



Café nile avec Nicolas Baverez

Mercredi 3 avril 2013 au Sir Winston

Nicolas Baverez, historien et économiste, nous a fait le plaisir de venir débattre sur le thème : « La santé fera-t-elle les frais de la crise ? »

Intervention

L'avenir des politiques de santé doit être examiné au regard des crises du monde global dans lequel nous vivons. Chaque période historique dispose d'un « esprit - principe », celui du 21^{ème} siècle est la mondialisation. Capitalisme universel et technologie en sont les forces d'intégration, hétérogénéité des institutions, des cultures, et multipolarité en sont des forces de fragmentation. Ces forces s'appliquent aussi au système de santé. Le terme de crise vient du mot grec « κρίσις, *krisis* », terme médical qui signifie le moment décisif de la maladie où l'on va soit vers la guérison soit vers la disparition. Dans toutes les grandes crises du capitalisme, nous trouvons bien ces deux dimensions, un monde qui meurt et un monde qui naît. C'est le cas aujourd'hui, avec trois crises qui se superposent : la crise du capitalisme mondialisé qui a démarré en 2007, la crise européenne avec notamment la crise des risques souverains et la crise de la monnaie unique, et la crise française qui s'inscrit dans un temps beaucoup plus long puisque le dernier excédent budgétaire remonte à 1973. La France est la seule des grandes économies développées qui n'est jamais sortie de la crise des années 70, puisqu'il n'y a pas eu de retour ni à l'équilibre budgétaire ni au plein emploi, contrairement aux autres pays développés. Dans ce panorama, il faut rappeler que la santé est un bien premier : dès lors qu'il y a du développement, les gens consomment de la santé. C'est ce que l'on observe aujourd'hui dans les pays du Sud. Par ailleurs la santé est un secteur très important puisque elle représente dans les pays développés entre 8 et 16% du PIB. Pour les démocraties, c'est enfin un élément majeur du contrat politique et social. Et ce particulièrement en France.

La santé dans la mondialisation

La grande rupture de la mondialisation c'est qu'elle a réussi ce que les tiers-mondistes ont toujours rêvé et jamais réalisé, à savoir le décollage économique du Sud. Il pèse aujourd'hui 52% de la production industrielle, 48% des exportations mondiales, 80% des réserves de change, et 32% de la capitalisation mondiale. Cela a permis à un milliard d'hommes dans les vingt dernières années de sortir de la pauvreté et d'accéder à la classe moyenne. Et ce milliard deviendra 2,5 ou 3 milliards en 2030. Cette nouvelle classe moyenne du Sud, de plus en plus urbanisée, veut des infrastructures, de l'éducation et de la santé. Le développement des systèmes de santé accompagne ainsi celui des systèmes d'assurance publics ou privés. Il constitue l'une des clefs du rééquilibrage des politiques du monde émergent vers leur demande intérieure, puisque le consommateur du Nord ne peut plus être le moteur de leur croissance. C'est un peu ce qui s'est passé en Europe en 1945. Pour solvabiliser la

demande nouvelle des consommateurs du sud, il est vital de faire diminuer le taux d'épargne, et, pour cela, d'instituer des systèmes d'assurance qui permettent de mutualiser les coûts dans les domaines de l'éducation et de la santé.

De son côté, le monde développé est confronté à un triple problème de sous-compétitivité en raison de la concurrence venant des pays émergents, de chômage massif (12% dans la zone euro aujourd'hui), et de surendettement (111% du PIB dans le monde développé, proche du record de 116% atteint en 1945). Pour avoir été très fortement mobilisées depuis 2008 afin d'éviter que le choc déflationniste n'entraîne une déflation mondiale comme dans les années 1930, les politiques conjoncturelles s'épuisent. Les dépenses publiques ne peuvent plus être relancées compte tenu du poids de la dette. Les taux d'intérêt sont déjà au plus bas depuis trois ans. Les banques centrales du monde développé détiennent 18 000 milliards de dollars d'actifs toxiques, ce qui représente le tiers du PIB mondial. Les seuls leviers pour générer croissance et emploi sont dès lors à chercher dans les actions structurelles sur la compétitivité, la libéralisation du marché du travail, la meilleure gestion des dépenses publiques.

