effectués par des responsables d'organisations, des experts et des universitaires. Elle s'appuie sur des concepts prédéfinis :

Economie collective : l'ensemble des pratiques de production et de services ayant pour raison d'être la satisfaction des besoins fondamentaux (ou essentiels) des personnes. Sont englobées dans cette définition les activités fondées sur des missions de service public, les activités relevant de l'ESS, les activités menées dans le cadre des « communs » ou « biens communs ».

Territoires : la zone géographique de populations où se rencontrent des besoins sociaux et des moyens d'y répondre. Cette zone ne correspond pas nécessairement à une circonscription administrative. Elle est variable selon les secteurs : santé, éducation, mobilité... Ce peut être un quartier, une banlieue, un pays, un bassin de vie ou d'emploi dans lequel les parties prenantes dépendent d'un même ensemble de fonctions économiques ou de services. C'est le lieu de déploiement des stratégies, en liaison avec toutes les parties prenantes de pouvoir et d'échange qui contribuent à sa mise en œuvre.

L'étude est organisée en **thèmes sectoriels** : mobilité, santé, éducation, logement, eau et énergie, care, finances, travail - emploi et développement économique, ...et en thèmes transversaux : développement durable, bénévolat et volontariat, impact des entreprises publiques nationales et internationales, lien social et technologies. Mais pour chaque thème ont été mesurés les besoins exprimés et les réponses à apporter en les mettant en relation les uns avec les autres, dans une approche globale correspondant à la vie dans les territoires. La prise en compte des interactions entre ces thèmes peut être source de développement plus harmonieux et de réponses mieux construites.

Le présent dossier est consacré au thème de la santé.

Alain ARNAUD

Président

Jean-Louis CABRESPINES

Délégué général

SOMMAIRE

- **Introduction**p.1
- **Les pieds sur terre...**
Catherine Gras, Nicolas Leblanc, Jean-Marie Fesslerp.2
- **La France démasquée**
Jean de Kervasdoué.....p.25
- **Notre santé, un « bien commun » à gérer démocratiquement dans les territoires**
André Gauron.....p.39
- **Agir et redonner du sens pour un système de protection sociale durable, protecteur de tous, soutenable et compréhensif**
Eric Chenut.....p.42
- **Santé populationnelle : vers une réhabilitation de la médecine sociale ?**
Nicolas Duvoux, Nadège Vézinat.....p.54
- **Un programme de prévention du surpoids, de l'obésité infantile, et d'amélioration de la santé dans les territoires**
Juliette Weber..... p.58

INTRODUCTION

Les travaux du CIRIEC France sur la place, le rôle, la réalité de l'économie collective dans les territoires sont inscrits dans l'ADN de notre organisation.

L'économie collective doit prendre en compte toutes les problématiques rencontrées dans les territoires en les abordant de manière systémique.

La santé est, à ce titre, un des points essentiels d'une égalité à construire entre tous. La période actuelle, marquée par la COVID, demande plus que jamais une politique sachant dépasser les clivages et « zones de compétences » de tous les protagonistes.

C'est pourquoi les 6 contributions présentées dans cet ouvrage abordent, de manières différentes, un ensemble de points sensibles des politiques de santé tant au plan national que dans nos régions, mais aussi des propositions qui pourraient être reprises dans une politique sanitaire (et sociale) cohérente et répondant aux difficultés rencontrées par tous.

Ainsi, en gardant « les pieds sur terre... », l'analyse concrète sur la place de la santé dans les territoires est l'illustration même d'une réflexion pouvant déboucher sur un diagnostic sur l'état des soubassements de notre système de santé.

Avoir une politique concertée, prospective, prenant en compte l'ensemble des raisons et incidences des actions à mener, c'est aussi montrer ce qu'est « la France démasquée », et les travers dans lesquels nous pouvons tomber si nous n'avons pas suffisamment mis en place cette concertation nécessaire entre tous les acteurs pour répondre aux besoins des populations et les risques encourus.

Cela permet aussi de démontrer que notre santé est « un bien commun ». Les deux textes suivants complètent bien cette approche critique de la politique sanitaire lors de la COVID. Notre santé doit être l'affaire de tous, aussi bien en la gérant démocratiquement qu'en agissant et redonnant du sens à notre « système de protection sociale durable ».

Et la santé n'est pas qu'une affaire de bien-être du corps physique. Tout comme l'approche territoriale doit s'inscrire dans un système d'acteurs et d'actions, la santé de chacun est à prendre en compte physiquement, psychologiquement ou socialement.

Cette approche demande une « réhabilitation de la médecine sociale, tout comme le traitement dans le cadre de « programmes de prévention » de certains troubles qui risquent de survenir à l'enfance si nous n'y prêtons pas suffisamment d'attention (en particulier sur les questions de surpoids, d'obésité infantile).

Chacune des contributions peut se lire isolément, mais elles se veulent complémentaires dans une approche prenant en compte en même temps les personnes et le cadre de l'intervention des politiques publiques ou d'économie sociale.

LES PIEDS SUR TERRE...

Catherine Gras¹, Dr. Nicolas Leblanc², Jean-Marie Fessler³.

Introduction

La pandémie a ouvert et continue d'ouvrir de profondes et destructrices crevasses, partout dans le monde. Le respect dû aux morts ; le respect dû aux professionnels de santé qui font face en soignant ; le respect dû à celles et ceux qui font fonctionner les réseaux vitaux, électricité, eau potable, salubrité, approvisionnements et transports, télécommunications, nous engagent à la dignité. Nous ne devons pas oublier ; nous ne pouvons admettre, ni les éléments de langage lénifiants, ni les polémiques violentes.

Trop d'actes de solidarité ont manifesté la vigueur du corps social pour que des retours d'expérience institutionnels les ignorent, voire les « récupèrent ».

Résumé

Le fil rouge de l'article se veut une analyse concrète entre « santé » et « territoires » à partir d'observations et de réflexions issues de ce que nous avons vécu ensemble depuis deux ans. C'est aussi un diagnostic sur l'état des soubassements de notre système de santé.

Le résultat de cette « fouille archéologique » invite à une modification profonde des superstructures collectives d'administration des organisations de santé en prenant appui sur cinq robustes piliers :

¹ Fonctionnaire (ENA, Promotion Léonard de Vinci) du ministère de l'économie et des finances (1985-2011), négociatrice permanente de la France auprès des Nations Unies (1999-2002), directeur d'administration centrale au ministère de l'économie (2009-2011), cheffe de mission au CGefi, le Contrôle Général économique et financier (2011-2018), philosophe de formation (Ecole Normale Supérieure) et *Executive coach* HEC (spécialiste en créativité et de la transformation des organisations publiques), présidente fondatrice de Galilée.sp et de son Conseil d'orientation. Auteur de plusieurs ouvrages pour Galilée.sp <https://galileesp.org>

² Docteur en médecine, spécialiste en santé publique. Ancien consultant, ancien dirigeant dans le secteur de l'assurance santé. Conseiller Santé du Groupe VYV. Ancien Président de l'Association des Auditeurs de l'Institut des Hautes Etudes en Protection Sociale. Membre de la Société Française de Santé Publique, du Centre International de Recherches et d'Information sur l'Economie Publique, Sociale et Coopérative, le CIRIEC-France, de l'association Elus Santé Publique Territoire.

³ Docteur en éthique médicale et en économie de la santé, professeur associé de Stanford, ancien directeur d'hôpital et des établissements de soins de la Mutuelle générale de l'Education nationale et conseiller de son président, membre du Cercle Entreprises et Santé, <https://www.cercle-entreprisesetsante.com/>, de Galilée.sp, <https://galileesp.org/>, du Centre International de Recherches et d'Information sur l'Economie Publique, Sociale et Coopérative, le CIRIEC-France, <https://www.ciriec-france.org/ciriec/cms/10/accueil.dhtml>, président du conseil scientifique de l'Institut Montparnasse, <https://www.institut-montparnasse.eu/>, auteur ou co-auteur de nombreux articles et livres.

- Des interactions constructives et une pensée en navette, au sens de Blaise Pascal, Michel Crozier et Edgar Morin.
- Un double effort scientifique pour coconstruire de nouvelles possibilités avec méthode, en nous inspirant de la *méthode de conceptualisation relativisée* et des sciences du danger, conçues par les professeurs Mioara Mugur-Schächter et Georges-Yves Kervern.
- Le retour à une langue compréhensible par tous plutôt que la novlangue - pleinement dénoncée par Jean-Paul Fitoussi, en particulier - qui confisque tragiquement l'intelligence au profit d'une bureaucratie.
- La fin du dogmatisme tarifaire.
- Un puissant ancrage sur les territoires des pratiques en santé, pratiques enfin adaptées à l'évolution de la demande issue de la triple transition démographique, épidémiologique et technologique.

« *Détourne-toi des préceptes de ceux qui spéculent sur le monde mais dont les raisons ne sont pas confirmées par l'expérience.* » disait Léonard de Vinci (1452-1519).

Il est possible de remettre ensemble les pieds sur terre et de reconstruire, sur le terrain, des bases saines au « monde de la santé ».

De multiples témoignages ont été écrits et publiés.^{4, 5}

Lors des divers confinements, nous avons consacré de l'énergie à en recueillir certains.⁶ Partout, des élus, des entrepreneurs et des citoyens imaginatifs ont innové, de manière exemplaire.

Malheureusement aussi, dans bien des régions du monde et dans notre pays, nombre de personnes auront encore à traverser de lourdes épreuves : des séquelles de la covid long à la reconstruction d'un emploi, d'une entreprise, d'une vie endeuillée.

On ne dira jamais assez quels services essentiels rendent les professionnels de santé des 640 structures autorisées d'urgence qui assument 21 millions de passages par an, dont 2,5 millions au titre des urgences pédiatriques. On ne dira jamais assez combien sont précieux le 15, le Service d'Aide Médicale Urgente, le 17, la Police, le 18, les Pompiers et le 112, le numéro unique d'urgence européen. Ils cumulent 150 000 appels par jour en France.

Parallèlement, la multiplicité des autorités administratives ayant compétence en santé - ministères, structures centrales, collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie, agences et instituts - sature les *opérationnels de terrain*.

La réformite aigüe produit du conformisme à des procédures illisibles et tueuses du temps des métiers et donc de leur sens.

⁴ Professeur Philippe Juvin, *Je ne tromperai jamais leur confiance*, Gallimard, décembre 2020.

⁵ Thierry Beaudet, *Journal d'une crise. De l'urgence de la Covid aux soins du quotidien*, Editions de l'Aube, 2020.

⁶ Livre blanc *Rendre le soin aux soignants ! Appel citoyen des métiers du soin*. 60 témoignages, sous la direction d'Hamama Bourabaa, Fauves Editions, mars 2022.

Pour mémoire, le Code de la santé publique comportait 5 581 pages, au 1^{er} janvier 2022. Les formidables opportunités nées de l'ère numérique sont détournées par l'empire de l'injonction, de la notation et du classement.

Dans une telle situation, si souvent décrite, le fil rouge de notre article est un dialogue entre « santé » et « territoires » à partir d'observations et réflexions issues de ce que nous avons vécu ensemble depuis deux ans. Et c'est précisément ce qui fait que nous appelons à une modification profonde de la manière d'administrer le système de santé.

1. L'urgente nécessité d'interactions constructives et d'une pensée en navette

Au plan global, une certaine lucidité sur les interrelations entre les composantes humaine, politique, sociale, économique, financière, industrielle, scientifique, médicale et soignante, régionale, nationale et géopolitique de la présente *mégacrise*⁷ devrait puissamment nous inciter à mettre en œuvre des démarches véritablement pluridisciplinaires. C'est possible à condition de se mettre à distance à la fois des abstractions textuelles et statistiques et du *leadership* de forts en gueule indifférents aux autres.

N'est-il pas temps de travailler sur la *crise de l'intelligence*, *trou noir* décrit par Edgar Morin dans ses leçons du coronavirus et nombre de ses œuvres : il faut cesser de... *disjoindre ce qui est inséparable, séparer et compartimenter les savoirs, prévoir le probable alors que surgit sans cesse l'inattendu*⁸.

En 1995 déjà, Michel Crozier (1922-2013) soulignait l'importance des interactions constructives et du passage à une *démocratie d'accès* à celui qui décide à la *démocratie de délibération*. Se trompait-il ? « ... *vous nous méprisez, vous nous considérez comme des exécutants sans voix au chapitre et incapables d'avoir une vision d'ensemble de nos tâches. Ecoutez-nous au moins !* »⁹ Et de poursuivre ainsi : « *L'extraordinaire gaspillage de ressources et de talents dont sont responsables les élites au pouvoir tient à leur méfiance congénitale à l'égard de la capacité des Français d'innover par eux-mêmes et à leur propension instinctive à vouloir imposer des réformes comme des potions amères.* »¹⁰ L'analyse de Michel Crozier a toute sa pertinence aujourd'hui ; en effet, pendant la crise Covid-19, qu'avons-nous vu ?

Nous avons toutes et tous vu de la reconversion à haute vitesse d'entreprises à la confection artisanale ou domestique de masques, de repas gratuits aux sans-abris à la garde des enfants. Nombre d'entre nous y ont participé. Tant de faits manifestent la vigueur des interactions constructives.

⁷ <http://www.patricklagadec.net/fr/>

⁸ Edgar Morin, *Changeons de voie. Les leçons du coronavirus*, Denoël, juin 2020, p. 48.

⁹ Michel Crozier, avec Bruno Tilliette, *La crise de l'intelligence. Essai sur l'impuissance des élites à se réformer*, InterEditions, 1995, p. 50.

¹⁰ Ibid., p. 106.

Et le professeur Philippe Juvin d'écrire : « *Le système D aura joué un rôle fondamental dans cette crise.* »¹¹ Mais nous avons aussi vu : « *La technocratie inefficace règne et nous tue.* »¹² Philippe Juvin peut conclure : « *En confinant la population entière, nous aurons sacrifié des malades non soignés, l'économie, l'éducation, la culture mais aussi nos libertés individuelles. Comme pour beaucoup, c'est peut-être la prise de conscience de notre grande vulnérabilité qui restera pour moi une des traces les plus profondes de cette crise.* »¹³ Et : *L'hyperadministration empêche et éteint tout. (...) L'hyperadministration est le grand mal d'une démocratie à bout de souffle.* »¹⁴

Le fait que, dans les établissements publics de santé, il y ait pratiquement autant d'emplois administratifs que d'emplois médicaux relèverait-il de la génération spontanée ? Michel Crozier montre que la *crise des élites* est avant tout une *crise de l'intelligence* ; nous le constatons, nous aussi, dans les organisations contemporaines. Pour autant, notre constat est différencié et nous ne confondons pas, par un amalgame simpliste, le mérite et le titre professionnel, ou la reconnaissance par les autres et l'autopromotion. A notre sens, la différence réside entre les professionnels expérimentés de métiers comportant des responsabilités identifiables à l'égard de bien d'autres personnes - et qu'ils considèrent en tant que personnes - et ceux qui, dans un entre-soi statutaire *spécial*, jugent, de manière dépersonnalisée, de métiers entiers, voire de l'ensemble de nos concitoyens avec des mots-valises : « *Les médecins, les Français, la société civile, etc.* »

Précisons encore que l'entre-soi n'est pas l'apanage de quelques corps mais touche aussi les commissions santé des partis politiques et nombre d'équipes dirigeantes du public, du privé et de l'économie sociale. Dans la mesure où nous pouvons, toutes et tous, être en proie à des biais cognitifs individuels et collectifs, du biais de confirmation, tendance à uniquement écouter ce qui confirme nos idées préconçues, à la perception sélective, au biais du zéro-risque par amour de la certitude, parmi bien d'autres, n'est-il pas prudent de pratiquer méthodiquement de véritables débats ? Autrement, combien de réunions professionnelles sont-elles jouées d'avance ou empruntent des chemins de traverse qui inspirent des décisions erronées ?

On peut aisément observer que toujours et partout quelques-uns perçoivent avant les autres. Ils discernent, analysent, alertent et proposent. Trop systématiquement, on les écoute mal, sans volonté ni méthode. Il est vrai que nous sommes souvent dispersés, sujets aux commentaires et désaccords bloquants, plus entraînés aux classifications rigides multiples qu'à *la pensée en navette*¹⁵, celle de Blaise Pascal (1623-1662). En systémicien, il écrivait : « *La flamme ne subsiste point sans l'air ; donc, pour connaître l'un, il faut connaître l'autre. Donc toutes choses étant causées et causantes, aidées et aidantes, médiates et immédiates, et toutes s'entretenant par un lien naturel et*

¹¹ Professeur Philippe Juvin, *Je ne tromperai jamais leur confiance*, Gallimard, décembre 2020, p. 145.

¹² Ibid., p. 211.

¹³ Ibid., p. 257.

¹⁴ Ibid., p. 278.

¹⁵ Boris Cyrulnik, Edgar Morin, *Dialogue sur la nature humaine*, Editions de l'Aube, 2000, p. 14.

insensible qui lie les plus éloignées et les plus différentes, je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties. »¹⁶

Encore plus grave, « *La compréhension humaine n'est nulle part enseignée. »¹⁷. « Aucune école, aucun lycée, aucune université n'enseigne dans sa complexité et dans sa globalité ce qu'est l'être humain. »¹⁸*

Or, avec 5 000 publications scientifiques par jour dans le monde et 90% des données brutes qui existent produites au cours des deux dernières années - peu traitées, d'ailleurs -, comment ne pas essayer de *penser en navette* ? Comment penser *vraiment* sans avoir la conscience aigüe que les bouleversements et les contradictions de la pensée sont multipliés par l'extrême rapidité inhérente à l'Ere numérique qui a modifié profondément nos temporalités, spatialités et savoirs ?¹⁹ Comment ne pas ressentir cette nouvelle fragilité de l'élaboration des savoirs ? Comment imaginer pouvoir avancer sans co-construction à partir des complexités incontournables ?

A la fin du siècle dernier, Edgar Morin pouvait affirmer : « *C'est un devoir capital de l'éducation que d'armer chacun dans le combat vital pour la lucidité. »²⁰ Il développait ainsi : « Nous obéissons aux ordres, nous obéissons aux instructions. Tant que nous n'aurons pas essayé de réformer ce mode d'organisation du savoir, qui est en même temps un mode d'organisation sociale, tous les discours sur la responsabilité et sur la solidarité seront vains. »²¹ (...) « C'est la tendance à la réduction qui nous prive de la compréhension : entre les peuples, entre les nations, entre les religions. C'est elle qui fait que l'incompréhension règne au sein de nous-mêmes, dans la cité, dans nos relations avec autrui, au sein des couples, entre parents et enfants. »²² (...) « Dans nos pays dits civilisés, les conséquences éthiques d'une réforme de pensée seraient incalculables. »^{23, 24}*

A elle seule, cette citation de Patrick Viveret devrait nous mobiliser : « *Ce sont la dureté de cœur et le mal de vivre, non la rareté des ressources physiques ou monétaires, qui sont à l'origine de la plupart des problèmes (...) écologiques, politiques, culturels, sanitaires et sociaux. »²⁵*

¹⁶ Blaise Pascal, *Pensées, Fragment 185*, édition présentée, établie et annotée par Michel Le Guern, Editions Gallimard, 2004, p. 173.

¹⁷ Edgar Morin, *Enseigner à vivre. Manifeste pour changer l'éducation*, Actes Sud/Play Bac, 2014, p. 22.

¹⁸ Edgar Morin, *L'aventure de la méthode*, Seuil, 2015, p. 92.

¹⁹ Catherine Gras, Jean-Marie Fessler, *Numérique, démocratie et action publique : pour quel tissage ?* Cahiers du CIRIEC France 2, Presses Universitaires de Rouen et du Havre, 2020, pp. 33-48, https://www.ciriec-france.org/ciriec/custom/module/cms/content/file/CAHIER_N_2.pdf

²⁰ Edgar Morin, *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*, UNESCO, 1999, p. 21.

²¹ Edgar Morin, *Enseigner à vivre. Manifeste pour changer l'éducation*, Actes Sud/Play Bac, 2014, p. 91.

²² Ibid., page 92.

²³ Ibid., page 92.

²⁴ Edgar Morin, *La Voie. Pour l'avenir de l'humanité*, « Réforme de la pensée », Fayard, 2011, pp. 145-150.

²⁵ Patrick Viveret, « *L'humanité face à son inhumanité* », Revue de psychologie de la motivation n° 33, 2002. Et : <https://docplayer.fr/140066238-Patrick-viveret-1-l-humanite-face-a-sa-propre-inhumanite-l-humanite-question-pour-elle-meme-le-risque-de-la-sortie-de-route.html>

2. Comment faire ? Par un double effort scientifique

Au chapitre essentiel de la méthodologie d'approche des immenses défis qui viennent d'être mentionnés - dont ceux qui relèvent précisément de la santé publique, de la prévention, de la protection sociale, de l'équité dans l'accès à des soins de qualité, des conditions réelles de l'exercice des métiers sociaux, médico-sociaux, médicaux et soignants, sur chaque bassin de vie -, il ne s'agira pas de changer de grilles de lecture - à elle seule, l'expression de *grille* incite à la vigilance - mais il s'agira d'un véritable double effort scientifique.

Le premier effort scientifique procède des œuvres de la physicienne et épistémologue Mioara Mugur-Schächter. Sa méthode de conceptualisation relativisée est au centre de travaux menés au sein de l'association Q-roc, créée en 2020.²⁶ Sans qu'il soit possible de la développer ici, on en soulignera l'un des enjeux.

Dès qu'un observateur se trouve en présence d'une certaine « réalité », de la connaissance peut émerger ; en particulier des connaissances communicables, c'est-à-dire des descriptions. Mais, dans le même temps, jaillit la complexité des diversités, voire un certain chaos sémantique. C'est là qu'un repérage des buts descriptifs de l'observateur initial et d'autres observateurs qui lui parleront, peut permettre de construire une connaissance communicable en dehors des faux absolus ou de paradoxes qui poussent aux malentendus et conflits stériles. L'une des premières conditions est que ces buts descriptifs, choisis librement, soient énoncés explicitement. Autrement formulé, ce pourrait être dit comme cela : qui es-tu, de quoi parles-tu et à partir d'où observes-tu quoi ?

Procéder ainsi serait un progrès considérable. Cela consisterait à ne pas passer sous silence ou dans l'ombre nos intentions et nos positions ; cela consisterait à les conscientiser et les communiquer à autrui pour co-construire de nouvelles connaissances et de nouvelles possibilités partagées.

Mioara Mugur-Schächter met un accent particulier sur l'importance des contextes et des référentiels dont nous usons plus ou moins consciemment. Et, concrètement, cela implique qu'*a minima*, nous devrions exprimer des facteurs de relativisation contribuant à éteindre toute prétention à décrire le réel en soi : sexe, âge, parcours de vie, formations, responsabilités professionnelles, référentiels privilégiés, communautés d'appartenance, parmi d'autres. *A minima*, tout responsable d'un collectif, à toutes les échelles, devrait pouvoir expliciter comment il appréhende des réalités qui s'imposent différemment à toutes et tous ; il devrait pouvoir situer les temporalités, les spatialités, les savoirs avec lesquels il raisonne.

