



HAL
open science

Le Monde de Jean de Kervasdoué : Retour vers le futur du système de santé français

Laurence Hartmann

► **To cite this version:**

Laurence Hartmann. Le Monde de Jean de Kervasdoué : Retour vers le futur du système de santé français. Politiques de santé - Idées, Innovations et Illusions Mélanges en l'honneur de Jean de Kervasdoué, 2015, 9782717868227. hal-02109302

HAL Id: hal-02109302

<https://hal.science/hal-02109302>

Submitted on 24 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Article dernière version avant publication ou postprint

In Politiques de santé - Idées, Innovations et Illusions

Mélanges en l'honneur de Jean de Kervasdoué

Ed. Economica, Décembre 2015

ISBN 978-2-7178-6822-7

Le Monde de Jean de Kervasdoué : Retour vers le futur du système de santé français

Laurence Hartmann, maître de conférences en économie de la santé
Conservatoire national des arts et métiers - Paris

Introduction

« Rêve éveillé d'un après-midi d'été », « le médecin généraliste, une espèce menacée », « une politique de santé par la grève », « A quoi servent encore les caisses d'assurance maladie ? », « Une nation d'hypocondriaques vieillissants », ces quelques titres-choc illustrent le ton impertinent des tribunes de Jean de Kervasdoué parues dans le journal Le Monde.

Ecrivain prolifique de livres et d'articles, l'auteur a occupé successivement des postes de haut fonctionnaire, d'entrepreneur et d'enseignant-chercheur dans les secteurs publics et privés de la santé. Les multiples facettes de ses compétences lui confèrent une légitimité indiscutable d'analyste des institutions sanitaires, de ses concitoyens, des corporations, des réformes¹. Adeptes de patins à roulettes depuis sa jeune enfance, il donne aussi à voir le système de santé du lit dans lequel il fût hospitalisé, après une fracture du bassin en 2003².

La production intellectuelle de Jean de Kervasdoué croise des perspectives sociologiques, politiques et économiques, dans des ouvrages académiques, des articles scientifiques et des articles de presse, dont l'audience est large. L'auteur est souvent sollicité par les media pour ses talents d'écriture comme de polémiste. Ses idées divisent le public, qu'il s'agisse de santé ou d'écologie. Ses analyses du système de santé français et des réformes en conçoivent les conséquences possibles, et l'auteur en fait valoir sa vision avant l'heure dans le journal Le Monde, dès 1976, à travers une vingtaine de tribunes pour un lectorat hétéroclite. Avec un sens acéré de la formule, Jean de Kervasdoué y pose régulièrement la question des défaillances du système de santé français et de son évolution³.

¹ Des fonctions institutionnelles lorsqu'il a occupé le poste de Directeur des hôpitaux, marquant son époque par le prologue de la médicalisation des systèmes d'information ; des fonctions entrepreneuriales quand il a ensuite dirigé son entreprise d'ingénierie et consulting, la Sanesco ; des fonctions académiques enfin, lorsqu'il prend ses fonctions au Conservatoire national des arts et métiers en qualité de professeur titulaire de la chaire santé, en 1997.

² « L'hôpital vu du lit », 2004, ed. Seuil, 167 pages.

³ D'autres sujets sont abordés par Jean de Kervasdoué dans ce quotidien, nous n'avons sélectionné que les articles directement liés au secteur de la santé sur une période de 44 ans. Des articles plus récents ont été publiés dans le journal Le Monde, d'autres l'ont été dans des quotidiens à audience large (notamment

Notre article se propose de retracer les points de vue l'auteur parus entre 1976 et 2009, d'en citer les exergues les plus notoires ou les plus provocateurs et de proposer au lecteur une véritable rétro-fiction : ce lecteur le constatera par lui-même, la fiction d'hier dessinée par Jean de Kervasdoué rejoint souvent la réalité et la destinée du système de santé d'aujourd'hui.

1976 : Evaluer les pratiques médicales

C'est en 1976 que paraît, dans Le Monde daté du 11 Mai, le premier article de Jean de Kervasdoué écrit avec Jean-François Lacronique : « **Tous les médecins américains doivent adhérer à un organisme qui contrôle leur activité** ». Il est alors chargé de recherche à l'école polytechnique et s'intéresse déjà à ce qui constituera l'un de ses principaux sujets d'investigation : la régulation de l'offre de soins médicaux, qu'elle concerne les soins hospitaliers ou les soins de ville. L'article s'ouvre sur le constat suivant : « *Dans les débats qui agitent, aujourd'hui, le monde de la médecine en France, le problème de l'évaluation et du contrôle de la qualité des soins est pratiquement absent* ». Les auteurs soulignent pourtant les avancées considérables dans ce domaine aux Etats-Unis, où les autorités sanitaires légifèrent à tour de bras. Ce cadre réglementaire obtient, de plus, le soutien quasi absolu du corps médical, pourtant d'idéologie très libérale. Il est vrai que deux facteurs décisifs concourent à faire accepter ce contrôle des pratiques médicales auprès des médecins américains et à réduire leur corporatisme d'opposition : d'une part, la judiciarisation forte du secteur de la santé les pousse à se protéger en respectant les normes établies par les organismes indépendants. Ils peuvent ainsi bénéficier de l'immunité civile, dans un contexte où les scandales médicaux sont largement relayés par la presse, qui estime à l'époque que 5% de médecins incompetents sont en exercice. D'autre part, l'augmentation considérable des dépenses de santé amène les programmes sociaux à se doter d'outils d'évaluation des pratiques, puisque l'on estime que 10 à 15% de ces dépenses proviennent d'abus (de pouvoir médical) et où « *il est possible d'évaluer les types de soins les mieux adaptés et les moins risqués, et, aussi les plus économiques, car le meilleur n'est pas forcément le plus cher* »⁴. Les auteurs évoquent alors le rôle de ces organismes indépendants, les *Professional standard review organisations*, introduits dès le 1^{er} janvier 1976, composés d'un tiers de membres non médecins, auxquels les médecins doivent adhérer obligatoirement. Ces organismes établissent les profils de pratique comme de prescription des médecins, dans chaque région sanitaire, et édictent des *guidelines* dans le cadre de l'activité hospitalière. Si les auteurs estiment que « *l'expérience que l'Amérique connaît dans le domaine de la garantie de la qualité de l'activité médicale est intéressante à suivre* », il faudra attendre en France les années 1990 pour que naissent des institutions de contrôle de la qualité des soins, d'abord timidement avec l'ANDEM (agence nationale de développement de l'évaluation

Libération et Le Figaro), ainsi que de nombreux hebdomadaires généralistes (Le Nouvel observateur, Marianne, par exemple) ou spécialisés en santé.

⁴ Notons qu'il s'agit de l'un des adages les plus récurrents de Jean de Kervasdoué dans ses chroniques du Monde, qui considère dans le secteur de la santé une déconnexion du prix de soins de leur qualité (mais qui relève que les usagers croient fermement à l'existence de ce lien, le prix signalant la qualité, ce qui offre aux prestataires un champ d'action stratégique non négligeable).

médicale), puis plus formellement en 1996 avec l'ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) et enfin, en 2004, sous la forme de la seule agence sanitaire indépendante – la Haute autorité de santé (HAS) -. Les années 1990 verront ainsi naître des Références médicales opposables (RMO) – qui d'opposables n'auront que le nom -, et c'est surtout depuis l'institution de la HAS que seront déployés *guidelines* et procédures de certification hospitalière. De même, l'assurance maladie française, réhabilitée dans son rôle de gestion du risque en 2004, introduira progressivement pour les médecins, au cours de la dernière décennie, divers dispositifs tels que les Accords sur le bon usage des soins (AcBUS), les Recommandations de bonne pratique (RBP), les Contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) et très récemment les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP). Presque trente ans se seront écoulés entre l'interrogation de Jean de Kervasdoué et de Jean-François Lacronique et la définition concrète d'un cadre institutionnel d'évaluation des pratiques médicales pour les médecins français, au sein des hôpitaux comme en médecine de ville.

1996 : Réduire le déficit de l'assurance maladie

Lorsqu'il prend ses fonctions de professeur titulaire de chaire au Conservatoire national des arts et métiers en 1996, Jean de Kervasdoué interpelle ses concitoyens et les pouvoirs publics sur le « **Trou de la sécurité sociale : le retour** »⁵, qui a abouti cette même année à la création du fameux prélèvement 'CRDS' (Contribution au remboursement de la dette sociale). Dès sa mise en œuvre, la CRDS s'avère impuissante à colmater l'intégralité du déséquilibre financier. De plus, la création d'un nouvel impôt pour faire face à la récurrence du déficit n'est qu'un moyen détourné d'action, agissant sur les recettes plutôt que sur les dépenses (en rationalisant par exemple l'organisation et la gestion du système de soins). Dès 1996, Jean de Kervasdoué prédit que « *le RDS sera utilisé en allongeant la durée des remboursements de treize à seize ou dix-sept ans* »⁶. Effectivement, alors que le prélèvement devait disparaître en janvier 2009, le gouvernement Jospin aura par la suite prolongé sa perception jusqu'en janvier 2014, puis la loi du 17 août 2004 disposera que la CRDS sera prélevée jusqu'à apurement de la dette sociale, autrement dit sur plusieurs générations⁷.

