

**NOVEMBRE 2010 - N°11****Management du sport et management de l'entreprise**

**par Michel Rouger, président de l'institut Presaje**

**Le sport est devenu l'un des grands secteurs de l'économie. Un secteur multiforme, où cohabitent les excès du sport « d'en haut » et les frustrations du sport « d'en bas ». Il est logique de le soumettre peu à peu aux règles universelles du management. Mais sans jamais oublier que sa vocation ultime est radicalement différente de celle de l'entreprise. Le sport est une aventure humaine, où la réussite est le fruit d'un dépassement. L'entreprise, elle, veut faire des bénéfices et gagner des parts de marchés, explique Michel Rouger.**

Il y a cinq ans, PRESAJE entrait dans l'arène sportive en publiant un ouvrage intitulé « Où va le sportif d'élite ? ». La préface, prémonitoire, évoquait la financiarisation excessive du sport spectacle. Avec pertinence, quand on sait ce qu'il en est advenu dans le football.

Il y a donc un problème de management au sein du secteur économique du sport qui frôle les 30 milliards d'euros annuels en Europe. A ce niveau, l'affaire n'est pas simple. Pour la traiter, il fallait le lieu et les gens compétents. Ce fut à Lausanne les 15 et 16 octobre derniers. La ville est « sport », avec le siège du CIO et le musée de l'olympisme. Elle est aussi « management » avec l'IMD, l'une des cinq meilleures business school mondiales, qui accueillait cette première réunion européenne.

Le casting des intervenants avait été choisi par deux amis de PRESAJE<sup>1</sup>. De haut niveau, il a permis de traiter les deux sujets essentiels pour comprendre et maîtriser les enjeux moraux et matériels du développement éducatif et économique du sport.

**Principale conclusion**

Le développement des moyens du secteur économique du sport imposera de multiples échanges, participations, coopérations avec les autres secteurs de l'économie, selon les critères de management et de gouvernance des entreprises.

Le développement des objectifs éducatifs du sport exigera un modèle compétition/performance/ résultats, différent du modèle entreprise, concurrence/marché/profits. Il y aura donc mariage de raison. Les études sur le management des besoins et des objectifs auront pour mission d'élaborer le contrat de cette union.

### **Les moyens**

Les besoins du sport sont considérables. Les sociétés humaines y voient un développement de leurs modèles, de leur puissance, de leur image. Aucune politique, qu'elle soit autoritaire ou démocratique, ne peut négliger cette réalité. La compétition sportive ouverte et planétaire répond aux aspirations de liberté qui ont toujours motivé les hommes. L'exemple de la Chine est révélateur.

Ces besoins, cette demande, trouvent en face une offre de coopération des entreprises, pour le partage des images positives véhiculées par les meilleurs performers, les écoles de formation, les clubs. L'extrême diversité de la messagerie publicitaire, à tous niveaux, structurera ces échanges entre les images et les moyens.

Les pouvoirs publics, les Etats, qui administraient l'économie du sport passent la main, faute d'argent. L'économie globale prendra le relais. Notre ami Nicolas Baverez vient de le théoriser en évoquant la substitution problématique de l'entreprise-providence à l'Etat-providence.

Se pose alors le fait majeur de la régulation, de l'utilisation de ces moyens, demandés et offerts. La ruée actuelle vers la transposition dans le management du sport des règles de celui des entreprises et de leur gouvernance, mérite une réflexion approfondie sur leurs objectifs respectifs.

### **Les objectifs**

A ce stade de l'analyse, il faut affirmer la différence de fond entre l'activité sportive, future devenue un secteur économique, et l'économie globale. Le sport assure une fonction éducative indispensable à l'équilibre des sociétés humaines. L'entreprise assure une fonction lucrative indispensable à leur niveau de vie. Il faut tirer le meilleur de l'un et de l'autre, pas les mélanger. Les objectifs du sport sont différents, radicalement, car ils doivent respecter la nature, l'engagement physique, la psychologie – le mental – liés à tout acte sportif.

L'acte sportif appartient à des hommes, à des femmes, qui acceptent le dépassement d'eux-mêmes pour réussir. L'acte économique appartient à des agents qui pratiquent le dépassement des autres pour gagner. La confusion introduite, par l'argent, dans les années 80, entre les deux sens du mot gagner, au sein du mouvement sportif en a changé la nature. La nuance est de taille, quand on sait que la « gagne » est à la base de la fabrication des « bulles » qui ont fait exploser les revenus des buteurs du foot-spectacle comme ceux des traders de la finance.