²⁶ Mioara Mugur-Schächter, *Sur le tissage des connaissances*, Hermès-Lavoisier, 2006.

Si la théorie de la description²⁷ est au cœur du développement des sciences, si l'on a de multiples raisons de penser que les récits sont centraux dans l'action politique et la vie sociale, - tout particulièrement sous l'empire de la communication tous azimuts -, nous sommes fondés à nous demander, à propos de la santé dans nos territoires, sur quels récits s'appuient les analyses et décisions organisées par la gouvernance (d'ailleurs, laquelle ?), par les textes (et de quel niveau ?) et par des statistiques (collectées par qui et avec quel prisme ?).

En santé, au chapitre de la pleine légitimité, peut-on faire l'impasse sur quelque récit que ce soit ? Ceux des patients, de leur entourage et des associations ? Des médecins, soignants et cadres dirigeants ? Des élus locaux ? Des mutuelles du livre III²⁸ ? Des organisations syndicales ? Des tutelles locales, régionales et de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire ? Des ministères responsables du budget, des comptes publics, de la fonction publique et des universités, en particulier ?

En pratique pourtant, le contexte et la façon dont les dossiers sont instruits privilégient l'un des récits ; dans le domaine de l'organisation du système de santé, le récit budgétaire est trop souvent dominant car raisonner, ici aussi, sur des chiffres paraît plus simple aux dirigeants et gestionnaires pour parler de ce qu'ils imaginent être le « réel ». C'est devenu une « illusion collective » et on croirait voir les ombres qui défilent sur les parois de la caverne de Platon.

Pour qu'une démocratie soit vivante, encore faut-il justifier la façon dont les différents récits ont été pris en compte et combinés dans la décision qui, *in fine*, va s'imposer à tous ; l'art de la décision démocratique, c'est justement de ne pas se soumettre à un discours dominant (le budgétaire si souvent dans nos modèles contemporains dominants), c'est montrer en quoi les autres récits sont pris en considération, c'est montrer qu'en haut lieu une appréciation fine et équilibrée n'est pas une chose annexe, voire inutile. Et, d'un autre point de vue, si nous continuons à nous représenter toute demande de liberté locale sous le prisme du duel historique entre Girondins et Jacobins, à positionner presque instantanément le vocabulaire et les descriptions de nos interlocuteurs dans une pyramide hiérarchique, il ne faut pas nous étonner de la prolifération des fractures sociales et des violences qui y sont liées.

²⁷ L'œuvre du mathématicien et philosophe Bertrand Russell (1872-1970) a renouvelé les bases d'une sémantique des théories scientifiques. Extrait de son article *La théorie russellienne des descriptions*, dans la Revue philosophique de Louvain, tome 71(12) : 725-749 (1973), Jean-François Malherbe écrit : « Une sémantique complète est-elle possible sans enracinement d'une philosophie de l'action ? Les propositions en effet sont les produits d'actes de discours et leur signification dépend de la signification des actes qui les engendrent. Mais les actes de discours ne peuvent avoir aucune signification s'ils sont isolés de leur contexte global : l'action ».

²⁸ Le livre III du code de la mutualité concerne les mutuelles et unions pratiquant la prévention, l'action sociale, la gestion de réalisations sanitaires et sociales ou encore les services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM)

Le second effort scientifique peut alors intervenir. Il procède des sciences du danger largement conçues par Georges-Yves Kervern (1935-2008)^{29, 30} et pratiquées par la communauté des cindyniques avec Patrick Rubise, Mioara Mugur-Schächter, Philippe Boulenger, Patrick Lagadec, Jacques Repussard, Laurence Baillif, Guy Planchette, en particulier.

Schématiquement et afin d'éviter que la gestion des risques ne se réduise à une prolifération procédurière *inhabitable* et à des formalismes abscons, tueurs de la responsabilité humaine, il s'agit de nous entraîner à détecter les disjonctions, déficits et dissonances entre les cinq aspects de tout regard que sont les buts et objectifs, les valeurs de chaque réseau d'acteurs, les données, les modèles, les normes et les lois.³¹ Cette démarche permet d'anticiper des configurations dangereuses et incite à pratiquer régulièrement des expériences de pensée et exercices ciblés sur les points qui conditionnent le fonctionnement de nos organisations : de la maintenance basique des dispositifs techniques à la conscience permanente de nos responsabilités les plus déterminantes dans la réalisation correcte des missions.

En effet, toutes et tous, nous savons pertinemment combien des buts flottants, voire mensongers, des pratiques réelles contradictoires avec les buts affichés, des données lacunaires sur l'essentiel et envahies de « bruits », des modèles masquant des sous-jacents idéologiques, des normes et des lois rendant illisibles les priorités démocratiques ou maximisant certains principes au détriment d'équilibres profonds et de toute négociation collective, peuvent construire des catastrophes.

Pourtant, il demeure difficile - et rarement atteint - de convaincre des dirigeants de l'utilité sociale de cette méthode de pensée et d'anticipation. Aux faits, semble-t-il, on préfère largement des approximations et discours qui arrangent et, plus que l'action mûrement décidée et choisie, des promesses qui n'engagent que ceux qui les écoutent. La paresse intellectuelle est ainsi largement partagée car elle permet, apparemment sans frais, des rodomontades et à certains de « se pousser du col ». C'est un alignement par le bas, conscient ou pas. Les *fake-news* en sont aussi un symptôme contemporain, accéléré et amplifié par les moteurs de l'ère numérique.

Au total, cette non-qualité peut consumer jusqu'à un tiers des ressources et déprime les travailleurs attachés au travail bien fait. Les œuvres de William Edwards Deming (1900-1993)³², H. James Harrington³³, Henri Savall³⁴, le *Guide d'évaluation des coûts résultant de la non-qualité* de l'AFNOR³⁵ et les mesures microéconomiques dans de

²⁹ Georges-Yves Kervern, *Éléments fondamentaux des Cindyniques*, Economica, 1995.

³⁰ Georges-Yves Kervern, *Emergence et histoire des cindyniques. Déconstruction de la destruction*, Colloque Intelligence de la Complexité, Epistémologie et Pragmatique, Cerisy, 23-30 juin 2005, <http://archive.mcxapc.org/docs/cerisy/c10.pdf>

³¹ Jean-Marie Fessler, *Cindyniques et santé. Contribution des sciences du danger à la santé*, Economica, 2009.

³² William Edwards Deming, *Hors de la crise*, 3^{ème} édition, Economica, 2002.

³³ H. James Harrington, *Le coût de la non-qualité*, Eyrolles, 1990.

³⁴ Henri Savall, Véronique Zardet, *Maîtriser les coûts et les performances cachés*, 7^{ème} édition, Economica, 2020.

³⁵ AFNOR, *Norme X50-126*, octobre 1986.

nombreux domaines, dont certains hôpitaux, confirment l'importance de ces coûts. Le temps consacré à la réduction des coûts de non-qualité induit des économies d'un montant 7 fois supérieur à l'investissement initial, le guide de l'AFNOR précisant que, dans toutes les organisations, les coûts de non-qualité représentent de 20 à 30% du temps et des budgets de fonctionnement.

Dans un pays qui s'appauvrit et s'endette tellement et où l'argent n'est guère facile à gagner, est-ce supportable ? Un Etat qui respecterait mieux la contribution des citoyens aurait, depuis longtemps, mis en œuvre les modalités de partage des synthèses des récits et travaux des personnes volontaires pour enrichir de véritables échanges, dans une langue exempte des mutilations de la novlangue, des codages de l'entre-soi, de relations humaines faméliques et des combats des chefs.

Ce pourrait être une entreprise confiée au Conseil Economique Social et Environnemental.

3. Stop à la novlangue et aux modèles destructeurs !

La novlangue, celle des pouvoirs, appelle des précisions.

Une illustration : L'exposé des motifs de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, comme d'ailleurs tous les exposés des motifs de toutes les réformes en santé depuis un demi-siècle, en dit long. Sans même avoir besoin d'utiliser un logiciel de traitement du langage *naturel*, quelques expressions sont emblématiques : elles génèrent des illusions d'optique collectives et, ensuite, des règles artificielles construites par défiance envers la démocratie et par passion de grands principes.

Quelques exemples : La notion de *système de santé*, par référence à ce que serait une ingénierie technocratique, laisse à penser que les institutions disposeraient d'une description exhaustive de la santé et qu'il suffirait de donner les bonnes impulsions pour *progresser*. On peut en dire autant du *modèle*, des *indicateurs* et de la *réforme structurelle*.

Il ne s'agit pas ici d'exprimer l'irritation d'auteurs qui, sans avoir été entendus, ont consacré beaucoup de temps et d'énergie à travailler sur les faits et les mots et à soumettre, aux autres, nombre de publications. Il s'agit, bien plus gravement, d'attirer l'attention sur les impacts d'un tel codage, cautionné par les hauts magistrats de l'ordre administratif. Faut-il aussi rappeler que le Conseil d'Etat examine les projets de loi et d'ordonnance avant que ceux-ci ne soient soumis au Conseil des ministres ? Les Sages seraient-ils eux-mêmes contaminés par l'illusion collective façonnée par la novlangue ?

Pourtant, il n'est pas de loi juste sans une sérieuse réflexion philosophique... Est-ce à dire que des fondements de notre démocratie sont ici vacillants ? Regardons en effet comment, d'emblée, à la lecture, le citoyen est placé hors-jeu. Le professionnel aussi. Extrait : « *Il s'agit également de poursuivre une dynamique de décroissement à tous les niveaux : entre hôpital, ville et médico-social ; secteur public et privé³⁶ ; entre professionnels, de la formation initiale à l'exercice, celui-ci devant être plus ouvert, pluri-professionnel et coordonné.* » Quelle volée de bois vert à l'encontre de médecins qui, à chaque instant, savent pourtant construire, rapidement, un diagnostic et des décisions thérapeutiques dont la vie de leurs patients pourra dépendre ! Alors, qui est cloisonné ?

Ensuite, nous aurons droit à la *structuration des soins de proximité* et à la constitution d'un *collectif de soins*, à la *gradation des soins*, aux *passerelles*, etc. Ailleurs, ce sera l'*accompagnement*. Naturellement, la loi *habilite le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnances des mesures de re-certification des compétences des médecins*. Les projets des *communautés professionnelles territoriales de santé* sont soumis à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé.

On aura compris que par « réforme » il faut entendre « étape supplémentaire de l'étatisation de la santé en France », en pleine cohérence avec le rêve de quelques conseillers d'Etat de revenir aux officiers de santé napoléoniens, aux ordres.

L'Etat dirigiste s'étant emparé de toute autorité en santé, peut-on s'étonner que certains le rende responsable de tout ?

Stop aux modèles destructeurs

L'intervention planificatrice ou régulatrice qui agit sur la démographie, la géographie et la labellisation des savoirs médicaux a des conséquences structurelles dont certaines ont été destructrices.

Ainsi, le *numerus clausus*, depuis 1971 et particulièrement de 1985 à 2002, a fabriqué les déserts médicaux d'aujourd'hui et de demain. Ignorait-on à ce point le double phénomène épidémiologique du vieillissement de la population et de la chronicisation de certaines pathologies ? Il en va de même du *régime des autorisations des lits hospitaliers et des équipements dits lourds*. Il en va de même du *contenu des études des professions de santé réglementées* par le Code de la santé publique qui sont au nombre de vingt-quatre.

³⁶ Bien entendu, les 700 établissements de santé privés d'intérêt collectif, les ESPIC, qui sont gérés par des organismes sans but lucratif n'apparaissent que rarement dans les textes comme dans les médias.

Sur un autre plan, *l'émiettement organisationnel* est un casse-tête. Outre les agences régionales de santé, on précisera que le ministère des Solidarités et de la Santé dénombre 34 autres agences et opérateurs produisant des normes et instructions.³⁷ Sans même évoquer les corps d'inspection, de contrôle et la mode du recours aux sociétés de consultance externe. Qui s'y retrouve ? Cela simplifie-t-il les partenariats et la confiance ? En quoi cela garantirait-il une vraie professionnalisation ?

On pourrait conclure avec Jean-Paul Fitoussi : « *Ce ne sont pas les gens qui sont rétifs à la complexité, mais ceux qui leur parlent doctement de problèmes qu'ils ne comprennent pas eux-mêmes. Les explications de ceux qui savent tout sont le principal obstacle à l'intelligence des phénomènes dont on voudrait être informé.* »³⁸

Concluons aussi à l'incurie, c'est-à-dire au manque de soin et à la négligence d'une gouvernance qui doit être revue à la base et dans ses fondements.

4. Mettre fin au dogmatisme tarifaire et à ses ravages

Force est aussi d'évoquer le dogmatisme tarifaire, pratique délétère.

S'agissant de la tarification à l'activité hospitalière (T2A) et de celle des actes médicaux (CCAM), une question se pose d'emblée : tarification de quoi ? En répondant activités et actes des professionnels de santé, on se situe dans l'immense *espace* du langage médical et des données biologiques et d'imagerie qui permettent à la fois d'exprimer les diagnostics et les stratégies thérapeutiques et d'induire des actions auprès des patients.

On doit au français Jacques Bertillon (1851-1922), médecin, statisticien et démographe, la première *Classification des causes de décès*, en 1893, dont la sixième révision deviendra en 1948, sous l'autorité de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la *Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*. Une telle contribution honore son auteur et ceux qui ont continué son œuvre, l'ont enrichie jusqu'à ce qu'elle devienne un pilier du langage médical mondial. Mais en dépit des efforts des professeurs Jacques Chevallier, François Grémy (1929-2014), Marius Fieschi, du Dr. Pierre Frutiger, particulièrement, la participation française à la construction depuis 1975 de SNOMED-CT, la plus vaste nomenclature médicale et clinique qui comporte de l'ordre de 400 000 concepts codés, a été empêchée. 39 pays, dont 22 en Europe y coopèrent. La politique nationale de la chaise vide jusqu'en 2022 a entraîné l'absence de tous les comités internationaux de normalisation en matière de numérique en santé et donc d'interopérabilité. Pour les diagnostics et les actes, les référentiels sémantiques officiels n'étant pas les mêmes, les comparaisons internationales médico-économiques et tarifaires sont acrobatiques.

³⁷ Jean-Marie Fessler, *Les agences régionales de santé*, Cahiers du CIRIEC France 1, *Les autorités de régulation des services publics en France*, sous la direction de Pierre Bauby, Presses Universitaires de Rouen et du Havre, 2019, pp. 47-56.

³⁸ Jean-Paul Fitoussi, *Comme on nous parle. L'emprise de la Novlangue sur nos sociétés*, Les Liens qui Libèrent, 2020, p. 35.

Ensuite, les problématiques comptables, le choix des variables de calcul des coûts des consultations et des actes en médecine de ville et des séjours hospitaliers puis les décisions portant sur la fixation des tarifs présentent des difficultés certaines.

Depuis quarante ans et dans les 50 pays qui ont progressivement construit des dispositifs tarifaires précis s'appliquant aux soins médicaux et chirurgicaux, on observe une participation variable des professionnels de santé. On observe aussi une transparence variable sur les modes de calcul, les arbitrages, les évolutions dans le temps. Compte tenu des mutations scientifiques, technologiques, médicales, des points apparemment techniques sont cruciaux. Si les tarifs sous-valorisent certaines pratiques et disciplines médico-chirurgicales, ces dernières s'asphyxient peu-à-peu. Si les tarifs en survalorisent d'autres, les ressources sont mal orientées. En France, les ressources en question proviennent des cotisations au titre de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

En France, la Caisse nationale d'assurance maladie, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, en particulier, n'ont jamais souhaité bénéficier d'un véritable dialogue fondé sur les retours d'expérience des médecins des départements d'information médicale, des comptables et financiers des établissements.

Tout ceci ayant été vécu, démontré et publié, à partir de la base de données constituée à l'Hôtel-Dieu de Paris et à Antoine-Béclère et nourrie par leurs deux communautés médicales et soignantes sur sept années et 350 000 séjours d'hospitalisation puis *perdue* par l'administration de l'Assistance Publique - un gâchis de plus -, on ne précisera ici que la démarche poursuivie.^{39, 40, 41}

La séquence qui tue : pensée unique et « purges »

Sur presque quarante ans, la séquence a été la suivante : [Importation sans véritable valeur ajoutée de l'approche américaine née à l'Université de Yale → Expérimentation avec exclusion de tout débat approfondi sur les résultats → Généralisation réglementaire puis législative → Gestion non transparente des données et des résultats → Passage législatif à la tarification à l'activité (T2A) → Evaluation non contradictoire.]

Divers faits et leurs conséquences en sont découlés. En voici quelques exemples.

- Les quelques spécialistes du double domaine de la synthèse clinique et du calcul des coûts directs ont été blacklistés.
- Ayant sans doute déplu, le Conseil scientifique du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI), composé d'experts bénévoles, a été supprimé sans un mot, en 1997.

³⁹ Pierre Frutiger, Jean-Marie Fessler, *La gestion hospitalière médicalisée*, ESF éditeur, 1991.

⁴⁰ Jean-Marie Fessler, Pierre Frutiger, *La tarification hospitalière à l'activité. Eléments d'un débat nécessaire et propositions*, Groupe Liaisons SA, 2003.

⁴¹ Jean-Marie Fessler, *Cindyniques et santé. Contribution des sciences du danger à la santé*, Economica, 2009, *Cindyniques et tarification à l'activité*, pp. 107-117.

- Quant aux adaptations nécessitées par les puissantes évolutions de la médecine et des technologies, elles relèvent bien plus de la foire d'empoigne que des sciences. C'est ainsi que le processus de fixation des tarifs des actes innovants a singulièrement contribué à détruire notre industrie biomédicale.
- « Bien entendu », l'idée même d'organiser un véritable débat d'infoéthique sur le sens même des algorithmes présidant à la répartition de l'argent collectif à chaque *groupe homogène de malades* a été dédaignée.
- L'argument constamment utilisé pour ne débattre de rien et pour continuer à survoler ce qui est techniquement une énorme base de données est grossier : « *La T2A a sauvé l'hôpital public* ». « *Les plus actifs gagneront des marges budgétaires* ». Asséner sans prouver ni évaluer n'est guère professionnel. Est-il réaliste de penser que les séjours d'hospitalisation relèveraient d'un marché concurrentiel, à l'instar d'autres domaines, et de durées de séjours standardisées ?
- Finalement, les hôpitaux d'urgence et de dernier recours ont été paupérisés : ils ont moins que d'autres établissements la possibilité d'organiser le *recrutement* de patients dont les séjours sont correctement tarifés. En France, si le volume des activités augmente globalement d'une année sur l'autre, l'ensemble des tarifs diminue, afin de rester dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie hospitalier.
- Au demeurant tout cela est conforme à l'autoritarisme de ceux qui dénie toute légitimité aux hospitaliers de *terrain*, autre que la saisie des *datas*. C'est comme si tout était fait pour mettre en place une *dictature* des *datas* : des nombres et leur interprétation selon des algorithmes dont les formules inconnaissables sont ce qui fonde un pouvoir technocratique.
- Au total, aujourd'hui, aucune alternative crédible, testée et documentée, n'est réellement prête. La *doxa* gouverne et a liquidé les propositions hétérogènes émanant des pratiques.

La séquence qui tue : diviser et quadriller le terrain pour « régner »

- Sans même qu'on essaye, il a été jugé impossible de constituer une plateforme d'échanges entre le « terrain » et le « sommet » pour éviter les biais techniques grossiers, pour discuter des grandes difficultés sémantiques et épistémologiques de la réduction algorithmique du langage médical (le plus vaste de toutes les sciences), pour réfléchir aux possibilités d'évolution de nos systèmes comptables. Lâcheté intellectuelle ? Stratégie de conservation de pouvoir ? Crainte d'être dépassé dans ses propres compétences ?
- Les hôpitaux souffrent quotidiennement des incohérences des tarifs entre eux. Ceci se joue malade par malade, *discrètement*. C'est se moquer des hospitaliers que de venir ensuite doctement leur reprocher de négliger la coopération inter hospitalière, la prévention, la santé publique, la nécessaire maîtrise des dépenses, etc., alors que la T2A ne pousse qu'à la production d'actes, dans un pur et archaïque taylorisme.

- Naturellement, des tarifs nationaux uniques qui ne tiennent aucunement compte des différences locales entre les coûts, laissent place à toutes les luttes inégalitaires pour obtenir budgets fléchés, enveloppes complémentaires, etc. Ce sera ensuite fort simple de montrer que les acteurs locaux ne savent pas coopérer !

Au total, une telle méthode n'est-elle pas destructrice de confiance et largement responsable des dysfonctionnements auxquels elle incite ? Peut-on alors espérer un *moratoire* sur de telles entreprises de *lissage du Réel* ?

Au chapitre territorial, qu'en est-il ?

- La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé n'a-t-elle pas constitué 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT) ? Pour soutenir les initiatives des professionnels de santé libéraux, on mettra en place des équipes de soins primaires (ESP) organisées autour des médecins généralistes et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pouvant regrouper des généralistes et spécialistes, des auxiliaires médicaux, des acteurs médico-sociaux et sociaux.
- Sauf erreur, les GHT ne regroupent que des établissements publics.
- Sauf erreur, les CPTS sont des associations de projets spécifiques de coordination. Elles ne font pas du territoire le nouvel échelon de gouvernance de l'offre de santé.
- D'ailleurs, quelles sont les différences entre les bassins de vie et les territoires ?

Les exemples ne manquent pas qui montrent que les réformes se succèdent, imaginées et impulsées par des « apprentis sorciers » !

La méthode qui tue la médecine générale de proximité

Quant à la médecine générale de proximité, que dire de la séquence suivante ?

[*Oubli* de la médecine générale dans la création du système hospitalo-universitaire, en 1958 → Instauration du *numerus clausus*, en 1971 → *Diviser pour régner* : création du secteur 2, en 1980 → Instauration du médecin traitant, sans moyens, et autorisation de dépassements pour les spécialités, en 2005], etc. On pourrait se demander comment l'ordre des médecins et les syndicats médicaux ont pu signer...

- Aujourd'hui, entre les départs à la retraite (longtemps encouragés par les pouvoirs publics), les postes vacants (pour de multiples raisons dont le fait que les statuts de la fonction publique hospitalière interdisent de moduler les rémunérations alors même que chacun connaît les disparités territoriales du coût de la vie), l'abandon en 2003 de l'obligation des gardes et astreintes en médecine de ville, la tutelle et la réglementation tous azimuts, l'ensemble est explosif, au détriment de la santé de toutes et tous. Combien de médecins et d'autres professionnels de santé raccrochent-ils leur blouse ?