Cette période de hausse des prélèvements est associée à une refonte importante des mécanismes de régulation du système de santé, puisque les quatre ordonnances du plan Juppé de 1996 annoncent une réforme en profondeur de l'organisation du système, du financement des offreurs de soins et la mise en œuvre de mécanismes d'évaluation des soins prodigués. Si Jean de Kervasdoué salue des réformes « *à la fois courageuses et souvent nécessaires* », il déplore l'absence d'impact à court terme de ces mesures (mise en œuvre du rôle des Agences régionales de l'hospitalisation, mécanismes d'accréditation des

⁵ Le Monde du 27 juillet 1996.

⁶ L'auteur qualifiera d'ailleurs le remboursement de la dette sociale de « *machine infernale qui fait payer demain à nos enfants des dépenses de fonctionnement d'aujourd'hui* », article du Monde du 14 décembre 1997.

⁷ En effet, en 2014 le déficit de la dette restant à amortir se monte à 130 milliards d'euros, soit 6,1% du PIB. Les prévisions récentes de la commission des comptes de la sécurité sociale estiment que la dette sera finalement remboursée en 2024, si la tendance actuelle se poursuit qui impose de rembourser un montant annuel supérieur au déficit constaté dans l'année.

établissements de santé, démarrage de l'informatisation des cabinets médicaux...) et, de plus, s'interroge sur la pertinence des objectifs de dépenses macroéconomiques (l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie se met alors en place), questionne le bien-fondé des contraintes microéconomiques qui pèseront sur chaque agent : figer les dépenses de consultations et prescriptions pourrait conduire les médecins à ne pas promouvoir les innovations médicales, à renoncer à recruter des remplaçants et à réduire leur activité fortement en fin d'année, avec pour conséquence un engorgement des hôpitaux. Il s'interroge aussi sur la méthode prévue, à savoir le contrat et la négociation, avec des inquiétudes sur les situations de blocage qui pourraient survenir: « *Que se passera-t-il si une des parties ne veut pas négocier ?* ». Cette question posée par l'auteur en 1996 trouvera un écho très retentissant dans son article de janvier 2002, « **Une politique de santé par la grève** » (voir infra). De même, ces inquiétudes se révéleront fondées en 1998 aussi bien du côté des cliniques (annulation des reversements par le conseil d'Etat) que des médecins libéraux avec une période tumultueuse pour les conventions médicales (annulation de la convention par le Conseil d'Etat). La situation paraît alors sans issue pour sauvegarder la sécurité sociale, puisqu'il n'est plus possible d'accroître les prélèvements obligatoires, d'augmenter la responsabilisation financière - outil déjà largement mobilisé au cours des décennies 1980 et 1990 - tandis que contraindre les offreurs de soins par un objectif de dépense semble être une gageure. Et l'auteur de s'interroger sur une conséquence rampante possible, la privatisation partielle ou totale de l'assurance maladie... idée qu'il démantèlera lui-même comme option soutenable pour maîtriser les dépenses de santé dans son article de décembre 1997, « **Contrôler les dépenses de santé ou dérembourser ?** »⁸.

1997 : Maîtriser les dépenses de santé

« **Contrôler les dépenses ou dérembourser ?** », s'interroge donc l'auteur. La France est l'un des pays développés qui consacre le plus de sa richesse à la santé, avec deux atouts majeurs, la quasi-absence de rationnement des soins, la liberté de choix des offreurs. Or, « *les dépenses médicales sont considérées comme des dépenses nobles. Elles accroissent le bien-être de la population. Elles prolongent la vie... Pourquoi donc limiter ces dépenses lorsque l'on ne limite pas des consommations à l'évidence plus futiles comme les vacances, moins prestigieuses comme les assurances ou l'automobile... Pourquoi donc ne pas se faire l'avocat de plus de dépenses, surtout quand on croit aux bienfaits des innovations en médecine ?* ». Ces arguments pourraient en première lecture stupéfier, tant ils vont à contre-courant de l'antienne habituelle martelant que nous dépensons trop. Pourtant, ils seront développés par la suite et étayés par des analyses bien connues d'économistes, fondées sur le concept de disposition à payer pour la santé. Par exemple, les travaux de Brigitte Dormont⁹ en 2009

⁸ Le Monde du 14 décembre 1997. Prenant l'exemple des Etats-Unis où la sur-inflation des dépenses résulterait selon l'auteur de la coexistence d'assurances publiques et privées au premier dollar : en effet, dans un marché d'assurance maladie peu régulé et non soumis à l'obligation d'assurer, les assureurs privés sélectionnent à leur avantage les risques et offrent à leur clientèle à bas risque un accès à des soins de qualité, rémunèrent généreusement les offreurs de soins, ce qui conduit inévitablement à une pression des politiques pour un ajustement à la hausse des rémunérations de l'ensemble des professionnels de santé.

⁹ Dormont Brigitte, 2009, Les dépenses de santé : une augmentation salutaire ?, ed. du Cepremap, opus 15.

passent en revue les publications scientifiques sur le sujet, qui estiment que la disposition à payer de la population pour les soins de santé est en réalité supérieure au niveau de dépenses effectivement constaté, dans les pays à niveau de richesse élevé. Mais la déconnexion du financement (par prélèvements obligatoires) de la consommation de soins obère l'arbitrage économique des citoyens et ne permet pas de révéler le niveau de disposition à payer de la société ; de même que la connaissance plus ou moins certaine de sa situation sociale et de son état de santé ne concourent pas à une estimation correcte du coût d'opportunité des soins de santé, telle qu'elle serait faite sous le voile d'ignorance.

Jean de Kervasdoué trouve toutefois, dans ces arguments d'économie du bien-être, une explication à l'absence de volonté politique tangible de contrôler les dépenses de santé. Le problème est que cet attentisme se heurte à la réalité du financement des soins : *« c'est la contrainte financière seule qui pousse à la maîtrise et pas une analyse de sa nécessité politique »*. Par ailleurs, l'auteur constate que, paradoxalement, la France est le pays qui rembourse le moins bien des pays d'Europe (hors assurance complémentaire) : il juge les déremboursements progressifs depuis 1980 comme iniques, posant *« aux plus démunis qui n'ont pas d'assurance complémentaire (neuf millions de Français) des problèmes d'accès aux soins dentaires, voire aux médecins généralistes. Ils vont de plus en plus aux urgences hospitalières pour être pris en charge...la politique honteuse du déremboursement conduit à une destruction du lien social, l'un des points forts de la citoyenneté, c'est donc à la fois politiquement condamnable et économiquement inefficace »*.

Quelle alternative donc ? *« Le financement public doit donc s'accroître. Cela n'est possible que si le niveau des dépenses baisse »*, sachant que trois phénomènes structurels vont contraindre les choix : le passage à l'euro imposant une harmonisation des charges sociales, le financement des retraites comme des dépenses de santé croissantes de la génération du baby-boom et enfin le poids déjà lourd du RDS. Pour que le niveau de dépenses soit maîtrisé, il faut mettre en place une gestion médicalisée, car les gaspillages de ressources sont importants : inefficience de certains médicaments, durées de séjour hospitalière trop longues et associées à des affections iatrogènes ou nosocomiales, variations importantes des pratiques médicales sur le territoire débouchant sur une grande variété des niveaux de rémunération, compensation des prix bas des consultations par des volumes élevés... L'analyse menée en 1997 précèdera la mise en place d'outils qui impactent aujourd'hui sensiblement certains indicateurs d'activité : réduction de la durée de séjour hospitalière avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité, publication récente des niveaux de qualité des établissements de santé sur le site internet scopesanté.fr (des indicateurs de processus pour l'essentiel), incitations financières à des pratiques médicales plus éclairées et économes, autant d'avancées qui ont été largement soutenues par le développement rapide des technologies de l'information et de la communication, comme par l'exploitation - encore très contrôlée - des données de l'assurance maladie... Seules les questions des honoraires médicaux, de la tarification à l'acte, et des temps de travail des médecins semblent s'être figées dans le temps, ce qui constituera l'un des sujets de prédilection de Jean de Kervasdoué pour les années 2000.

