

# RÉUNION PUBLIQUE N° 84 DU CONSEIL SCIENTIFIQUE INDÉPENDANT DU 22 DECEMBRE 2022

Formation médicale et sanitaire continue donnée par des scientifiques, chercheurs et soignants indépendants.

**Hélène Strohl-Maffesoli**

**Ancienne inspectrice des Affaires sociales**

## ***De l'évaluation indépendante de l'action publique à sa normalisation***

Participants : Hélène Banoun, Emmanuelle Darles, Jean-Dominique Michel

### ***INTRODUCTION***

#### **Hélène Banoun :**

Nous accueillerons ce soir un aréopage essentiellement féminin autour d'Hélène Strohl pour ce dernier CSI de l'année 2022.

#### **Hélène Strohl :**

J'ai accompli presque toute ma carrière dans un service qui s'appelle l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) que les journalistes dénomment parfois sous le terme de « *police des hôpitaux* ». En fait, il s'agit simplement d'un service d'évaluation et de contrôle des politiques de santé, d'emploi, en bref de tout ce gros bloc de politiques publiques que sont les politiques sociales, en particulier les politiques de santé.

Comme vous le savez, nous sommes dans un Etat démocratique, dans lequel le contrôle fait partie du fonctionnement. L'article 14 de la Déclaration des Droits de l'Homme de 1789 dit :

*« Tous les Citoyens ont le droit de constater, par eux-mêmes ou par leurs représentants, la nécessité de la contribution publique [donc de l'impôt], de la consentir librement, d'en suivre l'emploi, et d'en déterminer la quotité, l'assiette, le recouvrement et la durée. »*

Ces quelques lignes signifient que tout citoyen a le droit de savoir ce qu'on fait avec l'argent public, c'est-à-dire son argent, l'argent collecté soit au titre des impôts, soit au titre de la Sécurité sociale. Toutes ces recettes sont de l'argent public collecté, grâce auquel notre système de santé français fonctionne. Un corps d'inspection comme celui de l'IGAS auquel j'ai appartenu est chargé de contrôler, au nom des citoyens, en notre nom à tous, usagers du service public, le fonctionnement de ce service public, le bon emploi de l'argent public, de vérifier que les citoyens sont soignés le mieux possible.

**Dr Olivier Soulier :**

En démocratie, comme Hélène Strohl vient de le dire, les citoyens ont le droit de savoir ce que l'on fait de leurs contributions, avec souplesse et avec équilibre. J'exprime une pensée particulière pour tous les soignants suspendus qui n'ont toujours pas été réintégrés et qui sont dans la difficulté, la misère ; ils sont à présent contrôlés par la police qui leur demande de justifier leurs moyens d'existence. Leur réintégration ne serait que justice. Il faut se souvenir qu'au moment où les soignants ont été suspendus, les autorités françaises ont justifié la mesure au prétexte que tous les pays du monde le faisaient. A présent que tous les pays du monde ont réintégré les soignants suspendus, qu'attend la France ?

**Jean-Dominique Michel :**

Nous assistons en effet à un ensemble d'anomalies ; la médecine est censée être au service des patients, l'Etat est censé être au service des citoyens et on observe des choix qui partent dans toutes sortes de direction. Je donnerai un seul exemple pour illustrer la situation : Jay Bhattacharya, immense épidémiologiste de l'Université de Stanford, a récemment été invité aux quartiers généraux de Twitter par le nouveau propriétaire pour voir comment le FBI (c'est-à-dire la sécurité intérieure des Etats-Unis) avait demandé qu'il soit censuré et que son compte soit entravé parce qu'il était en train de partager des informations scientifiques. Nous traversons un moment frappant à bien des égards. J'adresse un immense merci à Hélène Strohl pour nous montrer ce soir comment les corps constitués et la technocratie sont ou ne sont plus, ou partiellement au service des citoyens et au service de leurs missions originelles.

***De l'évaluation indépendante de l'action publique à sa normalisation***

**Hélène Strohl**

En préambule, je reprends l'article 14 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen que je viens d'évoquer parce qu'il est important de se rappeler que le contrôle ne se fait pas au nom du ministre. Ce n'est pas lui qui ordonne à l'Inspection d'aller voir si ses ordres sont bien suivis. Il se peut que cela se pratique mais ce n'est pas le fondement même du travail des corps de contrôle. Leur travail consiste véritablement à s'assurer du respect du bien public, de la bonne utilisation des fonds publics. Pour ce faire, il existe différents corps d'inspection : l'Inspection des Affaires sociales, l'Inspection générale des Finances, l'Inspection générale de l'Administration, l'Inspection générale de l'Education nationale, etc.

Il y a aussi les tribunaux : la Cour des Comptes et les juridictions administratives. Tous ces organes sont là pour, d'une certaine manière, contrôler le pouvoir et (bien que je sois une horrible anarchiste selon mes collègues qui me le reprochent souvent), constituer une sorte de contre-pouvoir au pouvoir exécutif (selon ma conception), afin d'avoir l'assurance que l'autorité s'exerce pour le bien commun et non pas seulement pour se maintenir au pouvoir.

Le fait que le contrôle se fasse au nom du ministre mais au bénéfice du citoyen constitue un paradoxe important parce que, la plupart du temps, les personnels des établissements contrôlés

imaginent que l'inspecteur se présente pour vérifier que les agents du Service public respectent bien les règles telles qu'elles sont énoncées dans les différents Codes et Décrets. C'est ce qu'il s'est passé lors du contrôle de l'IHU Méditerranée-Infection. Tous ceux qui ont consulté le rapport de l'IGAS sur ce contrôle ont bien vu que les inspecteurs étaient allés vérifier, non pas si on soignait bien à l'IHU, non pas si l'on avait de bons résultats, non pas si l'on utilisait correctement l'argent public, mais si l'IHU faisait bien ce que le ministre avait demandé de faire : ne pas utiliser certains médicaments, en administrer éventuellement d'autres, etc.

Pour moi, cette mission d'inspection à l'IHU constitue un véritable dévoiement de la fonction d'inspection qui doit être indépendante de l'autorité politique et administrative. Bien évidemment, ce n'est pas toujours le cas, pour un certain nombre de raisons.

La première raison tient au fait que les personnes occupant ces fonctions d'inspection à l'IGAS appartiennent au même monde que les membres du ministère, lesquels décident de ce qu'il faut faire et ne faut pas faire, et au même monde que les politiques. Tous ces gens-là ont été la plupart du temps formés par l'ENA ou des établissements de ce type. Ils possèdent les mêmes systèmes de pensée et agissent de la même manière. Par conséquent, il n'y a pas, d'une certaine façon, de véritable indépendance des corps d'inspection.

Il n'y a pas non plus de véritable indépendance parce qu'en France, la carrière des hauts fonctionnaires dépend, malgré tout et d'une certaine manière, du politique. On a beau dire que nous ne sommes pas dans un *spoils system*<sup>1</sup> à l'américaine, qu'il suffit de réussir le concours d'entrée pour ensuite avancer selon ses compétences, ce n'est pas tout à fait vrai. Pour accéder à un certain nombre de postes plus intéressants que d'autres, pour devenir directeur d'administration centrale ou d'établissements prestigieux, il faut être nommé par le ministre. Par conséquent, très clairement, les hauts fonctionnaires n'ont pas véritablement intérêt à contredire le politique. Lorsqu'il y avait une alternance au pouvoir entre la droite et la gauche, il était patent que des fonctionnaires accédaient à des postes selon leur couleur politique.

De manière générale, au-delà de l'allégeance politique, je dirais qu'il y a une allégeance de caste. Mon ami Eric Verhaeghe<sup>2</sup> parle toujours du « *capitalisme de connivence* » et je dirais que dans le système de santé, actuellement, il y a une véritable connivence entre les politiques, les administratifs, les médecins, etc. Tout le monde pense un peu la même chose et applique la même doxa ce qui fait que le contrôle perd peu à peu tout son mordant et une bonne part de son utilité.

Les inspecteurs accomplissent des tâches de plus en plus technocratiques. Lorsque j'ai quitté l'Inspection, nous faisons de plus en plus souvent ce qui s'appelait le « *contrôle de la convention d'objectifs et de moyens* » de tel ou tel organisme», en bref des procédures qui ne servent à rien. On ne contrôle pas les résultats de la politique publique et de l'action publique.