Au-delà de ce changement de nature, la domination de la pensée court terme, tout, tout de suite, a négligé le caractère physique de tout acte sportif qui exige que le temps de la

maturation physiologique des acteurs soit respecté. Le sport a le devoir éducatif, sociétal, de prise en mains de millions de jeunes pré-ados et ados auquel il faut apprendre à réussir sa vie, son rapport aux autres, son engagement collectif, son propre développement physiologique par la sauvegarde de sa santé.

L'activité sportive se nourrit depuis toujours d'un corps sain que l'attraction des bienfaits séduisants de la rémunération express de la performance ne doivent pas altérer. Cette altération existe dans l'économie globale. Elle conduit ses acteurs à rechercher dans la réussite sportive l'équilibre que la gagne financière ne leur permet pas d'atteindre. L'entreprise a pris conscience des bienfaits qu'elle peut recevoir dans son mariage de raison avec le mouvement sportif.

Il reste alors à traiter la psychologie, l'esprit, le mental, auquel on fait allusion à la fin de toutes les compétitions. Ce mental se nourrit des exemples qui sont donnés par les acteurs de la discipline sportive à laquelle, dès son plus jeune âge, le futur sportif consentira le dépassement de lui-même. Il faut « croire » pour « y aller », en regardant l'icône, en se signant à l'entrée sur la pelouse ou dans l'arène.

Les dérives comportementales, les caprices, les arrogances observées, ont accumulé les mauvais exemples qui poussent les plus jeunes vers la gagne plutôt que vers la réussite. On ne peut plus laisser le sport apparemment géré par des hyper individualistes aux oreilles bouchées par des casques, aux yeux rivés sur leur image, fabriquée comme celle portée par les hommes sandwich du temps de la réclame.

Heureusement, l'engagement bénévole de tous ceux, altruistes et effacés, qui font vivre le « sport d'en bas » corrige les dérives de certains acteurs du « sport d'en haut ». Ce sont ces acteurs qu'il faut aider en leur donnant du temps, de la réflexion... et des moyens.

<sup>1</sup> Francois LECCIA, directeur de l'Institut du management du sport de Grenoble, dont PRESAGE est membre du comité scientifique, et Vincent CHAUDEL, vice-président de l'association européenne Sport et citoyenneté, contributeur à l'ouvrage « Où va le sportif d'élite » de la collection PRESAGE.

## **Les trois lectures de la crise mondiale par les économistes**

**par André Babeau, professeur à l'université de Paris-Dauphine, conseiller scientifique au BIPE (société d'études économiques et de conseil en stratégie)**

**Une crise mondiale et trois façons de l'interpréter en 2010. La controverse des économistes ne s'est pas calmée depuis qu'au milieu de l'année 2007, l'affaire des « subprimes » a été le déclencheur de la crise financière - puis économique - dont nous vivons aujourd'hui encore les prolongements. Pour André Babeau, les économistes se partagent entre trois écoles qui préconisent trois types de médecine : les libéraux, les « atterrés » et les hybrides.**

1920 : « Quand je réunis cinq économistes, j'ai cinq opinions différentes, sauf si Keynes est l'un d'entre eux, auquel cas j'en ai six ! ». Les analyses de la crise de 2008 par les économistes au cours des trois dernières années n'infirmement pas totalement cette boutade. Un éventail d'explications largement ouvert a en effet été proposé par les économistes, qu'ils soient français ou étrangers, pour tenter de rendre compte des soubresauts que nous avons connus depuis l'été 2007.

Cependant, au risque de simplifier, on peut opérer des regroupements. En s'en tenant aux causes génériques qui ont été évoquées et sans descendre dans le détail des causes particulières, les opinions quant aux responsabilités dans la survenance des différents déséquilibres se répartissent sur deux axes orthogonaux : dans un cas, on attribue une responsabilité plus ou moins grande aux pouvoirs publics, aux politiques suivies, aux décisions des banques centrales et aux organismes de régulation ; dans l'autre, cette responsabilité repose sur la faillite des marchés, de la dérégulation et, disons pour faire bref, du paradigme de la finance moderne qui s'était imposé au cours des deux dernières décennies du XXe siècle.