1998 : Résister au corporatisme médical

Le sujet des médecins passionne en effet Jean de Kervasdoué, dont il se fait l'ardent défenseur quand il s'agit du revenu horaire de la profession, et dont il se fait aussi un détracteur implacable lorsque se profilent les actions corporatistes des syndicats médicaux français. Il dénonce en 1998 « **Une médecine percluse d'archaïsmes** »¹⁰. L'article est sans doute l'un des plus drôles, tant sont grandes les contradictions internes de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), qui oscille entre la défense des principes fondateurs du système de santé (liberté, égalité, fraternité) et la défense de ses positions de principe (charte de la médecine libérale de 1927). Jean de Kervasdoué résume la pensée du dénommé 'projet pour le système de santé français de demain', écrit par la CSMF : d'un côté, la CSMF y loue le principe de solidarité fondant la protection sociale, de l'autre elle s'y prononce en défaveur du régime universel d'assurance-maladie et du tiers-payant ; selon un extrait du rapport cité par l'auteur : 'Le tiers payant n'est pas la solution aux difficultés économiques de la population et enchaîne les médecins aux volontés des caisses d'assurance maladie'. En d'autres termes, les médecins veulent bien être conventionnés pour solvabiliser la demande de soins grâce à l'assurance maladie, mais pas enchaînés, tels des fonctionnaires payés à l'acte par l'assurance maladie. C'est pourquoi la CSMF prône un système de concurrence entre caisses, mais à condition qu'elle ne se fasse pas à l'américaine, car les médecins sont attachés au principe de solidarité. Jean de Kervasdoué s'étonne de la courte vue de l'analyse : si les médecins ont autant de pouvoir en France grâce aux syndicats, c'est justement grâce au monopole d'assurance maladie et de la logique du conventionnement. Surtout, Jean de Kervasdoué souligne que le rapport passe sous silence « *les conceptions archaïques du paiement à l'acte... Or, la notion d'acte est, en France, très simpliste, notamment pour les généralistes, rémunérés de la même façon que la consultation dure dix minutes ou une demi-heure, qu'ils aient vingt-six ou soixante ans, qu'ils prennent ou non la peine d'écrire pour commenter le résultat d'un examen et éviter, dans le premier cas, une consultation supplémentaire* ». L'auteur poursuit plus loin : « *Il ne s'agit pas, à l'étranger, d'un débat idéologique, mais d'une constatation : cette forme de rémunération n'est plus adaptée, par exemple, à la télé-médecine ou au travail en équipe. En outre, ce système a un effet inflationniste sur le volume de ces mêmes actes* ». Cette question du paiement à l'acte est réellement fondamentale pour les économistes de la santé. Posée en 1998, elle a déjà fait couler beaucoup d'encre outre-Manche et outre-Atlantique, où elle représente un chapitre incontournable de tout manuel académique, à travers l'hypothèse de demande induite. Mais il s'agit en France d'un sujet délicat, puisque remettre en cause le paiement à l'acte consiste à récuser l'un des principes les plus fondamentaux de l'exercice de la médecine dans un cadre libéral. Par ailleurs, les systèmes alternatifs de salariat et de capitation ont certes des avantages mais également des inconvénients, comme le démontrent les expériences dans les systèmes nationaux de santé (rationnement des soins, qualité dégradée...). Ce qui est particulièrement avant-gardiste dans l'analyse de Jean de Kervasdoué, c'est qu'il introduit déjà, en 1998, le problème de la rémunération de la télé-médecine et du travail en équipe. Ce sont des notions floues à cette époque en France, puisque les technologies de l'information et de la communication en sont à leurs balbutiements, et que le travail en équipe est un concept qui a du sens à l'hôpital, mais pas en secteur libéral. Il faut attendre le début de la décennie 2010 pour que se posent concrètement ces questions, dans le cadre d'expérimentations de maisons de santé, de télé-médecine, de coopérations entre professionnels de santé, et c'est aujourd'hui que la

¹⁰ Le Monde du 8 Juillet 1998.

question des modes de rémunération de ces pratiques médicales se pose avec acuité... 17 ans après l'article du Monde.

Mais le point d'orgue de l'article concerne la posture de la CSMF dans son rapport vis-à-vis de l'évaluation des médecins. Jean de Kervasdoué cite le rapport selon lequel 'le principe fondamental de cette évaluation des pratiques médicales est que la profession médicale prend en main son évaluation'. Les médecins plaident donc en faveur d'un système où ils sont à la fois juge et partie, tandis que la Cnamts est reléguée à une caisse aveugle payant en toute confiance les médecins qui s'auto-évaluent. Il faut reconnaître que la revendication de cette corporation est grandiose. Jean de Kervasdoué, qui ne manque pas de rappeler en conclusion la pauvreté relative de nos médecins au vu de certains de leurs homologues européens, dénonce tout autant la déviance technocratique de la profession médicale, qui « *ne peut pas capter seule la politique de santé* ».

2000 : Gérer le risque maladie

Le thème de la pauvreté relative des médecins français, notamment des généralistes, est repris dans l'article qui paraît en septembre 2000, « **A quoi servent encore les caisses d'assurance maladie ?** »¹¹, dans lequel Jean de Kervasdoué enfonce le clou : « *Un généraliste français est très sensiblement moins bien payé qu'un généraliste anglais, allemand ou néerlandais. Honoré à 115 francs la consultation, un généraliste gagne de l'ordre de 460 francs de l'heure (les consultations durent en moyenne un quart d'heure), soit moins de la moitié du revenu brut d'un expert-comptable ou d'un avocat !* ». Dans le même temps, l'auteur déplore que des sujets aussi essentiels que la formation initiale ou continue des médecins soient négligés, faute de courage politique, et déconnectés de la question de la rémunération. Il regrette aussi que la question de la responsabilité médicale soit détachée de celle de l'évaluation des pratiques. Mais dans cet article, les critiques renvoient surtout au rôle de l'assurance maladie et du contrepoids qu'elle pourrait symboliser dans le processus d'étatisation « *à visage découvert* » du système de santé (le contexte est alors celui de l'adoption et l'entrée en vigueur de la loi Couverture maladie universelle – CMU- et de la progression de la fiscalité dans le financement des dépenses de santé avec la Contribution sociale généralisée –CSG-). Et l'auteur de s'interroger sur l'utilité des caisses d'assurance maladie, résumées alors à leur simple fonction de remboursement des feuilles de soins et à « *vérifier des droits que tout le monde a* ». S'offrent alors deux alternatives selon Jean de Kervasdoué. L'une consisterait à laisser l'Etat prendre le pouvoir et devenir à la fois « *le seul financeur, régulateur, contrôleur et producteur* » à l'image des systèmes à l'anglaise, alors caractérisés par le rationnement des soins. L'autre serait de confier un véritable pouvoir aux caisses d'assurance maladie dans la gestion du risque tout en laissant à l'Etat un rôle de garant des droits des citoyens, tant en termes d'efficacité que d'équité : « *l'Etat retrouverait alors un rôle de contrôleur de ces caisses, garantirait la qualité des établissements de santé, s'occuperait d'aménagement du territoire en faisant en sorte que l'offre de soins soit équitablement répartie, définirait le 'panier de soins', mais ne jouerait plus, comme aujourd'hui, tous les rôles – concepteur, producteur et contrôleur* ». Même si le schéma prospectif du rôle de l'assurance maladie dessiné par Jean de Kervasdoué n'a pas

¹¹ Le Monde du 22 septembre 2000.

pris la forme attendue (soit celle de caisses non liées à un principe professionnel mais choisies par les assurés sur un principe de concurrence en qualité des prestations), le constat, établi par l'auteur en l'an 2000, sera suivi de la loi sur l'assurance maladie de 2004 réhabilitant l'institution dans son rôle de gestion des risques, qui prendra alors la forme de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, UNCAM. Il s'agira alors d'un véritable tournant dans les relations institutionnelles assurance maladie/tutelle/offre de soins/usagers dans le cadre de la gouvernance du système de santé¹².

2001 : Prévoir les dépenses et leur financement

« Dans la vie publique, si la plupart des milliards comptent, curieusement il en est qui ne comptent pas. Les milliards de la sécurité sociale font partie de cette dernière catégorie, même si un milliard de cotisations représentent lourde peine et long travail de ceux qui cotisent... Les comptes sociaux, faute d'intérêt et de transparence, permettent donc des tours de passe-passe, non-dits, euphémisme et demi-vérités ».

Telle est l'exergue qui introduit la critique de Jean de Kervasdoué dans : **« Sécu : les milliards qui ne comptent pas »** en juin 2001¹³. Alors que les estimations pour l'an 2000 des recettes de la sécurité sociale sont plutôt favorables pour les comptes sociaux, l'auteur souligne un paradoxe : l'excédent s'avère bien faible, alors même que le périmètre des prélèvements obligatoires s'est élargi (droits sur les tabacs et activités polluantes, contribution sociale sur les bénéfiques) et ce, dans un contexte économique de croissance importante (de l'ordre de 4%). Il est vrai, comme le souligne l'auteur, que les dépenses de la Sécurité sociale ont été alourdies par de nouvelles prestations, le déficit de l'assurance maladie mais aussi l'impact de la réduction du temps de travail sur les charges sociales (notamment les exonérations accordées pour faire passer la réforme). Or, toutes ces mesures - ou ces non-mesures en l'absence de réaction politique notoire face au déficit de l'assurance maladie -, n'anticipent pas la durée limitée d'une conjoncture favorable, s'inquiète l'auteur qui prédit que *« le pire est à venir en 2004-2005 et surtout à partir de 2007 »*. En effet, l'arrivée à la retraite d'une génération importante de prétendants révélera les arbitrages à courte vue sur les fonds publics. Jean de Kervasdoué critique en filigrane les décisions politiques, trop marquées par une forte préférence pour le présent et pour le visible. Il suggère : *« nous devrions thésauriser, non pas quelques milliards plus ou moins gagés, mais au moins une cinquantaine par an pendant cinq ans pour amortir le choc annoncé, mais il y a tant d'utilisateurs immédiats des cagnottes fiscales ou sociales ! »*. Cette idée a été développée pour l'assurance maladie dans les travaux de Gérard Cornilleau qui suggère en 2008¹⁴ la mise en place d'un système de stabilisateur automatique, où l'Etat effectuerait des avances en cas de basse conjoncture et se rembourserait en haute conjoncture, ce qui éviterait à la CADES de subir les conséquences des fluctuations économiques. A l'heure d'aujourd'hui, un tel

¹² L'auteur suggère qu'une réflexion soit menée au sein du Commissariat général du plan, neutre et prospective, pour dessiner les lignes du futur du système de santé. Des rapports y seront commandés par la suite, comme au sein du Conseil d'analyse économique et du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, créé en 2003.

¹³ Le Monde du 9 Juin 2001.

¹⁴ Cornilleau Gérard, 2008, Le financement de l'assurance maladie en question, Les tribunes de la santé, vol.4., pp. 71-77.

système n'a pu être envisagé puisque le choc économique de 2009 et les années moroses qui ont suivi n'ont guère laissé de latitude dans l'espoir d'un remboursement et a fortiori d'une thésaurisation.