La deuxième raison est que, à travers la crise du Covid, le gouvernement a montré une évolution vers une orientation de moins en moins démocratique. Lorsque j'étais l'IGAS, nous formions ce qui s'appelle un "corps" d'administration ; nous étions nommés inspecteur adjoint, inspecteur, inspecteur général, au fil d'un avancement en fonction de l'âge. Nous n'avancions d'ailleurs qu'à

---

<sup>1</sup> Ou « système des dépouilles » : principe selon lequel un nouveau gouvernement devant pouvoir compter sur la loyauté partisane des fonctionnaires, substitue des fidèles à ceux qui sont en place. (Source : Internet)

<sup>2</sup> Haut fonctionnaire né à Liège, essayiste, journaliste économique naturalisé français. (Source : Internet)

l'ancienneté parce qu'il n'y avait aucun autre avancement possible qui garantisse une indépendance et on ne pouvait pas nous licencier. Quiconque voulait rester à l'Inspection pouvait y faire toute sa carrière. En dehors d'une petite incursion à la Cour des Comptes, j'ai fait toute ma carrière à l'IGAS.

Déjà, des fonctionnaires cherchaient à prendre des postes de direction dans la fonction publique ou dans le privé. Le départ vers le secteur privé se fait de plus en plus, malheureusement. Ceux qui partaient vers le privé perdaient pour partie leur indépendance mais il était tout de même possible de rester durant toute sa carrière à l'Inspection et de dire ce que l'on pensait qu'il fallait dire et non pas ce que l'on pensait que le ministre attendait que l'on dise.

Il se trouve que, depuis mars 2022, il y a eu une réforme. On a fait semblant de supprimer l'ENA pour la remplacer par un établissement qui n'en est qu'un avatar, l'Institut national du Service public (INSP). On en a profité pour transformer les corps d'inspection en services fonctionnels. Cela signifie qu'actuellement, ce sont le ministre et le Président de la République qui nomment les personnels dans le service d'inspection, pour cinq ans, renouvelables trois ans. Au terme de ces huit ans, il faut que les fonctionnaires aient un autre poste. Désormais, les inspecteurs sont totalement à la main du politique et ne possèdent plus véritablement d'indépendance.

J'ai écrit un papier dans ce sens, que personne, ni parmi mes collègues ni au dehors de l'Inspection n'a relevé. Dans ce papier, je disais qu'il faudrait avoir un corps d'inspection indépendant. Pour constituer ce corps, il faudrait y nommer des fonctionnaires en milieu de carrière (autour de l'âge de quarante-cinq, cinquante ans), venant de différents horizons (médecins, professeurs, avocats, ...) qui, une fois entrés à l'Inspection, seraient inamovibles. A la fois pour le choix des sujets d'inspections et pour la suite à leur donner, il faudrait faire dépendre cette Inspection du Parlement. Une Inspection générale qui serait commanditée par le Parlement garantirait un contrôle beaucoup plus honnête et beaucoup plus efficace de l'action publique.

Or, surtout dans nos domaines (le sanitaire, le social, l'éducation), l'évaluation de la politique et des actions menées est une question absolument primordiale. Durant toute l'année qui vient de s'écouler, on a beaucoup parlé des moyens. On ne cesse de répéter que l'hôpital manque de moyens. D'après mes observations, je pense, pour ma part, que l'hôpital n'est pas tellement en manque de moyens mais en manque d'une organisation du travail orientée vers des objectifs et des résultats qu'on pourra évaluer. Dans le sanitaire et le social, on croit toujours que plus on met de personnes, plus on met d'argent, meilleur le service va être.

Ce n'est pas vrai. Je prends un exemple : vous arrivez aux urgences en compagnie d'une personne qui a fait une tentative de suicide et qui, donc, est un peu médicamentée, un peu léthargique. On lui fait une petite analyse, des examens. Pendant six ou sept heures, une dizaine de personnes vont venir voir la patiente, vont passer cinq minutes pour prendre sa tension artérielle, cinq minutes pour lui faire une prise de sang, trois minutes pour lui apporter son repas, quatre minutes pour discuter avec elle afin de savoir si elle veut être hospitalisée ou pas. On va faire une dizaine d'interventions qui prendraient en tout et pour tout trente minutes. Si une ou deux personnes effectuaient cette dizaine d'interventions, les échanges seraient réduits. Dans l'exemple que je donne, on a segmenté, saucissonné les interventions ; on a occupé un lit pendant huit heures. Des personnels viennent faire des actes parcellaires sans savoir auprès de qui ils le font.

On voit bien qu'aux urgences, il n'y a pas un manque de moyens mais un manque de réflexion sur l'organisation du travail. C'est un travail irréfléchi. De plus en plus, l'hôpital me semble être une pâle imitation de l'industrie, un endroit où l'on a fait du taylorisme comme Ford l'a inventé en 1913 à Détroit, dans les chaînes de montage automobile. A l'hôpital, on fait du travail à la chaîne ce qui aboutit à une dépense importante en temps et en personnel. On perd tout sens du travail et tout sens de la relation humaine.

Cette réflexion sur le travail qui se fait à l'hôpital devrait être largement étayée par une bonne évaluation du fonctionnement d'un service. Le fonctionnement d'un service ou d'un établissement devrait se faire à partir des résultats que l'un ou l'autre obtient et non pas à partir des moyens et de leur manière de travailler.

Dans l'éducation en Angleterre, par exemple, on définit un certain nombre de compétences que doivent posséder les enfants. A partir de ce référentiel de compétences, que les écoles soient publiques, privées, associatives, familiales, etc., on procède à une évaluation périodique des résultats des élèves. Si les résultats ne sont pas à la hauteur de ce qui est requis, la structure éducative ne reçoit plus de subventions. Mon exemple est simpliste mais, s'agissant de l'hôpital, ses résultats doivent être évalués. Il ne faut pas seulement évaluer l'obéissance des personnels à la règle et c'est toute la différence entre du contrôle "bête et méchant" et ce que l'on appelle l'évaluation ou l'audit d'un établissement pour reprendre l'exemple de l'IHU Méditerranée-Infection.

Je me suis penchée sur le rapport d'inspection de l'établissement réalisé par l'IGAS ; ce rapport a conclu que l'IHU menait des actions potentiellement susceptibles d'une qualification pénale et a abouti à ce que le ministre transmette le rapport au Procureur de la République. J'affirme qu'il n'y a rien dans ce rapport sur les résultats obtenus par l'IHU, ni en matière de recherche, ni en matière de soins de différentes maladies. Un seul paragraphe est consacré à ce que l'établissement a fait pendant la crise du Covid.

Or, puisqu'on connaît à peu près le résultat, on voit bien que si on avait pris en compte les performances, au sens simple du terme, de l'Institut, on n'aurait pas du tout agi de la même manière à son égard.

⇒ La question de l'évaluation est, à mon avis, essentielle parce qu'elle recentre l'action publique sur l'objectif qu'elle doit avoir, c'est-à-dire le bien commun, celui des usagers.

Cette recherche du bien commun, et j'ai beaucoup réfléchi sur la question, exige que l'on s'interroge sur la manière de faire de l'inspection de manière indépendante. En premier lieu, l'indépendance n'est pas individuelle mais collective. Les inspecteurs sont soutenus par leur service, par leur corps, pour pouvoir faire un rapport, même critique, vis-à-vis de la politique du ministre. Se pose par la suite la question de savoir comment les inspecteurs peuvent parvenir à garder cette distance et ce regard critique.

Déjà, un certain nombre de compétences sont nécessaires. Si l'on ne possède pas ces compétences dans le domaine qu'on est chargé d'évaluer, on les acquiert. Par rapport à beaucoup d'autres

métiers, nous avons la chance de pouvoir prendre le temps de lire des livres, de consulter des gens qui s’y connaissent. On n’agit pas dans la précipitation pour vérifier l’application conforme d’un décret.