- Problématiques et démarches d'amélioration sont exposées de longue date.⁴²
- Mais le retard pris frappe les esprits :
 - Qu'en est-il de l'expérimentation d'une rémunération forfaitaire des généralistes pour les deux-tiers et simplement un tiers à l'acte ?
 - Qu'en est-il de la viabilité économique des maisons médicales ou des maisons ou centres de santé ?
 - Qu'en est-il de la création d'un conseil d'administration responsable, dans les hôpitaux publics, nommant le directeur et le médecin-chef ?

Heureusement, il y a des acteurs qui ont beaucoup testé, innové, proposé, sur tous les axes fondamentaux de la santé réelle dans les territoires ⁴³ et sur les latitudes créatrices au sein des établissements de santé ⁴⁴ et en prévention. ⁴⁵

Après avoir plaidé dans le sens de bien meilleures interactions constructives, grâce à une pensée en navette, dans celui de la mise en œuvre de la Méthode de conceptualisation relativisée, des Cindyniques en santé et d'une rupture avec la novlangue, les modèles destructeurs et le dogmatisme tarifaire, nous en venons à nous interroger, après deux années de pandémie, sur la demande de santé et pas seulement de soins, à l'aune des territoires et de la double transition démographique et épidémiologique.

5. Prendre en compte la demande de santé

La transition démographique

Selon l'Institut national d'études démographiques, la transition démographique se caractérise par le passage d'un régime traditionnel où la fécondité et la mortalité sont élevées et s'équilibrent à-peu-près, à un régime où la natalité et la mortalité sont faibles et s'équilibrent également. C'est au 20^{ème} siècle que les conditions de salubrité ont permis un gain continu d'espérance de vie qui se prolonge encore aujourd'hui. Pendant des millénaires, l'espérance de vie des individus n'a sans doute jamais excédé durablement 25 ou 30 ans, jusqu'au milieu du 18^{ème} siècle. A l'avantage des

⁴² Nous mentionnerons en particulier les travaux de Jean de Kervasdoué, dont :
Jean de Kervasdoué, John Kimberly, Victor Rodwin, *La santé rationnée ? La fin d'un mirage*, Economica, 1981.
Jean de Kervasdoué, Didier Bazzocchi, *La santé rationnée. Un mal qui se soigne*, Economica, 2019.
Politiques de santé. Idées, Innovations et Illusions. Mélanges en l'honneur de Jean de Kervasdoué, Economica, 2015.

⁴³ Nous mentionnerons en particulier les travaux d'Emmanuel Vigneron, professeur d'aménagement du territoire et de géographie de la santé, dont : *La santé au XXI^{ème} siècle. A l'épreuve des crises*, Berger-Levrault, 2020.

⁴⁴ Florence Bertrand, Nicole Billast, Audrey Costa, Anne Inizan, Charlotte Pressoir, Dr. François Bournerias, Dr. Jean-Louis Coy, Jean-Marie Fessler (dir), Dr. François Gonin, Michel Lafon, Pr. Pierre Landrieu, Jean-Jacques Romatet, Philippe Viala, *L'hôpital que nous aimons*, Groupe Liaisons SA, 2004.

⁴⁵ Marie-Odile Bertella-Geffroy, Paul-Henri Bourrelier, Jean-Marie Fessler, Pr. Alain Grimfeld, Christian Huglo, Michel Juffé (coordonnateur), Pr. Yves Lévi, Pr. Alain Simon, *Prévenir vaut mieux que guérir. La prévention précoce, à tous âges*, Economica, 2017.

femmes, elle était de 40 ans et 45 ans au début du 20^{ème} siècle, de 60 ans et 65 ans en 1945. Elle est de 80 ans et 85 ans aujourd'hui. Ainsi, cette transition démographique est consubstantielle à la transition épidémiologique. Cela se traduit aussi par un rapport sacralisé à l'enfant, par la multiplicité des formes et séquences familiales, par la coexistence fréquente de trois générations, par un allongement du temps de retraite, par un rapport différent au travail et aux loisirs, par un rapport différent au capital santé et au bien vieillir, par une relation à la mort modifiée.

La transition épidémiologique

Elle se caractérise par une évolution de la répartition des morbidités. Les maladies infectieuses en période périnatale, en couche, puis tout au long de la vie ont jalonné le quotidien des Français jusqu'en 1960. L'amélioration des conditions de vie, la généralisation de la vaccination et la découverte des antibiotiques ont considérablement fait reculer ces maladies, auxquelles succèdent les maladies cardiovasculaires, les affections tumorales et les pathologies psychiatriques, liées notamment à nos modes de vie. Le cancer domine désormais les causes de mortalité et les maladies neuro-dégénératives s'installent dans le paysage des morbidités. Là où les maladies aiguës emportaient nos anciens, les histoires longues et chaotiques de plusieurs pathologies cumulées accompagnent la dernière partie de la vie de nos contemporains.

La demande de santé dans les pays occidentaux combine le besoin de longévité et de qualité de vie dans un univers où la polypathologie chronique domine.

La prise en charge des pathologies aiguës demeure une nécessité qui, de proche en proche, est attendue de manière immédiate, simple et efficace. Pour les plus bénignes, elle se démedicalise au profit d'intervenants plus accessibles et mieux répartis sur le territoire comme, par exemple, les pharmaciens.

Perspective pour une offre de soins adéquate

Or, l'histoire de la maladie chronique est discontinue avec des périodes d'aggravation et d'accalmie, avec des préoccupations tantôt sanitaires tantôt sociales en fonction des répercussions, et ce quel que soit l'âge. Elle mêle la sollicitation et l'intervention des acteurs du système de soins et des acteurs du médico-social dans des prises en charge souvent incoordonnées, avec des maillons manquants. C'est un véritable parcours du combattant, notamment lors des phases d'accélération (hospitalisation, retour à domicile, rupture sociale).

Le système tel que nous le connaissons aujourd'hui est ainsi décalé au regard de la demande. L'offre est complexe. Elle est déliée entre la ville et l'hôpital, entre les différentes catégories de professionnels de santé. La permanence des soins est mal assurée en ville et engorge les urgences des hôpitaux. La prise en charge n'est quasiment pas graduée. Les métiers de l'accompagnement, du bien-être et de la préservation du capital santé - prévention personnalisée en amont et pendant la

maladie, thérapeutique non médicamenteuse, autres médecines - existent mais restent à l'appréciation et aux possibilités de chacun car peu considérés et peu évalués.

Les enjeux sont donc de transformer en profondeur un système de santé fondé depuis 1945 sur une prise en charge des épisodes aigus et qui, tant bien que mal, tente de s'adapter à la demande croissante des malades chroniques.

Un certain nombre de défis restent à relever.

Le développement des innovations thérapeutiques et technologiques permet un raccourcissement des durées d'hospitalisation et donc le virage ambulatoire. Le nombre de lits hospitaliers, qu'ils soient de courts, moyens ou longs séjours, va vraisemblablement diminuer. Demain, la demande va vraisemblablement s'orienter vers un système plus simple, plus accessible, mieux coordonné, plus soucieux de la codécision où les séquences et trajectoires seront la maille, plutôt que les actes et tâches ponctuels. Aujourd'hui, cette demande demeure égalitaire et socialisée. A l'avenir, glisserons-nous ou pas vers un socle de base socialisé et qui deviendrait au fur et à mesure un « socle de minimum de dignité » alors que, parallèlement, le progrès technique standardisera des prises en charge à « service sanitaire rendu » correct ? Quelle sera donc la place de la solidarité et des instruments de sa réelle matérialisation ?

La montée en charge de la médecine personnalisée, avec, par exemple, le séquençage génétique des tumeurs, des thérapeutiques innovantes relevant de l'immunothérapie et de la thérapie cellulaire, des robots chirurgicaux, du *bioprinting*, des technologies de collaboration entre professionnels de santé, des logiciels d'assistance au diagnostic vont considérablement impacter le rôle des acteurs et les dépenses de santé.

La partie médicale de la prise en charge sera vraisemblablement centrée sur de l'expertise à très forte valeur ajoutée.

Dans cette hypothèse, l'hyperspécialisation médicale va s'accroître sur une répartition territoriale concentrée, la dématérialisation des échanges aidant. Les métiers « de l'accompagnement » seront là pour aider les malades à adapter leur mode de vie à leur maladie, à en réduire l'impact, à favoriser la réhabilitation. Le médecin traitant aura un rôle de détection, d'orientation dans les filières, de suivi et de liens entre les métiers de l'accompagnement et les centres spécialisés.

Au chapitre des métiers de « l'accompagnement », il y a ceux qui existent. Il s'agit globalement des auxiliaires médicaux. La place de chacun va dépendre comme aujourd'hui du profil pathologique du malade. Il y a également les métiers du social. Puis il y a ceux qui émergent comme les enseignants et ingénieurs en activité physique adaptée. *Quid* des métiers de l'éducation thérapeutique très hospitalière aujourd'hui et encore plus nécessaire demain quand bien des traitements se feront à domicile, la chimiothérapie orale par exemple ? Il demeure aussi une interrogation quant à la coordination. Il est vraisemblable que la coordination médicale soit faite par le médecin

traitant. En revanche, y aura-t-il demain des interlocuteurs dédiés à la coordination de l'accompagnement et reconnus comme tels ?

6. Des soins vers la santé

La défaite de la santé publique

En 1996, Aquilino Morelle utilisait ce titre pour un ouvrage qui pointait les insuffisances du système de santé en la matière. L'affaire du sang contaminé en était la raison mais la démonstration s'appuyait sur des origines bien plus profondes. Vingt-cinq ans plus tard après six grandes lois sur la santé, le constat d'une faiblesse de la santé publique demeure comme en atteste le niveau de dépenses. La consommation de soins et biens médicaux était en 2018 de 203 milliards d'euros par an en France, soit environ 3 000 € par habitant, soit encore 12,5 % de la consommation effective des ménages. Or, la dépense de prévention dite institutionnelle, en 2018, s'élevait à 6,2 milliards d'euros soit 93 euros par habitant ce qui correspond à 2,2 % de la dépense courante de santé. Pourtant sans politiques de prévention efficaces, le développement du « tout curatif » ne permettra jamais de contrecarrer l'évolution, trop souvent présentée comme « inexorable », des dépenses de santé, le tout sur fond d'inégalités sociales de santé s'amplifiant⁴⁶.

Or, se donner des ambitions en santé publique, c'est se donner des objectifs clairs, c'est mobiliser les acteurs bien au-delà du champ du soin notamment dans les territoires, c'est recourir à des professionnels divers et formés, c'est allouer les moyens nécessaires pour agir, c'est associer les citoyens au plus près des démarches entreprises.

Agir sur les déterminants de santé

Être malade chronique est le résultat d'un long processus qui, de proche en proche, amène vers le chemin du soin pour compenser, neutraliser ou ralentir l'inexorable progression de la maladie.

Avant d'arriver vers le précipice « médical », toute une somme d'éléments concourt à maintenir un bon état de forme, à le favoriser. C'est ce qu'on appelle les déterminants de santé. Plusieurs modèles ont fait l'objet de publications scientifiques majeures. Le modèle de G. Dahlgren et M. Whitehead, une référence, en détermine cinq grandes catégories. Ce sont d'abord les caractéristiques phénotypiques et génotypiques des individus. La seconde est liée aux représentations et comportements de santé - tabagisme, comportement à risque, etc. -. La troisième concerne les réseaux relationnels et l'intégration dans une communauté. La quatrième revêt les conditions de vie et de travail. Et, enfin, la cinquième englobe les facteurs économiques, sociaux, environnementaux qui déterminent la marche de la société.

⁴⁶ DREES, « Les dépenses de santé en 2018 », p. 104. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019>

Or les indicateurs montrent une grande disparité de l'état de santé des différentes populations de Français. En 2012-2016, la différence d'espérance de vie à la naissance entre les 5% d'hommes ayant les revenus les plus faibles et les 5% ayant les revenus les plus élevés était de 13 ans⁴⁷. De plus, le poids de la mortalité prématurée avant 65 ans est important : près d'un décès sur cinq. Si l'essentiel de la mortalité se concentre désormais aux âges élevés avec, en 2015, des espérances de vie à 65 ans de 23,5 ans pour les femmes et de 19,7 ans pour les hommes, en tête du classement des pays européens, le décalage qui existe entre une espérance de vie à 65 ans très favorable et une espérance de vie à la naissance plutôt moyenne chez les hommes s'explique par le poids des décès prématurés, plus fréquents pour les hommes. D'ailleurs, on constate que la mortalité prématurée est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. La mortalité évitable représente, en 2013, 30 % de la mortalité prématurée et est 3,3 fois plus élevée chez les hommes⁴⁸.

Or l'amélioration de l'état de santé de nos concitoyens n'est pas dépendante du seul facteur d'accès aux soins. Celui-ci reste bien entendu majeur puisqu'il est comme la dernière barrière face à la souffrance et la mort. Cependant, une multitude de leviers peut être actionnée en amont et tout au long de la vie pour garantir une meilleure santé à nombre de nos concitoyens comme en atteste la part explicative de chacun des déterminants de santé.

Schématiquement, la santé des individus relève de l'environnement pour 7%, des soins médicaux pour 11%, des facteurs biologiques et génétiques pour 22%, des conditions sociales pour 24% et des comportements pour 36%⁴⁹.

Il est à noter que les recherches récentes ont mis en lumière la relation entre l'exposition à laquelle est soumis l'individu et sa relation avec l'expression de son génome. Autrement dit, les facteurs environnementaux peuvent avoir des répercussions sur les caractéristiques propres de l'individu et de sa descendance. C'est un domaine de recherche très actif au début d'une histoire qui mêle la notion d'exposome et les travaux en épigénétique.

Il y a fort à penser que les connaissances en santé environnementale dans les années qui viennent vont sans doute contribuer à faire évoluer les politiques de santé publique.

La crise sanitaire, une loupe sur nos insuffisances

Quoi qu'il en soit, la diversité des déterminants de santé et la capacité à pouvoir agir dessus au plus près des citoyens place les territoires comme un des lieux d'action par excellence. La crise sanitaire a agi comme un puissant révélateur de ces possibles. En effet, la violence et la soudaineté de l'épidémie de Covid-19 ont mis notre pays face à des difficultés initiales inimaginables. L'absence de masques, la pénurie de

⁴⁷ Observatoire des inégalités, « Riches et pauvres, inégaux devant la mort », 2018, <https://www.inegalites.fr/Riches-et-pauvres-inegaux-devant-la-mort>

⁴⁸ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et Santé Publique France, « L'état de santé de la population en France », Rapport 2017.

⁴⁹ https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/?utm_source=determinantsofhealth.org&utm_medium=redirect

médicaments, les difficultés à organiser le dépistage ont montré combien l'organisation de la santé publique était défailante. Dans son ouvrage « L'ouragan sanitaire » le professeur Didier Houssin, ancien directeur général de la Santé et président du Comité d'urgence Covid-19 de l'Organisation mondiale de la santé, décrit comment les enseignements et les dispositifs mis en place lors des alertes épidémiques des années 2000 ont été oubliés, abîmés par le temps⁵⁰. Nous avons même oublié comment les esprits de l'époque avaient automatiquement mentalisé le fait que ce virus très contagieux allait par magie rester cantonné ailleurs sans toucher la France - totale ineptie dans ce monde ouvert.

Comment a été relevé ce défi *ex nihilo* ou presque en pleine tourmente ? En parallèle des défaillances du système de prévention, les acteurs du soin ont contenu la vague tant bien que mal. De paroles de soignants, l'organisation existante, l'engagement des professionnels et l'assouplissement des règles administratives ont permis une réaction exceptionnelle face à la vague morbide. Pour beaucoup de professionnels de santé, les coopérations construites dans l'urgence assises sur une autonomie des soignants nécessaires à la décision fondée sur le sens du métier ont été la clé de la réussite à l'hôpital public. Au même moment, la coordination avec le secteur privé et libéral, épine structurelle du système a fait l'objet de beaucoup de critiques, l'Etat ayant eu tendance dans l'urgence à oublier pour « monter au front » les capacités de prises en charge du secteur privé lucratif et non lucratif. *In fine*, cette crise à la phase initiale a mis les projecteurs sur une nouvelle défaite de la santé publique, sur la coopération balbutiante des secteurs privé et public des soins et sur la performance retrouvée de notre organisation hospitalière.

Quels en sont brièvement les résultats ?

A ceux qui sont largement connus et commentés, à savoir une mortalité exceptionnelle - la mortalité liée à la Covid-19 représente à la fin de l'été 2021 environ 30 ans de mortalité routière -, un retour d'expérience à la source de réformes principalement des soins hospitaliers publics - le Ségur de la santé -, un traitement de plus en plus efficace des vagues successives, notamment par la vaccination et la politique d'accès aux tests de dépistage - la gratuité fut une exception en Europe -, deux enseignements mériteraient davantage de publicité.

Le premier concerne les inégalités sociales de santé. La mort et la maladie Covid-19 ont frappé inégalement les Français. En comprendre le pourquoi et voir comment agir grâce notamment à des dispositifs de prévention et de promotion de la santé efficaces devient primordial. Nous le savons. Le typhon épidémique nous le rappelle violemment. La société française des inégaux en santé appelle un sursaut des politiques de santé publique.

Le second concerne le rôle des territoires, unités où les populations sont connues, où les leviers d'action avec les acteurs de terrain sont multiples.

⁵⁰ Pr. Didier Houssin, *L'ouragan sanitaire. Comment sortir de la pandémie de la Covid-19 et préparer l'avenir*, Odile Jacob, 2021.

7. Les territoires et la santé, terre de liens, terre d'actions

Comment définitivement ajuster le système de santé aux évolutions de la demande sociale ? Une partie de la réponse peut résider dans la confiance placée sur les territoires.

Les maires au-devant de la scène depuis 2020

Parce que la crise sanitaire en 2020, notamment pendant la première vague de l'épidémie, a mis la société devant l'inconnu, les Français se sont retournés vers les interlocuteurs accessibles et crédibles. En plus des adaptations des activités communales, les maires furent sollicités pour trouver des masques, des surblouses, organiser les dépistages, aider les professionnels de santé et les offreurs de soins. Ils furent le prolongement naturel de l'Etat pour déployer la « stratégie sanitaire anti-covid » alors que ce n'est pas dans les prérogatives des municipalités. L'urgence d'une maladie aiguë nouvelle et dévastatrice a naturellement placé les maires au-devant de la scène. Pourquoi restent-ils éloignés des actions de santé pour ce qui est le fléau de nos sociétés modernes, à savoir les maladies chroniques et leurs déterminants ?

Des prérogatives naturelles pour améliorer la santé des habitants

Les prérogatives légales des municipalités ont évolué au long du 20^{ème} siècle. La loi du 15 février 1902 relative à la protection générale de la santé publique a créé les bureaux municipaux d'hygiène. A l'époque, l'hygiénisme était une réponse collective de santé de premier plan alors que les prises en charge médico-chirurgicales individuelles étaient peu efficaces et réservées à une petite partie de la population. De cette époque datent notamment les prérogatives toujours en vigueur sur la salubrité publique.

Depuis la loi de 1984, les bureaux municipaux d'hygiène (BMH) ont été transformés en Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS).

Leurs principales attributions concernent aujourd'hui le contrôle et surtout les interventions dans le domaine de l'hygiène générale, notamment sur l'habitat et les abords. Cela se traduit principalement par des actions sur la salubrité des habitations et des milieux de vie tels que l'eau, les déchets, l'alimentation.

Certaines communes ont une approche minimaliste de la santé, d'autres ont davantage investi le sujet que ce soit par une implication dans l'offre de soins ou en jouant sur les déterminants. Nombre de communes ont investi de longue date dans des centres de santé municipaux ou bien se préoccupent d'attirer des professionnels de santé dans des contrées souvent désertifiées. D'autres ou parfois les mêmes se sont mobilisés sur la prévention et la promotion de la santé avec leurs divers leviers d'action. Les unes et les autres ont consacré un budget de fonctionnement et d'investissement à la santé. Elles ont structuré les services administratifs, formé les personnels et les élus, tissé des liens avec les acteurs de santé institutionnels et de terrain et optimisé les outils de contractualisation, notamment avec l'Etat.

Les travaux menés par le réseau des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé et les travaux de l'association « Elus santé publique et territoires » montrent

combien certains territoires se sont emparés de ce domaine d'intervention par conviction pour que la ville puisse agir sur les déterminants de la santé et promouvoir la santé^{51, 52}.

Or, le spectre d'intervention des municipalités au croisement des déterminants de santé est d'envergure. Les politiques de logement permettent d'en régler l'accès. Des décisions d'urbanisme dépendent la praticité des villes, la facilité de déplacement, les pollutions induites, les impacts environnementaux sur la santé, etc. Les politiques scolaires et périscolaires sont plus ou moins inclusives. Elles soutiennent ou pas les comportements favorables ou non à la santé. La promotion de l'activité physique ou l'investissement sur la qualité nutritionnelle des repas des cantines en sont deux exemples illustratifs. Le soutien aux associations et l'investissement dans les équipements culturels et sportifs engendrent potentiellement du lien social. Les politiques sociales permettent au plus grand nombre de vivre dignement. Enfin pour finir cette liste non exhaustive, la connaissance des professionnels de santé de terrain et la participation à la vie des établissements de soins ou médicaux sociaux font que les maires peuvent contribuer à faciliter la prise en charge des soins.

Bien sûr, le risque de résurgence des baronnies et des querelles intestines que l'on a connu dans la restructuration de l'offre de soins hospitaliers est à maîtriser et réguler. Ce n'est pas une raison valable pour inhiber les possibles avec ceux qui œuvrent au plus proche des Français dans leur diversité. La question de l'organisation du système et de son financement pour pleinement entériner le rôle des territoires est à ouvrir. C'est à proximité que se jouent les déterminants de santé.

Conclusion : Pour aller plus loin, l'appel à une renaissance...

La situation sur le terrain, dans le monde de la santé, est devenue explosive.

Notre article n'est pas un réquisitoire mais un constat sans complaisance.

Sous la condition du respect de la fierté des médecins et des soignants et d'une écoute sincère dans les relations avec les professionnels, le monde de la santé sait relever tous les défis qui ont du sens. Ce sont les injonctions contradictoires, les discours adverses, les formalismes obligés, le réductionnisme sanitaire - à l'œuvre depuis des décennies - qui usent son cœur : sa haute qualité humaine et professionnelle.

On connaît aussi les drames, celui de la souffrance des soignants, mesurée de longue date.^{53, 54}

La véritable transformation serait d'en finir avec la paresse intellectuelle, les embrouillaminis organisationnels, la bureaucratisation, le dogme budgétaire et le

⁵¹ <https://www.villes-sante.com/>

⁵² <https://espt.asso.fr/>

⁵³ Madeleine Estryn-Béhar, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, De Boeck Supérieur, 1997.