Dans cet espace à deux dimensions, trois groupes principaux d'économistes se dégagent ; ce qui n'exclut évidemment pas les situations intermédiaires que nous négligerons. Nous ne mentionnerons d'ailleurs pas de noms, pour éviter non seulement les protestations des collègues qui se jugeraient affectés à mauvais escient à tel ou tel groupe, mais aussi, et peut-être surtout, celles des collègues qui s'estimeraient avoir été oubliés, alors qu'ils eussent, selon eux, dû être nommés. Naturellement, les initiés n'auront aucun mal à replacer dans ces groupes les principaux protagonistes intervenant dans ce domaine sur la scène nationale ou internationale.

Le premier groupe à décrire rassemble les économistes libéraux - certains disent même ultra-libéraux, voire libertaires. Ces économistes se rattachent à l'école autrichienne et aux analyses menées par Friedrich von Hayek dans les années 1930. Pour eux, la responsabilité principale de la crise repose, non sur le fonctionnement des marchés, mais sur les interventions intempestives des pouvoirs publics et des banques centrales : en l'occurrence, le maintien de taux d'intérêt trop faibles par la Federal Reserve depuis la fin des années 1990. Ce maintien a contribué à la faiblesse du taux d'épargne des Américains et au développement très excessif du crédit aux Etats-Unis et dans plusieurs autres pays comme le Royaume-Uni, l'Irlande et l'Espagne ; développement qui est bien sûr à l'origine de la crise. Dans la sortie de crise, le rôle de l'Etat, assureur en dernier ressort, doit donc être aussi temporaire que possible.

Le second groupe se situe, du point de vue de la responsabilité des marchés dans la crise, à l'opposé du précédent : les marchés financiers, selon lui, sont plus souvent auto-déséquilibrants qu'auto-équilibrants ; c'est la concurrence financière qui est à l'origine de cette instabilité ; la notion d'efficacité des marchés relève du mythe. Mais les pouvoirs publics ne peuvent pas non plus être exonérés de toute responsabilité, car, comme l'a avoué Alan Greenspan lui-même, ils ont reconnu trop tard cette absence d'autorégulation des marchés et des institutions. Deux sous-catégories d'économistes peuvent ici être mentionnées. D'une part, les « régulationnistes » - école largement française apparue à la fin du siècle dernier - d'autre part les « radicaux » qui sont favorables à un changement de système - voire de société ! - dans lequel le rôle des pouvoirs publics, au moins dans le

secteur financier, devrait être durablement accru. Les « économistes atterrés », qui ont beaucoup fait parler d'eux ces dernières semaines, se rattachent clairement à ce second groupe.

Enfin, le troisième groupe comprend un grand nombre d'économistes qui se situent autour de l'origine des deux axes orthogonaux mentionnés ci-dessus. Pour eux, les responsabilités sont partagées. Les marchés comportent certes d'importantes déficiences, mais les pouvoirs publics et les organismes de contrôle n'ont pas, non plus, été à la hauteur. Les missions des banques centrales doivent, en particulier, être redéfinies et il faudra bien en venir progressivement à une régulation de l'économie mondiale. Du point de vue des interventions des Etats, le problème n'est pas alors de savoir si elles doivent être plus ou moins importantes qu'avant la crise, mais plutôt de modifier leur nature, notamment afin que soit tenu compte de la dimension internationale des décisions à prendre.

Le poids relatif de ces diverses interprétations dans le débat scientifique et politique des deux dernières années ne peut évidemment être estimé que de façon très approximative. Mais donner un poids d'un cinquième à chacun des deux premiers groupes mentionnés et de trois cinquièmes au dernier n'est sans doute pas déraisonnable. Et naturellement, on l'a dit, le clivage des diagnostics se retrouve dans les thérapies de sortie de crise, en particulier dans l'appréciation du rôle joué par les mesures dites « non conventionnelles » prises par les Banques centrales.

Le risque, si, comme on peut le penser, la troisième interprétation l'emporte, est qu'à force d'hésitations, de nuances et de compromis on retombe rapidement dans un « business as usual » rapidement générateur de nouvelles crises. Comme cette voie médiane est éloignée de tout esprit de système, elle demande davantage de perspicacité que les deux autres. Et aussi sans doute davantage de temps pour que nous puissions juger des premiers résultats. Nous y sommes et on ne peut pas dire à ce jour, dans les pays avancés, que la perplexité nous ait abandonnés.