Les pays développés sont par ailleurs confrontés à la résurgence de la pauvreté, des inégalités, des fléaux sociaux qu'on croyait disparus comme les bidonvilles en périphérie d'un certain nombre de grandes agglomérations, et d'autres nouveaux, comme les problèmes de dépendance et d'exclusion. Pour la France, le problème est celui du passage du déclin relatif au déclin absolu. La France a gagné 1,4 million d'habitants depuis quatre ans tandis que le PIB a diminué en volume de 1% et la production industrielle de 16%. La France a décroché de 15% par rapport au revenu moyen par habitant des pays développés. Elle est aspirée dans une spirale de mal-développement et de paupérisation.

D'où la nécessité pour tous, pays émergents ou pays développés, européens ou nord-américains, de se réinventer, ce qui passera aussi par la réforme des politiques de santé, notamment en Europe. Madame Merkel a remarqué à juste titre que « *l'Europe, c'est 7% de la population mondiale, 20% de la production mondiale, 50% des dépenses sociales dans le monde* ». Aujourd'hui, il est clair que se pose un problème de soutenabilité des dépenses sociales par rapport à la croissance et aux évolutions démographiques.

La soutenabilité des politiques de santé

Cinq grandes évolutions déterminent l'impact des politiques de santé :

- la démographie : 9,5 milliards d'hommes peupleront la planète autour de 2050, et de plus en plus appartiendront à la classe moyenne. Ils vivront plus vieux et en meilleure santé. Cinq générations vont cohabiter, ce qui est tout à fait neuf puisque tous les systèmes sociaux ont été fondés sur des modèles à trois générations avec une division assez simple : on se forme, on travaille, on est à la retraite. Aujourd'hui, les cycles de vie sont différents et le travail, le revenu et le patrimoine devront être répartis entre les générations d'une manière plus fluide.
- l'économie : on l'oublie trop souvent, la santé est un vrai secteur économique, et un secteur mondialisé. Nous voyons se développer un marché mondial du médicament, mais aussi de soins spécialisés, comme l'ophtalmologie. Certains pays, comme les pays du Golf, se sont dotés d'infrastructures remarquables, mais n'ont pas pour l'instant les compétences qui leur permettent de les utiliser. Ils font de plus en plus appel aux talents extérieurs pour former un certain nombre de spécialistes puis exporter des services de soins en direction de la clientèle

mondiale des gens aisés. La vision hexagonale du système de santé est fautive et doit céder la place à une approche ouverte. Les technologies facilitent par ailleurs nombre d'opérations à distance, ce qui participe de ce mouvement.

- la soutenabilité financière : c'est particulièrement vrai en Europe, et cela impacte directement la croissance et l'emploi. Deux économistes, Carmen Reinhart et Kenneth Rogoff, ont travaillé sur deux siècles de crises financières pour montrer que la dette publique, à partir de 90% du PIB, pèse négativement sur la croissance et l'emploi. La dette publique de la France atteindra 95% du PIB à fin 2014 et la zone euro 94 % du PIB. Les systèmes sociaux participent évidemment de cette dette, puisque la dette sociale française ressortira à 200 milliards d'euros autour de 2018 ou 2020, ce qui représente à peu près 10% du PIB. Ce problème de soutenabilité financière n'existe pas qu'en France ; au Japon par exemple, la dette publique culmine à 240% du PIB, et la dette privée à 160% du PIB. Soit la certitude d'un krach financier.
- les problèmes sociaux : face à ces investissements gigantesques, les difficultés d'accès aux soins et les inégalités vont croissant. Aux Etats-Unis, environ 10% de la population reste en dehors du système, et le *Obama care* ne règle que partiellement le problème. En France et en Europe apparaissent de nouveaux fléaux sociaux, exclusion, dépendance, que nous arrivons mal à combattre.
- la gouvernance : le problème de régulation du système et notamment de l'offre existe, de même qu'un problème de démocratie, puisque ces dysfonctionnements - problèmes de croissance, de compétitivité, et de chômage - alimentent la montée des populismes, comme dans toutes les périodes de grandes dépressions.