⁵⁴ Robert Holcman (dir), *La souffrance des soignants. Stress, burn-out, violences... du constat à la prévention*, Dunod, 2018.

« *prêt-à-penser* » dans l'organisation de la santé.⁵⁵ Il s'agit donc de se donner les moyens de la prévention et des soins, en mobilisant les acteurs, ceux qui savent et peuvent agir en fonction des caractéristiques fines de nos concitoyens avant qu'ils ne soient malades et lorsqu'ils le deviennent.

« *Détourne-toi des préceptes de ceux qui spéculent sur le monde mais dont les raisons ne sont pas confirmées par l'expérience.* » Contribuables et cotisants, usagers et patients, professionnels de santé, pouvons-nous imaginer voir enfin comprise cette maxime de Léonard de Vinci (1452-1519) et éviter les effets destructeurs de fractures de plus en plus profondes ?

Nous avons voulu terminer cet article par des **pistes opérationnelles**. Elles peuvent être travaillées **à toutes les échelles**. Cette liste n'est pas exhaustive.

- Ecouter, toujours écouter les professionnels des métiers qui ont les pieds sur terre et agissent. A défaut, les situations complexes contemporaines sont *ingérables*.
- Écouter la parole des patients.
- Impliquer les acteurs des territoires dans les politiques de santé.
- Vérifier la prise en compte de tous les récits impliqués en santé : ceux des patients, des médecins et soignants, des gestionnaires et logisticiens, des élus locaux, etc.
- Promouvoir les retours d'expérience locaux et vérifier les conditions pour que les promesses de protection puissent être honorées à l'avenir.
- Réhabiliter le rôle évident des municipalités en santé publique.
- Nous assurer de la sûreté de fonctionnement de nos établissements de soins et de nos dispositifs de santé publique.
- Travailler sur nos buts réels et la compréhension mutuelle des mots, le partage de leur sens et les interactions constructives qui en naissent.
- Nous inspirer de la contribution de sciences « dures » - la méthode de conceptualisation relativisée et les sciences du danger, en particulier -.
- Mettre enfin en œuvre des plateformes d'échanges démocratiques, y compris dans des domaines techniques trop longtemps confisqués, les tarifications en santé, notamment.
- Travailler sur la détection et la réduction des coûts de non-qualité, à toutes les échelles.
- Distinguer les règles fondamentales à respecter par tous pour garantir la sûreté des pratiques.
- Temporalités, spatialités et savoirs contemporains étant bouleversés par l'ère numérique, investir dans de solides synthèses portant sur l'essentiel des métiers et des missions.

⁵⁵ L'expression est de Manuel Gea, président-fondateur de Centrale-Santé et directeur général de Bio Modeling Systems, <https://www.bmsystems.net/likedin-posts-manuel-gea-bmsystems.php>

1. Huit traits révélés par l'épidémie de la Covid-19

Un jour de la fin de l'hiver 2020, alors que l'épidémie de la COVID-19 faisait des ravages depuis plusieurs mois, la France s'est trouvée sans masque – en quelque sorte « démasquée » – elle était également sans respirateur et les machines pour tester la présence du virus n'étaient pas suffisamment nombreuses. Elle aurait aussi pu être sans test et sans vaccin si la commission européenne n'était pas entrée dans le jeu. Si ce fut une surprise d'apprendre que l'administration continuait d'incinérer le stock de masques qu'elle avait constitué pour l'épidémie de la grippe H1N1 dix ans plus tôt alors que l'épidémie du coronavirus avait bien commencé, l'absence de fournisseur français n'avait rien d'étonnant : le dernier fournisseur venait de cesser sa production car il était plus cher que ses concurrents asiatiques. Le code des marchés publics l'excluait systématiquement. En revanche, la déception fut profonde quand Sanofi et l'Institut Pasteur se retirèrent pour des raisons différentes de la course aux vaccins. La France et ces deux institutions n'étaient-elles pas parmi les leaders mondiaux ?

Notre médecine est excellente mais notre industrie biomédicale est au plus bas

La crise aura donc été pour les médias révélatrice de la faiblesse de notre industrie biomédicale. Si elle a une excellente médecine, et l'épidémie l'a une fois encore montré, il n'y a plus en France d'industrie biomédicale à quelques notables exceptions. Pourtant, il y a un demi-siècle elle était dans le peloton de tête de la pharmacie et produisait des appareils d'imagerie médicale. Que s'est-il passé ? Les récentes décisions gouvernementales modifieront-elles à terme cette défaillance stratégique ? Mais avant de répondre à ces questions, évoquons quelques-unes des autres révélations de la crise en lien avec la dimension industrielle.

⁵⁶ Jean de Kervasdoué est diplômé de l'Institut National Agronomique de Paris et de l'école du génie rural et des Eaux et Forêts. Il obtient un MBA (1971) et un doctorat en socio-économie aux Etats-Unis (Ph-D-1972) à l'université Cornell. Jean de Kervasdoué est professeur émérite du CNAM, et membre de l'académie des technologies. Il a été directeur des hôpitaux au Ministère de la santé de 1981 à 1986. Professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé du CNAM, il y a créé avec l'Institut Pasteur une école de santé publique. Longtemps compagnon de la Mutualité française pour laquelle il a publié plusieurs « Carnets de santé de la France », Jean de Kervasdoué a publié de nombreux articles et ouvrages sur l'économie, les politiques de santé et la critique de l'écologie politique.

Une nouvelle donne pour la santé publique : nous voyageons mais les virus aussi

Pour les spécialistes des maladies infectieuses, et notamment les maladies respiratoires, une telle épidémie était attendue⁵⁷. Certes, comme beaucoup d'autres, les experts penchaient plutôt vers une mutation du virus de la grippe, mais le fait que ce soit un coronavirus ne les a pas étonnés. Politiquement, malgré de nombreuses alertes, la conscience que nous vivions dans un seul monde que nous partageons avec ... de l'ordre de 1,7 million de virus, pour la plupart inconnus, était évanouie. Pourtant, les virus voyagent avec les plantes, les animaux et les hommes. En outre, une connaissance même très superficielle des théories de Darwin aurait dû conduire à une vigilance accrue pour tous les agents infectieux qui se propagent par voie aérienne. En effet, chaque jour, des avions transportent des êtres humains dans une atmosphère confinée, avant de décoller, les passagers sont passés de leur domicile à la voiture avant d'embarquer à l'aéroport et, quand ils atterrissent, ils retrouvent aéroport, automobile, centres de congrès, hôtels, restaurants ... tous climatisés ou chauffés avec de l'air pulsé. Un seul air, ou presque ! Trouvant donc un milieu favorable pour leur diffusion mondiale, les virus voyagent et se multiplient.

Une fois l'épidémie de la Covid19 déclenchée, chaque pays a trouvé ses propres réponses pour tenter d'en limiter la propagation. Elles ont en effet varié à la fois dans l'espace et dans le temps. Les leçons sont loin d'en avoir été tirées y compris dans les pays où les statistiques sont relativement fiables. Le territoire pertinent pour l'analyse est ici politique avant d'être géographique.

La méthode scientifique est un mixte fait de tâtonnements et d'inventions

Toujours à l'échelon mondial, on a pu assister aux tâtonnements de la méthode scientifique et apprendre que les chercheurs hésitent, que la vérité se construit progressivement en éliminant une à une les hypothèses avancées. En outre, si la connaissance doit jouer un rôle essentiel dans la décision politique - ce qui ne fut pas toujours le cas - elle ne suffit jamais : la politique est d'une autre nature et tient compte d'autres critères. De plus, en dépit des incertitudes, les gouvernements doivent agir et sont donc confrontés à des choix fatidiques.

Si la science hésite, elle cherche et trouve aussi. Ainsi, la capacité des chercheurs et des industriels à innover fut éclatante, voire extraordinaire, car des vaccins purent être inventés, testés et produits en à peine un an, alors qu'il en fallait six ou sept jusque-là. Cette épidémie permit aussi d'illustrer la différence entre santé publique et médecine.

La santé publique est presque toujours liberticide

La santé publique s'efforce de réduire la propagation du virus en limitant la circulation et donc celle de ses porteurs : les humains. Pour y parvenir elle utilise des outils de protection rapprochée (port de masque et lavage de main pour l'essentiel) et la vaccination. Soulignons que la santé publique est presque toujours liberticide, en effet le plus souvent il est indispensable de limiter la liberté des uns pour la santé de

⁵⁷ Jean-Philippe Derenne, François Bricaire, *Pandémie La grande menace de la grippe aviaire*, Fayard 2005.

tous. Quant aux médecins, ils tentent de soigner les personnes contaminées. Il faut préciser dans le cas du Coronavirus que, n'ayant pas de médicaments, pour attaquer le virus, les soins consistent à traiter les conséquences de l'infection, notamment les conséquences respiratoires, mais malheureusement pas encore l'infection elle-même.

Le principe de précaution n'a pas été utile

A l'échelon national, l'épidémie fut aussi riche d'enseignements. Avec la grande qualité de nos soignants qui ont d'autant mieux fait face qu'ils ont agi librement, nous découvrons les conséquences de nos tares et de nos qualités nationales, à commencer par la totale inutilité du principe de précaution. En effet, il ne nous a protégé de rien : ni de la destruction du stock de masques, ni de la pénurie de respirateurs, ni de réserves de lits dans les services de réanimation ... rien !

La centralisation a un double visage : effets bénéfiques et effets désorganisateur

La centralisation ? Seul un pays centralisé demande de repousser les interventions chirurgicales pouvant conduire le patient en réanimation de tous les établissements publics et privés du territoire national alors même que le virus est encore absent sur une bonne moitié du pays. En effet, s'il sévissait à Mulhouse, il n'y avait pas encore de porteur à Toulouse, il était donc inutile de fermer des lits. Coût : de l'ordre de 2 milliards d'euros.

Mais seul un pays centralisé peut aussi mettre en place rapidement une politique efficace, comme ce fut le cas pour la vaccination.

Des corporatismes sont à l'œuvre

Il a fallu attendre de longs mois pour découvrir, et d'autres mois encore pour reconnaître, que les meilleurs spécialistes des épidémies à coronavirus étaient les vétérinaires. En effet, une cinquantaine de ces virus attaquent les animaux d'élevage, c'est la raison pour laquelle chaque service vétérinaire départemental disposait de machines permettant de faire des tests PCR. Pourtant, ils ne furent pas utilisés pendant de longues semaines alors que l'on en avait cruellement besoin. Effet des corporatismes.

Notre système de santé publique est faible et le ministère de la santé, aussi

Outre l'absence totale d'expertise en logistique, chacun a pu sentir la complexité du processus de décision. Apparemment il n'y avait que deux voix : celle du ministre et de son directeur général de la santé, mais l'on sentait la difficulté de trouver un chemin entre les souhaits des pôles d'expertises (comités *ad hoc*, haute autorité de santé [HAS], direction générale de la santé) et les instances gouvernementales (Elysée, Matignon, Ministère de la santé, Ministère des Finances, Assurance maladie ...). En outre, la mise en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) n'a pas toujours eu la souplesse permettant aux unes et aux autres de s'adapter à la spécificité de leurs territoires, hétérogènes pour certains comme le Grand-Est.

La faiblesse de nos statistiques sanitaires fut aussi évidente. Il a fallu plusieurs mois pour compter les malades et les morts du virus à l'hôpital et dans les EHPADs, on n'y est d'ailleurs pas encore totalement parvenu pour les personnes qui décèdent à domicile.

2. Les différents aspects du processus d'innovation

Pour comprendre la faiblesse de l'industrie biomédicale française, il nous a semblé utile de prendre du recul et de décrire les différents aspects du processus d'innovation car la force d'une industrie aujourd'hui est liée à sa capacité d'innover.

Invention, innovation et pouvoir : définitions et constats dans le domaine de la santé publique

« Innovation », le sens de ce mot est emporté par sa connotation positive. En lui sont placés tant d'espoirs : soigner les pathologies jusqu'ici incurables, abolir les conflits organisationnels, réduire le déficit de l'assurance maladie, créer de l'emploi, permettre le développement « durable » Innovez ! Peut-être, mais quand et pourquoi ? Toutes les innovations ne sont pas nécessairement des progrès.

Pour comprendre les réactions à une innovation, il est cependant nécessaire de la distinguer d'une « **invention** », objet, service, concept, mot, système de gestion, ... dont la nouveauté est absolue. Dans ce cas, la référence, ce qui permet de dire que c'est « nouveau », est mondiale. On compare alors ce produit, cette machine, cette idée à toutes celles de son champ et on la déclare « nouvelle » quand on ne trouve pas l'équivalent, sachant qu'implicitement, la nouveauté a une connotation positive. En leur temps, l'aspirine, la pénicilline, le scanneur, la classification de Fetter des séjours hospitaliers ... furent des inventions. Attribuer une découverte à un inventeur ne va pas toujours de soi, il suffit pour l'illustrer d'évoquer les découvertes simultanées de l'histoire des sciences, ou encore le conflit - dont l'enjeu était à la fois le prestige et l'argent - entre les équipes de Gallo et celles de Montagnier pour la paternité de la découverte du virus du SIDA.

Certaines de ces inventions - pas toutes - permettent de prendre des brevets et, ce faisant protègent l'idée de l'inventeur durant une période donnée (20 ans le plus souvent) en lui garantissant un monopole. L'économie libérale non seulement reconnaît, mais favorise ce type de monopole et intervient quand il est menacé. Le procès de Pretoria intenté par trente entreprises pharmaceutiques contre le Gouvernement Sud-Africain pour avoir autorisé la copie des constituants de la trithérapie pour les patients porteurs du virus du SIDA souligne l'importance donnée à la propriété intellectuelle, y compris quand les fondements éthiques des procès pour plagiat illégal sont pour le moins discutables. On peut d'ailleurs à cette occasion évoquer d'un mot la question de la sécurité, de la protection d'une invention surtout quand elle est encore fragile, ce qui est notamment le cas des médicaments avant leur mise sur le marché. L'espionnage en matière industrielle n'est pas seulement le thème de romans policiers !

En revanche, quand on parle d'une « **innovation** », la référence n'est plus mondiale, mais locale : la nouveauté est relative, elle ne concerne que la population auprès de laquelle on souhaite qu'elle diffuse. Ainsi, la culture attelée en Afrique sub-saharienne était, pour le paysan nigérien des années 1960, une grande innovation, ce qui à l'évidence n'était pas le cas des agriculteurs européens ou maghrébins de la même époque. De même, la chirurgie de jour était encore récemment une innovation dans certains établissements hospitaliers français, alors qu'il y a des décennies qu'elle n'est plus une invention ! L'innovation est donc perçue comme une nouveauté par un groupe social, une organisation, elle-même composée d'acteurs.

Quand une innovation apparaît, quelle que soit la source, ces acteurs vont immédiatement se poser la question de savoir en quoi cette chose, ce concept, ce système va ou non modifier leur pouvoir. Oui, y penser toujours, ne le dire jamais, les organisations, et notamment les hôpitaux, sont aussi des systèmes de « **pouvoir** » où personne n'a envie de se tirer une balle dans le pied, sous prétexte que l'innovation pourrait être globalement bénéfique.

Ainsi, l'hospitalisation de jour n'a que des avantages pour le patient comme pour la collectivité (le coût est environ la moitié d'une hospitalisation traditionnelle). Pourtant, durant plus de trente ans, elle a diffusé très lentement à l'hôpital public. Les raisons sont simples. En France, les directeurs n'interviennent pas dans l'organisation des soins médicaux. Chaque « service », « pôle », « département » est indépendant. Personne n'est donc capable d'imposer une organisation contraignante à l'anesthésiste, au chirurgien, aux labos, à la radio, aux soignants qui ne gagneront pas un centime de plus pour modifier les habitudes qui veulent que l'on opère quand on veut, le matin, en commençant par les cas graves... A moins que quelqu'un ne s'en saisisse, prenne le pouvoir, modifie l'organisation et règne sur ce nouveau territoire... en attendant la prochaine innovation.

Prenons quelques exemples :

- Si **le dossier médical personnel informatisé** (DMPI) n'a pas réussi, là aussi la raison est simple. Quand une procédure quelconque (contribuer à remplir un dossier informatisé), dans ce cas, ne fait pas partie du contrat de travail et qu'aucune sanction ne suit le non-respect de la procédure, elle est abandonnée. Autrement dit, aussi, quand il n'y a pas de pouvoir, il n'y a pas d'innovation diffusée.
- **L'innovation médicamenteuse** : Les hôpitaux et les professionnels de santé vont donc facilement adopter les innovations qui confortent le pouvoir des groupes qui en ont déjà, surtout si les valeurs des uns (mieux soigner les malades) se conjuguent avec les intérêts des autres (vendre des médicaments). C'est donc le cas, notamment, de l'innovation médicamenteuse où médecins et industriels vont agir de concert. Cela devient plus compliqué quand l'intérêt des uns, fussent-ils malades, s'oppose à celui de certains autres. Ainsi, depuis au moins huit ans, des spécialistes du cancer du sein essaient d'obtenir le classement (et le remboursement) d'un acte de radiothérapie qui permettrait, pour certains cancers du sein, d'administrer une irradiation unique au cours de l'intervention chirurgicale. La patiente n'aurait alors plus à revenir pour de nombreux traitements ce qui ne

serait pas sans conséquence sur l'activité de certaines équipes qui vivent de la radiothérapie.

- **Le combat pour le PMSI (programme de médicalisation de l'information)**

En outre, si dans toute organisation, le principe : « pour vivre heureux, vivons caché » est le mantra répété chaque matin - avec sagesse - par des centaines de millions d'employés de la planète, on peut aussi en déduire que tout ce qui éclaire l'activité de l'un ou de l'autre sera combattu. Ainsi, le combat pour le PMSI aura duré, en France, vingt ans. Je savais qu'il allait advenir car ce système de classement rend visible, et compréhensible, l'activité de chaque service qu'il décrit et quantifie. Il faudrait encore évoquer à ce propos la comptabilité analytique hospitalière toujours chaotique trente-six ans après les instructions rédigées en 1985, même dans les établissements qui se considèrent, de ce point de vue « exemplaires » !

- Pour prendre un autre exemple médical : **la cardiologie interventionnelle** a été inventée par des radiologues et des cardiologues. Elle a mis un temps considérable à diffuser, car elle se substitue à la chirurgie cardiaque et vasculaire et à la neurochirurgie.
- Il en est de même des **innovations intellectuelles**, fussent-elles des inventions. Ainsi dans **la création des postes d'hospitalo-universitaires**, le système d'attribution des postes, ne favorise pas les nouvelles disciplines puisque personne, par définition, n'est là pour mener la bataille en leur nom. Si les premières applications de l'immunologie en médecine apparaissent au début des années 1950, il faudra plus de vingt ans pour que soit nommé le premier agrégé français dans cette discipline.

Les innovations médicales bouleversent ou confortent le pouvoir à l'hôpital des uns ou des autres, comme il peut conforter celui d'une profession. Donc c'est l'hôpital, ses règles, ses structures de pouvoir qui vont permettre que certaines innovations soient rapidement adoptées, alors que d'autres seront superbement ignorées quoi que, peut-être, plus utiles. Il en est de même des professions libérales. Oui, l'hypothèse de l'économie est que les hommes, les groupes sociaux, sont « rationnels » et agissent dans leur intérêt, représente bien ce que l'on constate empiriquement. Donc, parfois, pour innover, il faut modifier l'organisation et donc le système de pouvoir ou de rémunération. Autrement dit, quel que soit le bénéfice intrinsèque d'une innovation, quel que soit le résultat d'une étude coût/avantage, pour comprendre sa diffusion, il faut analyser comment elle va être utilisée dans le système institutionnel par ses acteurs dominants.

Innovations et systèmes techniques

Non seulement une innovation trouve, ou ne trouve pas, sa place dans un système social donné, mais l'innovation peut-être tout ou partie du système lui-même. Tout d'abord, il est rare qu'une innovation seule bouleverse une institution, cela arrive ; ainsi le traitement de la tuberculose par antibiotique a conduit en une décennie à la fermeture des sanatoriums. Le plus souvent, une innovation prend sa place dans un

système technique et contribue à son évolution, jusqu'à, parfois, le bouleverser. Les innovations évoluent en grappe (*clusters*). Ainsi, à l'échelon mondial, la puissance toujours croissante des calculateurs a permis le développement de la génomique, mais il a fallu aussi des progrès dans les nanomatériaux et dans la protéomique, pour que la neurobiologie, entre autres, se développe et qu'apparaisse la médecine dite « personnalisée » ...

La science des uns est la technique des autres. Les découvertes d'une discipline (le microscope par exemple) ouvrent à une autre discipline (la biologie) un autre monde et est source de découvertes. Aujourd'hui, le facteur déterminant, le *primum movens* est l'informatique grâce à laquelle, notamment, le séquençage du génome humain a été possible, comme le développement des vaccins à ARNm.

Ici encore, prenons quelques exemples :

Le dossier médical personnalisé et informatisé

A l'échelon d'un hôpital, on peut, pour illustrer ce propos, prendre de nouveau l'exemple des dossiers médicaux informatisés. Les premières applications commencent dès les années 1960, déjà, à la fin des années 1970, et plus encore au milieu des années 1980, quelques hôpitaux disposent de dossiers médicaux informatisés intégrés, mais ce n'est pas la règle car, pour les imposer, il aura fallu une forte discipline et ... beaucoup d'argent, mais moins que pour les échecs toujours onéreux par essence et se chiffrant en France, à plusieurs milliards d'euros !

Toutefois, progressivement, du fait de l'augmentation de la puissance des ordinateurs, de la baisse de leur prix, de l'invention d'Internet, de la diffusion des codes-barres, de la familiarité de chacun avec l'usage du clavier ... le système technique évolue, les contraintes s'amenuisent, les réticences s'estompent, les prix baissent et les applications deviennent plus faciles. Cependant, le dossier médical informatisé demeure une innovation complexe, multiforme qui peut aussi jouer un rôle essentiel dans le développement de la recherche clinique, l'évaluation de la qualité des soins, la gestion des patients ... Mais pour qu'il existe, il faut pouvoir l'imposer, il faut qu'il fasse partie du contrat de travail, (ce qui n'est pas toujours possible dans les établissements hospitaliers français).

Le manque d'expertise système (exemples du chauffage-climatisation et de la stérilisation)

On pourrait aussi prendre un sujet apparemment moins médical et évoquer le système technique de l'énergie (chauffage et climatisation) à l'hôpital. Il revêt une dimension médicale du fait des infections véhiculées par l'air, une dimension qualité-confort des patients, comme du personnel soignant qui ne peuvent pas toujours maîtriser la température de leur chambre, une dimension économique importante et enfin une dimension environnementale forte. Là encore, il y a à la fois beaucoup « d'innovations » ... réglementaires, des innovations techniques permanentes et, à l'hôpital, des systèmes qui évoluent le plus souvent par à-coups, au gré des budgets,

des travaux et des reconstructions. A ma connaissance, il n'y a pas de savoir cumulé, ni d'apprentissage collectif dans ce domaine.