## **L'irrésistible avancée de la médiation dans le règlement des conflits**

**par Isabelle Vaugon, avocat associé, FIDAL direction internationale, arbitre, médiateur**

**Une enquête récente du cabinet Fidal vient de mettre en lumière la préférence de plus en plus marquée des entreprises françaises pour le recours à la médiation et à l'arbitrage dans le règlement des litiges. Les lenteurs de la machine judiciaire et les dégâts collatéraux que provoquent les procès dans la vie commerciale des entreprises expliquent cette évolution, la France rejoignant avec retard des pratiques très développées hors de ses frontières. Isabelle Vaugon présente les grandes lignes de l'enquête Fidal.**

*d'entreprises françaises. Ses résultats ont ensuite été comparés avec ceux d'une enquête de même type menée par l'AAA aux Etats-Unis en 2003. Elle utilise l'expression « Dispute Wise » dans le sens de « gestion optimisée des litiges ». Et les initiales MARC qui reviennent souvent dans le texte signifient : « modes alternatifs de règlement des conflits ». Rappel. Dans l'arbitrage, le tiers désigné par les parties en litige dit le droit ; sa décision a un caractère juridictionnel. Dans la médiation, le tiers s'efforce simplement d'obtenir la réconciliation amiable des parties en conflit.*

Les résultats de l'étude FIDAL établissent assez clairement que les entreprises ayant les pratiques les plus « Dispute-Wise », c'est-à-dire qui ont le plus recours aux modes alternatifs de règlement des conflits (MARC) bénéficient d'un meilleur environnement commercial et économique, sont plus satisfaites de la gestion de leur litige et ont un département juridique mieux sollicité.

L'étude montre que les sociétés les plus « Dispute-Wise » disposant d'un « Management Optimisé des Litiges » :

- utilisent leurs ressources plus efficacement (dans l'ensemble, les départements juridiques ont souvent le sentiment d'être sollicités à l'extrême, ceux des entreprises les plus « Dispute-Wise » sont moins sujets à ce sentiment,
- bénéficient des avantages économiques reconnus à la pratique de la médiation et de l'arbitrage, qui se traduisent en :
  - économie de coûts, internes et externes, afférents à la gestion des conflits,
  - économie du temps consacré à la résolution des litiges, permettant une meilleure gestion des ressources de l'entreprise et de privilégier la productivité,
  - préservation des relations avec les partenaires, notamment clients ou fournisseurs (objectif privilégié de l'entreprise),
  - ouverture sur de nouveaux accords, créateurs de valeur pour l'entreprise.

### **Avantages de l'utilisation de la médiation et de l'arbitrage**

- La raison principale commune invoquée par les répondants à l'enquête pour expliquer leur recours à la médiation et à l'arbitrage est l'économie de temps.
- Les entreprises invoquent également l'économie de coûts et la préservation des bonnes relations entre les parties.
- Pour expliquer leur recours à l'arbitrage, les entreprises avancent également la confidentialité de la procédure et l'expertise des arbitres.

### **Effets sur le temps passé pour résoudre le litige par rapport aux procédures judiciaires**

La médiation est considérée comme une méthode de résolution des litiges plus rapide que la voie judiciaire par 85% des entreprises utilisatrices.

L'arbitrage est considéré comme une méthode de résolution des litiges plus rapide que la voie judiciaire par 54% des répondants français, et 67% des répondants américains.

## **Effets sur la relation entre les parties par rapport aux procédures judiciaires**

Pour plus de 80% des répondants, lors de la survenance d'un litige avec un client ou un fournisseur, il est important de préserver la relation commerciale. A cet effet, plus des deux tiers des entreprises françaises ont déclaré être portées à recourir aux modes alternatifs de règlement des conflits.

Aux Etats-Unis, les entreprises américaines les plus « Dispute-Wise » sont celles qui entretiennent les meilleures relations d'affaires avec leurs clients et fournisseurs.

La majorité des entreprises interrogées a indiqué qu'un processus de médiation réussi évite la rupture des relations contractuelles, soit par la mise en place de nouveaux accords, soit par l'interprétation ou la modification du contrat objet du litige, soit même par son exécution pure et simple.

81 % des entreprises interrogées estiment que la relation avec l'autre partie est meilleure à la suite d'une médiation réussie.