La nécessaire refondation du système français

La santé est une des stars du 21^{ème} siècle, puisque c'est l'un des rares secteurs qui ne rencontre aucune restriction de la demande. Mais il faut impérativement repenser l'offre, notamment en France. Le secteur de la santé constitue par ailleurs un pôle d'excellence que nous devons rendre compétitif et vendre dans la mondialisation. Ensuite, il faut gérer activement les risques, et l'assurance maladie de ce point de vue est gravement déficiente. Enfin, il convient de profiter pleinement des innovations. Les innovations technologiques sont évidentes et assez bien perçues mais il faut également prendre en compte les innovations sociales. Lorsque l'on étudie le problème de la dépendance, il est clair qu'il faut impliquer la société. L'un des travers du système français c'est son hospitalo-centrisme. Et on ne peut gérer la dépendance autour de l'hôpital si on veut le faire avec le maximum d'efficacité et avec des coûts soutenables.

De ce point de vue, existe nombre d'initiatives intéressantes dans le monde. La *care society* repose sur l'idée de ré-impliquer la société dans le système de santé. L'Allemagne a mis en place une assurance obligatoire pour la dépendance, tout en dégageant 12 milliards d'excédents pour son assurance maladie l'an dernier, avec une qualité de soins et une espérance de vie équivalentes à celles de la France. Nous voyons qu'il y a quand même dans beaucoup de pays des capacités à trouver des solutions, dès lors que l'on accepte les réformes et l'innovation.

Les priorités pour la France portent donc sur :

- une stratégie de l'offre : repenser la répartition de l'accès aux soins sur le territoire français, moderniser et restructurer l'hôpital. Nous avons 2750 hôpitaux, contre 2000 en Allemagne ;
- améliorer la productivité : il faudra sortir des 35h dans les secteurs public et privé, décompartimenter et penser en réseaux de soins ;

- investir dans la prévention et l'éducation, qui demeurent négligées par l'assurance maladie ;
- responsabiliser davantage les patients et les médecins ;
- repenser la gouvernance par le haut face à la mondialisation et au grand marché européen comme un secteur qui peut être exportateur, et par le bas à travers la mobilisation des acteurs économiques et sociaux.

Les Suédois, avec une crise précoce dans les années 90, ont réussi à refonder leur Etat, et le premier ministre de l'époque, Göran Persson, avait eu cette phrase : « *il ne faut jamais laisser perdre la chance d'une grande crise* ». Cette maxime est vraie : les crises donnent des occasions exceptionnelles pour régler des problèmes structurels et se réinventer. C'est ce que le président Obama a mis en exergue d'une certaine manière dans le discours d'investiture de son second mandat en disant : « *nous avons une chance historique de changer notre pays à ce moment précis* ». Que l'on soit en Europe ou en France, nous devons saisir la chance de cette crise, très longue et très dure, pour refonder nos Etats-Providence et réformer nos systèmes de santé.

Questions de la salle

Hélène Espérou, UNICANCER : *Vous avez comparé les chiffres français et allemands concernant l'hôpital. Comment peut-on réduire le nombre d'établissement hospitalier en France ?*

Nicolas Baverez : Il y a plutôt un consensus sur la nécessité de réduire le nombre d'hôpitaux en France. Mais il faut le faire dans une logique de réseaux et d'offre de soins, et éviter de créer des déserts médicaux dont les effets peuvent être catastrophiques. Les maisons de santé sont une excellente réponse à ce problème : on peut regrouper un certain nombre de professionnels, éviter ainsi l'isolement qui peut être une des raisons du refus d'installation, partager un certain nombre de coûts et de charges. C'est pour cela qu'on ne peut traiter l'hôpital seul, il faut traiter le problème de l'offre en général. Le tout hôpital n'est pas rationnel. Ces politiques de long terme doivent être expliquées aux élus et à la population. Il ne s'agit pas de fermer des hôpitaux pour fermer des hôpitaux. Il n'existe pas de modèle, pas de règle ou de nombre d'or, pas de ratio d'hôpital / habitants qu'il faudrait respecter partout dans le monde. Il y a un service de santé à organiser de la façon la plus rationnelle et économique possible en fonction de l'état d'un territoire, d'une société et de l'histoire d'une nation.