Visitant un très grand hôpital, juste avant son ouverture, j'étais accompagné par deux grands patrons de l'industrie automobile. Au cours de cette longue visite, le directeur exposa notamment ses difficultés en matière de stérilisation d'instruments chirurgicaux et souligna que, malgré de nombreux essais, il y avait toujours des tâches après lavage et stérilisation et cela faisait sale, même si cela ne l'était pas. Il convoqua donc les acteurs du système : fabricant d'autoclaves, de produits de lavage, d'instruments ... et, à son grand étonnement, découvrit que les différents acteurs de ce système se voyaient pour la première fois. Personne n'avait l'expertise « système », ni à l'hôpital, ni dans l'industrie. Les industriels de l'automobile remarquèrent que chez eux cela était impensable et même quand toute la chaîne était sous-traitée, ils gardaient l'expertise système. Rien de tel à l'hôpital, combien de « sous-systèmes » hospitaliers innovants sont orphelins, malgré les travaux récents de quelques agences, dont l'ANAP, sur certains d'entre eux. Beaucoup d'ailleurs sont à l'interface de l'administratif et du médical : la prise de rendez-vous, la gestion du bloc opératoire, la commande de médicaments ou celle d'analyses biologiques ...

Le « système » architectural, système englobant par excellence.

Les innovations dans ce domaine sont aussi considérables et la prospective limitée à quelques cabinets ; or le lien entre, d'une part, l'évolution des pratiques cliniques, le souhait des patients, les aspects économiques et financiers, l'organisation et, d'autre part, les profondes évolutions techniques en matière de structure, d'isolation de sol, d'énergie, de signalétique, de conception des chambres ou des lieux d'accueil est déterminant pour les patients comme pour le personnel des hôpitaux.

Économie, marché public et emploi : quel environnement favorable pour innover et inventer ?

Protéger

En dépit de l'aspect sensible de cette question, il faut évoquer la dimension de l'emploi dans la diffusion des innovations et des inventions. Tous les grands pays industrialisés défendent leurs industriels et privilégient donc les inventions et les innovations nationales. Certes, ils ne peuvent pas toujours le faire, soit parce qu'il n'y a pas d'industrie nationale, soit que le produit inventé à l'étranger est particulièrement innovant, mais pour beaucoup - pratiquement tous - c'est la réalité pratique, même si, juridiquement cela est interdit, en principe, notamment par la réglementation européenne ! Certes, certains pays sont moins brutaux, plus subtiles que d'autres, certes - en apparence - les règles sont respectées, mais de fait les étrangers ayant des produits de qualité « n'ont pas de chance » dans la plupart des appels d'offre. Toutefois ces « manques de chance » répétés se reproduisent avec une constance telle qu'elle ne doit rien au hasard. La France est, de ce point de vue-là, plus

« exemplaire⁵⁸ » que ses voisins ! Il n'est pas facile pour un concurrent de Siemens de vendre un produit quelconque dans un hôpital allemand, car il y a un représentant de cette très grande entreprise au conseil d'administration de plus de 300 établissements hospitaliers. Outre-Rhin encore, une grande entreprise française de matériaux utilisés dans les hôpitaux était toujours seconde dans les appels d'offre, jusqu'à ce qu'elle achète une entreprise allemande. Aux Etats-Unis, la FDA regarde avec une attention très particulière - et très longue - les innovations étrangères. Au Japon, le soutien est encore plus manifeste, car les hôpitaux surpayent les produits japonais pour qu'ils dégagent une marge et exportent à un coût très inférieur. Aux Etats-Unis de nouveau, beaucoup de recherches, y compris dans le domaine de la santé, sont financées par le Ministère de la défense ... Ce patriotisme d'ailleurs est partout, sauf en France⁵⁹, culturel, naturel, donc automatique. Ainsi, pour participer au développement d'une « Start-up » prometteuse française dans le domaine des vaccins, les éventuels investisseurs étrangers posent comme préalable soit le transfert, soit la création d'une filiale, dans leur pays et ceci en dehors de tout impératif réglementaire.

Former les acheteurs publics français

Enfin, il est très difficile pour un acheteur public de décoder la stratégie commerciale d'une entreprise, il n'est pas certain que cela soit son rôle ; cependant il est fréquent que les prix bas soudainement proposés pour tels ou tels produits par une entreprise à un instant donné ne soient que la manière de sortir du marché un concurrent aux reins financiers moins solides, le plus souvent une petite entreprise française. A terme, la faillite du concurrent innovant permettra à ceux restés en place d'augmenter leurs prix, cette « mauvaise » période passée.

Pour les produits remboursés par l'assurance maladie (médicaments, prothèses, appareils d'imagerie, de radiothérapie et autres produits médicaux) se pose aussi la question du tarif et, tout aussi cruciale, la question de la vitesse d'analyse du dossier. Là encore, le plus souvent, l'instruction est longue en France, la procédure mal cernée et peu claire et, contrairement à ce qui se passe à l'étranger, mais conformément à la loi, les entreprises françaises ne sont guère favorisées.

Personne n'aime la concurrence et les manières de la détourner sont aussi nombreuses qu'il y a de possibilités imaginées par le très créatif cerveau humain. Quant aux entreprises françaises qui se créent, soulignons, une fois encore qu'elles ont absolument besoin de références nationales.

⁵⁸ Il eut été possible de choisir un autre qualificatif.

⁵⁹ Il suffit pour s'en convaincre de regarder la marque des automobiles achetées par les cadres supérieurs des grands groupes français.

3. Sociologie et économie de l'invention

Sociologie de l'invention

Que ce soit en matière d'art ou d'industrie, il se trouve que certaines villes, voire certaines régions du monde, comme la Californie d'aujourd'hui, sont - à une époque donnée - propices aux créateurs. Comme la création est toujours la rencontre de concepts, de disciplines et donc de personnes, jusque-là séparés, tout ce qui favorise les échanges entre disciplines et expertises contribue à la création. Ainsi la pharmacie moderne est née en Allemagne dans le courant du XIX^{ème} siècle parce que l'université d'un des états allemands de l'époque avait décidé de former ses pharmaciens-herboristes dans la faculté de chimie.

Pour passer du stade de la découverte à celui de produits industriels, il faut des chercheurs et ... des industriels qui non seulement acceptent, mais recherchent la prise de risque. Si, pour ce faire, ils étudient attentivement l'invention, s'ils étudient le marché potentiel des produits qui pourraient en être issus, un autre environnement va entrer en jeu dans leur choix d'accompagner l'inventeur, et cet environnement est politique et, plus précisément, social, fiscal et réglementaire. Il s'agit à la fois des règlements spécifiques à la famille des produits à laquelle se rattache l'invention analysée, mais aussi de l'air du temps, l'optimisme, la manière de voir l'avenir dans l'écosystème chercheur/investisseur.

L'Ile-de-France notamment, mais aussi l'Alsace, Auvergne-Rhône-Alpes, disposent de tous les ingrédients nécessaires à la création. Toutefois, si beaucoup de réformes récentes contribuent aux rencontres entre chercheurs et développeurs : les pôles de compétitivité, les IHU, les communautés d'universités et d'établissements ..., si les grandes écoles se décroissent, on est encore loin de la vie d'un campus américain, notamment du fait de la très grande rigidité des règles universitaires françaises et de la double gestion des institutions de recherche d'une part et de l'université de l'autre. On peut à ce propos souligner, une fois encore, l'importance de l'autonomie, de la souplesse, il suffit pour s'en convaincre d'examiner les contributions relatives de l'Institut Pasteur ou celles du téléthon - institutions indépendantes - à la recherche médicale française.

Mais les idées ne suffisent pas, il faut aussi les financer. L'exemple du cœur artificiel français, produit de l'entreprise « CARMAT » est remarquable, mais une exception qui confirme la règle. A notre connaissance, elle n'a été possible que parce qu'un industriel, puis son fils, ont cru au talent de l'inventeur et ont réuni argent et compétence pour la mettre en œuvre et cela pendant des lustres, sans encore avoir un retour sur investissement jusqu'à la mise en bourse où d'autres investisseurs ont cru en l'avenir du projet. Oui, pour que des inventions se développent, il faut des aides publiques comme, par exemple, le très utile « crédit impôt-recherche » mais, lâchons ce qui pour certains est encore un vilain mot, il faut des capitalistes ! Et les capitalistes investissent d'abord là où ils vivent, si les règles fiscales sont favorables, c'est notamment le cas de la Californie.

Économie de l'invention

Il arrive que des inventeurs créent des entreprises, mais la situation la plus fréquente est que des entreprises, en leur sein, avec leurs équipes, innovent et inventent. Elles le doivent pour se développer et aujourd'hui, plus prosaïquement, pour survivre. Ceci est une caractéristique universelle, mais plus centrale, plus forte encore dans le secteur biomédical.

Tout d'abord, les brevets ne donnent qu'une protection limitée dans le temps, il faut donc que de nouvelles découvertes viennent compenser le chiffre d'affaires qui était généré par les inventions précédentes au moment où « elles tombent dans le public ». Par ailleurs, la croissance exponentielle des recherches (plus de 700 000 articles médicaux publiés dans le monde, dans les revues à comité de lecture en 2013) bouleverse les connaissances du passé et ouvrent des champs nouveaux. Selon la volonté de l'Etat et les régimes fiscaux, une « bonne » idée trouvera des financeurs, pas nécessairement en France mais aux Etats-Unis, en Chine, en Inde. Hier comme demain les hommes veulent vivre et doivent mourir. Le marché de certaines inventions est considérable d'autant plus d'ailleurs que la clientèle solvable ne cesse de croître dans le monde.

L'économie de l'innovation, en France, n'est donc pas la même s'il s'agit, d'une part, d'un inventeur français qui cherche à développer un nouveau produit et a cruellement besoin de sites expérimentateurs, autant qu'il a besoin d'argent et, d'autre part, si c'est un étranger qui cherche à diffuser en France son invention. Dans les deux cas, vu de l'ARS, le problème est le même : cette innovation est-elle « bénéfique » pour les patients et l'assurance maladie ? En revanche, en tant que citoyen, défenseur des emplois et des industries d'avenir, le second cas nécessite une réflexion et des soutiens particuliers.

Nature de l'invention, santé publique et diffusion commerciale

Il existe plusieurs types d'innovations et plusieurs types d'entreprises sur un même marché. De la start-up au très grand groupe, l'inventeur d'un nouveau médicament n'aura pas les mêmes moyens. Ainsi, les dirigeants de la start-up savent bien qu'ils n'iront pas seuls jusqu'à la mise sur le marché de leur éventuel futur nouveau médicament, car les investissements réglementaires des phases 2 et 3 - voire déjà de la phase 1⁶⁰ - sont trop élevés. En revanche, dans d'autres secteurs (l'informatique, la

⁶⁰ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/le-developpement-du-medicament> :

Il existe quatre phases d'évaluation distinctes les unes des autres et successives, dont chacune donne lieu à un essai clinique différent.

- **Phase I** : étude de l'évolution de la molécule testée dans l'organisme en fonction du temps (cinétique) et analyse de la toxicité sur l'être humain.
- **Phase II** : administration du médicament à un petit nombre de patients pour rechercher la plus petite dose efficace et observer des effets secondaires nocifs en utilisant différentes doses.
- **Phase III** : comparaison de l'efficacité du nouveau médicament par rapport au traitement de référence (lorsque celui-ci existe) et/ou à un placebo (lorsqu'aucun traitement n'existe). Durant cette phase, se

télé médecine, l'équipement et le matériel médical...), certaines petites entreprises peuvent espérer aller jusqu'à vendre seules leurs produits. Le rôle d'une plateforme régionale, comme il en existe dans beaucoup de régions françaises aujourd'hui, ne sera pas le même pour tous, ce qui ne veut pas dire que parce que l'entreprise a de l'argent pour investir, elle n'a pas besoin de partenariats avec les institutions publiques (Etat, hôpitaux, centres de recherche ...) pour ses besoins propres. La demande de Sanofi l'illustre. Ceci est l'occasion de souligner l'importance, pour les industriels français des médecins français et plus spécifiquement d'évoquer le rôle crucial de certaines spécialités comme, par exemple, la toxicologie ou l'épidémiologie.

S'il y a donc deux acteurs directs (l'innovateur et l'acheteur), le comportement de l'un et de l'autre sera fonction à la fois d'un environnement général socio-fiscal, mais aussi d'un environnement spécifique concernant chaque innovation. Pour l'entité à créer, il conviendra donc de se poser des questions de santé publique et de se demander si l'innovation est « bénéfique », « bonne », « utile », « efficace » ... mais aussi : qui est le producteur et qui est le client ? Le producteur est-il pérenne, stable, digne de confiance ... ? Le client est-il solvable ? Est-il incité à acquérir ce type d'innovations ? Rien ne garantit, sans aide publique, la diffusion de certaines excellentes innovations sanitaires. La demande des innovateurs n'est pas toujours solvable, la demande solvable n'est pas toujours d'une grande utilité sanitaire et même quand l'innovation est utile et la demande solvable, cela ne suffit pas à en faire une « bonne » innovation, en effet, elle peut ne pas être diffusée si elle bouleverse le système de pouvoir. La dimension sanitaire est essentielle, il faut donc examiner les bénéfices collectifs, mais il existe aussi sur le parcours de l'innovation des intérêts particuliers, ceux des Hôpitaux, de l'assurance maladie, des industriels, de telle ou telle corporation !

4. Les leçons du Coronavirus pour la filière française de l'industrie et des innovations biomédicales

Elles sont multiples, commençons par le plus simple.

Pouvoir acheter « made in France »

La médecine fait appel à pratiquement toutes les techniques existantes. Un produit n'est le plus souvent « médical » que par destination, par l'usage qui en est fait. Ainsi les scalpels sont des couteaux, les poches à soluté sont du plastique transparent et les masques chirurgicaux des filtres en tissu avec une tige de métal. En outre, les grandes innovations médicales viennent le plus souvent d'autres secteurs que de la médecine ; ainsi les appareils médicaux à ultrasons sont nés des détecteurs de sous-marins inventés par les Anglais pendant la seconde guerre mondiale. S'il arrive que

déroulent également des essais relatifs au développement industriel et au mode d'administration et de conditionnement (gélules, comprimés, sirop...).

- **Phase IV** : les essais sont réalisés une fois le médicament commercialisé. Ils permettent d'approfondir la connaissance du médicament dans les conditions réelles d'utilisation et d'évaluer à grande échelle et sur le long terme sa tolérance.

tel ou tel produit médical n'utilise qu'une technologie, c'est de moins en moins le cas, ainsi un analyseur en biologie fait appel à de la chimie, mais aussi à de l'optique, de l'informatique, du verre, du plastique, des alliages métalliques ... et pour le concevoir il faut être dans un environnement industriel et scientifique où toutes ces technologies sont parfaitement maîtrisées.

Il y a 20 ans déjà que le nombre d'appareils et instruments médicaux utilisés dans les hôpitaux dépassait le chiffre de 300 000 ! Les fabricants sont souvent des PME mondiales dans la main des grands fabricants distributeurs comme Baxter et ce qui compte avant tout c'est le prix. Cela a d'autant plus d'importance que le Gouvernement demande aux hôpitaux, comme c'est le cas en France depuis dix ans, de réduire substantiellement leur budget d'achat. En Français dans le texte cela veut dire : achetez en Asie et notamment en Chine ! Et l'on fait semblant de s'étonner ! Il y a quarante ans, Jack Ralite, Ministre de la santé, voulut que l'on fabriquât en France des seringues hypodermiques ; on a pu les fabriquer mais pas les vendre : trop onéreuses !

Est-il impossible de développer une industrie française dans ce domaine ? Oui si, et seulement si, comme le Japon, les hôpitaux français surpayent sensiblement les produits *made in France*. Ceci est peu compatible avec le code des marchés publics et le droit européen mais, nous l'avons vu, les Allemands y arrivent. Il suffit que tous les acteurs de la chaîne en soient convaincus !

Encourager un lien fort entre équipes médicales, chercheurs et industriels

Pour les produits nouveaux, les innovations, cela suppose d'abord un lien fort entre les équipes médicales et les industriels. En effet, les idées viennent le plus souvent des praticiens. Toutefois au nom de potentiels conflits d'intérêts, il leur est en pratique quasiment interdit de tisser ce genre de liens. Certes, les inventeurs peuvent créer une entreprise, trouver un peu d'argent dans leur entourage, bénéficier du très efficace crédit « impôt-Recherche », obtenir des subventions, mais si cela est prometteur, s'ils ont levé quelques millions d'euros, ils auront beaucoup de mal à passer à l'échelon industriel qui en exige des dizaines, voire des centaines de millions.

Mais ce n'est pas tout, car ils auront eu aussi du mal à tester leur innovation en France à la fois du fait de la réglementation sur les essais cliniques, mais aussi du risque couru par les établissements. Il y aura aussi des réserves des agences de réglementation ; la Haute Autorité de Santé (HAS), contrairement à la *Food And Drug Administration* (FDA) américaine ne donnera aucun passe-droit - au contraire⁶¹ - aux entreprises françaises. Il en sera de même des tarifs de remboursements de produits et d'actes médicaux par l'assurance maladie. L'administration française accepte de passer sous les fourches caudines des grandes entreprises multinationales qui, au mieux, n'auront en France que des comptoirs de vente, mais pénalise ses PME et donc les innovateurs français vont voir ailleurs, un ailleurs où on commence toujours par leur demander :

⁶¹ Un membre éminent d'une de ces instances s'est levé de table à un dîner parce qu'il était assis à côté d'un industriel du secteur biomédical qui d'ailleurs ne lui demandait rien d'autre que de lui passer la carafe d'eau !

« Pourquoi votre idée, votre produit si innovant n'a pas été encore autorisé par l'administration française ? ».

Les exemples abondent à commencer par le vaccin à ARN messager de Moderna développé par un Français aux États-Unis. Il en est de même du TAVI, (*Transcatheter Aortic Valve Implantation*), valve aortique par voie transcutanée, inventée à l'époque par un jeune professeur de médecine rouennais, mais développé aux États-Unis ; son marché mondial est aujourd'hui de l'ordre du milliard de dollars.

Ne pas brader nos fleurons

Mais on ne se contente pas d'empêcher de faire, on brade aussi. Quand on a de l'âge et de la mémoire, on se souvient douloureusement du très mauvais marché pour la France que fut la vente de la compagnie générale de radiologie (CGR) à *General Electric* en 1983 et du bradage des filiales médicales du CEA il y a trente ans. La valeur de l'une d'entre elles a été multipliée, par plus de cent !

En urgence, aux administrations et aux PME à travailler ensemble

C'est donc toute une série de causes qui font que l'industrie française s'étiole. A toutes les raisons que nous venons de donner après avoir décrit la chaîne de l'innovation, il faudrait ajouter le fait que l'administration française, même du temps de la grandeur industrielle du pays, ne savait pas discuter avec les PME, seuls les grands groupes comptaient.

Changer de ton dans les relations entre administrations et entreprises

Et si cet article n'est pas d'un grand optimisme, c'est qu'il faudrait non seulement toucher à de nombreux mécanismes administratifs, mais d'abord et surtout changer le ton des relations entre l'administration et les entreprises. La complicité pour tendre vers un but commun doit remplacer la suspicion permanente. Il est risqué d'innover et ceux qui réussissent – un tout petit pourcentage – deviennent riches et avec eux leur pays ; ce n'est pas pour autant qu'ils sont malhonnêtes !

Notre santé, un « bien commun » à gérer démocratiquement dans les territoires

André Gauron⁶²

Les questions de santé sont le plus souvent abordées à travers le prisme des soins avec parfois un codicille de prévention. Quand les besoins sont abordés, ce sont des besoins de soins, non des besoins de santé. De même, l'accès aux soins est motivé par l'offre disponible avec ses inégalités et non pas comprise aussi à travers le comportement des populations face aux possibilités diverses qu'elles ont d'accéder à tel ou tel type de praticien. Pour échapper à ces biais, on se propose de regarder la santé comme un « bien commun » susceptible d'être géré de façon démocratique sur un territoire donné.

Il existe de nombreux critères pour mesurer l'état de santé d'une population. La DREES publie régulièrement un rapport sur l'état de santé de la population⁶³ appréhendé à travers une série d'indicateurs, fonction du genre, de l'âge, de la catégorie sociale, du territoire.... Ces indicateurs sont utilisés pour définir des politiques de santé publique, généralement au niveau national, voire régional ou, pour certains indicateurs, départemental. Ces indicateurs, en dehors de quelques-uns comme l'espérance de vie ou certaines pathologies (obésité, cancer, maladies cardio-vasculaires) très médiatisées sont rarement connus de la population en dehors des professionnels de santé (et pas tous) et de certains spécialistes.

Sur un territoire donné (qu'on définira plus loin), la population doit pouvoir se saisir de ces indicateurs pour en débattre avec les professionnels de santé, les élus locaux mais également les acteurs qui interagissent sur la santé des populations (industriels, agriculteurs, services en charge des transports...) et définir les mesures à prendre pour améliorer l'état (collectif) de santé. Il convient donc **de construire des conférences territoriales de santé** qui rassemblent ces différentes parties prenantes. Ces conférences auraient pour mission première d'établir un diagnostic partagé, ce qui ne veut pas dire consensuel. L'important est d'identifier les éléments qui sur le territoire altèrent l'état de santé sans préjuger des actions à entreprendre qui divergeront forcément en fonction des intérêts en présence.

⁶² Ingénieur (ECP) et économiste de formation, André Gauron est conseiller maître honoraire à la Cour des comptes. Il a travaillé à l'INSEE et au Commissariat général au plan avant d'être conseiller de Pierre Bérégovoy aux affaires sociales et au ministère de l'économie et des finances. Il a été membre du CAE entre 1998 et 2002 et collabore depuis sa création à Lasaire, laboratoire de recherche sur les questions sociales proche des organisations syndicales.

⁶³ DRESS, L'état de santé de la population française, édition 2015.

La grande difficulté réside évidemment dans le choix des membres de ces conférences. Les élus devraient y jouer un rôle central. L'existence de ces conférences rendrait la thématique de la santé plus présente dans les enjeux électoraux locaux et les élus sont seuls à disposer d'une légitimité populaire. Outre qu'il leur appartiendrait de délimiter le périmètre du territoire, ils auraient aussi celle de constituer la conférence en s'appuyant en priorité sur les structures les plus représentatives : associations de patients, organisations de praticiens, organisations professionnelles les plus impliquées dans les problématiques de santé (mais celles-ci pourraient aussi être invitées aux débats en fonction des questions abordées). Ce cadre doit rester souple et, dans un premier temps, expérimental.