Mais la mission d’un inspecteur de l’administration n’est pas qu’une question de compétence mais aussi de position et je reprends toujours cette métaphore de Didier Raoult, que j’ai beaucoup aimée, entendue dans une des premières vidéos qu’il a faites pendant la crise du Covid. Il parlait de la méthode de Tom ; je ne la connaissais pas, mais en l’écouter, je me suis dit que c’est toujours ainsi que j’avais fait de l’inspection. Le Pr Raoult explique ainsi le principe de Tom<sup>3</sup>. Il rencontre une mère à qui il explique qu’il ne sait pas trop quel choix thérapeutique faire pour son fils. Il propose plusieurs solutions et sélectionne finalement celui qu’il privilégierait s’il soignait son propre fils.

En quoi consiste pour une inspectrice le principe de Tom ? Il consiste en ce que, lorsque je vais contrôler un établissement, un hôpital, par exemple un service de psychiatrie, je me dis ceci : « Si mon conjoint était très malade et très déprimé, est-ce que je le confierais à ce service ? ». « Si ma vieille mère devait aller en EHPAD, est-ce que je choisirais pour elle cet EHPAD que je contrôle ? ». « Est-ce que j’accepterais moi-même d’être traitée de la façon dont j’observe qu’on traite les personnes dans cet établissement ? »

Faire comme pour son propre fils, son propre conjoint, son propre parent n’est pas une position purement subjective ; c’est une position empathique, essentielle et cette position fait toute la différence avec l’évolution actuelle, non seulement du système de santé, mais de la conception des politiques publiques telles qu’on les a et telles qu’on les voit de plus en plus. De plus en plus, lorsque mes collègues font des rapports, ils demandent en tout premier des tableaux statistiques. Ils font ce dont l’IHU s’est beaucoup plaint : ils demandent qu’on leur envoie des milliers de documents qu’ils ne lisent jamais, à l’évidence.

Mais l’inspection demande divers états (financiers, achats, tableaux de personnels, tableaux d’absentéisme). Les inspecteurs demandent un nombre indéfini de documents et on devrait se poser des questions sur la pertinence de ces demandes. Je ne fais absolument pas cela. J’essaie de comprendre quels sont les objectifs du service ou de l’établissement que je contrôle et j’essaie de repérer les indicateurs qui vont me permettre de répondre aux questions, celle par exemple de savoir s’il existe un vrai problème de gestion des ressources humaines, si le taux de renouvellement de personnel dans l’établissement est important, si le taux d’absentéisme et d’absences de courte durée est plus ou moins élevé.

Si l’établissement a de vrais problèmes, je regarde si on déclare ou non beaucoup d’événements indésirables ; je peux également consulter le registre des plaintes, la Commission des Usagers (CDU). On a beaucoup de moyens de vérifier si les objectifs qu’un établissement doit se fixer sont plus ou moins bien réalisés. A partir de ce constat, on va étudier pourquoi l’établissement fonctionne mal et comment on pourrait améliorer la situation.

Je prendrai un autre exemple, en dehors de l’hôpital et de la santé. Je me suis énormément occupée des questions de protection de l’enfance. En raison de carences parentales et éducatives, des enfants sont confiés par un juge à des familles d’accueil. Si l’on procède à du contrôle “bête et méchant”, on

---

<sup>3</sup> Appliquer « le fond du serment d’Hippocrate », c’est-à-dire traiter chacun comme si c’était son propre fils (Tom est le fils du Pr Raoult). (D’après un article paru dans *Science*, 23/06/2020)

peut se demander si le statut des assistants familiaux qui accueillent ces enfants est bien suivi, si leur rétribution est correcte, s'ils ont effectué les 120 ou 240 heures requises de formation.

Tout est en ordre, les autorisations sont accordées, tout va bien.

Si une famille s'occupe mal d'un enfant, que se passe-t-il ? Le plus souvent, une crise se produit et on change l'enfant de famille et je me demande fréquemment quel est le *turn over* des enfants dans les familles d'accueil du département où j'accomplis ma mission. Je demande donc aux services qu'ils me communiquent, sur l'année écoulée, le pourcentage d'enfants qu'ils ont dû changer de famille. Etant donné que je contrôle un certain nombre de situations, je suis en mesure de me dire qu'un problème existe, ici ou là. Il reste à définir la nature du problème : la compétence des assistants familiaux ? L'accompagnement des familles d'accueil par les services ? A partir de ces analyses, on peut essayer de proposer non seulement une évaluation mais aussi des pistes d'amélioration.

Proposer des pistes d'amélioration est précisément ce à quoi sert l'évaluation des politiques publiques. Elle sert d'autant plus que l'on peut se préoccuper des suites données. C'est une grande frustration et cela l'a été dans ma carrière à l'Inspection : trop souvent, ce qu'on appelle les directions de l'Administration centrale (les directions du ministère, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la direction de la cohésion sociale, ...) recevaient les rapports de l'IGAS et, à moins que l'établissement contrôlé ne présente un déficit tellement important qu'il en rende le fonctionnement problématique, pour le reste, les rapports restaient lettre morte et peu d'actions en résultaient.

Souvent, il y a une espèce de défense des équipes en place dans les établissements par les équipes ministérielles. Il est très rare que les équipes ministérielles veuillent trop critiquer ou veuillent voir sanctionner les directions des différents établissements sanitaires, ce qui a parfois donné lieu à des situations inouïes. J'ai contrôlé un établissement psychiatrique dont la directrice était en poste depuis onze ans. Depuis onze ans, il y avait de graves maltraitances, la moitié des pavillons étaient dans un état sordide, un seul interrupteur équipait un pavillon avec pour conséquence que les patients passaient la nuit entière avec la lumière allumée, etc., etc.

Lorsqu'on a suggéré de pousser la directrice à la retraite pour la remplacer, il ne s'est rien passé jusqu'à ce que l'on en avertisse le ministre en personne et qu'on l'alerte sur les ennuis qu'il encourait si l'on se rendait compte un jour qu'il avait soutenu une telle directrice.

Dans ce pays, on ne sait pas véritablement sanctionner les gens qui font mal leur travail et aider ceux qui le font bien. Les résultats qu'obtiennent ces derniers dans le service public ne sont pas véritablement pris en compte pour leur carrière et je trouve ce problème gravissime.

⇒ Voilà pour ce qui concerne tout ce que j'ai appris et pour les réflexions que j'ai élaborées à partir de l'inspection ; je voudrais, à partir de ce qui précède, essayer d'avoir une réflexion sur l'évolution en général du système de santé.

Lorsque je dis que l'on évalue de moins en moins l'action publique ainsi que ses résultats, cela signifie que l'on a, d'une certaine manière, technocratisé et sur-administré de plus en plus tout le domaine sanitaire et social. On a beaucoup répété que l'instauration de la T2A (tarification à l'acte) a mis les hôpitaux dans l'état dans lequel ils sont. C'est plus compliqué que cela. Pour moi, la T2A est un mode de régulation économique des hôpitaux qui s'apparente à ce que je dénonçais précédemment, c'est-à-dire la taylorisation du travail dans les hôpitaux.

En revanche, je pense qu'il ne faut pas condamner une vision économique de l'hôpital. Il est évident qu'il faut avoir cette vision économique de l'hôpital parce qu'il fonctionne avec les cotisations de la Sécurité sociale, c'est-à-dire l'argent de tout le monde. Par conséquent, on est bien obligé de réguler l'utilisation de cet argent. Dans le budget global de la Sécurité sociale, l'Assurance maladie représente un coût extrêmement élevé et si l'on dépense plus pour l'Assurance maladie, cela veut dire qu'on dépensera moins pour, par exemple, l'éducation, l'action sur l'environnement, la politique familiale, c'est-à-dire la politique pour les enfants qui est la parente pauvre du système de Sécurité sociale. On dépense moins pour la politique familiale parce que l'Assurance maladie et les retraites coûtent de plus en plus cher.

Donc, il faut aussi avoir une vision économique de la santé. Dans ce pays, nous avons choisi de mutualiser les coûts de la santé : tout le monde paie pour que les malades (qui ont payé aussi puisque tout le monde est assuré social) puissent être soignés gratuitement mais je dirais que le mode de régulation est mauvais. La T2A notamment est un très mauvais mode de régulation parce qu'il segmente les malades et l'activité de soins en différentes pathologies, certaines "rapportant" plus que d'autres, c'est-à-dire coûtant plus cher à la Sécurité sociale et étant moins payées à l'hôpital.