Pascal Beau, Espace Social Européen : *Il y a des consensus mais qu'est ce qui fait que nous n'avancions pas ? Est-ce le modèle institutionnel français ? Pourquoi les évidences dont nous venons de parler, si elles sont partagées de manière intellectuelle, ne le sont pas de manière pratique ? La Ministre de la santé en arrivant a déclaré : « tout pour l'hôpital public », nous l'avons entendu. Les commissions santé au PS et à l'UMP, ont le même nombre de personnes, mais à l'UMP, il y a 99 médecins libéraux et 1 hospitalier, l'inverse au PS.*

Nicolas Baverez : La réponse est très simple et très brutale. Ce qui fait que la France est bloquée, c'est que l'Etat est devenu le problème et non la solution. Dans les politiques de santé, à droite comme à gauche depuis un quart de siècle, la solution a toujours été l'étatisation. Dans notre pays depuis la Révolution, il y a le citoyen, l'Etat, et rien entre les deux. La V^{ème} République a institutionnalisé ce système et l'a poussé au bout, avec un exécutif tout puissant créé pour gérer les crises mais qui n'y arrive plus. Notamment du fait de la fusion de la classe politique avec l'administration. Normalement la sortie de crise passe par l'Etat, mais aujourd'hui, l'Etat est le cœur

du problème économique avec sa sous-productivité, du problème social parce que le marché du travail est verrouillé, du problème financier avec la bulle de la dépense et de la dette publiques. Ce système arrive en bout de course. La France a un problème majeur de modèle économique et social ; elle doit repartir du côté de l'offre marchande en développant l'emploi et la production publique ou privée. Elle a perdu toutes les occasions de se réformer via les élections. Le dénouement interviendra avant la fin du mandat de François Hollande. Soit nous irons vers un ajustement sous la houlette du FMI et de nos partenaires européens. Soit il y aura un tournant comme celui de 1983. En tant que citoyen, je ne peux pas dire que cela est satisfaisant mais c'est l'issue probable. Je ne crois plus que le système politique et administratif français soit capable de trouver la solution en dehors d'une contrainte extérieure insurmontable.

Jean-Pierre Bader, PU-PH émérite : *Comment pourrait-on construire un instrument d'étude de la qualité des soins qui ne soit pas purement quantitatif ?*

Nicolas Baverez : Votre question est complexe mais la santé est incompatible les idées simples. Il y a beaucoup d'éléments à prendre en compte, dont certains exogènes (la démographie, la technologie, etc.). Il n'y a donc pas de solution unique, mais il existe des systèmes de mesure qui marient la qualité des soins, l'équilibre financier et la soutenabilité. Les indicateurs purement quantitatifs perdent toujours une part essentielle de l'information. La seule solution consiste à raisonner en fonction des pathologies. Dans tous les systèmes performants comme au Canada, on recourt en complément à des enquêtes auprès des patients pour nourrir les évaluations. On le fait très peu en France et lorsque c'est fait, c'est par les journaux. Pour autant, on ne résumera jamais dans un critère unique la complexité des politiques de santé. Max Weber disait que pour analyser un objet intellectuel, il faut multiplier les points de vue. En termes de santé, de même, il faut croiser les approches, quantitatives et qualitatives, pour cerner les performances.