2002 : Réviser l'agenda politique pour s'affranchir des pressions corporatistes

Les années 2000 et 2001 ont été marquées par des mouvements de grèves importants, touchant aussi bien les professions médicales que paramédicales. Au tout début de l'année 2002, Jean de Kervasdoué poursuit sa critique de l'étatisation du système de santé dans « **Une politique de santé par la grève** »¹⁵, qui conduit à « *supprimer de fait toute responsabilité des corps intermédiaires, à commencer par les partenaires sociaux. Les conséquences en sont tangibles. L'Etat – je le dis depuis de longues années – n'en a pas les moyens sauf à répondre aux grèves à coups de milliards, ce qu'il fait* ». Il reproche de nouveau l'attentisme des pouvoirs publics, qui amène à adopter des mesures dans l'urgence face aux revendications : « *le gouvernement ne devance pas le déclenchement des mouvements sociaux. Il les attend pour négocier* ». Parallèlement, pour sortir des mouvements sociaux, il doit consacrer des ressources financières nouvelles, puisque les conflits sont « *toujours conclus de la même manière* ». Cet attentisme est donc source à la fois de dérapages financiers, ne permet pas de définir le cadre des nouveaux mécanismes de régulation, ni de dessiner une réforme structurelle. Pourtant, souligne l'auteur, la Cnamts a publié en 1999 un plan stratégique qui devrait inspirer les pouvoirs publics : il semble qu'il n'a suscité aucune réaction du gouvernement, qui ignore les propositions de ce plan visant des soins de qualité pour tous et une meilleure efficacité du système de santé, et reposant sur une définition plus nette des champs de responsabilité de l'Etat, de l'assurance maladie, des offreurs de soins et des usagers. Les corporations hospitalières sont entendues, les partenaires sociaux sont ignorés : la politique de santé est dictée par la grève, déplore Jean de Kervasdoué.

2002 : Préserver la productivité hospitalière

Dans ce contexte social instable, la loi relative à la réduction du temps de travail doit s'appliquer. Quel est donc l'impact de cette mesure sur l'offre de travail des médecins dans le secteur public ? Pour Jean de Kervasdoué, il s'agit d'un impact très défavorable comme il l'affirme dans son article « **Hôpital : la cassure des 35 heures** » paru en juillet 2002¹⁶. L'auteur craint un choc à la fois financier et organisationnel pour l'hôpital, pris en étau entre deux contraintes, celle française des 35 heures et celle européenne des 48 heures maximales hebdomadaires associées une journée de repos systématique après une nuit de garde, « *recommandation saine pour les médecins et leurs malades, mais à court terme fatale pour l'hôpital quand sa mise en œuvre se conjugue avec la réduction du temps de travail* ». Jean de Kervasdoué constate, en pleine saison estivale, des conséquences directes de ce choc : allongement des délais d'hospitalisation programmée, lits fantômes

¹⁵ Le Monde du 10 Janvier 2002.

¹⁶ Le Monde du 19 Juillet 2002.

administrativement fermés quand les patients transitent plusieurs heures sur des brancards dans les couloirs, démultiplication des mêmes examens coûteux, risques psycho-sociaux et tout cela dans un cadre extrêmement réglementé qui réclame davantage de temps professionnel pour les patients, pour la concertation, pour la démocratie interne, pour les comités divers... obligations qui doivent désormais composer avec une réduction du temps de travail, situation qualifiée par des « *contradictions absurdes* » dans un contexte où « *les contraintes administratives, la paperasse, ne cessent de croître* ».

« *Le coût très élevé de cette réforme est la moindre de ses conséquences* » constate l'auteur, qui s'alarme de la fuite possible des patients et des praticiens vers le secteur privé, de l'impact néfaste sur la productivité des hôpitaux ou même de l'absence de retour sur investissement de la société sur la formation des études médicales : « *est-il logique que les Français payent huit à douze années d'études onéreuses à des médecins puis ensuite les contraignent à limiter leur capacité d'exercice ? Bizarrie collective que de souhaiter qu'un investissement de cette importance soit peu rentable !* ». C'est sans doute l'argument le plus percutant de l'article : si la sélection à l'entrée des études médicales est sévère en France, la formation est ensuite quasi-gratuite, l'internat est rémunéré dès la septième année, puis les médecins sont assurés d'un revenu salarié ou libéral, quelle que soit la spécialité, quel que soit le lieu. Réduire le temps de travail salarié alors qu'il plafonne avant 2002 à 39 heures consiste à se priver d'une offre de soins médicale très qualifiée, peut-être encline à travailler davantage, tandis que, dans le champ libéral, les médecins généralistes travaillent plus de 50 heures hebdomadaires quand ils n'assurent pas les week-ends¹⁷ ... soit l'extrême inverse, avec des conditions de travail pouvant conduire à l'épuisement physique et psychologique du parent pauvre de la profession médicale. Le paradoxe est flagrant.

Cet article écrit en 2002 aura un écho particulièrement dramatique lors de l'épisode de canicule en août 2003, où l'on comptabilisera près de 15000 décès et qui aboutira à la démission du ministre de la santé de l'époque, Jean-François Mattéi.

2003 : Soigner les médecins généralistes libéraux

Dans « **Canicule : leçons grinçantes d'un drame** »¹⁸, Jean de Kervasdoué décrète : « *Les leçons que l'on a jusqu'ici tirées m'ont paru classiques (il faut plus de moyens), non démontrées (la solidarité entre les générations s'amenuise), ou indignes (critique ad hominem de tel ou tel ministre ou haut fonctionnaire)* ». L'auteur pointe son regard sur le cas particulier de Paris, « *à la fois ville et département* » dans laquelle il estime qu'a eu lieu une proportion très importante de ces décès, du fait des caractéristiques particulières de l'offre de soins médicaux et médico-sociaux : une faible densité de places en institution pour les personnes dépendantes par rapport à la moyenne nationale ; une compensation de cette faiblesse par l'offre abondante de services sanitaires et donc une absence d'incitation politique à financer l'ouverture de nouvelles places (qui aurait été associée à une augmentation des impôts locaux) ; une contraction de l'offre de soins de généralistes et

¹⁷ Estimations de la DREES, cf. S. Jacoubovitch, M.-C. Bournot, E. Cercier, F. Tuffeau, 2012, « Les emplois du temps des médecins généralistes », Etudes et résultats, n°797, mars

¹⁸ Le Monde du 28 août 2003.

d'infirmiers face au coût élevé de la vie parisienne et à la concurrence des spécialistes (le dispositif du médecin traitant n'existe pas encore). La conséquence directe est une fréquentation relativement importante des services d'urgence (médecine d'urgence et urgences hospitalières). Or, l'auteur note que « 90% des passages ne donnent pas suite à une hospitalisation. Les services d'urgence coûtent très cher. Il n'y a pas d'autres solutions que de créer avec les professionnels libéraux une offre alternative correctement honorée et de faire payer à ceux qui viennent aux urgences à l'hôpital le vrai prix de ce service : au moins 5 ou 6 fois le tarif d'une consultation normale ». Jean de Kervasdoué réitère sa critique de la politique de santé par la grève : les réponses politiques se montrent promptes face aux revendications corporatistes, tandis que la « crise des professions de santé »¹⁹ touche les médecins libéraux, peu considérés par les pouvoirs publics, et qui ont adopté une forme plus sourde de contestation : « pour la première fois en effet, depuis des mois, les médecins libéraux ont cessé de prendre des gardes et d'assurer des astreintes ». Tandis qu'à l'hôpital, comme l'auteur l'avait déjà souligné précédemment²⁰, la pénurie de main d'œuvre qualifiée est produite « administrativement ».

Jean de Kervasdoué conclut : « La canicule, comme le déficit de l'assurance maladie, illustre la crise profonde d'un système de santé qui n'a jamais été le meilleur du monde, sauf dans les ordinateurs de l'Organisation mondiale de la santé... Ce n'est pas du destin et la canicule que nous souffrons d'abord, mais de paralysie, d'incapacité de sortir des contradictions démagogiques par lesquelles on laisse croire que tout est possible tout le temps : augmenter les prestations, réduire les cotisations, améliorer les performances et croire au Père Noël, en dépit de la fraîcheur salutaire de cette croyance hivernale ».

2004 : Respecter le principe de réalité

La critique d'une politique démagogique se poursuit dans « **Rêve éveillé d'un après-midi d'été** »²¹. Ce magnifique titre de tribune parue en juillet 2004 dévoile toute son ironie en ouverture : « Souvenez-vous d'un été 2004 où l'on a prétendu à l'Assemblée nationale que l'on équilibrerait les comptes de l'assurance maladie, alors que l'on transférerait des déficits aux générations futures d'un montant équivalant à une année de recettes de l'impôt sur le revenu ». Le ton est donné, le pavé est de nouveau jeté dans la mare des comptes sociaux. Jean de Kervasdoué rappelle que les déficits sont financés par la dette, la dette sociale pour les comptes sociaux, la dette publique qui crève le plafond pour l'ensemble des comptes publics. Il questionne la pertinence et le fondement de ces prévisions qui prévoient l'équilibre pour 2007, toutes choses égales par ailleurs, sans innovation, sans choc exogène, sans inflation.