Pour l'hôpital, le prix de revient d'un lit de réanimation (tout compris, médecins, appareillages, etc.), est d'environ 500 000 euros par an. Si ce lit de réanimation est occupé à 100%, la Sécurité sociale le remboursera entre 400 000 et 450 000 euros par an. Même s'il occupe son lit de réanimation à 100%, l'hôpital va, de toute façon, "perdre" ou dépenser 50 000 euros par an que la Sécurité sociale ne lui remboursera pas.

En revanche, d'autres activités hospitalières sont rémunératrices parce qu'elles coûtent moins cher qu'elles ne sont remboursées. Mais tout cela ressortit d'une pure fiction parce que nous ne sommes pas dans le secteur d'un marché entre des producteurs de soins d'un côté et des acheteurs de ces mêmes soins de l'autre. L'acheteur est l'acheteur collectif que nous sommes tous : nous achetons du soin par le biais de la cotisation à la Sécurité sociale.

Le système de la T2A est extrêmement pervers. Il n'est pas un bon système. Je pense que les systèmes antérieurs à l'instauration de la T2A (prix de journée, dotation globale) étaient aussi de mauvais systèmes. Peut-être faudrait-il trouver un système dans lequel les établissements soient beaucoup plus autonomes, dans lequel on établisse un budget par habitant au niveau d'un territoire, avec une organisation assez communautaire et collective de dépenses de santé par territoire.

⇒ Pour conclure :

La technocratisation et la sur-administration conduisent à des systèmes totalement pervers. Olivier Soulier et Jean-Dominique dénoncent souvent une sur-rationalisation de l'organisation des soins et de la médecine qui aboutissent à des effets totalement pervers.

C'est la principale leçon que j'ai tirée de mon expérience à l'Inspection générale de l'Administration et j'estime que nous devrions véritablement en discuter parce qu'à mon avis, dans la crise actuelle du Covid, deux camps s'opposent et ne s'écoutent plus du tout : un camp de la sur-rationalisation morbide du soin (celui des ARS, du Ministère) et de l'autre côté, un camp accusé (nous le savons tous) de complotisme, de New Age, de charlatanisme et d'irrationalisme mais qui prône simplement une manière d'aborder la santé et l'organisation collective du soin que l'on souhaite de façon plus communautaire, plus coopérative.

C'est peut-être ce qui va arriver demain. Je l'espère.

## **DISCUSSION**

### **Hélène Banoun :**

Merci pour cette vision "de l'intérieur" de l'organisation de l'Inspection générale de l'Administration. Nous avons l'impression que, dans tout cela, à beaucoup s'occuper d'argent, on oublie les médecins et les malades.

J'ai été étonnée par ce que tu as affirmé au début de ton intervention, à savoir que l'hôpital ne manquait pas de moyens. On entend beaucoup dire le contraire et je pense qu'il y a tout de même un problème de moyens ; même si le problème d'organisation est prépondérant, on voit que certains hôpitaux manquent de matériel.

### **Hélène Strohl :**

Bien sûr, mais Louis Fouché, lorsqu'il parle du service de réanimation, évoque le fait que toute réflexion sur des questions moins techniques n'est pas du tout admise. Il n'y a pas de moyens pour des besoins extrêmement simples ; certains hôpitaux manquent de draps ou d'équipements de base et dans le même temps, on dépense des sommes folles pour des systèmes informatiques ou des appareillages de plus en plus sophistiqués. C'est pourquoi il faut avoir une réflexion sur les moyens.

Je crois de moins en moins que la sur-informatisation fasse gagner du temps, représente un gain sur la qualité de la prise en charge hospitalière. Ces énormes systèmes informatisés, aussi bien de gestion que d'information, gaspillent beaucoup de temps, coûtent extrêmement cher, d'abord en conception et en développement puis en maintenance mais ne nous apportent rien.

En affirmant que l'hôpital ne manque pas de moyens, je veux souligner qu'il faut réfléchir selon les termes d'Ivan Ilitch : à un moment donné, une sophistication technologique trop importante produit des effets contraires au but recherché.

**Olivier Soulier :**

Tu as évoqué l'inspection de l'IHU ; qui en a donné l'ordre avec l'intention que ce soit une inspection à charge ?

**H. S. :**

Toute mission d'inspection est demandée par le ministre. Avant 1985 ou 1986, l'IGAS possédait ce qui s'appelait un droit d'autosaisine. A cette époque-là, si, au hasard d'un déplacement à Marseille, j'avais entendu parler d'un scandale à l'IHU, j'avais le droit de m'y rendre et de vérifier ce qu'il s'y passait, munie de ma carte bleu-blanc-rouge d'Inspectrice générale. Ce n'est plus le cas.

L'IGAS ne remplit que des missions commandées par l'autorité ministérielle (ministre de la Santé, de la Solidarité, du Travail, etc.). Mais jamais un article de média n'avait été mentionné dans un ordre de mission. Une telle procédure ne se fait pas. On peut à la rigueur invoquer un signalement.

Les trois inspecteurs qui ont procédé à l'inspection de l'IHU sont allés au-delà de ce qui leur était demandé, dans une posture de servilité extrême. Je parle de servilité parce qu'ils ont fait ce que le ministre leur demandait de faire. Certains fonctionnaires, lorsqu'ils rédigent un rapport, se préoccupent toujours de ce que le ministre voudrait lire.

Je ne suis pas en train de défendre les anciens inspecteurs de l'IGAS mais les trois inspecteurs généraux chargés de ce contrôle de l'IHU sont deux directeurs d'hôpital récemment nommés à l'IGAS et une femme médecin, ancienne directrice de l'ARS de Lorraine, je crois. Il ne s'agissait pas de "vieux" IGAS... Ces trois inspecteurs fraîchement désignés avaient, au surplus, une dette envers ce ministre.

**O. S. :**

C'est ce que notre ami Jean-Dominique appellerait la corruption systémique. On ne critique pas la main qui vous nourrit, en l'occurrence celle qui vous donne d'une main votre traitement et accorde de l'autre son augmentation potentielle.

On ne peut pas sanctionner suffisamment les gens qui ne font pas leur travail ; mais entre l'indépendance professionnelle et la servilité, comment trouver l'équilibre ? On ne peut pas sanctionner suffisamment les gens qui ne font pas leur travail. Comment peut-on sanctionner quelqu'un qui fait preuve d'une totale indépendance ?

**H. S. :**

Un directeur d'hôpital n'est pas indépendant. Une directrice d'hôpital psychiatrique qui ne s'est jamais rendue dans les pavillons d'internement, qui ne se rend pas compte que des soignants frappent des malades, que les locaux sont crasseux, n'est pas indépendante. Elle doit être sanctionnée parce qu'elle n'a pas fait son travail.

Lorsque je parle d'indépendance, il s'agit d'écrire ce que je vois de manière documentée sans avoir peur des conséquences que cela aura. Pour un inspecteur, l'indépendance, c'est cela.

**H. B. :**

Cette indépendance date d'une époque où les inspecteurs n'étaient pas révocables.

**H. S. :**

En effet, les inspecteurs disposaient d'une plus grande indépendance. Toutefois, ils n'étaient pas complètement indépendants parce que, depuis déjà fort longtemps, les fonctionnaires ne faisaient pas une carrière complète à l'IGAS. Les plus jeunes inspecteurs qui sortaient de l'ENA accomplissaient leurs quatre ans de service pour ensuite devenir directeurs d'une grosse caisse de Sécurité sociale ou prenaient une direction dans un ministère. Le plus souvent, ces jeunes inspecteurs attendaient une autre situation donc ils devaient veiller à ne pas se faire trop mal voir.

Pour ce qui me concerne, j'ai eu une grande indépendance pendant toute ma carrière parce que je n'avais pas l'intention d'exercer ce qu'on appelle une activité opérationnelle ; je n'avais pas l'intention d'être directrice. On me l'a proposé mais j'ai beaucoup aimé ce travail de terrain que représentait l'inspection, la possibilité d'aller voir ce qui se passait véritablement dans les établissements, rencontrer des malades et des médecins, discuter avec eux.

A l'IGAS, il existe des missions durant lesquelles on voit peu de médecins et de malades. Si les gens ne veulent pas en voir, ils n'en voient pas. En ce qui me concerne, il m'est arrivé d'en interroger, de faire des histoires de vie de malades pour certains rapports. Si l'on a de l'indépendance d'esprit, on peut toujours faire des choses.