## **Approche comparée de l'utilisation des MARC**

Les résultats de l'étude établissent clairement et en toute cohérence que les entreprises interrogées qui ont eu recours aux MARC sont satisfaites de l'usage de ceux-ci comme de la qualité des arbitres et des médiateurs.

La comparaison des résultats obtenus en France et aux Etats-Unis démontre toutefois que, malgré les 5 années écoulées entre les deux enquêtes, un écart subsiste entre les entreprises françaises et américaines, tant en terme d'importance que de fréquence de recours aux MARC. Les MARC utilisés outre-Atlantique sont également plus variés qu'en France, où sont encore majoritairement utilisés l'arbitrage et la médiation.

Cependant, l'étude démontre que les entreprises françaises optimisent déjà leur recours aux MARC :

- par l'utilisation de la médiation en amont, lors de la formation du contrat,
- par la promotion de l'utilisation de la médiation dans la majorité des conflits,
- par l'utilisation de la médiation dès la naissance du conflit,
- par l'utilisation de la médiation et de l'arbitrage pour tous types de conflits.

## **Une large utilisation des MARC par les entreprises françaises les plus « Dispute-Wise »**

L'étude démontre que les entreprises françaises qui recourent aux MARC en font une utilisation large :

- par le recours à la médiation lors de la formation du contrat,
- par la promotion de l'utilisation de la médiation dans la majorité des conflits,
- par l'utilisation de la médiation et de l'arbitrage pour tous les types de conflits :

AD HOC

- l'arbitrage et la médiation sont utilisés pour tous les litiges commerciaux et contractuels dans tous les domaines du droit,
- une priorité est donnée à l'arbitrage en matière internationale,
- l'arbitrage institutionnel est préféré à l'arbitrage ad hoc autant en matière internationale que nationale.

### **Comparaison des pratiques françaises et américaines dans l'utilisation des MARC**

En France, les MARC ne sont pas encore utilisés de manière systématique comme aux Etats-Unis.

Les MARC les plus utilisés en France comme aux Etats-Unis sont la médiation et l'arbitrage, mais dans les deux pays, les entreprises les plus « Dispute-Wise » utilisent aussi d'autres MARC.

- Les trois types de MARC les plus utilisés par les entreprises françaises répondantes ces trois dernières années sont : l'arbitrage, la médiation et l'expertise amiable. Les plus « Dispute-Wise » pratiquent également la décision d'urgence contractuelle ou « Dispute-Boards ».
- Le taux d'utilisation global des MARC est encore plus important aux Etats-Unis : 95% contre 62% en France.
- Toutefois 83% des entreprises les plus « Dispute-Wise » françaises ont utilisé au moins un MARC sur les trois dernières années.
- La médiation est deux fois plus utilisée aux Etats-Unis qu'en France. Presque toutes les entreprises (86%) ont eu recours à la médiation aux Etats-Unis, contre seulement 39% en France.
- L'arbitrage est aussi plus utilisé aux Etats-Unis (72% des entreprises) qu'en France (48% des entreprises).
- En revanche, parmi les entreprises qui utilisent l'arbitrage, les entreprises françaises (27%) y recourent deux fois plus souvent que les entreprises américaines (15%).

### **Les meilleures pratiques des politiques de gestion des conflits des entreprises « Dispute-Wise »**

Parmi les données les plus importantes recueillies par cette enquête, figurent, sans conteste, celles qui ont permis d'analyser les comportements-types des entreprises les plus « Dispute-Wise » face à leurs litiges.

L'intérêt de cette analyse était de déterminer s'il existait au sein des entreprises les plus « Dispute-Wise » des tendances communes pouvant servir de modèle.

L'étude a précisément permis de dégager 5 comportements types communs ou « meilleures pratiques » développées par les entreprises les plus « Dispute-Wise » aux fins d'optimiser la gestion de leurs litiges.

Cette recherche était particulièrement intéressante dès lors qu'il avait déjà été établi par l'enquête américaine, et confirmé par l'étude comparée, que les entreprises les plus « Dispute-Wise » disposent d'une gestion optimisée de leurs litiges, bénéficient d'une



meilleure organisation que celle des entreprises les moins « Dispute Wise », et atteignent des résultats qui prennent mieux en compte les enjeux économiques et non économiques de l'entreprise.