« Gardez en mémoire que l'on vous a affirmé que le 'dossier médical personnel' non seulement existerait en l'an 2007, mais permettrait d'économiser 3,5 milliards d'euros ! » s'exclame l'auteur, qui ironise de nouveau sur l'illusion de pouvoir « bénéficier d'un investissement sans l'avoir réalisé ». Jean de Kervasdoué affirme alors qu'une décennie au moins est nécessaire pour que le DMP voie le jour, mais que de surcroît, il coûterait au

¹⁹ Sous la direction de Jean de Kervasdoué, « La crise des professions de santé », 2003, ed. Dunod, 239p.

²⁰ Cf. « Hôpital : la cassure des 35 heures ».

²¹ Le Monde du 23 juillet 2004.

moins 10 milliards d'euros, tout cela en supposant que le corps médical coopère et accepte des formats numériques homogènes, et enfin que l'on ait défini le responsable de la protection et la gestion des données. L'auteur conclut : « *C'était un été, moins chaud que le précédent, on y faisait croire que l'on pouvait définitivement vivre à crédit et que la magie remplaçait la raison, rêve éveillé des après-midi d'été dont il arrive que l'on se souvienne* ».

Il est aujourd'hui possible de commenter ces prévisions : Jean de Kervasdoué surestime peut-être le coût financier du DMP, comme la Cour des comptes permet de l'établir fragilement en 2013²². Elle évalue à un demi-milliard d'euros le montant déjà investi, en précisant toutefois l'impossibilité de consolider ces montants et la dérive très probable des coûts à venir, du fait des multiples formes de DMP, parfois non interopérables, des multiples acteurs, de l'absence de stratégie commune, d'outils de pilotage et d'évaluation. Mais, il est vrai que l'estimation très approximative correspond à l'ouverture de seulement 158 000 DMP mi-juin 2012, 537 841 au 30 avril 2015²³ ..., soit effectivement une mise en œuvre qui aura été lente et complexe, loin d'être aboutie aujourd'hui en 2015, si bien que le chiffre de 10 milliards d'euros n'est peut-être pas absurde.

2004 : Investir dans l'éducation de nos concitoyens pour améliorer leur santé

La dépense publique en matière de santé reste dans la ligne de mire de Jean de Kervasdoué en décembre 2004, dans son article « **Une nation d'hypocondriaques vieillissants** »²⁴. L'auteur s'attaque aux arbitrages macroéconomiques faits entre différents postes de la dépense publique, décrivant le sacrifice de l'enseignement supérieur pour « *une médecine dispendieuse, à l'efficacité marginale douteuse, alors que le budget de l'enseignement supérieur continue d'être très inférieur à celui des autres pays occidentaux* ». L'analyse dans le temps et l'espace de l'état de santé des Français, estimé alors en espérance de vie à la naissance, montre : d'abord, l'absence de lien entre niveau de richesse d'une région et état de santé de la population ; ensuite, l'absence de lien entre densité régionale de lits hospitaliers et état de santé de la population ; enfin, l'absence de lien entre dépenses régionales de santé et état de santé de la population. Comme le rappelle l'auteur, il est vrai que ces éléments avaient déjà été établis au plan international, avec un effet de seuil très net pour ce qui est de la corrélation entre les dépenses de santé et l'espérance de vie : on constate en effet que le lien entre ces deux variables est significatif jusqu'à un niveau de richesse (se situant autour de 7 à 8% du PIB investi en santé), à partir duquel les rendements marginaux ne suivent plus la règle de la décroissance. En d'autres termes, dans les pays riches qui investissent plus de 8% de leur PIB en santé, il n'y a plus aucune relation entre niveau de dépenses de santé et espérance de vie. Pour la France métropolitaine, les écarts importants d'espérance de vie sur le territoire ont conduit Jean de Kervasdoué comme ses collègues Henri Picheral et Jean-Marc Macé à tester une hypothèse : l'impact du niveau d'éducation des femmes est une variable explicative de l'espérance de vie. Ils ont procédé à l'analyse, en croisant géographiquement les densités de femmes bachelières et l'espérance de vie, et l'analyse valide cette hypothèse, démontrant effectivement l'impact du niveau d'éducation sur la santé. Il est vrai qu'en économie de la santé, depuis les travaux de

²² Cour des comptes, Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place, Rapport Février 2013.

²³ L'estimation est fournie en temps réel sur le site www.dmp.gouv.fr.

²⁴ Le Monde du 18 décembre 2004.

Grossman de 1972, on considère que le niveau d'éducation est un déterminant important de l'état de santé, dans la mesure où les individus éduqués disposent d'un plus grand savoir-faire dans la 'production' de santé, c'est-à-dire dans la combinaison des ressources contribuant à la santé. Partant de l'analyse, promouvoir la santé d'une population consiste à promouvoir l'éducation, car le rendement de l'éducation est plus important que le rendement des soins dans les pays qui ont atteint un certain niveau de richesse. Il demeure étonnant que cette analyse pourtant très connue n'ait finalement qu'un écho assez faible dans les politiques publiques, ce qui conduit à la question initiale de Jean de Kervasdoué, sur les arbitrages effectués entre budget de l'enseignement supérieur et de la recherche, et budget de l'assurance maladie : « *en 2004, le budget de l'enseignement supérieur et de la recherche (14,3 milliards d'euros) est exactement du même ordre de grandeur que le déficit (13,9 milliards d'euros) – le déficit, pas le budget – de l'assurance maladie !* » Et l'auteur de poser cette question brûlante : « *Pourquoi lève-t-on des impôts nouveaux et tolère-t-on des déficits pour l'assurance maladie et pas pour l'enseignement supérieur ? Pourquoi croit-on, au-delà de toute évidence, de plus en plus en la médecine et de moins en moins en l'éducation ? Ces choix ne sont-ils pas ceux d'une génération vieillissante qui confisque à son profit le pouvoir et choisit de se soigner, dans tous les sens du terme, au détriment de l'intérêt de la nation, voire de son intérêt propre ?* ».

2005 : Définir une politique de santé mentale opérationnelle et cohérente avec la politique sociale

Lorsqu'un crime se produit dans un hôpital psychiatrique et que les victimes en sont deux professionnelles de santé, il conduit à l'adoption en urgence, par le ministre, d'un plan de santé mentale : Jean de Kervasdoué considère, en février 2005, que l'on élabore « **La politique de santé sous la dictature du fait divers** »²⁵. L'auteur s'interroge : « *Doit-on s'en féliciter ? Son plan va-t-il contribuer à améliorer la prise en charge des malades mentaux et, plus généralement, démontrer que la réactivité immédiate est la manière sinon de faire parler de soi, du moins de résoudre les problèmes ?* ». Le besoin d'une réforme profonde de la prise en charge en psychiatrie est ancien, mais « *le fait divers commande donc le calendrier politique* », sans égard pour les arbitrages financiers qu'il engendre automatiquement dans un contexte de prévisions pessimistes pour les comptes sociaux, ni considération pour la concertation qui devrait présider aux décisions. Pour Jean de Kervasdoué, « *il ne s'agit donc pas d'inventer de nouveaux outils, mais de les faire vivre, et peut être de revenir sur une politique qui a tenté de nier les particularités de la psychiatrie en s'efforçant de prétendre qu'elle était une spécialité comme les autres. La crise actuelle est une crise d'absence de directive opérationnelle, une crise de gestion des frontières entre le sanitaire et le social, comme entre le normal et le pathologique* ». L'articulation santé-social est en effet la pierre angulaire d'une politique volontariste en matière de santé mentale : les patients concernés pâttissent d'une réinsertion difficile dans la société, dans le monde du travail. Ils demeurent les « *exclus parmi les exclus* » quand il serait nécessaire de faire preuve de pédagogie auprès des citoyens français sur les dangers de l'enfermement, de l'exclusion de la cité et de l'institutionnalisation à outrance de la santé mentale. Cette analyse est encore très juste en 2013 quand Bernard Basset évoque 'l'introuvable politique de santé

²⁵ Le Monde du 25 février 2005.

mentale en France²⁶, qui explique la complexité de la politique construite au cours des décennies à la croisée de sentiments contradictoires et sous la contrainte de trois objectifs, la réinsertion des patients, la sécurité des citoyens, la maîtrise budgétaire. Cette analyse montre que le foisonnement de rapports sur la santé mentale est rarement suivi d'effets politiques, du fait même de la complexité du sujet. Le plan proposé par le psychiatre Philippe Cléry-Melin en 2003 était resté lettre morte, jusqu'au drame de Pau en 2005 qui avait vu les deux soignantes assassinées par un patient atteint de troubles mentaux. Le plan avait été mis en œuvre dans la foulée dans le cadre d'une période triennale 2005-2008, puis prolongé jusqu'en 2010 et relancé avec la mise en place des Agences régionales de la santé avec le plan 2011-2015. Bernard Basset regrette que les sujets sensibles soient occultés par ce plan, comme par exemple l'inégalité de répartition des professionnels, et suggère la mise en œuvre d'une évaluation systématique des politiques au bout de cinquante ans de plans de santé mentale. La Cour des comptes dans son rapport de 2011²⁷ considère que les résultats sont « médiocres » faute de pilotage et de financement. Les problèmes récurrents ne sont pas résolus : absence d'articulation hôpital et structures médico-sociales, inégalités territoriales aggravées en 10 ans et pauvreté de la recherche dans le domaine. Le diagnostic de Jean de Kervasdoué est toujours d'actualité.