Je ne suis pas d'accord avec la qualification de corruption systémique. Je n'aime plus cette formulation, trop employée à mon sens. Il y a le fait que nous sommes dans la même doxa. Les collègues qui sont allés inspecter l'IHU ne sont pas coupables de corruption au sens où on ne leur a rien proposé. Certes, ils ont une dette vis-à-vis du ministre qui les a nommés mais ils ne peuvent pas être révoqués.

Là n'est pas le problème. Le problème est que tous ces gens pensent de la même manière, évoluent dans un entre-soi. Je l'ai constaté au début de la crise du Covid, à travers les articles que j'ai écrits à ce moment-là. J'ai reçu une lettre de la cheffe de l'IGAS en poste à l'époque, qui me déniait le droit d'écrire ce que j'avais écrit sur mes collègues, sur la politique de santé. Je reprochais simplement à ces gens-là de ne même pas savoir utiliser les statistiques. D'ailleurs, la plupart des fonctionnaires disaient qu'il valait mieux des chiffres faux plutôt que pas de chiffres...

C'est vrai que dans l'administration on ne connaît rien aux statistiques mais on aime beaucoup mentionner des chiffres parce que ça fait sérieux...

**Jean-Dominique Michel :**

Selon la définition en usage, le terme de "corruption systémique" désigne un ensemble de pratiques pour l'essentiel légales mais qui corrompent la mission et ce que vient de décrire Hélène Strohl correspond exactement à la définition. Il n'y a pas de corruption au sens où il n'y a pas d'accord sur le fait que si le rapport est à charge contre l'IHU, les fonctionnaires obtiendront une promotion, et que si le rapport est à décharge ils ne l'obtiendront pas.

Mais la corruption systémique caractérise un contexte dans lequel aller à l'encontre de l'intention implicite ou explicite du ministre aurait un prix pour les inspecteurs mandatés pour la mission. La question de la doxa constitue plus le prétexte mimétique qui permet aux gens de se donner bonne

conscience alors que le fond de la question est de savoir dans quelle mesure la finalité de l'inspection est noble (ou saine) ou dans quelle mesure elle est dévoyée.

Je te remercie, Hélène, de vraiment montrer dans ton exposé cette réalité aujourd'hui tangible qu'il faut pouvoir évoquer, à savoir que les services de l'Etat, censés normalement être indépendants du politique et au service du citoyen, ne sont ni plus, ni moins désormais qu'instrumentalisés. Un ministre peut donc donner un ordre de marche pour persécuter ou harceler administrativement un établissement, en l'occurrence un centre d'excellence académique et médicale qui ne va pas dans le sens exigé de tout le monde.

Aux Etats-Unis, de la même manière, on voit que le FBI est aujourd'hui instrumentalisé par des intérêts étrangers au service du citoyen et de la population. L'appareil d'Etat, par définition doit être neutre et ma compréhension du statut de la fonction publique est celle d'une protection du fonctionnaire, laquelle protection ne doit pas dépendre du fait qu'il plaît ou qu'il ne plaît pas au politique, élu à intervalles réguliers. Dans sa mission au service du citoyen, le fonctionnaire doit pouvoir être protégé du politique.

Aujourd'hui, on observe que dans nos pays, cette barrière a complètement sauté. J'évoque à nouveau le FBI pour déplorer qu'il soit devenu une officine non seulement de propagande au service de certains intérêts mais aussi d'intervention jusque dans des sphères où il ne doit normalement pas intervenir.

Ce sont des phénomènes que l'on voit beaucoup avec – je ne sais comment le dire – cette espèce d'affranchissement, de forclusion (c'est le terme lacanien qui me vient à l'esprit) vis-à-vis des interdits. Nous possédons tout de même un surmoi ou un ordre supérieur auquel nous sommes tous assujettis et qui fait que notre engagement pour la vérité doit être plus fort que tout.

Cette évolution n'est pas survenue du jour au lendemain mais au terme d'un long processus et l'on se retrouve aujourd'hui dans une situation où des corps constitués comme l'Académie de Médecine, la Haute Autorité de Santé, l'Inspection générale des Affaires sociales n'en ont plus rien à faire de la vérité et l'on est confronté à une espèce d'exonération du principe de réalité mais aussi des principes moraux. Si l'on décide qu'il faut "descendre" le professeur Perronne parce que ses déclarations dérangent, quand bien même il a passé quinze ans de sa carrière à gérer la réponse de la France aux épidémies, on le descend ; on le traite comme un malpropre sans la moindre vergogne. Voyez-vous ce que je veux dire ?

**H. S. :**

Il y a une absence frappante de vergogne dans le pouvoir actuel. Avant d'entrer dans l'Administration, j'étais professeur dans l'enseignement secondaire. J'ai intégré l'IGAS en 1983 à ma sortie de l'ENA et je côtoyais encore ces figures de hauts fonctionnaires, ces grands commis de l'Etat ainsi qu'on les dénommait qui ne faisaient pas de politique mais qui défendaient véritablement des conceptions de politiques publiques et qui n'envisageaient pas du tout une carrière dans le secteur privé ni de gagner davantage d'argent qu'ils n'en touchaient. En France, les hauts fonctionnaires sont bien payés.

Et un changement s'est produit au milieu des années de la présidence de François Mitterrand. Brusquement, il y a eu une réhabilitation de l'argent ; les jeunes énarques, après avoir fait leur petit

tour des cabinets ministériels socialistes se sont dit qu'ils pourraient avoir des postes intéressants dans les organismes qui avaient été nationalisés. Ces organismes ayant été à nouveau privatisés en 1986, ils y sont restés parce qu'ils pouvaient continuer à y être cadres, dirigeants. Tout le monde s'est mis à vouloir gagner beaucoup d'argent et une conception intègre du service public et du bien public s'est perdue. Il est certain que beaucoup de collègues me considéraient comme une espèce de naïve.

Ceci posé, je crois, Jean-Dominique, qu'il ne faut pas sous-estimer le fait de l'institutionnalisation. Tu parles de l'Académie de Médecine, de la Haute Autorité de Santé, de l'Inspection générale. Dans le fait que les gens détiennent des postes de pouvoir et de décision dans l'institution, il y a un tropisme, une orientation à penser comme tout le monde. Dans ce type de milieu, il est très difficile de penser différemment. Ce n'est pas pour rien que le Pr Raoult exerce à Marseille ; il est porté par cette localisation. Pour connaître le milieu universitaire, je peux dire qu'il en va de même. Lorsqu'on ne pense pas comme tout le monde, on est mis au ban.

De nos jours, on est complotiste, d'extrême droite. Un grand nombre de mes collègues considèrent que je suis d'extrême droite parce que je ne pense pas comme eux ni comme tout le monde. Tu dis que les hauts fonctionnaires ne défendent pas la vérité et qu'ils ont perdu tout sens moral. Je crois qu'un très grand nombre ne savent pas ce qu'est la vérité parce que pour eux, la vérité est la pensée du plus grand nombre ou la pensée des dominants et il n'y a pas de recherche d'autre chose que la pensée dominante.

**H. B. :**

S'il y avait le moindre doute sur la vérité, sur le fait que le plus grand nombre n'a pas forcément raison, cela remettrait trop de certitudes en cause.

**H. S. :**

Oui, et nous sommes en outre dans des domaines où la vérité est très complexe, nous sommes dans un véritable relativisme. Je donne toujours cet exemple : il y a encore quarante ans, on savait à peu près ce qu'était l'intérêt général ; à présent, cette notion est de plus en plus compliquée à définir. Il est de plus en plus compliqué de savoir si l'on peut faire passer une ligne à haute tension sur un territoire, si elle ne va pas nuire à l'intérêt particulier des agriculteurs, à l'intérêt particulier des touristes, à l'intérêt particulier du consommateur (l'électricité sera plus chère si son acheminement exige une ligne est plus longue), que sais-je encore ?

Pour chaque situation, il est difficile de dégager à chaque fois ce qui est l'intérêt général. Jules Ferry disait que tous les écoliers de France apprenaient la même chose au même moment ; on ne sait plus le faire.

