

## Compte-rendu de la séance académique du mardi 11 février 2020 par Jacques Chevallier, secrétaire général de la classe des sciences.

Après avoir excusé nos consœurs et confrères Gérard Bruyère, Marguerite Yon, Philippe Lebreton, Christian Dumas, Marie-Annick Lavigne, Jacques Fayette et Dominique Bertrand, le président Michel Lagarde a donné quelques informations : un don de livre des Archives municipales de Lyon intitulé « *Le Maire et l'Architecte* » correspondant à l'exposition actuelle, avec une partie complémentaire intitulée « *Tony Garnier, l'œuvre libre* » ; un autre livre « *Léon Walras, économiste et socialiste libéral* » offert par notre confrère correspondant Jean-Pierre Potier ; un numéro de la revue de la Bibliothèque Municipale de Lyon (Décembre 2019) contenant un article de Gwenaële Delhumeau : « *Vouloir un beau béton* » (à propos de l'artiste Denis Morogh) et enfin un rappel sur la nécessité aux académiciens, qui ne l'ont pas encore fait, de se faire photographier pour l'exposition prochaine aux Archives.

Le secrétaire général de la classe des sciences, votre serviteur, a fait le compte rendu de la séance précédente.

Le président a ensuite présenté le conférencier du jour, Monsieur Didier Vinot, professeur des Universités à l'Institut d'Administration des Entreprises (IAE) qui dépend de Lyon III Jean Moulin. Il dirige avec Jean-Philippe Pierron, philosophe de la chaire de recherche « Valeurs du soin centré patient » qui est unique en Europe. Il est par ailleurs vice président de cette université.

La communication s'intitulait « *Quelles valeurs en santé ?* ». Un résumé détaillé se trouve comme toujours sur le site. Le monde du soin est structuré et ceinturé par les valeurs qui sont multiples, confuses et contradictoires : la valeur des soignés, la valeur du milieu familial, social ou sociétal, les valeurs scientifiques, techniques et éthiques que porte la communauté des soignants, les valeurs des gestionnaires de soin qui peuvent être les valeurs de l'intérêt général et enfin les valeurs boursières d'un système de soin qui est devenu une industrie de santé que scrute par exemple les détenteurs de fonds de pension. Or le temps du soin rencontre rarement celui des institutions et encore moins celui du financement. Mais qu'est-ce qui fait la valeur du soin quand on sait que 10 % des charges d'une famille se porte sur les frais de santé ? Le relationnel est sans valeur car non mesurable ; il y a une confusion de sens entre le prix, les valeurs et le coût : quelle est la valeur d'une transaction non vénale ?, enfin les outils de mesure anciens sont inadaptés. L'évolution considérable des progrès de la médecine, qui a fait naître des besoins nouveaux, le droit à la santé, c'est-à-dire selon l'OMS un état de bien-être physique et moral total, font que la course est sans fin. La médecine 4 (ou 5) P : prédictive, préventive, personnalisée, participative et de précision a renversé les valeurs ou apporté des valeurs nouvelles non mesurées par les outils anciens et on débouche là aussi sur un droit à la santé sans limite.

L'économie de la santé naît en 1963 avec le prix Nobel américain Arrow et en France, les travaux ont trois origines : administrative, académique et médicale. Les outils de mesure sont du domaine public, demandés par le ministère, car dès 1949, la Sécurité sociale née en 1945 était déjà déficitaire ! L'économie de la santé s'est retrouvée entre deux conceptions opposées : celle du milieu médical qui met la santé au-dessus de tout autre valeur et celle sous l'influence de l'administration qui tend à minimiser le marché de la santé. Ce qui coûte dans un système de santé, ce n'est pas l'état de santé, c'est la production de soins. De nouveaux outils de mesure se sont développés autour de deux notions : l'efficacité (médicale, technique ou économique ; mais elle peut concerner un individu ou la société et être temporaire ou sur le long terme) et l'équité (égalité ou à chacun en fonction des besoins) mesurée par les PROMS ou PREMS (Patient Reported Outcomes ou Experience Measures) prometteurs mais subjectifs. Le T2A

(tarification à l'activité) permet d'allouer 50 à 60 % du budget d'un hôpital en fonction de ses activités, aurait pu paraître équitable mais est à l'origine de l'extrême paupérisation du parc hospitalier français. Ce système est encore critiqué aujourd'hui trente ans après sa mise en application.

Les perspectives concernent les nouveaux modes de collaboration et de concurrence, les nouvelles méthodes d'organisation et de gestion (définir des parcours de soin en demandant l'avis des patients, avoir une approche centrée projet versus l'approche centrée patient).