Gérard Viens, ESSEC : *Je ne crois pas que l'argument financier soit celui qui aide à réduire le nombre d'établissement hospitalier. C'est plutôt par l'aspect de la qualité des soins que l'on pourra convaincre. Vous avez précisé que nous pouvions y arriver par les réseaux, mais comment le faire si on ne met pas en place une réforme du financement attaché aux réseaux et aux parcours de soins ?*

Nicolas Baverez : Partout dans le monde, le réseau est géré par l'assureur. Voilà pourquoi le monopole qu'essaie de défendre l'assurance maladie sur les données est aberrant. Il va de soi que la confidentialité de ces données doit être protégée. Mais il existe de très nombreuses données individuelles confidentielles gérées par des organismes privés, publics ou semi-publics. Il faut permettre aux assureurs de pouvoir constituer et piloter des réseaux, avec des objectifs de baisse de coûts. Le pivot normalement, c'est l'assureur. Soit l'assurance maladie se pilote. Soit les assurances complémentaires le gèrent, en ayant accès aux données.

Françoise Pene, oncologue : *Vous avez fait un portrait un peu à charge de la société. Pourtant, les marchés disent autre chose puisqu'encore fin 2012, ils prêtaient à la France à perte, à des taux extrêmement bas. Il y a donc une divergence entre le déclin dont vous parlez et ce que disent les marchés financiers.*

Nicolas Baverez : Il y a de nombreux pays ou régions dans le monde où se déroulent des événements très positifs. En ce qui concerne la France, l'économie va être en récession, le pouvoir d'achat décline et va continuer à décliner, le revenu par habitant est en recul important, le chômage et la dette publique explosent. Comment peut-on expliquer l'anomalie des marchés qui nous financent à si

faible coût ? Le marché établit sa cotation par comparaison. Aujourd'hui, trois facteurs protègent la dette française même s'ils s'affaiblissent :

- le couple franco-allemand : pour les marchés, attaquer la France c'est s'attaquer à l'Allemagne et à la BCE ; mais la protection du couple franco-allemand est fissurée par la brouille politique entre les deux pays.
- les crises de l'Espagne et de l'Italie : cette protection, malheureusement pour nos voisins du sud, est plutôt confortée par la faillite de Chypre et sa gestion calamiteuse.
- le fait que la France est un pays où la tolérance à l'impôt est assez stupéfiante. Les marchés nous prêtaient avec la conviction que la France finissait par augmenter les impôts. La fraude reste assez peu répandue : en termes macro-économique, c'est à peu près 5% du PIB, ce qui est plus important qu'en Europe du Nord, mais moins qu'en Europe du Sud. Mais, le problème se pose dans des termes neufs. Le choc fiscal de 2 % du PIB a mis l'économie française en récession et la hausse des taux va se traduire mécaniquement par une diminution des recettes. La fiscalité est entrée dans une zone de rendements décroissants : plus on augmente la pression fiscale, plus on diminue les recettes. Cela change radicalement la donne.

En 2013, l'économie française sera en récession, comptera 400 000 chômeurs de plus, le déficit commercial sera autour de 70 à 75 milliards, le déficit public approchera 4% du PIB. Dans le même temps, la France sera le premier emprunteur mondial en euros, et les deux tiers de notre dette sont placés auprès d'investisseurs internationaux. C'est pour cela que nous entrons dans une zone de risque, sauf si une proximité rétablie avec l'Allemagne et les désordres dans les pays d'Europe du Sud continuent à nous protéger.

Paul Garassus, médecin : *Selon vous, la technostructure va réagir, acculée par le poids de la dette, sans que pour autant le jeu démocratique du citoyen n'ait été clairement impliqué dans ce retournement de situation. Quand est ce qu'on peut gagner les élections en tenant votre discours ?*

Nicolas Baverez : Quand on regarde ce qui s'est passé en Europe récemment, il y a quatre modèles :