2005 : Mesurer la richesse d'une nation par l'espérance de vie

Au cours de la même période, dans l'article « **Cohésion sociale et espérance de vie** » de mai 2005²⁸, Jean de Kervasdoué s'attelle à une question plus conceptuelle : comment mesurer la richesse des nations ? Il estime que l'espérance de vie recouvre une approche plus exacte de cette notion, car « *le destin des peuples se lit d'abord dans leur démographie* ». L'auteur critique la mesure traditionnelle de la richesse par le produit intérieur brut, qui « *ne tient compte ni de la paix ni de la justice sociale, et les questions d'environnement lui sont totalement étrangères* ». Il s'agit par ailleurs d'un critère unidimensionnel reposant sur « *une philosophie consumériste et utilitariste du bonheur des nations : les hommes ne seraient sur terre que pour produire afin de consommer plus et de posséder davantage encore* ».

Tandis que l'espérance de vie contient en sa mesure plusieurs dimensions :

- une mesure directe de la durée et la qualité de vie, qui sont des conditions nécessaires de la jouissance de biens matériels, car « *pour jouir d'un avoir, il faut être* ». Or, les études montrent non seulement une nette progression de la durée de la vie au cours des dernières décennies dans les pays développés, mais encore un recul de l'âge de la dépendance. L'espérance de vie peut être déclinée par sexe, par milieu social, par territoire et donner une caractérisation fine de la mesure ;
- une mesure indirecte des conditions de vie, de la solitude et de la violence, à l'image de la société américaine dont les scores sont relativement médiocres au vu des dépenses engagées et des performances des autres pays riches ;

²⁶ Basset Bernard, 2013, L'introuvable politique de santé mentale en France, Actualités et dossiers en santé publique, pp. 43-45.

²⁷ Cour des comptes, 2011, Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010,

²⁸ Le Monde du 19 mai 2005.

- une mesure indirecte des inégalités sociales de revenu, puisque plus les écarts sont faibles et meilleure est l'espérance de vie. En d'autres termes la redistribution sociale est bonne pour la santé ;
- une mesure indirecte du régime politique et de la cohésion sociale, puisque, indépendamment de la richesse qui a bien entendu un impact majeur sur l'espérance de vie pour les pays à faible revenu, les régimes démocratiques ont des indicateurs plus favorables que ceux des régimes autocratiques ;

Au final, les scores favorables de la France en termes d'espérance de vie sont « *un bon indicateur du bon fonctionnement de la société et de la médecine française, sans que l'on soit capable de faire, à ce stade, la part des choses* ».

Les travaux de Sen dans les années 1990 avaient déjà contribué à établir un indice de développement humain, tenant compte de trois dimensions essentielles : la santé (mesurée par l'espérance de vie), l'éducation (mesurée par le taux de scolarisation et d'alphabétisation) et les ressources monétaires (soit le PIB par habitant en parité de pouvoir d'achat). C'est dans cette veine que cette question a été formalisée par Stiglitz, Sen et Fitoussi en 2009, dans le cadre de la commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social, ayant pour objectif d'identifier un indicateur de développement différent de celui du produit intérieur brut²⁹. Les travaux de la commission ont ouvert le débat, et parmi les nombreuses recommandations, les auteurs suggèrent d'accorder plus d'importance sur la mesure du bien-être que celle de la production économique, sur la base d'une série de différents indicateurs et l'adaptation des outils statistiques pour appréhender ces différentes dimensions du bien-être : les conditions de vie matérielles, la santé, l'éducation, les activités personnelles, la participation à la vie politique et la gouvernance, les liens et les rapports sociaux, l'environnement, l'insécurité. Ces mesures renvoient à la qualité de vie objective et subjective, incluant ainsi la notion de 'capabilités' développée par Sen.

2007 : S'affranchir des manipulations de la réalité objective des faits

Alors que la campagne électorale pour la présidence française bat son plein en janvier 2007, Jean de Kervasdoué a en ligne de mire les programmes pour la santé proposés par les candidats, dans « **Santé : en finir avec les lieux communs** »³⁰. Il met en garde contre la capture de la régulation par les corporations, qui relaient dans l'opinion publique les idées reçues et les croyances erronées. L'auteur cite trois exemples. D'abord, la démographie médicale : contrairement à ce que pense l'opinion publique, la France est plutôt bien pourvue en médecins, et devrait le demeurer dans un scénario de long terme. Nombreux sont les pays riches qui ont une densité médicale moyenne plus faible que celle de l'hexagone, mais leur organisation de soins primaires repose sur un partage de tâches et de compétences entre médecins et infirmiers, et une offre complémentaire à celle de l'hôpital. Ensuite, le vieillissement de la population : habituellement considéré comme la cause

²⁹ J. Stiglitz, A. Sen, J.-P. Fitoussi 2009, Rapport de la commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social, septembre.

³⁰ Le Monde du 26 janvier 2007.

principale de l'emballement des dépenses de santé, cause exogène sur laquelle les politiques n'auraient pas de prise. Jean de Kervasdoué, en invoquant l'exemple nippon, explique que la population âgée du Japon ne l'empêche pas de consacrer deux points de PIB de moins que la France à la santé³¹. « *La croissance des dépenses de santé n'est pas une fatalité, surtout quand on dépense autant que nous le faisons. Prétendre qu'elle l'est, évite de mettre en cause certains intérêts* ». Enfin, l'opposition de façade entre « maîtrise comptable » et « maîtrise médicalisée » : « *la plus remarquable façon d'influencer un débat est d'en définir les termes en les connotant. Ainsi la profession médicale a réussi cette performance en imposant la distinction entre 'maîtrise comptable' et 'maîtrise médicalisée'. La première devient, par essence condamnable, la seconde en revanche est recherchée. Soit cette distinction énonce un truisme (il n'y a pas de politique de soins sans référence à la médecine), soit elle limite le débat aux intérêts de la corporation qui, elle seule, attribue les labels. Elle n'autorise l'usage du qualificatif de "médicalisé" que quand ses intérêts ne sont pas menacés ou qu'elle peut obtenir une faveur en contrepartie, tout le reste est "comptable"* ». La critique est vigoureuse et s'appuie sur quelques exemples de la régulation des tarifs des médecins comme de l'hospitalo-centrisme et de son coût en France, ou encore de la consommation de médicaments (en valeur comme en nombre de boîtes) : « *si le système français est onéreux, c'est qu'il choisit toujours le plus cher et cela n'est pas un pléonasme* ». Le plus cher, mais pas forcément le plus technologique comme le souligne l'auteur, au vu des statistiques sur le nombre d'IRM situant la France après la Turquie, ou le plus généreux au vu des niveaux de revenu horaire des médecins généralistes. Le plus cher, sans les capacités de l'assumer, puisque malgré les nouvelles mesures de responsabilisation des patients, le déficit cumulé de la CADES crève le plafond... Dans ce contexte, les propositions de tous bords politiques ne semblent pas adaptées, et s'avèrent soit inéquitables pour la droite, soit floues pour la gauche, soit utopistes pour l'extrême gauche : « *Si l'on pouvait avoir avant de voter quelques précisions sur l'avenir de l'hôpital, sur le sort des généralistes, le rôle des professions paramédicales, sur une éventuelle régionalisation et la manière de résorber le déficit de l'assurance-maladie, on aurait l'impression d'être pris pour des citoyens* ».

2007 : Responsabiliser les professionnels de santé plutôt que les patients

S'il est un article de Jean de Kervasdoué qui a provoqué des rebondissements dans Le Monde, c'est sans doute celui-ci : « **Les effets indésirables de la franchise médicale** », paru début Juin 2007³². Les franchises – déjà existantes pour les consultations depuis 2004 - sont un mécanisme de responsabilisation des patients effectivement mis en œuvre en 2008 pour les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.

La responsabilisation financière a des fondements théoriques robustes (qui renvoient à la notion de 'risque moral'), mais Jean de Kervasdoué considère qu'elle produit trop d'effets

³¹ Les travaux de Brigitte Dormont évoqués précédemment montrent de manière très claire qu'il faut distinguer d'une part l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé, impact relativement mineur, et d'autre part, l'impact de la mort sur les dépenses de santé (les six derniers mois de vie étant associés en moyenne à une dépense élevée). Elle montre également que le progrès technologique joue un rôle majeur dans la croissance des dépenses de santé.

³² Le Monde du 6 juin 2007.

adverses en termes d'équité et même de surcoût (elle peut être inflationniste malgré tout). Partant du constat que la part du coût laissée à l'assuré est souvent réassurée par les organismes complémentaires, l'effet modérateur des instruments de responsabilisation est très discutable, sauf pour les catégories précaires de population qui n'ont pas souscrit une telle complémentaire (ce qui se traduit alors par des 'effets revenu' néfastes). De plus, l'auteur constate que « *les pays les plus chers et les plus inflationnistes sont ceux où les assurances privées ont une part sinon importante (Etats-Unis, Suisse), du moins significative (Allemagne, France)* ». Alors que les modalités de mise en œuvre du projet de franchise ne sont pas encore connues au moment de l'écriture de l'article, Jean de Kervasdoué considère que deux alternatives sont possibles : la franchise réassurable, donc analogue au ticket modérateur dont on connaît les limites (et qui n'est donc qu'un simple transfert du risque de l'Assurance maladie obligatoire vers l'Assurance maladie complémentaire) ; soit elle ne l'est pas et, dans ce cas, eu égard à la législation européenne, elle s'applique à tous, y compris les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), ce qui entravera l'accessibilité aux soins.