Ces « meilleures pratiques » sont :

- organisationnelles :
  - formalisation d'une politique de gestions des conflits,
  - formation des équipes aux MARC ;
- opérationnelles :
  - implantation d'un système de suivi des contrats,
  - recours aux MARC ordonné de manière stratégique,
  - anticipation volontaire au recours aux MARC (notamment par l'introduction de clauses).

### **L'établissement d'une politique de gestion des litiges**

- La majorité des entreprises les plus « Dispute-Wise » en France (62,5%) comme aux Etats-Unis (65,5%) a mis en place une politique de gestion des litiges.
- En France, seulement un tiers de l'ensemble des entreprises interrogées a mis en place une politique de gestion des litiges (37%). Aux Etats-Unis, la situation est inversée : seul un tiers des entreprises interrogées ne dispose pas d'une politique de gestion des conflits.
- Les entreprises les plus « Dispute-Wise » sont donc trois fois plus nombreuses que les autres à avoir mis en place une politique de gestion des litiges en France.
- La moitié des entreprises françaises qui ont adopté une politique de gestion des litiges, l'a formalisé par un acte interne.
- 8% des répondants français considèrent que leur politique de gestion des litiges résulte de leur signature de la Charte de la Médiation Inter-Entreprises élaborée sous l'égide conjointe de la Chambre de Commerce de Paris et du Ministère de l'Economie et des Finances.

### **La formation des équipes aux MARC**

- La majorité des entreprises les plus « Dispute-Wise » (58%) déclarent former leurs équipes à la médiation et à l'arbitrage.
- 86% des personnes formées appartiennent au service juridique, 4% au service technique et/ou commercial, et 4% au service administratif.
- Plus de la moitié de l'ensemble des entreprises interrogées n'ont pas formé leurs équipes aux MARC.

### **Un système de suivi interne des relations et des contrats**

- Près des deux tiers des entreprises les plus « Dispute-Wise » déclarent avoir mis en place un système de suivi des contrats.
- Celles-ci ont précisé que ce système leur permet de :

- anticiper les risques,
- mieux maîtriser le budget,
- mieux organiser les équipes,
- disposer d'un tableau de bord pour gérer les litiges,
- déterminer les responsabilités (rubrique « autre » selon verbatim).

### **Un recours stratégique aux MARC**

- Les entreprises les plus « Dispute-Wise » privilégient le recours à la médiation dès l'échec des négociations et avant le recours au contentieux.
- Un tiers des entreprises les plus « Dispute-Wise » recourent à la médiation avant d'engager une procédure d'arbitrage ; toutefois la majorité des entreprises interrogées n'engagent jamais de médiation en cas d'arbitrage.
- 88% des répondants indiquent que leur attitude face aux MARC est identique qu'ils soient demandeurs ou défendeurs.
- Des processus hybrides et articulés entre médiation et arbitrage existent et peuvent être utiles pour la gestion de certains conflits. L'usage de formules mixtes Médiation-Arbitrage en France reste tout à fait marginal (3%), alors qu'aux Etats-Unis, ce MARC est l'un des quatre MARC les plus utilisés (20%).

### **L'anticipation du recours aux MARC**

- L'étude confirme le caractère « volontariste » des MARC et notamment de la médiation, puisque la volonté des parties (48%) et l'introduction d'une clause dans leur contrat commun (33%) sont les deux raisons principales motivant leur recours à la médiation (soit au total 81%).
- On observe par ailleurs que les conseils ont, pour 15% des répondants, joué un rôle moteur dans le déclenchement du processus de médiation. Le rôle des juridictions reste mineur, puisque seuls 4% des répondants ont mentionné que la juridiction saisie du litige les a incités à engager un processus de médiation.
- L'étude démontre par ailleurs que plus d'un tiers des entreprises qui ont recours à la médiation insèrent des clauses dans leur contrat. Il est intéressant de souligner que cette pratique est déjà répandue y compris auprès des sociétés ne disposant pas d'un « Management Optimisé des Litiges ».

### **Futur & Perspectives**

L'étude réalisée auprès des entreprises françaises, après celle réalisée auprès des entreprises américaines, confirme, sur la base des retours d'expériences des entreprises elles-mêmes, l'intérêt pour toute entreprise de recourir aux MARC, et notamment à la médiation, dans le cadre d'une politique de gestion des litiges.

La promotion de la médiation par les entreprises elles-mêmes et par les pouvoirs publics devrait rapidement diminuer l'écart qui existe encore dans l'usage de celle-ci entre la France et les Etats-Unis, comme cela est déjà le cas notamment au Canada, en Australie et dans certains pays d'Amérique Latine.