- le modèle démocratique, à l'exemple du Royaume-Uni avec Margaret Thatcher, Tony Blair ou James Cameron : trois politiques différentes mais à chaque fois un jeu démocratique clair, c'est-à-dire un *leader* qui propose un projet, des électeurs qui tranchent, et l'application du projet.
- le modèle Schröder : réélu sur le coup de dé des inondations à l'Est et de son opposition à la guerre en Irak, il réforme l'Allemagne sans mandat avec « l'agenda 2010 ».
- le modèle dans lequel l'Europe et le FMI imposent les réformes et forcent le changement des dirigeants, à l'image de Silvio Berlusconi et Andreas Papandréou. Cela va de pair avec un risque démocratique majeur et laisse des traces durables, comme l'ont montré les élections italiennes avec le retour de Berlusconi et la révolte populiste de Beppe Grillo.
- le modèle français de 1983 : une politique économique déraisonnable, et un grand revirement sous la pression du FMI avec des dirigeants qui changent radicalement de stratégie. La plus grande période de libéralisation de l'économie française a ainsi pris place entre 1984 et 1986 avec le démantèlement du contrôle des prix, du contrôle des changes, etc. C'est le tandem Bérégovoy-Naouri qui a libéralisé l'économie française et modernisé l'économie administrée des années 50 et 60.

Je ne pense pas qu'on en arrive au point où l'Europe et le FMI imposent les réformes et les changements de dirigeants en France. Mais l'orientation actuelle est insoutenable et impose un tournant de la compétitivité, comparable au tournant de la rigueur de 1983. Le système politique est bloqué. Il faut faire cheminer les idées et les changements par la société. Trois millions de français

sont à l'étranger et font des choses exceptionnelles, il n'y a aucune raison que ceux qui sont en France n'arrivent pas à trouver une voie originale pour être compétitifs. On ne peut importer directement des modèles économiques et sociaux. La France est une économie diversifiée, et elle le restera. Elle ne peut marcher que si elle développe son agriculture, son industrie, ses services (dont les services publics), sa place financière, son tourisme.

Alexandra Fourcade, médecin, élue locale : *Il y a un secteur dans lequel on pourrait réussir cette transformation culturelle sur la manière dont il faut aborder les problèmes de santé, c'est celui de la dépendance. Les français sont tout à fait conscients qu'il y a un vrai besoin de réforme et je crois que les mentalités sont prêtes, car il y a une sensibilité très partagée sur le vieillissement de la population et les problèmes de dépendance. Dans ce domaine, il y a de nombreuses prestations et services à domicile qui pourraient être créateurs de richesse, avec un Etat moins présent qu'il ne l'est aujourd'hui. Pour vous, est-ce une bonne opportunité ?*

Nicolas Baverez : Je suis tout à fait d'accord avec vous, et pense que l'idée d'une cinquième branche est déraisonnable. La dépendance est une bonne occasion pour servir de laboratoires à de nouvelles formes d'organisations. C'est un peu ce qu'on fait les Allemands avec leur système d'assurance obligatoire, qui sans être parfait a le mérite de marquer un grand progrès. La bonne méthode pour réfléchir à la dépendance n'est pas d'étendre les systèmes existants, mais d'imaginer des solutions nouvelles. Aujourd'hui, ce sont les familles qui assurent les deux tiers de la prise en charge, mais il ne faut pas raisonner uniquement en termes de reste à charge. C'est pourtant ce qui a été fait jusqu'à présent. Ce qu'il faut c'est regarder d'abord la production du service, et ensuite son financement éventuel par une assurance obligatoire. Il faut explorer des pistes neuves.

Christophe Geisler, Association francophone pour la qualité hospitalière : *En France la prévention est faible, alors que nous savons que l'investissement en prévention rapporte beaucoup plus que le curatif. On ne peut basculer dans ce changement profond qu'à partir du moment où collectivement, voire institutionnellement, un plus est apporté. N'y a-t-il pas un travail institutionnel à faire, pour pouvoir progresser sur la prévention comme sur les maladies chroniques, de telle sorte que ces problématiques puissent être traitées ? Dans les pays qui nous entourent, tous sont plus ou moins fédéraux. Il y a des approches pilotes qui sont déployées sur un Etat, et on ne part pas sur un page neuve qui va susciter des débats idéologiques fondamentaux.*

Nicolas Baverez : On ne peut greffer les structures ou les réformes d'un pays à l'autre. La France n'est pas un Etat fédéral. Cela n'implique pas l'absence de toute expérimentation. Mais nous devons imaginer des institutions et des politiques en fonction de notre histoire et de notre Etat. La prévention et l'éducation, et aujourd'hui on peut faire beaucoup plus compte-tenu des biotechnologies et de la médecine prédictive, suppose l'accès aux données. Il faut sortir du monopole des données de l'assurance maladie. L'assureur doit gérer le risque.