Pour appréhender l'état de santé d'un territoire, il n'est pas nécessaire de disposer, pour tous les indicateurs, d'une mesure locale. Dans la plupart des cas, des données départementales, régionales, voire même nationales, suffisent. Ce sont des références qui permettent à la population concernée de se situer et de définir les besoins communs en santé qui en découlent. Besoins communs au sens où l'ensemble de la population se trouve exposé à une même situation susceptible d'affecter sa santé et qui nécessite par conséquent une action collective. Il peut s'agir d'actions de prévention (alcoolisme, tabagisme, drogue...), des actions plus structurelles concernant la pollution de l'air, le traitement des eaux... ou encore des actions visant à modifier certains procédés de production industriels ou agricoles (rejets, engrais...). En réduisant fortement la présence des maladies saisonnières, grippe, gastro-entérite, bronchite ... la crise de la covid a mis en lumière l'importance des mesures d'hygiène dans l'état de santé d'une population. Même après la disparition du virus de la covid 19, des gestes barrières devraient perdurer : porter un masque l'hiver, se laver les mains régulièrement, éviter les rassemblements en milieu clos...

L'état de santé d'une population ne se réduit pas à une offre de soins mais celle-ci y participe. Cette dernière ne devrait pas obéir à des logiques bureaucratiques et corporatistes comme aujourd'hui mais répondre aux besoins de santé de la population. Plusieurs éléments doivent ici être pris en compte : la structure par âge et sexe de la population, le niveau de vie, la configuration géographique du territoire. Une question centrale est celle du tiers payant. Pour une population pauvre, même à revenu modeste, l'avance qui s'impose encore largement dans la médecine de ville est un obstacle à l'accès aux soins et un puissant facteur de préférence pour les urgences hospitalières même si cela nécessite un temps de transport non négligeable. Tant que le tiers payant ne sera pas généralisé, la recomposition de l'offre actuelle de soins sera freinée et en particulier, le désengorgement des urgences hospitalières. La seconde question est celle du recours aux spécialistes. Dans de nombreux territoires, les spécialistes ont tendance à s'installer dans les centres urbains et sont peu accessibles aux résidents ruraux. Dans un système où l'installation est libre et où l'ARS ne se sent pas en charge de la médecine de ville, cette question ne peut pas être traitée. Les conférences territoriales de santé pourraient contribuer à résoudre ce problème. Plus largement, elles pourraient assurer une planification souple des personnels de santé

qui tiennent compte des réalités géographiques et des distances à parcourir pour accéder à un praticien. Le développement de maisons de santé est une partie de la solution. Elles permettent le regroupement de praticiens et d'équipements et d'offrir une permanence de consultation et de soins, y compris de temps partiel de spécialistes.

On peut alors réfléchir à ce que peut-être un territoire de santé, à l'articulation entre l'appréhension de besoins communs de santé et de l'offre de soins. L'offre existante constitue à l'évidence une contrainte forte, mais elle est aussi évolutive. Aux groupements hospitaliers de territoire, l'objectif serait de substituer **des groupements territoriaux de santé** qui regrouperaient des établissements hospitaliers, la médecine de ville et le médico-social. En fonction de la densité de population des zones desservies et des caractéristiques des territoires, un territoire de santé pourra regrouper des bassins de population plus ou moins larges, qui à l'exception des grandes métropoles embrasseraient à la fois milieu urbain, périphérie et milieu rural. L'enjeu est évidemment d'éviter que les centres urbains captent une trop grande partie de l'offre de soins aussi bien hospitalière que de ville et donc de redimensionner l'offre urbaine en fonction de l'offre non urbaine du territoire.

Agir et redonner du sens pour un système de protection sociale durable, protecteur de tous, soutenable et compréhensible

Eric Chenut⁶⁴

Composante de l'économie collective, le mouvement mutualiste joue un rôle historique, social et économique majeur en matière de santé et de protection sociale. Alors que des transitions de grandes ampleurs sont à l'œuvre dans notre société, c'est avant tout l'édifice d'ensemble de la protection sociale, son sens, les conditions de sa pérennité, qu'il convient d'interroger.

A l'issue de la seconde guerre mondiale, le compromis des « jours heureux » a été fondé sur la nécessité de reconstruire le pays et sur la volonté commune, après l'horreur et la négation de notre commune humanité, de retisser une unité nationale. Dans ce contexte, la Sécurité sociale avait pour ambition de permettre à chacun de vivre sans craindre la misère en cas de survenance d'un accident de la vie ou d'une pathologie. A l'origine, son fondement est celui de la réparation, et son essence est curative.

Sans réel débat démocratique, la protection sociale a évolué, dans son essence, sa gouvernance et son financement. Avec le temps, la Sécurité sociale, et plus particulièrement l'assurance maladie, s'est modifiée pour servir un certain nombre de prestations sociales et solvabiliser l'accès aux soins. La couverture de la maladie s'est transformée en permettant l'accès à un bien-être, voire à un mieux-être.

Dans le cadre du débat public, le partage de la valeur entre capital et travail n'a plus été suffisamment réinterrogé. Et cela alors que, progressivement, le système de protection sociale s'est vu contraint d'assumer les externalités négatives du néolibéralisme tandis que l'on en tarissait le financement. Avec ce hiatus conceptuel et économique, la Sécurité sociale s'est vue dépossédée de la possibilité de répondre à sa promesse originelle selon laquelle « chacun contribue selon ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins ». Peu à peu, l'assurance maladie, par exemple, s'est concentrée sous la pression financière sur l'hospitalisation et les affections de longue durée. Elle s'est désengagée de la couverture des risques les plus courants, altérant ainsi la confiance dans l'idée qu'elle constituait une passerelle solide pour l'accès effectif aux soins.

⁶⁴ Elu en octobre 2021 président de la Mutualité Française, Eric Chenut est attaché d'administration de l'Etat. Administrateur du groupe MGEN depuis 2003, il en est Vice-président délégué de 2017 à 2021 en charge des politiques de santé, de prévention, de recherche puis des évolutions du modèle économique. Administrateur du groupe VYV depuis 2017, il est président de la Fondation d'entreprise pour la santé publique (MGEN) et membre du Conseil de surveillance de la Fondation de l'Avenir.

Les transitions écologique, démographique et numérique auxquelles notre pays fait face nous confrontent à des choix inédits. Il nous faut repenser et refonder un large compromis pour redonner du sens à la protection sociale (1), réinstaurer de la confiance (2) et responsabiliser l'ensemble des protagonistes (3) pour un système protecteur, soutenable et compréhensible.

1. Redonner du sens à la protection sociale

Avant toute chose, il faut réinterroger le sens même de la protection sociale. Pour que la citoyenneté sociale ne soit pas subie mais relève d'une contribution volontaire, assumée et souhaitée, il est nécessaire que chaque personne comprenne pourquoi, en quoi et pour qui elle contribue. Chacun doit intégrer le fonctionnement des solidarités.

La protection sociale représentant près du tiers du PIB, il est crucial pour la démocratie que nos concitoyens en appréhendent le périmètre, qu'ils en partagent les choix et orientations. Ils doivent avoir la conviction qu'en y contribuant aujourd'hui, ils pourront en bénéficier demain si le besoin se fait sentir. Pour cela, il faut réinscrire la protection sociale dans le temps long, rendre les protections sociales durables, leur donner une orientation socialement juste, démocratiquement débattue et intelligible pour tous.

La protection sociale, dont le socle est la Sécurité sociale, complétée par l'action publique et celle des assurances complémentaires⁶⁵, au premier rang desquelles les mutuelles, n'a plus aujourd'hui vocation à contribuer à la reconstruction du pays. Elle doit désormais permettre l'émancipation individuelle et collective. Chacun doit pouvoir poursuivre son projet de vie, en dépit d'éventuels accidents de la vie, pathologies, handicaps ou situations de dépendance. Cela suppose que la protection sociale inscrive son action dans la durée, qu'elle investisse puissamment dans la prévention pour éviter la survenance d'un certain nombre de risques, ce qui constitue le meilleur moyen d'accroître la qualité de vie de chacun en réduisant les inégalités en santé.

La lutte contre les inégalités en santé

La lutte contre les inégalités en santé est un impératif de cohésion sociale. Le capital génétique est un facteur minoritaire dans les déterminants de santé. Les prédispositions à être en bonne santé ou à subir certaines pathologies sont largement conditionnées par l'environnement au sens écologique du terme, des études l'ont désormais démontré. La santé dépend aussi de dimensions socio-comportementales. Les conditions de travail, les capacités économiques du ménage, son logement, vont en effet être décisifs. Dans cette perspective, le socle éducatif et le bien-être induit par le rapport à la culture jouent aussi un rôle important.

Il est communément admis que 80% des déterminants de santé ne dépendent pas directement du système de santé lui-même, les politiques publiques, initiées par l'Etat, les collectivités territoriales, ou au travers de l'action collective ont un effet probant, avec d'autres facteurs. Nous gagnerions à ce que des objectifs de santé publique

⁶⁵ La protection sociale complémentaire apporte une couverture additionnelle à la prise en charge par le régime général de la Sécurité sociale

puissent être largement débattus, pour qu'ils puissent structurer de manière cohérente les politiques publiques et la protection sociale, et que l'efficacité de l'action publique puisse être mesurée à l'aune de ces objectifs.

La première des inégalités aujourd'hui, devant les inégalités de patrimoine et de revenus, concerne l'espérance de vie. L'écart entre les catégories socio-professionnelles, entre les ouvriers et les cadres supérieurs, est anormalement élevée dans notre pays. Cela aboutit, compte tenu du temps passé en retraite, à l'anomalie et à la profonde injustice d'ouvriers contribuant à la retraite des cadres.

Les écarts d'espérance de vie sans incapacité, conditionnant la période de retraite durant laquelle il est possible de profiter de la vie sereinement, de mener son projet de vie sans incapacité fonctionnelle, sensorielle ou intellectuelle, sont tout aussi importants entre catégories socio-professionnelles. Au-delà du préjudice humain, ces écarts ont un coût économique et social considérable. Or, cette situation n'est en rien inéluctable. D'autres pays de l'OCDE ont des résultats bien meilleurs que le nôtre en la matière. Si notre espérance de vie à la naissance est bonne, 79 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes, grâce à un système de santé performant, une excellence clinique, notre espérance de vie sans incapacité est très moyenne. Elle nous place au 11^{ème} rang de l'OCDE avec 63 ans pour les hommes et 64,5 ans pour les femmes, ce qui implique une période d'incapacité moyenne de respectivement 16 et 21 ans. Des pays comme le Japon connaissaient en 2019 une espérance de vie sans incapacité de 70 ans pour les hommes et 71 ans pour les femmes, et se sont donnés pour objectif, en mobilisant tous les acteurs pouvant avoir un impact sur la santé - populations, employeurs, collectivités, innovateurs -, d'atteindre un âge sans incapacité moyen de 75 ans d'ici 2030. La transition démographique qui est devant nous nous impose de fixer de tels objectifs.

Nous devrions également adapter les politiques de transports pour que les personnes âgées puissent continuer de sortir de chez elles, qu'elles entretiennent leur mobilité. Cela suppose que l'aménagement urbain tienne compte du vieillissement en réimplantant des bancs publics permettant à la personne ayant une difficulté de déambulation de pouvoir faire des pauses lors de ses sorties. Cela suppose également que cet aménagement intègre la difficulté de la personne âgée à lever la jambe pour monter un trottoir, que l'on anticipe le fait qu'elle va mettre plus de temps pour traverser une rue en adaptant la temporisation des feux de signalisation...

Ce sont tous ces détails qui doivent être pris en compte pour encourager la personne âgée à rester en activité, l'inciter à se réemparer de l'espace public. Dans certains quartiers de Tokyo, des dizaines de personnes âgées se promènent avec leurs déambulateurs. Il nous faudra adapter l'espace public pour rendre possible cela en France. Outre l'enjeu sociologique qu'il y a à « désinvisibiliser » l'avancée en âge, cela induira une prise de conscience collective sur la nécessité d'anticiper sur cette évolution inéluctable. Cela permettra de partager l'importance qu'il y a à investir dans la prévention de la perte d'autonomie, le repérage précoce des vulnérabilités et l'aide aux aidants. Une prévention qui devra être accompagnée par une solvabilisation de la dépendance elle-même, au travers du financement du cinquième risque de la Sécurité sociale et par la structuration d'une large mutualisation, avec l'inclusion d'une couverture dépendance couplée à la complémentaire santé pour en minimiser le coût individuel.

La transition démographique suppose également que nous anticipions les tensions intergénérationnelles en prenant des dispositions pour faciliter l'émancipation individuelle et collective de la jeunesse. Les plus de 65 ans vont être de plus en plus nombreux et mobiliser des ressources socialisées importantes. Si nous n'orientons pas les attentions de la société pour montrer à la jeunesse la confiance qu'elle place en eux, pour assumer les relais de solidarités, il sera plus difficile de leur faire accepter la répartition intergénérationnelle dans le financement des solidarités.

L'espérance de vie s'allongeant, il faut également réinterroger la transmission du patrimoine qui survient à un âge où cet héritage emporte moins d'intérêts en termes de dynamique économique, l'achat du domicile ayant déjà été réalisé par exemple. Il faut que nous acceptions soit que ce patrimoine soit transmis aux petits enfants pour faciliter la circulation des actifs, soit que les droits de mutation soient plus importants pour financer les dispositifs de solidarités et de protection sociale. Il est en effet singulier de constater que les inégalités de patrimoines sont bien plus importantes que les inégalités de revenus dans notre pays. Qui plus est, le caractère endogamique des unions conjugales implique que les héritiers bien nés se marient plutôt entre eux et donc concentrent le patrimoine. Aujourd'hui, 60% du patrimoine provient de l'héritage, c'était la moitié dans les années 1980 et ce sera 80% dans vingt ans. Si l'on veut activer certains leviers de redistribution et lutter contre les effets de rente, il est nécessaire de documenter cette question, sauf à réinterroger le caractère universel de la sécurité sociale, ce qui serait délétère quant à l'ambition de cohésion sociale de notre « sécu ».

Réaffirmer le caractère universel de la sécurité sociale

La protection sociale doit être universelle pour être acceptée. Il est essentiel de le rappeler à l'heure où se développent des replis identitaires, voire communautaires. Il est illusoire d'imaginer que l'ensemble de la population se perçoit comme solidaire de tous. Cette valeur humaniste, solidariste, n'est pas unanimement, ni même probablement majoritairement, partagée. C'est pourquoi le socle de solidarités est obligatoire. Cette obligation permet une large socialisation, avec la mobilisation de différentes assiettes de financement, reposant sur les cotisations sociales comme sur les contributions fiscales, et associant tous les revenus, toutes les richesses.

Pourtant, la solidarité ne peut et ne doit pas être incarnée seulement par l'obligation. Il est fondamental d'entretenir l'adhésion à l'entraide et la solidarité, par l'engagement, par la prise de conscience. La perception de la contrainte derrière l'obligation solidaire encourage le consumérisme, renforce l'opinion que la contribution sociale donne accès à un droit de tirage en matière de prestations. Cela donne du crédit aux contempteurs de la solidarité, y compris par le champ lexical notamment lorsque les cotisations ou contributions sociales sont qualifiées de « charges ».

Il est regrettable qu'aujourd'hui cette doxa néolibérale soit parvenue à faire accepter, voire revendiquer, par une partie de l'opinion les exonérations de cotisations sociales sur les salaires les plus bas, alors même que ces cotisations sont des revenus de transferts, finançant la protection de tous. Ces exonérations réduisent le nombre de cotisants sur lesquels pèse le financement de la protection sociale, entretenant l'idée de « charges » et donc la nécessité de revendiquer des exonérations alors même que c'est l'enclenchement de celles-ci qui a généré le problème.

Pour que la protection sociale soit universelle, il est normal que chacun y contribue, à proportion de ses revenus. D'autant qu'en réalité, compte tenu de la sophistication des financements par le recours à la TVA, aux contributions directes et indirectes, tout le monde acquitte une quote-part. Cependant, certains ne le perçoivent plus, car il n'y a plus de liens logiques, cohérents, compréhensibles... Il est nécessaire de retisser du lien entre le citoyen et sa protection sociale, de donner de la visibilité à la citoyenneté sociale.

Personnaliser la prévention et l'accompagnement

La personnalisation des accompagnements et de la prévention doit pouvoir être assurée par les complémentaires. Les mutuelles⁶⁶, du fait des liens qu'elles entretiennent avec les personnes qu'elles protègent, peuvent proposer, dans une relation servicielle, au-delà du versement des prestations, une expérience adhérent fondée sur la confiance. Ces services peuvent se mettre en place dans un cadre sécurisé quant à l'utilisation des datas, en dehors de tous liens mercantiles, puisque dans le Code de la Mutualité la sélection des risques est interdite. Au-delà de cette disposition du code, la sélection est par ailleurs contraire à l'éthique et à l'ADN mutualiste. La déontologie des mutuelles permet de garantir que les gains d'efficience que pourrait apporter le recours au numérique en santé, par la bonne utilisation des datas, de l'intelligence artificielle en santé, seront mutualisés et permettront d'être redéployés pour l'intérêt général, soit par une minoration d'impact sur les cotisations, soit en investissements collectifs supplémentaires sur plus de prévention et/ou d'accompagnement, engageant un cercle vertueux en termes de dépenses de santé.

A l'heure du développement du numérique en santé, l'utilisation des datas doit être guidée par les finalités, le sens, de la protection sociale. Ces datas étant des données de santé, elles doivent être appréhendées avec prudence et rigueur. Pour autant, au-delà des enjeux et des opportunités en termes de progrès, d'innovation, avec l'orientation vers le bon soin au bon moment, avec l'évitement des soins redondants, il faut également mesurer les dangers en termes d'individualisation et de sélection des risques. Cette sélection pourrait être assumée par certains opérateurs, en dehors de toutes règles éthiques. Elle pourrait aussi être conduite par les modes de passation de contrats, le démarchage de la clientèle, le ciblage des campagnes marketing.

⁶⁶ La Mutualité Française fédère la quasi-totalité des mutuelles en France. Elle représente 488 mutuelles dans toute leur diversité : des complémentaires santé qui remboursent les dépenses des patients, des mutuelles couvrant les risques de prévoyance et de retraite mais aussi des établissements hospitaliers, des services dédiés à la petite enfance et des crèches, des centres dentaires, des centres spécialisés en audition et optique, des structures et services tournés vers les personnes en situation de handicap ou les personnes âgées.

Les mutuelles interviennent comme premier financeur des dépenses de santé après la Sécurité sociale. Avec leurs 2 800 services de soins et d'accompagnement, elles jouent un rôle majeur pour l'accès aux soins, dans les territoires, à un tarif maîtrisé. Elles sont aussi le 1er acteur privé de prévention santé avec plus de 8 100 actions déployées chaque année dans toutes les régions.

Plus d'un Français sur deux est protégé par une mutuelle, soit 35 millions de personnes.

Les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif : elles ne versent pas de dividendes et l'intégralité de leurs bénéfices est investie en faveur de leurs adhérents. Régies par le code de la Mutualité, elles ne pratiquent pas la sélection des risques.

Présidées par des militants mutualistes élus, les mutuelles représentent également un mouvement social et démocratique, engagé en faveur de l'accès aux soins du plus grand nombre

Il faut cependant aussi mesurer le risque à ne pas utiliser les données de santé, en termes de soutenabilité du système, alors même qu'actuellement il faut rationner certains accès aux soins faute d'offre, que certains soins sont redondants et que, pour d'autres, il y a une perte de chances pour celles et ceux ne bénéficiant pas du bon soin au bon moment. Que dire par exemple aujourd'hui des 620 000 assurés sociaux porteurs d'une pathologie chronique, reconnus en affection longue durée (ALD) et ne bénéficiant pas de médecins traitants ?

Les exemples sont malheureusement nombreux tant les déserts médicaux s'étendent, tant l'accès effectif aux soins est altéré, et que les délais pour accéder à certaines spécialités s'allongent. Sortir de cette situation suppose que l'on ait recours à toutes les technologies pour garantir à tous l'accès à l'expertise, au diagnostic clinique de qualité, avec un praticien en proximité ou pas, en organisant les médiations de confiance indispensables à la préservation d'une médecine humaine.

L'universalisme de la protection sociale est un prérequis pour garantir la cohésion sociale, rappeler à chacun que le bonheur tient davantage dans le fait d'être bien ensemble, d'être en pleine santé, plutôt que d'avoir, d'avoir plus qu'hier, plus que les autres. Le progrès se mesure par davantage de liens plutôt que par plus de biens. Ce changement de paradigme est un préalable si l'on veut réinterroger le sens de ce qui fait société. A l'heure où certains voudraient nous faire croire que l'on est davantage par ce qui nous ressemble, nous devons rappeler que l'on est fort par ce qui nous rassemble.

Puissance redistributrice créant du lien, la protection sociale génère également de nombreux phantasmes de prédation, de fraudes. Il convient de les objectiver et de lutter contre tout ce qui peut altérer la confiance indispensable dans la pérennité de l'existence des protections sociales.

2. Réinstaurer de la confiance dans des protections sociales durables

Pour que les protections sociales puissent constituer un horizon d'engagements mutuels entre la société et l'individu, permettant à chacun de se projeter dans l'avenir avec la capacité de prendre des risques mesurés pour soi et pour les autres, il faut que les protections sociales puissent s'inscrire de manière pérenne, qu'elles soient perçues comme robustes.

La société a besoin de personnes prenant des risques, qui osent, innovent. Une société qui s'abrite derrière le principe de précaution pour tous est une société qui dépérit. Comme aime à le rappeler Edgar Morin « tout ce qui ne se régénère pas, dégénère ». Il convient donc que, collectivement, nous appréhendions cette capacité à prendre des risques, sans se départir de toute prudence. Cela appelle à se faire suffisamment confiance pour accepter que certains prennent des risques dont les bénéfices pourront être utiles à tous. Cela suppose que certains risques soient assurés et assumés collectivement. D'où l'importance de la compréhension des protections mises en œuvre dont dépend leur acceptabilité.

Conforter la confiance dans la robustesse de la protection sociale

La confiance est un prérequis fondamental de l'acceptation à la contribution aux protections sociales. Si je n'ai pas confiance dans la robustesse de la protection sociale pourquoi accepterais-je de financer celle-ci aujourd'hui au bénéfice d'autres ? Je pourrais craindre en effet qu'elle disparaisse où se restreigne. Pour faire accepter la soutenabilité des protections sociales dans l'avenir, les approches comptables sont à cet égard délétères. Il faut au contraire créer les dynamiques pour en garantir le périmètre, et même se donner des perspectives pour conquérir de nouveaux droits.

Or c'est exactement l'inverse qui a été fait ces 30 dernières années.