Les valeurs du soin interrogent la valeur des soins : une norme morale pour une éthique de la compétence technique doit s'accompagner d'une éthique de l'attention à l'autre.

## **Discussion académique :**

Le président, après avoir remercié le conférencier pour cet exposé qui est tout à fait dans l'actualité - où le coût est au centre des problèmes hospitaliers - donne directement la parole à la salle :

### **- Question de notre confrère Philippe Blanc-Benon :**

Comment les indicateurs que vous proposez tiennent-ils compte des aspects « subjectifs » liés à l'acceptabilité par le public des évolutions techniques des professionnels de la santé ?

### **- Réponse du conférencier :**

Les Anglo-saxons disent : combien êtes-vous prêt à payer pour éviter tel handicap ? Les résultats des études sont faciles à manipuler et les pouvoirs publics sont méfiants. Il est plutôt proposé de partir de l'histoire de vie de la personne et s'interroger sur ce qui fait sens pour elle. Plutôt que la valeur ajoutée économique, il faut se demander quelle est la valeur ajoutée pour la personne et non quelles sont ses préférences ? Les associations d'usagers sont présentes à l'hôpital, rarement pour la prise en compte des politiques de santé, mais jamais dans la tarification des actes.

### **- Question de notre confrère François Renaud :**

Quelle est la raison de l'apparition des déserts médicaux ?

- Réponse : Le grand coupable est la médecine libérale ! Car la France est un pays merveilleux où les études de médecine sont gratuites et où il n'y a pas de contrepartie au moment de l'installation qui est libre ; ce qui n'est pas le cas par exemple au Canada où un jeune médecin doit s'installer cinq ans dans un désert médical. Un autre phénomène pourtant prévisible est l'évolution radicale de la démographie médicale : deux tiers des jeunes médecins qui sortent sont des femmes et on a montré que la spécialité choisie, le lieu d'installation ainsi que le type d'exercice sont « genrés ». Les nouvelles mesures prises devraient corriger cela dans 15 ans !

### **- Question de notre confrère Gilbert Kirkorian :**

N'y a-t-il pas incompatibilité entre l'éthique médicale et les contraintes et normes qui broient l'initiative médicale ?

- Réponse : Cela explique le mouvement de fond majeur constaté aujourd'hui sur les centaines de chefs de service qui ont présenté leur démission ! Il y a une crise très forte de légitimité du système aujourd'hui. Mais ce que j'ai essayé de vous montrer aujourd'hui, c'est que ce n'est pas parce qu'on avait privilégié l'économie à tout prix, c'est peut-être parce que les outils de régulation économique étaient profondément biaisés ou insuffisants ou incomplets. Il ne faut pas jeter l'économie pour autant : on a besoin d'économie de la santé !

### **- Intervention de Jacques Chevallier :**

Depuis 35 ans d'activité libérale, nous avons observé la diminution régulière du nombre d'étudiants en médecine par le numerus clausus, qui a sélectionné les femmes bien meilleures au concours, et surtout éliminé deux générations extrêmement nombreuses de vocations médicales qui n'ont pu être satisfaites, si ce n'est pour les plus fortunés en allant en Belgique, en Espagne ou en Roumanie... La nouvelle génération « Y » fait aussi qu'il faut deux hommes ou deux femmes pour remplacer un médecin d'autrefois.

Un autre problème aujourd'hui est que les jeunes médecins diplômés ne veulent plus s'installer : il faut dire que l'on a délibérément saborder la médecine libérale dans ce pays par exemple en augmentant la consultation du médecin généraliste d'un ou deux francs (1 euro aujourd'hui) tous les cinq ans ! La politique technocratique qui consiste à réduire le nombre de médecins pour réduire le coût de la santé a porté ses fruits... négatifs.

- Réponse : Je vous rejoins en très grande partie sur le constat mais les syndicats médicaux ont aussi contribué à faire en sorte que le nombre de médecins ne monte pas trop, pour se préserver une « part de marché ». On sait aussi que dans le domaine de la santé également, il y a une demande parce qu'il y a une offre. En fait réduire le nombre de médecins pour diminuer la demande, cela ne marche pas et cela a été une erreur majeure.
- **Ultime question du président Michel Lagarde :**  
Quelle est la part du coût de la prévention dans le coût total en santé ?
- Réponse : Dans le système de santé français, la prévention représente 7 % des dépenses totales.

**Le président clôt la séance : il est précisément 16 h.**