**J-D M. :**

J'apprécie ta réhabilitation de ce que cela produit pour le collectif. Dans le domaine de la psychiatrie (que je connais bien), on constate un intérêt de milieu ou de corporation ; il fait que la psychiatrie n'est pas très organisée pour donner la priorité au bien du patient. Je vais m'appuyer sur deux exemples :

En Suisse, on a essayé l'hospitalisation à domicile parce que beaucoup de patients se plaignent d'être arrachés à leur milieu de vie, leur environnement, leurs liens sociaux pour être internés dans un

hôpital psychiatrique où ils s'ennuient la plupart du temps parce qu'on leur propose peu d'activités et ils attendent qu'on les renvoie chez eux lorsqu'ils sont stabilisés. Pour ces patients, ce e protocole n'est pas la meilleure solution. On a donc essayé l'hospitalisation à domicile avec des équipes soignantes qui se déplacent pour accompagner la personne chez elle. Dans la plupart des cas, le dispositif peut fonctionner et toutes les évaluations sont très positives. Les soignants préfèrent ce dispositif, les patients préfèrent ce dispositif, les familles préfèrent ce dispositif mais le modèle assurantiel ne permet pas de le rembourser parce que le déplacement des médecins, notamment, n'est pas défrayé et donc on ne le met pas en vigueur.

Dans le Devon, en Angleterre, un centre de crise ouvert 24 heures sur 24 est uniquement animé par d'anciens patients. Et, lorsqu'ils ne vont pas bien, plutôt que de se retrouver dans un hôpital psychiatrique, beaucoup de patients apprécient de pouvoir être accueillis dans cet espace accompagné. Cela ne veut pas dire que cette structure filtre tous les besoins d'hospitalisation, mais elle en filtre peut-être 70% ou 80%. On n'a pas une technostructure médicale psychiatrique qui répond, à un moment donné, à des gens qui vont mal, mais un autre dispositif.

Il faudrait en effet se poser vraiment la question de savoir à quoi on alloue l'argent de l'Assurance maladie sachant que l'économie de la maladie prend le pas sur une politique de santé. Le budget par habitant que tu mentionnais est un modèle par capitation qui permet notamment de faire beaucoup plus de prévention. Un système médical tourne et est rentable quand il soigne mais il a besoin de malades pour soigner. Si on aide les gens à ne pas devenir malades, le rendement médical est peut-être moins bon, mais le capital-santé général est amélioré et on sort de ces remboursements qui, effectivement, génèrent tout un ensemble d'effets pervers.

#### **H. S. :**

Oui, mais en France, on avait en psychiatrie un système qui fonctionnait bien et qu'on appelait le secteur de psychiatrie. Que les gens soient dans un hôpital de jour, dans un hôpital de nuit, dans un centre d'accueil à temps partiel, etc., voire hospitalisés à domicile, les soins étaient pris en charge. C'était un budget global de la psychiatrie.

En France, il se trouve que la psychiatrie est la seule discipline qui ne se soit pas pliée à la fameuse tarification à l'acte (T2A) et qui est donc peu à peu devenue le parent pauvre. La psychiatrie est toujours financée forfaitairement, donc les directeurs d'hôpitaux, lorsqu'il y a un service de psychiatrie à côté d'autres services ont intérêt à déclarer qu'il n'y a pas trop d'activité en psychiatrie parce que ces services dépensent beaucoup. Quoi que fasse l'hôpital, il reçoit chaque année la même dotation ce qui pervertit son fonctionnement.

Il fut un temps où l'on a pensé pouvoir soigner dans la cité. De fait, dans les grandes métropoles, le système communautaire par quartiers, par territoires d'habitation ne fonctionne plus correctement ; on a eu l'illusion que les soins à l'extérieur en ambulatoire coûtaient moins cher qu'à l'hôpital mais ce n'est pas tout à fait vrai. Ce qui coûte cher, c'est de s'occuper des gens : faire des activités avec eux, des psychothérapies, des thérapies collectives, des groupes de parole. Toutes ces mesures de prise en charge sont chères. Enfermer un patient dans une chambre d'isolement dès qu'il s'excite un peu ne coûte rien. Et les infirmiers ne feront rien d'autre de la journée que distribuer les médicaments entre le visionnage de vidéos. C'est ce que la psychiatrie est en train de devenir en France, il faut le savoir.

**O. S. :**

Nous essayons tous ensemble d'élaborer des modes de réflexion intéressants et j'apprécie les pistes qu'Hélène Strohl propose. Pour l'instant, les inspecteurs reçoivent leurs ordres du ministre et il serait préférable qu'ils les reçoivent du Parlement. Ce serait une excellente chose en effet que le Parlement ait un droit de recours et que le ministre en ait un aussi. Ce serait bien que le corps des inspecteurs décide des inspections qu'il va mener, s'ils vont en particulier respecter ou non les ordres du ministre.

J'aime beaucoup ces idées-là qui montrent que l'on progresse dans quelque chose de très positif d'autant plus avec des professionnels comme Hélène qui possèdent une grande expérience et qui ont vu comment l'IGAS fonctionnait avant qu'on entre dans le système actuel qui évoque une espèce de business.

Pour avoir été médecin, pour avoir observé la pratique médicale hospitalière, lorsque je réfléchis au mode de fonctionnement de la médecine aujourd'hui, j'ai l'impression que tout est gouverné par la préoccupation de réussir à vendre le plus de médicaments et les plus chers possible. Ce mercantilisme est l'élément de base au détriment de la réflexion sur ce dont les patients ont besoin. Quand tu évoques la perspective d'un budget global, non pas pour soigner les gens mais pour les maintenir en bonne santé, je pense immédiatement aux principes de l'acupuncture : les gens devaient consulter leur médecins quatre fois par an et de le payer quatre fois par an, en échange de quoi, s'ils tombaient malades entre deux consultations, le médecin devait les soigner gratuitement.

Un vrai système de santé serait un système dans lequel il y aurait un budget global avec une organisation reposant sur la prévention parce que l'on sait que les gens ne vont pas tomber malades si l'on fait de la prévention. Et s'ils ne tombent pas malades, la santé coûtera moins cher !

Mais on voit bien que le système actuel répond complètement à l'objectif de rentabilité.

**H. S. :**

Je pense que la prévention est très importante mais il faut veiller à ce qu'elle ne devienne pas du contrôle social. Personnellement, je n'ai pas envie que l'on m'ordonne qu'il ne faut pas boire, pas fumer, et ainsi de suite.

En revanche, il ne faut pas se faire d'illusions ni avoir une conception du seul budget de la santé. Il faut avoir une conception générale du budget. La prévention ne produit pas d'économies parce que, de toute façon, les gens finissent par mourir d'une maladie. Si tu étais sûr que, grâce à la prévention, les gens mourraient tous d'un arrêt cardiaque sans passer par la case hôpital ni par la case maladie, ce serait parfait, mais ce n'est pas ce qui se passe.

La prévention retarde la maladie mais ne l'empêche pas de survenir. En économiste cynique, je dirais que si tu fais vivre les gens plus longtemps, tu grèves le budget des retraites et tu ne vas pas économiser d'argent public. Cela ne veut pas dire qu'il ne faille pas faire de prévention. Il faut en faire pour d'autres raisons.

Tu évoques le fait qu'aujourd'hui, le soin se limite essentiellement à vendre du médicament. C'est vrai. Actuellement, deux de mes amis sont suivis pour le traitement d'un cancer et le constat est effrayant : on a l'impression que les centres de cancers performants ne soignent que par essais

thérapeutiques. Le malade entre ou non dans l'essai et ce qu'on appelait le protocole compassionnel n'existe plus. Celui qui refuse d'entrer dans l'essai n'a plus qu'à rentrer chez lui et y rester.

Je pense que les essais thérapeutiques arrangent tout le monde : les médecins qui les pilotent et qui, très clairement, sont un peu rémunérés et ne l'avouent pas toujours à leurs patients, la structure, l'établissement de soins qui, à mon avis, paye moins cher les médicaments qu'il est en train d'expérimenter. Tout cela ne se fait pas forcément au bénéfice du malade. Dans certains centres anticancéreux, en dehors des médicaments à présent très bien éprouvés et que l'on prescrit en première intention, dès que la maladie atteint un certain stade, le patient passe d'un essai à l'autre, en changeant d'ailleurs de médecin. Dans ces conditions, je me demande où est le soin, où est l'accompagnement des personnes.