Carole Avril, Association Française des Diabétiques : *Selon vous, il faut responsabiliser davantage les patients et les médecins, comment est-ce possible ? Par ailleurs, en ce qui concerne les maladies chroniques et les ALD, quelles sont les réformes que vous préconisez ? Quant à l'assurance maladie, vous dites qu'elle est « déficiente et médiocre », que souhaiteriez-vous changer ?*

Nicolas Baverez : Le problème de l'ALD, c'est qu'elle est détournée en une allocation sociale pour permettre l'accès aux soins dans des conditions de gratuité totale. Cela peut s'expliquer, dans un pays où le pouvoir d'achat diminue. Mais le problème de l'accès aux soins est important également en termes d'égalité sur le territoire. Nous avons vécu dans le luxe. La médecine était libérale, pas par

son financement puisqu'il est socialisé, mais par le fait que la capacité de tirage sur le système était illimitée. Les réseaux sont une manière de lutter contre les déserts médicaux, mais aussi de responsabiliser les professionnels de la santé et les patients, en jouant du côté de l'offre et non pas seulement de la demande. Le système français, avec la gratuité des soins, l'extension de la CMU, la carte vitale, etc., a un coût important. L'accès aux soins doit être garanti mais dans des conditions précises qui ne peuvent dépendre du seul bon vouloir du consommateur. Le pilotage doit être effectué *via* l'assureur, à travers l'ouverture sécurisée des données de santé.

Nicolas Villain, commission santé EELV : *Vous parlez d'accès aux données, mais il me semble que nous avons déjà beaucoup de données qui pourraient permettre de passer à l'action. En ce qui concerne par exemple les maladies non transmissibles, quatre facteurs sont pointés du doigt par l'OMS : le tabac, le mésusage de l'alcool, la malbouffe et la sédentarité. Pour autant, nous n'avons pas l'impression qu'une politique de santé à la source soit vraiment développée.*

Nicolas Baverez : Notre Etat providence, au-delà de la politique de santé, fonctionne selon des catégories administratives, mais ne cible pas les individus. Or aujourd'hui, les nouveaux fléaux sociaux naissent de trajectoires individuelles brisées. Il faut des campagnes de prévention, mais on sait que pour le tabac par exemple, le plus efficace reste l'augmentation du prix du paquet de cigarettes. Les campagnes généralistes ne sont pas inutiles mais donnent des effets limités ; les campagnes efficaces sont celles qui ciblent un public particulier. Nous pouvons aujourd'hui engager une action beaucoup plus efficace car personnalisée en fonction d'un certain nombre de risques individuels, et non pas seulement de risques potentiels généraux. Sans remettre en question les politiques généralistes de prévention, nous devons davantage cibler les risques individuels.

Olivier Mariotte, nile : *Plus loin que la responsabilisation économique, est-ce que le patient peut avoir un rôle majeur sur la modification du système de santé ? La démocratie sanitaire, a quelque peu été détournée par un certain nombre d'élites, le citoyen ne peut-il pas se ré-emparer de la place qu'il devrait occuper au sein du système ?*

Nicolas Baverez : C'est déjà une réalité. Le SIDA a apporté des changements majeurs car il a touché une population jeune, mobilisée, éduquée, révoltée. Il y a eu des changements considérables dans les relations entre les structures de soins, les médecins et les malades. L'autre révolution est issue d'Internet. Les médecins sont confrontés à des malades qui disposent ou croient disposer de connaissances importantes. Le problème reste d'institutionnaliser cette participation, d'en trouver une traduction politique. La *care society*, idée selon laquelle il faut réintroduire des éléments de société civile dans la gestion d'un certain nombre de politiques publiques, en est à ses débuts. La mobilisation des malades ne pourra qu'améliorer le système. Autant d'exemples qui montrent que même en période de crise, voire surtout en période de crise, nous pouvons réformer nos sociétés et améliorer la santé.