En apparence, on peut avoir l'impression que la dépense de la sécurité sociale en santé est identique, que le rôle des complémentaires et le reste à charge des ménages n'ont guère évolué. En 20 ans, les dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie et l'Etat sont passées de 77% à 79%. Les complémentaires mutualisaient 12% des dépenses, elles en solvabilisent désormais 13%. Le reste à charge des ménages a connu une baisse modérée. Cependant, dans le même temps, les dépenses de santé ont quasiment doublé, alors que les salaires ont augmenté de seulement 32% et que l'inflation a progressé dans la même proportion. Une fois déduites les dépenses contraintes assumées par les ménages, sachant que celles-ci ont augmenté du fait du poids croissant du logement, le coût de la santé est plus élevé en euro, l'effort consenti est plus lourd. Et cela alors même que l'assurance maladie obligatoire ne rembourse plus qu'un euro sur deux de soins courants... Pour ceux qui sont en bonne santé, la perception de la performance du système s'est altérée.

De la même manière, pour les retraites, l'effort consenti est plus important pour les actifs cotisants. Par rapport au nombre de retraités, le nombre d'actifs est proportionnellement plus faible aujourd'hui qu'il y a 20 ou 30 ans. Et après la cessation de leur activité professionnelle, ces retraités vivent plus longtemps qu'avant. Là encore, pour ceux qui assurent la répartition, la perception est péjorative.

Quand le système est fondé, comme le nôtre, sur la répartition, la pérennité, l'équilibre des comptes sociaux, est importante pour créer les conditions de la confiance et de l'adhésion à la contribution. A cet égard, le mécanisme envisagé dans le régime de retraite universel par points n'était pas de nature à rassurer dans la mesure où il a été compris que la valeur du point pourrait baisser si le régime était en déficit. Même si des garanties ont été apportées ensuite, le mal était fait.

Il est important de fixer des trajectoires longues, de donner de la visibilité, de sortir des choix gouvernementaux la gestion et les orientations en matière de protection sociale. Il faut les inscrire dans la durée pour permettre aux acteurs économiques de se projeter et d'avoir un horizon stable.

Pour parvenir à cette situation de confiance, il faudrait passer d'une loi annuelle de financement de la sécurité sociale à une loi pluriannuelle permettant d'en fixer les grandes lignes sur le quinquennat. Cela permettrait aux acteurs de s'inscrire dans le moyen terme pour engager les réformes, une évaluation annuelle permettant des ajustements. Il faudrait que les conditions d'adoption de ce texte aient pour objectif d'aller rechercher une majorité renforcée, ce qui impliquerait l'établissement d'un consensus et éviterait les effets de balanciers lors des changements de majorités.

Si on part du principe que la protection sociale est le socle de la République en termes de cohésion sociale, en termes de promesse émancipatrice de notre régime démocratique, cela suppose que dans son essence la protection sociale s'établisse sur de larges compromis comme ce fut le cas à son élaboration, en dépassant intérêts immédiats, court-termisme et instantanéité du temps politique.

On peut d'ailleurs s'interroger si le fait d'être passé à la mécanique du PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale) est réellement un gain démocratique, ou si cela n'a pas au contraire renforcé la technocratisation de sa gestion ? En effet, précédemment, la gestion de la Sécurité sociale était débattue dans les conseils des caisses. Des centaines de personnes sur tout le territoire y réfléchissaient, en débattaient. Ne devrait-on pas trouver une meilleure articulation entre la représentation nationale et les partenaires sociaux, les corps intermédiaires, si l'on veut réinstaurer une conscience assumée en termes de citoyenneté sociale ?

Rétablir les équilibres durables de la protection sociale

C'est parce que la Sécurité sociale sera gérée à l'équilibre, qu'elle sera en capacité d'innover et de financer les innovations à venir, de garantir l'accès aux techniques utiles pour ceux et celles qui en ont besoin, qu'elle confortera son utilité. C'est parce que la Sécurité sociale sera à l'équilibre qu'elle ne sera pas contrainte à des arbitrages de rationnement mais qu'au contraire elle prendra des décisions en fonction des besoins et de perspectives d'efficience. C'est parce que la Sécurité sociale sera à l'équilibre, que l'on pourra nourrir le débat public, la démocratie en santé, de choix, de priorités, en matière de santé publique, pour faire reculer les inégalités.

La protection sociale est assise aujourd'hui sur des financements qui dépendent largement de nos modes de production et de consommation. Si la transition écologique, indispensable pour endiguer le réchauffement climatique, est engagée aussi puissamment que nécessaire, il faut anticiper les impacts que cela pourrait avoir sur le financement de la protection sociale solidaire. Sur cet aspect aussi il faut de la visibilité, pour pouvoir faire de la pédagogie, pour pouvoir anticiper les évolutions, et permettre à chacun de se projeter.

Investir sur la prévention pour garantir la soutenabilité de la protection sociale

Une politique préventive massive engendrera avant tout un coût mais celui-ci est utile pour que chacun puisse conforter son espérance de vie en bonne santé, le plus longtemps possible. Avant que cet investissement ne produise ses fruits en termes systémiques, en réduisant la mobilisation sur le système de santé, cela nécessitera une période d'ajustement qui durera quelques années, mais plus on attend plus les coûts humains, économiques et sociaux seront lourds.

Il faut que cela soit assumable, financièrement et humainement, notamment en termes de démographie médicale et soignante. La démographie médicale va conduire à une rétractation du temps médical jusqu'à la fin de la décennie. On retrouvera le nombre de médecins de 2020 en 2035, le pic bas se situant vers 2028 du fait des départs en retraite annoncés. Cependant, pour être totalement précis, il faudrait raisonner en temps médical disponible et non en ETP de médecins. Le salariat augmentant, le temps médical disponible mettra encore plus de temps à être retrouvé.

Il faut donc anticiper durablement une raréfaction du temps médical en le concentrant là où il produit le plus de plus-value, là où l'expertise médicale est indispensable. Il faut favoriser l'exercice regroupé entre médecins et paramédicaux, faciliter la délégation de tâches et le transfert de compétences. Il faut encourager la télémédecine et la téléconsultation sans déshumaniser la médecine, en garantissant le diagnostic clinique expert quand il est requis, partout, pour tous. Cela suppose de revaloriser certains actes médicaux. Il faut accompagner la montée en compétences des paramédicaux, ce qui supposera des moyens de formation initiale et continue supplémentaires pour les personnels médicaux et soignants. Cet investissement humain et économique sera indispensable pour « dé-hospitalocentrer » notre système, en confortant la médecine de ville, en « dé-médicocentrant » notre prise en charge, en organisant autour du médecin traitant une coordination anglée sur le soin, l'éducation thérapeutique, la prévention, et en instaurant une culture de la santé publique.

Cela suppose dans le même temps de repenser la permanence des soins à l'échelle territoriale en mobilisant tous les segments de la chaîne de soins, médecins et paramédicaux, pour éviter le recours aux urgences hospitalières. En effet, cet usage excessif, coûteux, fait prendre des risques en ne concentrant pas les moyens sur ce qui relève vraiment de l'urgence.

Ainsi, au-delà des équilibres durables indispensables à la confiance des assurés sociaux, nous réinstaureront du sens et des perspectives aux métiers du soin. Nous conforterons aussi son attractivité, ce qui est indispensable pour négocier au mieux les transitions démographiques et numériques.

3. Responsabiliser les acteurs et leur permettre de s'engager

La solidarité est consubstantielle de la responsabilisation des acteurs. Il n'est pas possible d'envisager de manière pérenne un système socialisé et mutualisé sans responsabilisation individuelle et collective.

Outre le sens indispensable à sa pleine compréhension, la responsabilité suppose de savoir ce qui est attendu de soi. Pouvoir disposer de manière objective et transparente d'éléments d'évaluation du fonctionnement de la protection sociale est également nécessaire, comme l'est la possibilité d'en redéfinir les orientations si besoin.

Conforter la démocratie en santé

La responsabilisation dépend intimement de la question du sens. Il faut des débats réguliers quant aux priorités de santé publique, avec enjeux populationnels déterminés. Ces débats doivent faire une place à des évaluations transparentes et partagées de l'atteinte des objectifs. L'éducation, notamment aux questions scientifiques et médicales, est également une dimension importante qui doit être favorisée pour dépasser certaines postures de défiance préjudiciables à l'intérêt général.

La gouvernance de la protection sociale suppose des compétences techniques et gestionnaires en termes de gestion du risque, de compréhension des enjeux démographiques, sanitaires, numériques, sociologiques, psychologiques, tout autant que de la bonne organisation du système de santé. Mais avant tout il s'agit de choix

politiques au sens littéral du terme : Quelle société voulons-nous ? Souhaitons-nous une société apaisée où l'on partage une haute idée de l'être humain, de la capacité individuelle et collective à s'émanciper ? Accorde-t-on une place privilégiée à la liberté de choix, à l'égalité des droits, à une forme assumée de fraternité et de sororité républicaine ? Ou bien préfère-t-on un système où chacun assure et assume ses propres risques, où la communauté nationale ne garantit que les fonctions régaliennes de l'Etat, que l'application de la loi ?

En France, le choix ancré dans notre culture est une République démocratique, laïque et sociale. Nous sommes attachés à cette Sécurité sociale ; ce serait une rupture identitaire forte que d'y renoncer, et probablement une source de tensions importantes. D'ailleurs, même si l'opinion est conditionnée à penser que les charges sociales pèsent trop lourdement sur l'économie, les sondages indiquent que les Français préfèrent majoritairement une hausse de prélèvements obligatoires à une minoration des prestations.

Pour autant, il faut en responsabilité permettre de réarbitrer certaines dépenses. Si des médicaments sont jugés, du fait de la connaissance scientifique, comme insuffisamment performants, il faut accepter de ne plus les rembourser. Si certaines thérapies pouvant apporter du bien-être, ne sont pas thérapeutiquement prouvées il doit être possible collectivement de débattre de leur solvabilisation.

Doit être pris en charge par la solidarité nationale ce qui relève de l'intérêt thérapeutique, ce qui est utile et prouvé. Il faut des critères objectifs sinon il sera difficile de ne pas additionner des prises en charge aux prises en charge.

Il est étonnant que dans notre pays, un patient, lorsqu'il sort du cabinet de son médecin, ait dans 90% des cas des médicaments sur son ordonnance alors qu'en Allemagne, ce taux n'est que de 72% et que dans des pays comme le Danemark, il se situe en dessous de 50%. Cela témoigne d'une appétence à la molécule, d'une croyance que le médicament peut tout, là où les conseils et l'éducation thérapeutique pourraient aussi utilement remplacer certaines médications chimiques.

Prescrire de l'activité physique et sportive dans certains cas peut être plus efficace que la prescription de statines. Pour que ces changements culturels soient possibles cela suppose que les gens participent à la fixation des grandes orientations, que l'on débattre dans la transparence des objectifs, de la fixation des priorités, que l'on partage les évaluations. Ce ne doivent pas être des débats de techniciens et d'experts mais, au contraire, des choix démocratiques.

Il faut donc conforter la démocratie en santé pour faciliter l'expression de la citoyenneté sociale et permettre l'évolution progressive de la culture de santé publique.

Compte tenu de notre attachement ontologique à l'égalité, si l'on veut pouvoir engager plus d'expérimentations, mettre en œuvre des adaptations territoriales de l'organisation du système de santé et des priorités de santé publique, il faut que les choix puissent être débattus en transparence.

Ainsi les assurés sociaux, traités en adultes responsables, pourront délibérer et orienter l'affectation des moyens, en partageant les objectifs. Ils pourront mieux en devenir acteurs et comprendre le pourquoi des priorités.

Faire confiance aux acteurs

Redonner de la confiance dans le système c'est aussi faire confiance aux acteurs.

Dès lors que les grandes orientations sont fixées après débats, après avoir été suffisamment éclairées, il faut miser sur l'intelligence collective pour garantir une mise en œuvre homogène, associant tous les acteurs, mobilisant toutes les politiques publiques. C'est la condition pour gagner en efficacité car tous les déterminants de santé seront orientés vers l'atteinte de l'objectif, celui de garantir au plus grand nombre un complet bien-être physique, psychique, social et environnemental, pour le dire autrement pour garantir la « pleine santé » telle que la définit Eloi Laurent⁶⁷.

Si l'on veut favoriser l'innovation, encourager l'expérimentation, il faut miser sur la soft law, le soft power. Il est illusoire d'imaginer que dans une société aussi complexe que la nôtre l'on puisse tout définir par la loi.

Regardons ce qui s'est passé sur le champ de la complémentaire santé ces dix dernières années.

Suite aux désengagements progressifs de l'assurance maladie, plutôt que de se réinterroger sur le périmètre de l'assurance maladie obligatoire, les gouvernements successifs n'ont eu de cesse de réglementer celui des complémentaires car l'accès économique aux soins était conditionné à la souscription à une complémentaire.

Dans un premier temps, le contrat responsable et solidaire a défini un panier de prestations, qui d'année en année c'est de plus en plus précisé. Puis la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés a été mise en œuvre. Elle va désormais s'étendre aux fonctionnaires, via des contrats groupes, déconstruisant les mécanismes historiques intergénérationnels.

Ne parvenant plus à faire face à l'augmentation du coût de l'hôpital, notamment du fait d'un recours accru aux urgences faute de permanences de soins en ville, dépassée par l'explosion du nombre de personnes en ALD, l'assurance maladie obligatoire se désengage des soins courants. Et cela alors même qu'il aurait fallu investir davantage dans la prévention, dans l'éducation thérapeutique du patient, dans le numérique en santé. Rien de tout cela n'a été fait faute de vision de long terme, faute de continuité et de coordination dans les politiques publiques, faute d'évaluation.

La pénalisation comptable a été opposée aux praticiens, aux professionnels de santé, aux patients, générant désaffection et défiance, tout en ne jugulant pas les dérives mercantiles. En optique notamment, les campagnes marketing de certains équipementiers ont conduit un bien médical à être appréhendé comme un ustensile de mode, comme un bien de consommation périssable. En investissant sur leur formation initiale et continue, en leur confiant la mise en œuvre d'objectifs de santé publique, en accompagnant les transitions, il faut au contraire donner aux professionnels de santé la possibilité de mettre en œuvre la bonne organisation à l'échelle des territoires.

⁶⁷ Eloi LAURENT - économiste français, chercheur à l'Observatoire français des conjonctures économiques

Il faut rendre compte à l'opinion et aux relais d'opinion de ce à quoi on est parvenu, pour engager les correctifs nécessaires et progressivement parvenir à des changements de culture. Il faut inscrire assurés sociaux, professionnels de santé et décideurs publics dans un partage de rôle précis, où chacun respecte l'autre, où personne n'est infantilisée, où tous peuvent jouer leur rôle en pleine responsabilité.

On renouera alors avec un cercle vertueux de confiance où solidarité et responsabilité se répondront sans anathème, ni procès d'intentions, simplement parce que tous les acteurs sont garants et comptables de l'intérêt général.

Il convient pour cela de faire confiance. Le contrôle a priori coûte aujourd'hui très cher dans sa mise en œuvre, sans jamais être une garantie de protection contre les fraudes. Dans notre système, les contrôles a posteriori sont faibles, certains malheureusement estiment que frauder est un risque assumable. Il vaudrait bien mieux éviter de décourager ceux qui ont vraiment besoin de solliciter des prestations sociales et contrôler, sanctionner durement ceux qui fraudent.

Cela serait plus efficient et permettrait de consacrer davantage de moyens à l'accompagnement, au « aller vers... », pour faire reculer l'évitement ou le renoncement aux soins. Ces renoncements aboutissent à une forme de relégation sociale, certaines personnes ne faisant même plus les démarches, nourrissant le ressentiment social.

La protection sociale retrouvant son sens, celui de l'émancipation individuelle et collective,

La protection sociale retrouvant son essence démocratique dans la définition de son périmètre et ses orientations stratégiques,

La protection sociale retrouvant sa robustesse dans l'allocation des ressources nécessaires à ses objectifs démocratiquement déterminés,

La protection sociale étant justement financée, la répartition de l'effort ayant été débattue dans le cadre d'une citoyenneté sociale repensée,

Alors la confiance permettra la responsabilisation des acteurs et leur plein engagement pour atteindre collectivement les objectifs communs.

C'est à l'aune de ce chemin exigeant où l'universalisme de la protection sociale garantit la liberté individuelle dans un cadre collectivement déterminé que reprendra place une acceptation pleine et entière des protections sociales durables.

Santé populationnelle : vers une réhabilitation de la médecine sociale ?

Nicolas Duvoux⁶⁸, Nadège Vezinat⁶⁹

Avec l'accroissement des inégalités de santé liées à la pandémie, la démonstration que la santé publique n'était encore pas en ordre de marche a été faite. La COVID 19 a cependant permis de réactiver l'idée d'une médecine sociale qui trouve une actualité dans le contexte de paupérisation et d'intensification des dynamiques ségrégatives sur les différents territoires. Les [effets cumulatifs des fractures, numérique et vaccinale](#), particulièrement visibles à l'échelle de l'Île-de-France, avivent la nécessité de raisonner non plus au seul niveau individuel du patient mais à celui, collectif, de la population. En mettant en lien une médecine populationnelle avec des politiques sociales, n'est-ce pas à une réhabilitation de la médecine sociale que nous assistons ?

L'émergence de la médecine sociale au XIX^{ème} siècle

Le développement de la médecine sociale a mis en rapport les conditions de vie avec l'état sanitaire des populations : en considérant le milieu et l'environnement d'une part, en se penchant sur les conditions sociales d'une population d'autre part. La médecine sociale a une histoire longue, qui la rattache à des initiatives développées au cours des XVIII^{ème} et surtout XIX^{ème} siècles, au moment où l'urbanisation et l'industrialisation transforment en profondeur la morphologie des sociétés. Pour Michel Foucault, la médecine sociale se structure autour de trois formes, elles-mêmes rattachées à des histoires nationales différenciées qui ont chacune apporté des strates qui se sont sédimentées au fil du temps. La première de ces formes concerne la santé publique en tant que médecine d'État et se traduit, dans un contexte allemand, par la mise en place d'un dispositif centralisé s'appuyant sur les hôpitaux, le contrôle des professionnels de santé et l'intégration de ces derniers dans une organisation médicale répartie sur le territoire par régions : le SROS (schéma régional d'organisation des soins) relève de cette forme.

La deuxième étape du développement de la médecine sociale a lieu en France et concerne la médecine urbaine. Elle vise à lier ingénierie urbaine et hygiénisme au XIX^{ème} siècle, afin de contrôler le développement des microbes, pathologies, épidémies en pensant la ville et la santé ensemble (par le déplacement des abattoirs

⁶⁸ Nicolas Duvoux est professeur de sociologie à l'Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis, chercheur au Cresppa-LabTop et président du Comité scientifique du Cnle. Ses thèmes de recherche portent sur les inégalités, la pauvreté, l'action publique, la philanthropie.

⁶⁹ Nadège Vezinat est professeure de sociologie à l'Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis, chercheuse au Cresppa-Gtm et directrice de l'ANR Trass (Travail, Santé, Social). Ses thèmes de recherche portent sur la santé, les groupes professionnels, le travail et l'emploi.

ou des cimetières en dehors des centres-villes par exemple). Le passage de l'hygiénisme à la médecine sociale consiste à continuer de considérer les enjeux de santé, de sécurité et de salubrité liés au milieu et à l'environnement mais à y intégrer également les conditions sociales d'une population. L'ouverture de centres de vaccination COVID portés par des centres de santé ou des CPTS (communautés professionnelles et territoriales de santé) afin d'organiser sur un territoire un « aller-vers » la population relève de cette deuxième forme. Elle a notamment été portée par des [communes qui ont décidé politiquement d'en assumer le coût](#).⁷⁰

La troisième étape renvoie à l'élaboration, en Angleterre, d'une médecine de la force de travail qui consiste en « un contrôle de la santé et du corps des classes nécessiteuses pour qu'elles soient plus aptes au travail et moins dangereuses pour les classes riches »⁷¹. La médecine du travail est l'héritière de cette dernière forme et considère la santé de tous, et notamment des travailleurs, comme une préoccupation qui concerne la société dans son ensemble.

Une médicalisation de la société : dimensions politiques de cette médecine

En n'oubliant pas que « veiller sur », même de manière bienveillante, c'est aussi « surveiller », il est important de signaler l'ambivalence du développement de la médecine sociale vis-à-vis du libéralisme dans lequel sa naissance et son essor s'inscrivent. Les potentialités subversives de la médecine sociale vis-à-vis du libéralisme donnent en effet à voir comment une critique a pu aboutir à l'émergence d'une médecine ouvrière et d'une médecine du travail en même temps qu'elle comporte une dimension normative forte.

La puissance normative de la médecine conduit à décliner la « santé publique » autour de deux dimensions : la prévention et le développement d'une approche populationnelle. La première, la prévention, s'entend au sens de prophylaxie, c'est-à-dire de processus – actif ou passif – ayant pour but de prévenir l'apparition, la propagation ou l'aggravation d'une maladie, par opposition à la thérapie curative, qui vise à la guérir. La seconde, l'approche populationnelle, induit, pour les professionnels de santé, de se préoccuper non plus seulement de leur (seule) patientèle mais plus largement de la population qui vit sur un territoire donné. Elle implique par conséquent de prendre en charge des gardes médicales (pour assurer une continuité des soins) mais aussi de gérer le risque épidémique de façon collective, de socialiser le financement des soins ou encore de prendre en charge des problèmes de santé au travers de la prise en compte de déterminants sociaux de l'état de santé.

⁷⁰ Martinache I., Vezinat N., 2022, « La santé est-elle l'affaire des municipalités ? », in Duvoux N., Vezinat N., *La santé sociale*, Paris, PUF, p. 43-57.

⁷¹ Foucault M., « La naissance de la médecine sociale », *Dits et écrits*, p.227.

Quand le curatif consiste à soigner ou à proposer une prise en charge, le préventif agit avant que la maladie ne survienne. La crise sanitaire a montré le besoin de penser autrement qu'individuellement la pandémie. Or peu de structures sont en mesure de mettre en œuvre des actions de santé publique préventive et collective. La mise en place de centres de dépistage et/ou de vaccination en urgence a donné à voir quelles organisations étaient aptes à proposer des solutions opérationnelles : parmi les [structures d'exercice coordonné](#), maisons, centres de santé ou CPTS (communautés professionnelles et territoriales de santé) ont joué un rôle qui permet de les réinscrire pleinement dans les formes institutionnalisées de la solidarité.