Alors oui, je suis d'accord : ils ne font que vendre des médicaments.

**O. S. :**

Je ne sais pas si tu as connu le service d'oncologie de Nicole et Gérard Delépine. C'était le dernier service qui ne rentrait pas dans les protocoles. Dans le traitement des chondrosarcomes et des ostéochondrosarcomes, ces deux cancérologues avaient des résultats assez exceptionnels avec des taux de survie de 60%, grâce à leur méthode qui était assez traditionnelle et classique avec des dosages de méthotrexate, de méthotrexatémie pour être précis. Ils ont été virés parce qu'ils ne respectaient pas des protocoles beaucoup plus chers et beaucoup plus lucratifs ; aujourd'hui, dans le service qu'ils ont dû quitter, d'après les derniers échanges que j'ai eus avec Nicole Delépine, les pronostics de survie sont de l'ordre de 20% et c'est dramatique.

Cet exemple nous montre que ce n'est pas l'intérêt du patient qui préside aux choix thérapeutiques, mais des intérêts financiers qui sont au cœur du problème. La seule règle d'action, le seul élément de décision devrait être l'intérêt du patient à long terme.

Lorsque je parlais de prévention, je pensais à une vérification du bon taux d'iode et de vitamines chez chaque personne.

**H. S. :**

Je suis tout à fait d'accord avec toi mais il faut aussi se dire que nous allons tous mourir ; selon moi, la médecine a perdu cette compétence qu'est l'accompagnement des personnes vers la mort, or, la "bonne mort" est quelque chose d'important.

Un psychiatre lyonnais, Jean Furtos, a écrit un très beau livre sur la pandémie<sup>4</sup>. Dans son ouvrage, il explique que, pendant la pandémie, on a poussé les gens à préserver leur « *corps nu* », c'est-à-dire juste la vie pour la vie, au détriment de la relation, de l'amour, de l'amitié, de tous les liens qui font la vie. C'est un peu ce que la médecine est devenue : le soin du « *corps nu* » exclusivement.

**H. B. :**

Tu disais qu'à l'hôpital, on privilégiait les moyens et non les résultats ; ce qui rejoint ce qu'Olivier et toi-même avez dénoncé à propos de l'utilisation de médicaments qui ne prend pas en compte leur

---

<sup>4</sup> *Pandémie et biopouvoir, La nouvelle précarité contemporaine*. Jean Furtos, psychiatre des Hôpitaux honoraire, fait partie de l'équipe enseignante de la formation « Santé mentale en contexte social ». (Source : maisonmedicale.org)

efficacité sur la survie des patients. Il faut mettre ces choix en lien avec ce qui est prévu pour 2023 concernant la nouvelle certification des médecins qui sera également un outil pour contrôler les moyens qu'utilisent les médecins mais non leurs résultats en matière de soins.

**H. S. :**

Je trouve ces décisions scandaleuses. Elles ont commencé avec la question du soin des maladies chroniques comme le diabète, entre autres, et lorsque la Sécurité sociale prenait en charge une partie des cotisations sociales des médecins s'ils prescrivaient un grand nombre d'examen médicaux. C'est ainsi qu'on a attiré les médecins à pratiquer une médecine plutôt qu'une autre. A l'époque, mon généraliste me confiait qu'il trouvait scandaleux d'être payé parce qu'il faisait bien son métier. S'il pensait que tel protocole était le bon pour suivre un diabétique, il le suivait. Mais s'il estimait ce protocole inadapté à un autre malade, il ne l'utilisait pas.

Peu à peu, la mesure s'est imposée pour toutes les pathologies et on l'a vue pour le Covid : tous les médecins ont été payés pour faire pratiquer des tests, pour vacciner. Les pharmaciens et les laboratoires ont gagné des sommes d'argent considérables ; ils ont été achetés pour participer à cette politique. On a observé des pratiques insensées : des pharmaciens vaccinant des personnes qu'ils ne connaissaient pas, injectant sans autre forme de procès une troisième dose de vaccin anti-Covid, une dose de vaccin antigrippal...

Il y a encore quatre ans, on n'aurait même pas imaginé injecter à une personne âgée n'importe quelle substance, même un vaccin, sans demander l'avis de son médecin traitant. Où allons-nous ?

Tu as raison, Hélène, d'évoquer cette nouvelle certification des médecins. Légalement, les médecins ont une obligation de moyens, cela signifie qu'ils ont l'obligation de faire tout ce qui est en leur pouvoir pour soigner le patient, dans l'état de la science actuelle et dans l'état de leurs connaissances. Mais jusqu'alors, on ne leur dictait pas de faire de telle ou telle manière. Il faut se poser les bonnes questions ; ce n'est pas pour rien que les jeunes médecins sont rentrés dans les injonctions qu'ils ont reçues. Pendant la crise du Covid, très peu de jeunes médecins ont résisté, ont refusé de recevoir l'injection ou d'en faire la promotion, ou bien ont soigné les malades.

Une amie, Odile Ouachée (qui va bientôt sortir un livre) est allée soigner les gens à domicile pendant toute la crise du Covid parce qu'elle avait un âge où elle pouvait se le permettre. Mais les jeunes médecins ne pouvaient pas se le permettre, d'une part parce qu'ils avaient peur de la radiation, d'autre part parce qu'ils ont été formés à accepter de telles préconisations.

Je me rends chez des médecins, quand je suis malade. On ne peut plus trouver un jeune médecin qui vous accueille, vous salue et vous examine. Il est sur son ordinateur tout le temps que dure la consultation ; vous prononcez un mot, il cherche le protocole qu'il doit appliquer. Ils ont été formés ainsi. Comment voulez-vous que des gens sélectionnés sur des questionnaires à choix multiples (QCM) soient encore capables de penser ?

**O. S. :**

Je suis d'accord. On a formé, sélectionné et embrigadé les médecins. Beaucoup d'articles, dans le *Quotidien du médecin*, le *Journal international de Médecine* (JIM) ont montré les liens d'intérêt entre les laboratoires et les jeunes médecins, la mainmise des laboratoires sur l'enseignement médical. L'un de mes patients, étudiant en médecine, me racontait qu'en deuxième année de médecine, il

existait une question éliminatoire : expliquer en quoi l'homéopathie est dangereuse. L'alternative était très claire : tout étudiant qui n'affirmait pas la dangerosité de l'homéopathie ne deviendrait jamais médecin. C'est comme si l'on demandait d'expliquer en quoi la littérature est toxique pour les esprits. Dans la foulée, on pourrait procéder à des autodafés.

On est dans ce mode de pensée. Les médecins ont été ainsi formés et les autorités se chargent de couper toutes les têtes qui dépassent. Lorsque j'ai commencé la médecine il y a quarante ans, il y avait beaucoup plus d'originalité et on faisait des choses qui, aujourd'hui, déclenchent immédiatement les foudres des instances.

A l'âge de 25 ans, j'avais assisté à un congrès de cancérologie alternative. Aujourd'hui, il ne pourrait jamais avoir lieu.

#### **H. S. :**

Etant donné que les opposants aux médecines alternatives, complémentaires, etc., ne peuvent jamais prouver qu'elles sont en soi dangereuses, ils emploient exclusivement l'argument qu'elles détournent le patient de la médecine allopathique. Leur raisonnement est toujours celui-ci alors même que curieusement, dans les centres de cancérologie de pointe, pour tout ce qui concerne l'accompagnement des malades, tout ce qui vise à leur donner de l'espérance, du bien-être, on leur conseille de plus en plus de recourir à des soins alternatifs, de consulter, bien sûr, un homéopathe, un acupuncteur. On leur déconseille le traitement **Beljanski** par trop charlatan.

Ce devenir des jeunes médecins pose une question cruciale : y aura-t-il encore des gens capables de porter une voix de l'intérieur de la profession et du système médical ? Louis Fouché évoquait récemment l'éventualité qu'il puisse retravailler dans un hôpital parce qu'il ne savait bien faire autre chose cela et j'imagine qu'il aime soigner. Mais peut-on faire évoluer le système de l'intérieur ?