Jean de Kervasdoué critique le projet de régulation de la demande : « *que veut dire 'responsabiliser' des malades* », s'interroge-t-il ? « *En quoi est-il (le patient) 'responsable' des prescriptions ?* ». Il questionne aussi la capacité du système d'information à les mettre en œuvre concrètement (quatre franchises selon la nature des soins), surtout si elles doivent dépendre des revenus (en raison de la multiplicité des caisses). Selon l'auteur, « *ces franchises, si elles voient le jour, seront loin de combler le déficit, le reste ne nous sera pas épargné, à moins que ne perdure la triste politique de transfert de la dette aux générations futures* ». Jean de Kervasdoué met donc en cause l'outil, à la fois dans son principe – régulation de la demande plutôt que de l'offre -, dans son utilité – impact illusoire sur les dépenses -, dans sa faisabilité – inadéquation des systèmes d'information.

L'opposition de Claude Le Pen et de Guy Vallancien aux arguments de Jean de Kervasdoué paraît dans Le Monde du 15 juin 2007, sous le titre « *Vive les franchises médicales !* ». Ils considèrent que le mécanisme de responsabilisation reste assez symbolique, surtout s'il est adossé aux revenus. De plus, ils affirment que si le médecin prescrit tant, c'est sous la pression de ses patients. C'est pourquoi une responsabilisation sur le 'petit risque' n'est pas inutile. Ils estiment que la franchise « *renforcerait la liberté tarifaire des médecins* ». Enfin, ils jugent que le droit européen n'empêche pas la protection des plus démunis. Les auteurs apportent toutefois deux bémols à leur soutien aux franchises : sa déclinaison en quatre secteurs, compliquant sa mise en œuvre ; son côté accessoire face aux questions d'organisation des soins, plus fondamentales, qui ne doivent pas être éludées. Ils concluent : « *sur le fond, la participation des usagers, l'idée d'une faible participation financière des malades n'est en rien choquante dès lors qu'elle permet de préserver notre Sécurité sociale en augmentant la responsabilité des différents acteurs, qu'ils soient administrateurs, médecins mais aussi assurés* ».

Cette réaction à l'article de Jean de Kervasdoué suscite alors deux nouvelles ripostes : d'abord celle d'André Grimaldi, dans Le Monde du 11 juillet 2007, « *La franchise, une erreur médicale, sociale et économique* », puis celle d'Elie Arié dans Le Monde du 21 juillet 2007, « *Contre la franchise médicale* ».

Grimaldi s'étonne tout d'abord du portrait caricatural des patients dépeint par Le Pen et

Vallancien, il réaffirme de son côté le libre-arbitre du médecin. Ensuite, il rappelle que les premières franchises mises en œuvre en 2004 par le ministre Douste-Blazy ne devaient pas se multiplier, or ce sont désormais près de 70 euros par foyer fiscal qui pourraient être engagés à ce titre. Par ailleurs, il rappelle que si l'état de santé dépend de plusieurs facteurs comme le mentionnent Le Pen et Vallancien, le taux de complication de certaines pathologies comme le diabète dépend de la couverture : faire payer aujourd'hui pourra coûter beaucoup plus cher demain à cause du renoncement aux soins. La critique est vive et prend la forme d'une tirade : *« MM. Le Pen et Vallancien évitent de se demander pourquoi des médecins prescrivent des examens inutiles et pourquoi 3 000 médecins conseillent de la Sécurité sociale n'ont pas les moyens d'éviter cette dérive prescriptive ? De même, ils ne se demandent pas pourquoi la Sécurité sociale accepte de rembourser les frais de transport des patients valides et pourquoi elle finance indirectement le marketing de l'industrie pharmaceutique dont la fonction est de pousser à la prescription de nouveaux médicaments souvent coûteux. Ni pourquoi les recommandations médicales de la Haute autorité de santé (HAS) ne disent rien du prix des médicaments, pourquoi l'HAS n'a pas élaboré une liste des prescriptions inutiles qui pourraient avoir un caractère opposable, pourquoi on impose aux patients de revenir tous les mois seulement pour renouveler l'ordonnance, pourquoi certains médicaments non remboursés dans d'autres pays européens sont remboursés en France, et pourquoi on a offert la gestion des pompes à insuline à des entreprises privées (Air Liquide, Nestlé, etc.) avec un doublement du coût. Pourquoi, enfin, a-t-on imposé aux hôpitaux le système inflationniste du paiement dit à l'activité (T2A), qui conduit chaque service à gonfler artificiellement son activité en multipliant les actes et les activités "rentables" indépendamment de leur utilité. »* Pour Grimaldi, la franchise médicale est une double peine infligée aux patients, celle de la maladie et celle de la mise à contribution financière du fait de l'état de maladie.

Quant à Arié, il rappelle qu'en 2004 le Conseil constitutionnel avait émis des réserves sur un accroissement éventuel des franchises, et estime qu'adosser les franchises au revenu d'un ménage est une *« usine à gaz »* à la fois en raison de la difficulté d'évaluer ces revenus au titre du ménage, notion sociologiquement très floue, et du fait de la multiplicité des caisses d'assurance maladie. Enfin, il affirme que le cadre européen des assurances ne permet pas d'interdire d'assurer, donc s'interroge sur la politique des complémentaires. Il conclut : *« Les franchises médicales sont une idée improvisée à la va-vite pendant la campagne électorale, sans aucune réflexion juridique, économique, sociale ni sanitaire préalable, et le gouvernement serait bien inspiré d'abandonner ce piège dans lequel il a été s'enfermer tout seul »*.

C'est fin juillet 2007 que des précisions seront apportées sur le projet de franchises médicales appliqué au 1^{er} janvier 2008, par la ministre Bachelot : de cinquante centimes d'euro par boîte de médicaments et pour tous les actes paramédicaux, de deux euros sur tous les transports sanitaires, avec un plafond de cinquante euros annuels. En sont exonérés les femmes enceintes, les enfants, les bénéficiaires de la CMUC et de l'AME. Prévues pour rapporter environ 850 millions d'euros, elles sont destinées à financer ainsi les plans Alzheimer et Cancer, le doublement des structures de soins palliatifs et non le déficit de la sécurité sociale.

La franchise reste réassurable mais en pratique elle ne l'est que peu, puisque des incitations financières fortes à la souscription de contrats 'responsables' ont été introduites parallèlement pour décourager cette couverture par les complémentaires. Force est de reconnaître qu'elle est totalement absconse pour tout assuré, puisque les franchises peuvent ne pas être prélevées au moment de la consommation en cas de tiers payant, mais de manière différée sur d'autres consommations de soins, d'où un brouillage possible de l'outil en termes d'arbitrage consommation/prix. Elle n'est finalement pas adossée au revenu et en conséquence le taux d'effort est variable entre niveaux de revenu : les travaux de l'Irdes en 2010 ont considéré l'impact des franchises sur la consommation de boîtes de médicaments, la principale conclusion en est que 12 % de la population de l'enquête ont modifié leur comportement, et cet arbitrage dépend du niveau de revenu et de l'état de santé³³... D'une manière générale, un tel partage du coût est souvent critiqué par les économistes de la santé lorsqu'il comporte des effets revenu possible³⁴. Il a même été question récemment d'examiner leur retrait au sénat, suite aux travaux de la commission des affaires sociales, qui ont estimé que ces outils ont accru les inégalités sociales de santé, touchant plus particulièrement les personnes en ALD et en difficulté financière (à noter que la moitié des personnes en ALD atteignent le plafond annuel et représentent 40% des recettes des franchises). Mais ce retrait devait être compensé par une contribution supplémentaire des sociétés, et le projet n'a pas été approuvé.

2007 : Maîtriser les dépenses de santé 2

Septembre 2007 : après la trêve estivale, Jean de Kervasdoué s'interroge sur l'orientation qui sera donnée à la politique en matière de financement de la protection sociale, estimant que les choix effectués dans ce domaine révéleront la méthode du nouveau gouvernement dans son ensemble dans : « **La Sécu : révélateur d'une politique** »³⁵. A ce moment-là, le déficit cumulé de l'assurance maladie s'élève à 45 milliards d'euros environ, et l'adoption de la franchise n'est associée qu'à des gains très marginaux. Or, comme le rappelle Jean de Kervasdoué, « *le candidat Sarkozy s'est engagé à ce que la France n'ait plus de déficit en 2010* ». Selon l'auteur, trois possibilités s'offrent au gouvernement : la première est d'éviter de traiter le problème grâce à un « *rideau de fumée* » comme la vie à crédit et le « *transfert des déficits aux générations futures* », ce que favoriserait notre nation d'hypocondriaques vieillissants, et ce qui « *résonne avec l'intérêt des acteurs du système de santé et le déficit se creuse dans l'indifférence* ». La deuxième est de choisir « *la voie de la facilité relative, celle*

³³ Selon les auteurs, « la probabilité de déclarer avoir modifié ses achats est de 7 points plus élevée chez les individus gagnant moins de 870 € par mois, comparés à ceux gagnant plus de 1 167 € par mois, soit un quasi-doublement de cette probabilité. Elle est plus élevée de 2 points chez les individus souffrant d'une pathologie chronique, comparés aux autres. Une différence similaire est observée entre les individus déclarant un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais comparés à ceux qui se déclarent en bonne santé ». Questions d'économie de la santé n°158, « Les franchises ont-elles modifié le comportement d'achats de médicaments ? » de Kambia-Chopin et Perronin.

³⁴ cf. par exemple les travaux de Geoffard (2006) sur le sujet et notamment « La lancinante réforme de l'assurance maladie », opus 1, ed. Cepremap.