Réinscrire les *centres de santé* dans les formes institutionnalisées de la solidarité

Il est de plus en plus manifeste qu'une protection sociale dualisée,⁷² essentiellement curative et répercutant sur les plus vulnérables l'essentiel du coût de coordination entre des acteurs qui restent organisés autour d'une logique de silo est porteuse de difficultés. Pour aller contre ce constat, certaines structures ont fondé leurs projets de santé sur la pluri-professionnalité, la coordination et l'accessibilité avec une organisation des soins intégrée et centrée sur la [lutte contre les inégalités sociales](#). Parmi elles, les « *centres de santé* » occupent une place particulière. Véhiculant encore l'image du dispensaire qui propose des consultations charitables pour le malade pauvre au XVII^{ème} siècle, les centres de santé recouvrent des réalités professionnelles et une offre de soins variables. Entre le dispensaire lié à une association caritative, une fondation philanthropique ou une congrégation religieuse, et celui qui émane d'un mouvement ouvrier, la solidarité a peu à peu remplacé la charité et, parmi les permanences qui demeurent encore entre ces structures, les préoccupations médico-sociales peuvent être mises en avant.

Les centres de santé recouvrent une variété d'activités (médicale, dentaire, infirmière) et de formes gestionnaires importantes. Si les formes associatives et municipales sont les plus fréquentes pour les centres à dominante médicale en 2020 (chiffres 2019), l'hétérogénéité des statuts donne à voir une histoire, des valeurs et des pratiques qui peuvent différer d'un endroit à l'autre. Par exemple, l'orientation stratégique pour ces structures consiste à trancher entre une accessibilité réservée aux plus vulnérables ou un accueil offert à une population diverse socialement pour éviter – justement – l'étiquetage lié à la spécialisation sur les populations pauvres. Ce ciblage, porteur de stigmatisation, peut s'apparenter, comme l'assistance en matière sociale, à un renoncement. Pour éviter cet écueil, le développement de dispositifs et de structures qui permettent un accès aux soins sans rompre avec un principe d'universalité, seul à même d'éviter de renforcer une segmentation déjà très avancée de l'offre de santé, apparaît comme une nécessité. Cette solution de continuité entre médecine générale

⁷² L'expression « protection sociale dualisée » signifie qu'il existe une polarisation du système de santé entre un panier de soins minimal constituant un « filet de sécurité » étatisé et un recours individuel aux assurances complémentaires de plus en plus important.

et médecine sociale, entre exercice individuel et pluriprofessionnalité, est la seule en mesure d'assurer une effectivité, dans le contexte actuel, au principe de solidarité qui doit régir l'organisation du système de protection sociale, si celui-ci se veut universel.

Conclusion

Si la crise a permis de démontrer que l'hôpital ne peut agir seul et travailler efficacement sans la médecine de ville, nos recherches, et notamment [le rapport pour l'Institut Jean-François Rey paru récemment sur « Santé, population, territoires »](#) (en écho au cours au Collège de France « Sécurité, territoire, population » de Michel Foucault), rappellent que l'articulation entre les deux, appelée de leurs vœux par les acteurs politiques comme par les professionnels, ne pourra se faire qu'en réinscrivant les structures de soins primaires dans un triptyque (fondé sur la prévention, la territorialisation et la participation) défendant la solidarité.

Le manque d'articulation entre le sanitaire et le social, qui reste un des écueils de la rénovation des formes d'intervention, ouvre un enjeu de professionnalité pour les métiers qui se déclinent autour de l'assistance sociale ou de la médiation en santé mais aussi un enjeu de positionnement pour les structures aptes à s'en saisir. Avec une place du patient de plus en plus questionnée au nom de la « démocratie sanitaire » qui - même si elle relève en partie de la fiction – suscite une nouvelle relation avec les usagers, la médecine sociale réinvente des formes d'action et se conjugue aujourd'hui avec un « aller-vers » le patient.

Si la médecine sociale fut par le passé un des éléments sur lesquels a pu s'appuyer une contestation du libéralisme et de ses effets sociaux, ne peut-elle pas constituer dans le futur une alternative à un système de protection sociale profondément dualisé ? Cette réhabilitation temporaire que la crise a permise amorcera-t-elle une refondation pérenne des soins primaires et de la médecine de ville ? Les fonctionnements coordonnés et collectifs qui ont été mis en avant pendant la pandémie pourront-ils être maintenus, au-delà de l'urgence et de la crise, dans l'intérêt de tous ?⁷³

⁷³ Pour en savoir plus sur ce point, lire : Duvoux N., Vezinat N., 2022, *La santé sociale*, Paris, PUF.

Un programme de prévention du surpoids, de l'obésité infantile, et d'amélioration de la santé dans les territoires⁷⁴

Juliette Weber⁷⁵

1. Contexte : des enjeux de protection inédits

Un consensus d'observateurs et de scientifiques du monde contemporain partage le constat que **notre état de santé futur dépendra de nos modes de vie** (alimentation, sédentarité, comportement environnemental). Ces derniers nous exposent aujourd'hui à toutes sortes de maux quasi civilisationnels induits par le développement constant des maladies chroniques (diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, cancers, etc.).

En effet, l'obésité et les maladies non transmissibles (Non communicable diseases (NCDs) selon l'OMS) restent un enjeu de santé publique majeur, notamment dans un contexte où les inégalités sociales d'accès à des démarches de prévention se creusent. Les principaux facteurs de risques de ces maladies sont comportementaux (alimentation, sommeil, activité physique), notamment dans l'environnement des plus vulnérables.

En France, 17% des enfants de 6 ans à 17 ans sont en surpoids, et 4% d'entre eux sont obèses ⁷⁶. Ces chiffres sont en constante évolution depuis 2009.

De plus, si la sédentarité est une réalité bien identifiée, elle a été accentuée par la crise sanitaire ⁷⁷:

- depuis 40 ans, les jeunes de 9 à 16 ans ont perdu 25 % de leur capacité physique ;
- 66 % des 11-17 ans présentent un risque sanitaire préoccupant avec plus de 2 heures d'écran et moins de 60 minutes d'activité physique par jour ;
- 49 % présentent un risque sanitaire très élevé avec plus de 4h30 d'écran et/ou moins de 20 minutes d'activité physique par jour.

⁷⁴ Un partenariat tripartite associant Vivons en forme, la Macif et Apivia Macif Mutuelle

⁷⁵ Juliette Weber est docteur Ecole Centrale de Paris – Observatoire des Affaires Publiques – Direction de l'engagement MACIF

⁷⁶ Chiffres Santé Publique au 25/06/2020.

⁷⁷ Comité d'évaluation des politiques de prévention en santé publique – Evaluation des politiques de prévention en santé publique – Juillet 2021.

Ces désordres d'une ampleur inédite questionnent une solidarité institutionnalisée et universelle. Cela constitue notamment un défi stratégique pour l'assureur mutualiste car le risque social se transforme et s'impose à lui, dans un contexte de société de la longévité, où l'État n'est plus le seul détenteur de l'intérêt général, ce qui l'interpelle sur la place et le rôle qu'il peut occuper. A la marge du tout-économique et du tout-social, les frontières sont devenues poreuses entre des mondes autrefois séparés. En ce sens, l'entreprise est devenue un acteur de l'intérêt général. Il a un nouveau rôle à jouer : être partie-prenante de la réaffirmation d'une protection (sociale) garante de l'intérêt commun, et mobiliser ainsi son écosystème au service d'une société inclusive, notamment dans les territoires.

Historiquement impliqué dans le champ de la prévention santé et des soins, le monde de l'ESS trouve sa légitimité dans le fait qu'il ne produit pas seulement des richesses économiques, mais plus généralement de la richesse sociale. Le territoire constitue un champ d'application fertile où il peut être performant puisqu'il est censé prendre en compte les personnes qui y vivent.

C'est l'objet du partenariat entre la Macif, Apivia Macif Mutuelle et le programme *Vivons en Forme* (VIF) porté par l'association FLVS-VIF, une association à but non lucratif, reconnue d'intérêt général depuis 1991. Celui-ci vise à accompagner les collectivités locales et territoriales en leur apportant des solutions concrètes pour la mise en œuvre d'actions de santé publique. Si son objectif premier est de prévenir le surpoids et l'obésité chez l'enfant, son champ d'action s'étend à la prévention santé au sens large, dans l'optique de favoriser la forme et le bien-être de tous, y compris en cherchant à réduire les inégalités sociales de santé en matière d'alimentation et d'activité physique. Cette démarche mobilise aujourd'hui 250 collectivités locales en France et permet de toucher 4 millions de français.

En soutenant le programme VIF, la Macif et Apivia Macif Mutuelle mettent à l'épreuve le sens du mutualisme qui les anime depuis 60 ans, dans les territoires, en inscrivant ses actions dans le temps long qui s'incarne aujourd'hui dans sa raison d'être : « *Nous mobilisons nos valeurs et nos savoir-faire pour protéger le présent et permettre l'avenir, pour nous tous et les générations futures* ».

Dans ce contexte et face à la difficulté de l'Etat à financer l'utilité sociale, ce partenariat est l'occasion pour la Macif et Apivia Macif Mutuelle de réaffirmer leur rôle en vue de rendre tangible leur vision sociale et sociétale, dans le champ de la prévention et de traduire leur ambition politique autour de leurs trois engagements (2020) dans les champs de l'environnement, des publics fragiles et de la jeunesse.

2. Macif⁷⁸, Apivia Macif Mutuelle et VIF : un partenariat « naturel » au service de l'intérêt général, dans les territoires

La Macif est une entreprise d'assurance mutualiste, pionnière de la transformation sociale dont l'histoire récente est indissociable d'un contexte sociopolitique, socio-économique et culturel qui s'est profondément renouvelé depuis sa création en 1960. Sa volonté d'adaptation se concrétise notamment par (i) l'accessibilité de ses produits au plus grand nombre (populations en situation de précarité, ...), (ii) l'offre de solutions innovantes en lien avec des préoccupations environnementales, sociales et solidaires. C'est aujourd'hui une entreprise citoyenne et engagée dont le projet économique sert avant tout le projet humain.

Depuis plus de 20 ans, la Macif agit sur les territoires à travers des actions de prévention pour donner à ses sociétaires et adhérents les moyens d'apprendre à prévenir et anticiper au maximum les risques et les aléas du quotidien. Avec plus de 2 000 opérations de prévention réalisées et plus de 90 000 personnes sensibilisées, la Macif agit dans les domaines des dangers de la route et du quotidien, de la santé et l'autonomie, des risques nautiques et naturels, de l'éducation budgétaire, mais aussi des « gestes qui sauvent ». En contribuant à la transmission des gestes de premiers secours, la Macif accompagne chacun à être acteur de sa sécurité, de sa santé et de son bien-être.

Fidèle à ses valeurs de prévention et d'accompagnement des plus fragiles notamment les jeunes, la Macif et Apivia Macif Mutuelle deviennent partenaires du programme VIF afin d'accompagner les collectivités dans la mise en œuvre de leurs plans d'actions et de prévention pour lutter contre le surpoids et l'obésité infantile.

Ce partenariat scellé entre la Macif, Apivia Macif Mutuelle et VIF pour une durée de trois ans (2020-2022) permet ainsi à la mutuelle d'assurer ses missions d'assureur responsable. Il est fondé sur le partage d'une même préoccupation de lutte contre le surpoids et l'obésité infantile et plus largement la contribution à la santé et au bien-être de tous, à l'échelle du territoire.

Il s'agit donc d'un partenariat inscrit dans le temps long et sans objectif immédiat de « retour sur investissement » au sens financier, mais plutôt axé vers l'efficacité et la matérialisation d'actions d'utilité sociale, à l'appui de résultats quantifiés. En qualité de société de personnes, l'intention des mutuelles n'est donc pas de produire seulement de la valeur économique (*i.e.* de la rentabilité *stricto-sensu*) mais aussi de générer de la valeur sociale.

⁷⁸ La Macif un acteur majeur de l'ESS. Entreprise d'assurance multi métiers aux valeurs mutualistes, la Macif réunit plus de 5,6 millions de sociétaires et adhérents qui mutualisent leurs risques pour protéger ce qui est essentiel à chacun : sa vie, ses proches, ses biens. Sans but lucratif ni actionnaires à rémunérer, la Macif réinvestit ses profits au bénéfice des sociétaires et dans l'intérêt commun. L'expertise métier (assurance dommages, santé prévoyance et finance épargne) permet d'offrir des contrats aux prix les plus justes correspondant aux besoins des clients - sociétaires.

En effet, la vision partagée entre les mécènes ⁷⁹, l'association qui pilote VIF, et les acteurs locaux impliqués, est un engagement dans une démarche éthique et responsable autour d'un projet d'intérêt général : la réduction des inégalités sociales de santé, la prévention de l'obésité chez les enfants et l'amélioration des modes de vie des populations, dans un sens plus favorable à la santé.

Si la réduction du temps d'écran peut significativement conduire à une amélioration du bien-être et de la santé (mentale et physique), ce sont incontestablement les engagements dédiés à une alimentation équilibrée pour tous, et la pratique régulière d'une activité physique qui constituent les axes du programme VIF et l'implication de la Macif et d'Apivia Macif Mutuelle.

Dans le cadre de ce partenariat, sur le sujet de la sédentarité, deux ateliers théâtre pour adolescents vont être créés pour deux villes pilotes.

Le partenariat avec VIF a notamment permis à la Macif et Apivia Macif Mutuelle de répondre aux besoins des villes inscrites au programme et qui ont émis le souhait de former aux gestes de premier secours. En 2021 la Macif et Apivia Macif Mutuelle aura formé plus de 200 enfants de centres de loisirs.

3. Le programme VIF : une approche locale de prévention santé inédite

À l'origine de la création de ce programme, une étude, menée dans deux villes des Hauts-De-France, Fleurbaix et Laventie, suggérait qu'il était possible d'influer positivement sur les modes de vie des familles en mobilisant l'ensemble des acteurs locaux. Anciennement « *Fleurbaix Laventie Ville Santé* », l'association FLVS se concentre à l'origine sur la prévention de l'obésité infantile. L'étude du même nom, lancée il y a 25 ans dans les Flandres (1992-2004) a été relayée au niveau international.

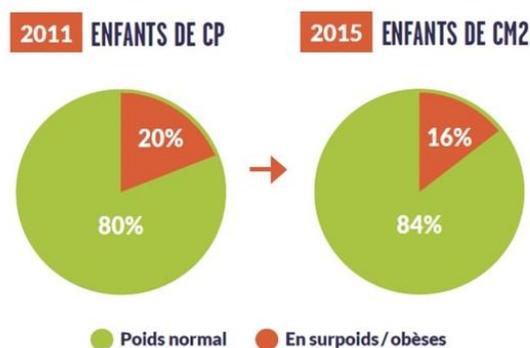
En 2019, l'association FLVS/VIF est sollicitée pour transférer à l'échelle européenne son expertise en promotion de la santé dans le cadre du projet ASPIRE (*Adding to Social capital and individual Potential In disadvantaged Regions*). Il vise à apporter une réponse globale et simultanée à deux problématiques fortement corrélées : chômage et surpoids-obésité. La mission de VIF consiste prioritairement à mobiliser toutes les parties prenantes sur les territoires, raison d'être de leur mobilisation, et à définir les thèmes pertinents, les formations et les outils qui aideront les populations à améliorer leur mode de vie et leur employabilité.

En 2020, VIF démontre l'impact de *Vivons en forme* avec un fait marquant : la publication dans la revue internationale *BMC Public Health* d'une nouvelle étude scientifique mettant en évidence l'efficacité du programme. Des publications scientifiques attestent de résultats probants sur la baisse de la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants (cf. tableau ci-après) en faisant évoluer progressivement et

⁷⁹ *Autres mécènes privés : Groupe BEL, Ferrero, Nestlé, Roquette, Coca Cola, Orangina*

durablement les comportements et les habitudes, grâce à une méthodologie basée sur la proximité qui a permis d'impacter tout l'environnement de vie des habitants (enfants, familles, adultes, seniors) et à la mobilisation de l'écosystème notamment auprès de publics vulnérables ⁸⁰. Cette méthodologie éprouvée au sein des 251 villes VIF adhérentes du programme est reproductible dans toutes les villes ayant souscrit à cette démarche ⁸¹.

DIMINUTION DE LA PRÉVALENCE DU SURPOIDS/OBÉSITÉ surtout liée à la baisse de la prévalence du surpoids.



Répartition des enfants de la cohorte par statut pondéral.

Le champ d'action du programme s'est depuis élargi, autour de la forme, incluant des thématiques nouvelles telles que le sommeil et le bien-être. L'intention étant de mettre en œuvre une approche résolument positive et non-stigmatisante (apprentissage autour du plaisir, de la convivialité, de la découverte et de la transmission de bons repères, et non simplement de l'information et la sensibilisation) et accessible au plus grand nombre. Cet accompagnement des familles et des enfants renforce le partage, le lien et la cohésion sociale pour favoriser des comportements propices à une santé durable.

L'acronyme FLVS a également pris un sens nouveau : « *Fédérons Les Villes pour la Santé* », ce qui le positionne en phase avec :

- cette approche résolument positive, non-stigmatisante et concertée, susceptible de toucher le plus grand nombre ;
- les objectifs de santé publique de l'Etat en développant au niveau des villes et des Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI), l'offre de proximité pour favoriser des comportements favorables à la santé en cohérence avec les recommandations nationales du PNNS ⁸² et du PNA ⁸³ axées sur : (i) une alimentation

⁸⁰ Les résultats présentés sont issus d'une méthodologie déployée dans quatre villes (de moins de 100 000 habitants) adhérentes au programme, auprès de 827 enfants suivis du CP à la fin du primaire, pendant quatre années, autour de trois thématiques (activité physique, restauration scolaire et rythmes/portions alimentaires). L'évaluation consiste en un relevé d'IMC par la médecine scolaire.

⁸¹ Les villes pouvant être regroupées dans des communautés de communes.

⁸² Programme National de Nutrition santé. Le 4^{ème} Programme national nutrition santé (PNNS) 2019-2023 a pour objectif de permettre aux Français de rester en bonne santé tout au long de leur vie grâce à de bons réflexes pour mieux manger et bouger.

⁸³ Programme national pour l'alimentation 2019-2023.

équilibrée, diversifiée, abordable, respectueuse de l'environnement et plaisante au niveau familial, (ii) la prévention de la sédentarité et la pratique d'activités physiques régulières pour tous, plus intégrées dans le quotidien, (iii) un environnement local favorable à l'adoption de modes de vie sains.

Ainsi, dans le cadre de sa thématique « restauration scolaire » VIF répond aux enjeux du développement durable en accompagnant les acteurs des villes sur la question de l'équilibre alimentaire (gestion des portions ; réduction du gaspillage alimentaire, enjeu clé de la restauration collective).

En ce sens, la collectivité locale se présente comme un vivier d'expériences et un levier incontournable et transformant de la prévention santé.

En synthèse, le programme VIF repose sur six axes fondamentaux :

- Une organisation basée sur la mobilisation pérenne des villes et des acteurs locaux et sur la co-construction (*collective impact*).
- Des actions concertées et dirigées vers les jeunes enfants pour préparer la santé de demain.
- Une méthodologie basée sur le marketing social, mobilisée en santé publique et recommandée par l'École des hautes études en santé publique (*EHESP*), pour favoriser les changements de comportement.
- Des outils et des formations (dispensées gratuitement en France, adaptées à chaque public, testées en conditions réelles avant changement d'échelle).
- Une démarche constructive d'évaluation à tous les niveaux et des résultats publiés scientifiquement.
- Un ancrage dans la proximité avec pour premier partenaire les villes bénéficiant d'un programme de prévention à moindre coût grâce au partenariat public-privé éthique, une opportunité pour les partenaires de valoriser une démarche de RSE.

4. Pour aller plus loin ...

Il est possible de dégager des initiatives et résultats issus de ce récent partenariat noué avec la Macif et Apivia Macif Mutuelle, quelques axes de réflexion en lien avec les spécificités de l'entreprise mutualiste en prise avec le déploiement (ou non) de politiques publiques dans les territoires, et les populations qui y habitent.

En premier lieu, force est de constater que les évolutions d'ordre économique (retrait des subventions par l'Etat), social (mutation des systèmes de protection sociale et de solidarité), technologique (amélioration de la prévention des risques pour la santé), écologique (les enjeux de RSE constituent un moteur de l'engagement auprès du monde associatif), font que les associations s'orientent vers une professionnalisation plus poussée sous l'impulsion de partenariats privés-publics. Avec peut-être pour corollaire un potentiel risque de financiarisation des actions sociales, du fait du retrait de l'Etat.

De ce fait, la question de la redistribution propre aux organisations de l'ESS devient essentielle et, avec elle, celle du sens de l'action. Autrement dit, les entreprises de l'ESS ne doivent-elles pas accepter de financer des activités qui ne sont pas rentables, mais qui ont intrinsèquement du sens par elles-mêmes pour que cela puisse devenir rentable, à terme ? D'où l'intérêt à éventuellement créer des métriques propres à l'ESS pour « rendre compte » de la spécificité gestionnaire des entreprises d'assurance mutualistes.

Cela n'est pas sans lien avec les enjeux liés aux notions de mesure d'impact des actions menées. En effet, les enseignements retirés à ce stade des ambitions du programme VIF dans les territoires attestent qu'elles visent bien *in fine* une modification du comportement. Ce qu'il est intéressant d'évaluer ici ce n'est pas tant l'impact de l'action que celui de la transformation des acteurs, qui ne peut s'apprécier que dans le temps long. En effet, la création de valeur, et de l'impact, résultent principalement de l'inclusivité des acteurs, à l'échelle locale. Autrement dit, les territoires peuvent constituer des laboratoires de transition grâce au soutien d'initiatives locales de transformation positive et d'actions pour que ces initiatives dispersées forment peu à peu système.

Les organisations de l'ESS participent non seulement à l'animation mais aussi à la modernisation des territoires. En s'appuyant sur les ressources du territoire, c'est-à-dire les besoins et aspirations des habitants, mais aussi l'ensemble des structures avec lesquelles elles sont en interaction, elles ont la capacité de mettre en relation les acteurs et de faciliter ainsi le rapprochement entre les sphères publiques et privées.

En synthèse, ce partenariat tend à démontrer que **c'est la coopération qui fait la transformation, et non le modèle**. Cette transformation est une invitation à redéfinir collectivement notre espace de vie pour répondre à l'habitabilité des territoires, et la dynamique d'innovation dans les territoires atteste que **c'est bien à l'échelle « micro » que s'esquissent les solutions de demain**.

Faire une politique publique suppose donc d'associer les parties prenantes des territoires que ce soit les associations, les collectivités, les citoyens **pour réinventer le service public à l'échelle locale, et définir ainsi une nouvelle forme d'intelligence territoriale**. En effet, sur des sujets aussi fondamentaux que la santé, la transition écologique, la mobilité, l'aide à la personne ..., **les acteurs locaux font remonter des questions que les administrations ont du mal à prendre en compte**.

Les partenaires du CIRIEC-France



Collection

Economie collective & territoires

Thème 1 – Notre santé

Comment dans la transition économique, sociale, énergétique et environnementale, les parties prenantes de l'intérêt collectif, acteurs publics et organisations de l'économie sociale et solidaire peuvent-ils répondre aux besoins fondamentaux des populations ?