Des gens diront qu'il faut faire une espèce de révolution et tout bouleverser. Je ne crois pas du tout dans un changement politique, une modification de fond en comble qui viendrait encore depuis le haut. Peu à peu, des expériences se font jour, localement. Parfois, dans un hôpital, certaines équipes arrivent à travailler autrement. En matière de psychiatrie, des expériences ont été menées ; il y a eu le réseau de santé mentale des Yvelines : autour de l'hôpital psychiatrique s'étaient réunis les médecins généralistes, les psychiatres privés, les psychologues libéraux. Dans ce réseau, il n'y avait pas d'organisation en soi ; elle était congruente aux situations rencontrées, aux questions qui se posaient : comment peut-on aider les généralistes à faire un diagnostic précoce de la dépression, à intervenir ? Pour un certain nombre de cas (le suicide de l'adolescent, la dépression,...), les membres de ce réseau étaient arrivés à mettre en place un fonctionnement collectif, coopératif, au niveau du territoire qui avait véritablement un impact et produisait de bons résultats. Je crois beaucoup aux expériences de ce type. Elles se font, fonctionnent pendant un certain nombre d'années puis le dispositif capote et d'autres dispositifs voient le jour ailleurs.

Je ne suis pas sûre que l'on puisse initier un grand changement politico-technico-administratif...

#### **H. B. :**

Je rappelle qu'actuellement des réseaux se mettent en place, avec Covisoins, assurés par tous les médecins un peu résistants, en somme.

## **CONCLUSION**

### **J-D M. :**

Je conclurai volontiers pour aller dans le sens de tout ce qu'Hélène Strohl vient de dire. Au cours des vingt ou trente dernières années, la science honnête a mis en lumière un certain nombre de sujets passionnants. On peut prendre pour exemple la manière dont la méditation de pleine conscience s'est diffusée à travers le monde médical et comprendre pourquoi elle a rencontré ce succès. On sait qu'au-delà du « *corps nu* » se trouve un être qui l'habite et que la manière dont cet être vit sa vie entre en résonance avec le monde qui l'environne et comment ce processus impacte sa santé.

On a découvert (ou redécouvert parce qu'on n'a pas non plus inventé le fil à couper le beurre) beaucoup de phénomènes ; par exemple, (toutes catégories de maladies confondues), les deux facteurs de protection les plus puissants de la santé sont le fait d'avoir un réseau social de qualité et de participer à une communauté religieuse. Ces deux facteurs augmentent votre chance de survie de 50% quel que soit votre âge. Evidemment, on meurt beaucoup moins à 30 ans qu'à 90, mais à cet âge comme à l'autre, que l'on fréquente régulièrement une paroisse, une synagogue, une mosquée, un cercle de tambours chamaniques, la chance de survie est augmentée de 50%, ce qui représente un pourcentage phénoménal. Cette donnée a été vérifiée de différentes manières par des études tout à fait sérieuses.

Ce dont il est question pour moi, c'est de cette translation d'une médecine qui s'occupe des maladies vers une politique de santé qui, bien sûr, intègre la médecine pour la prise en charge des malades. J'ai aussi très sensible aux propos Hélène Strohl relatifs aux risques du paternalisme et de la **normativisation** plutôt **normalisation** des démarches de prévention ; c'est un principe très connu en éthique de santé publique et relativement bien tenu jusqu'au Covid. On évitait dans les travers que nous avons subis durant la crise.

Au-delà de cette réflexion, il s'agit de réintégrer l'entière de la personne dans une perspective de santé, avec toutes les ressources communautaires disponibles. *In fine*, ce sont ces dernières qui font, malgré tout, le plus de bien en dehors de ce que la médecine technique peut apporter le cas échéant, lorsque c'est nécessaire.

Je me permets de rappeler le livre que tu as coécrit avec Michel Maffesoli, *La faillite des élites*, parce qu'il est extraordinairement de circonstance ; il montre bien le moment où survient ce dévoiement, dans tous les sens du terme, dans ce qui peut à la fois relever de la compromission et de la malhonnêteté et dans ce qui tient d'une espèce d'inertie, d'égarement de la part de ceux qui sont aujourd'hui aux commandes. On sait que ce moment ne devrait être qu'un temps de l'évolution de la société parce que ceux qui sont aux commandes ont vocation à être au service de la population et leur action à être irriguée par les désirs et les valeurs de la population. On peut espérer que, tôt ou tard, ce qui paraît être un changement d'époque apporte une restauration des principes et des pratiques.

### **O. S. :**

On observe en effet depuis 30 ou 40 ans ce dévoiement dont vient de parler Jean-Dominique avec la domination d'intérêts qui ne sont pas forcément ceux du patient. Adeptes et pratiquants de la médecine naturelle, bien que j'aie recours régulièrement aux médecines dures quand il le faut, je

pense qu'on peut imaginer autrement la mort (parce qu'il faut bien mourir de quelque chose, comme l'a dit Hélène Strohl).

Je me souviens d'une patiente venue me consulter il y a 30 ans. Elle avait des problèmes de santé et présentait des constantes qui n'étaient pas tout à fait dans les normes. Lorsque j'ai voulu l'amener à plus de rigueur, à l'énoncé des soins que je lui préconisais, elle a menacé de me retirer sa confiance. J'ai continué à la soigner selon ses souhaits pendant 30 ans. Elle est restée en pleine forme mais je lui rappelais qu'elle risquait de mourir de la pathologie dont elle souffrait. Elle me répondait qu'elle savait parfaitement mais qu'elle allait très bien. Elle est décédée à 96 ans, alors qu'elle montait encore son escalier quatre à quatre. Lorsqu'elle a fait un arrêt cardiaque et que le SAMU venu la secourir a rempli le compte-rendu de décès, le certificat portait la mention « Vieillesse réussie ».

Si l'on s'était focalisé sur les constantes biologiques de cette dame, on se serait épouvané et cependant, cette personne a vécu jusqu'à 96 ans et très en forme. Je pense que la prévention, plus exactement l'équilibration permettraient aux gens de vivre les 20 dernières années de leur vie sans se bourrer de médicaments, alors qu'au-delà de trois molécules quotidiennes, on ne sait plus du tout ce que l'association produit dans l'organisme. Ils pourraient vivre avec beaucoup moins de médicaments même si cela n'arrangerait pas tout le monde, j'en suis d'accord. Cela permettra un vieillissement progressif, relativement équilibré, avec une médecine naturelle adaptée, ce qui n'empêcherait pas de recourir de temps en temps à des thérapeutiques plus dures si la nécessité s'en faisait sentir (comme la pose d'une prothèse de hanche ou ce genre d'acte médical).

L'un de mes patients, souffrant d'un problème cardiaque, s'était vu proposer la pose d'un stent. Il était réticent, ayant appris, en lisant une étude, que les gens auxquels on plaçait un stent (pourtant un miracle de la médecine) ne vivaient statistiquement pas plus longtemps que les autres. Je ne m'attendais pas à cette objection et j'ai lu très sérieusement l'étude qu'il m'avait indiquée.

Ce n'est pas parce qu'un médicament ou une technique font des miracles que les gens vont vivre beaucoup plus vieux. Je crois que la médecine doit essayer de les maintenir plus vivants, tous les jours sans soins trop lourds. J'en appelle une fois de plus à Coluche qui aurait peut-être dit : « Tant qu'à faire, je préférerais mourir de mon vivant. »

Je ne sais pas si des constantes vitales parfaites sont le secret pour maintenir les gens vivants plus longtemps. Par contre, un confort de vie, un bien-être sans trop de maladie en fin de vie pourrait être un objectif et une piste de réflexion.

**H. S. :**

J'ai un petit regret de mon métier alors que je l'ai quitté il y a une dizaine d'années parce que j'aime beaucoup parler avec les gens qui sont dans l'action, les gens de terrain et j'ai été très contente d'échanger avec vous tous aujourd'hui.

Confronter des points de vue tellement différents est aussi l'un des intérêts de ce Conseil scientifique indépendant. Je ne suis pas scientifique et connais peu de choses à la médecine. Je ne parle que de ce que je connais assez bien : l'administration de la santé, le métier de l'évaluation. C'est en échangeant avec des gens qui ont un autre point de vue que l'on avance et que l'on se soutient les uns les autres.

*Transcription : Claire Aubague*