En effet, un mouvement sans précédent de développement des MARC s'amorce en Europe

depuis l'adoption de la directive 2008/52/CE du 21 mai 2008 « sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale ». Cette directive rappelle que « la médiation peut apporter une solution extrajudiciaire économique et rapide au litige au moyen de processus adaptés aux besoins des parties » et que « les accords issus de la médiation sont susceptibles d'être respectés volontairement et de préserver une relation amiable et durable entre les parties ».

Etablie en vue de promouvoir les investissements transfrontaliers, cette directive incite notamment les Etats membres à encourager le recours à la médiation dans un cadre juridique prévisible, à informer le public, à encadrer et développer la profession de médiateur.

## Réduire la pauvreté avec des objectifs quantifiés

par Julien Damon, *professeur associé à Sciences Po*, [www.julien-damon.com](http://www.julien-damon.com)

**Comment définir la pauvreté ? Dans sa dimension absolue, elle caractérise une situation de dénuement total. Mais à un moment donné, elle n'a pas le même contenu réel en fonction d'éléments multiples : comportement individuel, époque, niveau de développement du pays, environnement, etc. D'où l'utilité de la fixation d'objectifs simples avec des rendez-vous pour mesurer les progrès ou les retards d'une politique de lutte contre la pauvreté. Julien Damon est l'auteur du livre « Éliminer la pauvreté » publié cette année aux PUF.**

Le gouvernement français a annoncé en octobre 2007 un objectif de réduction de la pauvreté d'un tiers en cinq ans. L'expression d'une telle finalité, avec toutes ses ambiguïtés, suscite, selon les interlocuteurs, de l'enthousiasme, du scepticisme, voire de l'ironie. Si elle est une innovation dans le contexte des politiques françaises, elle n'est pas totalement neuve dans le contexte international. Qu'il s'agisse de l'Union européenne ou des Nations Unies, l'objectif de réduction, voire d'éradication, de la pauvreté a été exprimé depuis le début du millénaire.

En 2000, l'ONU a établi des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), visant, notamment, à « réduire de moitié l'extrême pauvreté » d'ici 2015. En 2000, l'Union européenne a lancé sa stratégie dite de Lisbonne, contenant une invitation à « donner un élan décisif à l'élimination de la pauvreté » à l'horizon 2010.

Aux trois échelles, mondiale, européenne, française, le sujet est d'abord technique. Il s'agit d'indicateurs et de qualité des données. On peut tenter de résumer la substance des échanges et controverses par une formule. La pauvreté a des dimensions relativement absolues (le dénuement total dans les pays pauvres, comme dans les pays riches). Elle est, dans une large mesure, absolument relative car elle dépend des gens, de la période et de l'environnement. L'affirmation des objectifs quantifiés permet de fixer les définitions et de véritablement pouvoir apprécier les avancées et les reculs.

Si discussions il y a sur les résultats pour l'ensemble des objectifs de l'ONU, les experts

s'accordent sur l'atteinte attendue du premier des Objectifs du millénaire pour le développement, grâce à la croissance en Chine et en Inde. Dans l'Union européenne, les perspectives sont davantage mitigées, mais l'ambition a été de nouveau affirmée, avec l'inscription parmi les principales orientations de la stratégie « UE 2020 » d'un objectif très précis consistant à réduire de 20 millions le nombre de pauvres d'ici 10 ans.

Tous ces objectifs de résultat, qui sont sans obligation juridique, placent les politiques sous contrainte. D'où l'importance des rendez-vous clairement fixés par les horizons temporels annoncés. L'incontestable échec européen quant à l'élimination de la pauvreté en 2010 a, par la méthode suivie, permis un rebond intelligent et plus précis, avec l'adoption d'une visée moins grande mais plus aisément mesurable. Pour les OMD, le rendez-vous, au deux tiers du parcours, a eu lieu fin septembre 2010 à New York, avec rassemblement de la communauté internationale autour de réussites et de défailances (certaines liées à la crise, d'autres pleinement structurelles) dans l'atteinte des objectifs fixés. Pour l'objectif français, le rendez-vous est cet automne, quand le gouvernement, tenu en cela par la loi, rendra un rapport au Parlement sur les avancées. Il en sortira, comme toujours, polémiques et controverses techniques, mais aussi débat politique et mobilisation.