³⁵ Le Monde du 13 septembre 2007.

des nouvelles ressources, des déremboursements et, à terme, de l'inflation et de l'injustice », entendez, celle des franchises médicales et autres copaiements. La troisième consiste à traiter le véritable problème qui est celui des dépenses, en modifiant les règles du jeu en matière de rémunération : capitation pour les médecins de premier recours, contrôle des prescriptions, souplesse de gestion à l'hôpital et régionalisation des dépenses : « *L'ensemble des dépenses de soins devrait faire masse à l'échelon de la région afin que puissent s'organiser des transferts entre l'hôpital et la ville pour soigner toujours le malade au bon échelon que son état requiert* ». Mais, une fois encore, Jean de Kervasdoué doute des velléités politiques de maîtrise des dépenses, en s'attelant par exemple aux prescriptions en France, associées à 90% des consultations (contre 40% aux Pays Bas). « *Les dépenses de santé augmenteraient donc parce que c'est "bien" ; peut-être. Il me paraît moins contestable cependant d'affirmer que c'est avant tout inutile, si l'on en juge par les expériences étrangères. Mais comment convaincre l'opinion, si l'on n'en est pas soi-même intimement persuadé ?* ». La question rappelle celle posée déjà une décennie auparavant, en 1997, au gouvernement de l'époque qui incarnait la droite chiraquienne.

2008 : Soigner les médecins généralistes libéraux 2

Co-écrit avec Christian Lehmann et Claude Bronner, l'article de juin 2008 « **Le médecin généraliste, une espèce menacée** »³⁶ interpelle les lecteurs sur la situation paradoxale du médecin généraliste en France : pivot du système, médecin traitant depuis la réforme de 2004, spécialité désormais reconnue en faculté de médecine depuis 2009...le médecin généraliste a vu son blason redoré mais demeure un parent toujours pauvre du système de santé, n'ayant pas les moyens de son exercice au sein des métropoles onéreuses, choisissant des carrières relativement courtes, évoluant vers des exercices particuliers (homéopathie, acupuncture, urgences, sport...), souffrant toujours d'une mésestime vivace de la part des étudiants en médecine... Tous ces facteurs sociologiques concourent à réduire le temps de travail disponible à effectif constant et donc aux recours inappropriés aux urgences hospitalières, auxquels s'ajoutent des facteurs démographiques : vieillissement et départs en retraite importants non remplacés, féminisation de la profession.

Les auteurs estiment que trois facteurs contribuent à la « déliquescence » du métier :

- un facteur financier, avec une différence importante de la valeur de l'acte accordée à un médecin spécialiste en médecine générale et un médecin spécialiste des organes, malgré une revalorisation d'un euro de l'acte en 2008 : « *un étudiant en médecine, même quand il n'est pas très bon en mathématique, comprend assez vite que la consultation d'un généraliste conventionné sera très inférieure à celle d'un spécialiste et que récemment cet écart s'est accru* » ;
- un facteur professionnel, conséquence de la rémunération à l'acte « bradé », conduisant les médecins généralistes à prescrire trop, faute de temps pour « *expliquer, éduquer, prévenir* » ;
- un facteur bureaucratique, où le temps accordé à l'administration de l'activité est croissant et non rémunéré.

³⁶ Le Monde du 6 juin 2008.

Les auteurs suggèrent une voie de sortie, qui serait de repenser le niveau de rémunération des médecins généralistes, non avec une revalorisation de l'acte, mais des paiements forfaitaires permettant de couvrir temps administratif, temps de prévention, suivi des patients. Les paiements forfaitaires seraient générateurs d'économies en termes de prescription, avec pour condition l'adhésion des corporations syndicales. Cette alternative permettrait d'éviter une responsabilisation accrue de la demande, dont on a déjà évoqué les effets adverses possibles, et dans le même temps, elle pourrait générer des économies potentielles majeures, à l'instar de la Suède (en termes d'hospitalisation évitées, de recours aux urgences évités, de prescriptions évitées, d'actes évités).

Il est notable que, depuis 2008, des avancées ont été observables en termes d'organisation des soins primaires, avec l'émergence de maisons de santé à un rythme variable dans les différents territoires sanitaires régionaux, apportant une forme de réponse à l'exercice isolé de la médecine générale, associé à des nouvelles formes de coordination et de coopération avec des professionnels de santé non médicaux. Mais les derniers travaux sur le sujet de l'évolution de la rémunération des médecins généralistes au cours de la décennie 2002-2012 montrent le niveau toujours relativement bas de leurs revenus, et ce d'autant plus que l'on considère le temps de travail qu'ils y consacrent³⁷. Le problème de l'incitation financière pour pallier les trois facteurs de déliquescence du métier reste toujours actuel.

2009 : Eviter la fausse décentralisation du système de santé

Deux ans après l'élection de Nicolas Sarkozy, la réforme santé se profile sous la houlette de sa ministre, Roselyne Bachelot. Alors qu'elle est en voie d'être discutée au Sénat, Jean de Kervasdoué fait valoir son point de vue sur le projet de loi, dans « **Etrange 'loi Bachelot' qui va à rebours des objectifs affichés** », en mai 2009³⁸.

L'auteur critique d'emblée le projet de réforme car il ne « *traite d'aucune des deux urgences du moment en matière de soins médicaux : la maîtrise du déficit de l'assurance-maladie et l'inéluctable déclin du nombre de généralistes, faute de reconnaissance suffisante.* ». S'il reconnaît toutefois des objectifs affichés « *inattaquables* », il remet en cause la méthode, soit un accroissement du rôle de l'Etat – paradoxe pour la droite – qui transparait tout particulièrement dans les changements de la gouvernance dans l'hôpital. Promouvoir l'autonomie des hôpitaux aurait pu, par exemple, consisté à confier au maire le choix de la nomination du président du conseil d'administration (au lieu de lui) qui ne soit pas élu, et qui reste responsable au plan civil et pénal, propose Jean de Kervasdoué. Mais ce n'est pas le choix du gouvernement, puisque le choix s'est porté sur le directeur de l'agence régionale de santé, ce qui amène l'auteur à s'interroger sur les conséquences de ce choix en termes d'autonomie et de capture politique des décisions : « *Demain, on verra le cabinet du ministre, pour des raisons politiques, détricoter durant le week-end les mailles patiemment bâties par l'Agence durant la semaine. Quant aux directeurs, il est certain qu'ils seront choisis dans la grande famille de ceux qui courbent l'échine et sont du bon bord politique* ». La plupart des systèmes de santé à dominante sociale-démocrate optent pour une séparation des pouvoirs, et instituent des mécanismes de concurrence et de l'autonomie dans la gestion. Cette

³⁷ Le lecteur intéressé pourra consulter l'ouvrage coordonné par Jean de Kervasdoué, paru en 2014, « Le revenu des professions de santé », éditions de la Mutualité française.

³⁸ Le Monde du 12 Mai 2009.

critique des choix de gouvernance dans la loi HPST finalement adoptée sera relayée par le rapport Fourcade en 2010, qui souligne la centralisation accrue et « *l'emprise de l'Etat sur le système de santé* », au lieu d'adosser la territorialisation à une forme de décentralisation. L'exemple de la démission en 2015 du directeur de l'AP-HM en est peut-être un exemple fâcheux.

Conclusion

Les points de vue de Jean de Kervasdoué dans le journal Le Monde ne s'arrêtent pas en 2009, mais bien sûr se poursuivent dans le quotidien, à travers des thèmes toujours explicites dans les titres : en 2010, « *La faible rémunération de l'acte médical lèse praticiens et patients* »³⁹, « *Réformer la retraite ou organiser la solidarité ?* »⁴⁰, « *Faute de réforme sérieuse, la faillite annoncée de l'Assurance maladie* »⁴¹, en 2011 « *Réformes structurelles : rigueur de gauche* »⁴², et en 2015 « *La grève des médecins est justifiée* »⁴³. Ils reprennent les thèmes de prédilection de l'auteur : la rémunération des médecins, le financement des dépenses de santé, la gestion du risque, la maîtrise des dépenses de santé. L'observateur intéressé par les perspectives ainsi dressées pour le système de santé pourra poursuivre cette investigation au fur et à mesure de la parution des articles et en effectuant quelques recherches dans les archives du quotidien, qui recèlent aussi d'autres commentaires de la part de Jean de Kervasdoué sur des sujets environnementaux ou technologiques.

Pour les personnes qui ont travaillé en équipe avec Jean de Kervasdoué dans le cadre de ses fonctions au Conservatoire national des arts et métiers, cette activité intense d'information, d'analyse, de publication et de pédagogie, relayée par le biais des divers media à l'exemple du journal Le Monde sur les sujets touchant à la santé, a été une source de reconnaissance et de motivation capitales, analogues à celles d'un 'star-system'. Mais c'est aussi - et surtout - parce que Jean de Kervasdoué détient de grands talents de manager dans le cadre plus particulier des travaux en équipe que cette émulation a été soutenue. Que ce modeste article rende hommage tout autant à la star qu'au manager⁴⁴.

³⁹ Le Monde du 4 janvier 2010.

⁴⁰ Le Monde du 18 mai 2010.

⁴¹ Le Monde du 5 décembre 2010.

⁴² Le Monde du 5 septembre 2011.

⁴³ Le Monde du 15 janvier 2015.

⁴⁴ A titre personnel, ayant travaillé aux côtés de Jean de Kervasdoué durant 7 ans, je dois mentionner que les meilleurs moments sont ceux des citations d'auteurs qui concluent habituellement une réunion ou les conseils de lecture avant les périodes estivales, Fred Vargas, Winston Churchill, Sandro Veronesi... des choix éclectiques qui reflètent l'étendue des lectures de notre manager, pas seulement académiques.