Taux de pauvreté en France, dans l'Union européenne, dans le monde (en 2005) selon trois définitions	
France	13 % <sup>1</sup>
Union européenne	16 % <sup>2</sup>
Monde	22 % <sup>3</sup>

<sup>1</sup> INSEE pour le taux de pauvreté monétaire ancré dans le temps en 2005 (qui est le taux de pauvreté monétaire au seuil de 60 % de la médiane, en 2005).

<sup>2</sup> EU-SILC – Eurostat pour le taux de risque de pauvreté au seuil de 60 % de la médiane, en 2005.

<sup>3</sup> Banque mondiale et ONU, seuil de 1 dollar par jour.

## **La médecine du XXI<sup>e</sup> siècle : un colloque bien peu singulier...**

**par Jean Petit, médecin anesthésiste-réanimateur, directeur de la qualité et de la sécurité des pratiques, CHU de TOULOUSE**

**La santé est au cœur des évolutions de la société. En moins d'un siècle, la médecine est passée d'un modèle patriarcal - le médecin est celui qui sait ; le patient est celui qui écoute - à un modèle de pouvoir partagé entre le professionnel de santé et un patient de plus en plus informé et tenté de se comporter en co-décideur. A cela s'ajoutent désormais de graves questions scientifiques et techniques (le développement de la télémédecine) et éthiques (droits du patient en fin de vie). Sous le regard de la justice, de nouvelles déontologies vont devoir s'imposer.**

compassionnel. Au XXe siècle, les progrès sociaux et scientifiques ont offert l'espoir de la « santé pour tous en l'an 2000 » (OMS, Alma Ata, 1978). L'objectif de guérison du malade a laissé la place à celui de la santé de la personne soignée. Face à ces évolutions, les médecins ont longtemps conservé à l'égard de « leurs » patients une approche paternaliste et fondée sur leur expérience personnelle. Puis, devant l'explosion des publications, s'est imposée dès 1980 une nouvelle médecine, fondée sur des recommandations professionnelles validées (« evidence-based medicine »).

Nous voici au XXIe siècle. Ainsi, en moins d'un siècle, la médecine a évolué d'un modèle patriarcal (le médecin détient la connaissance et le patient consent au traitement) vers un modèle professionnel (le médecin décide mais prend en compte les préférences du patient), puis un modèle partagé (le médecin et le patient décident ensemble). Les patients se veulent informés et s'imposent en partenaires (« patient empowerment »). Doit-on, peut-on éviter d'aller plus loin ? Aux États-Unis, certains patients revendiquent déjà le droit de décider seuls de leur traitement. Force est d'admettre que la relation médecin – patient s'est profondément et irréversiblement modifiée, dans un environnement de consumérisme croissant, de médiatisation des erreurs et de protection accrue des droits, d'amélioration de l'éducation sanitaire et médicale, d'essor des nouvelles technologies de la communication et de l'information, de développement de l'automédication et de rejet des toutes les attitudes paternalistes.

Les patients connaissent de plus en plus les derniers traitements et demandent à en bénéficier. Ils ont accès à des palmarès voire des « indicateurs » pour orienter leurs choix. Ce partenariat « patient-soignant » est en outre « gagnant-gagnant » : lorsque les patients sont associés à leur prise en charge, les résultats sont meilleurs, les coûts moindres et la satisfaction accrue. Reste à gérer les inégalités d'accès à ce savoir...

Enjeux de communication, la maladie et la médecine ont inspiré Molière comme elles font aujourd'hui le succès du site Doctissimo. Cette communication est réciproque. Il y a la journée du souffle, celle du cœur, et même une journée mondiale pour la santé. Il y a la semaine pour la santé mentale, et « Octobre rose » pour le cancer du sein. Et en France, il y aura désormais « L'année des patients et de leurs droits », ce sera... en 2011.

Cet événement est important : le partenariat entre les patients et les professionnels de santé est plus que jamais indispensable. Notamment parce que la médecine du XXIe siècle va soulever des questions éthiques difficiles. Questions d'éthique collective et politique autour du financement et de l'égalité d'accès : la prise en charge des aînés, de plus en plus âgés, et le développement des différentes formes de biothérapies, particulièrement et durablement coûteuses, vont remettre en cause les objectifs et le financement de la branche santé de l'assurance maladie, maître pilier du système social à la française.

Autre sujet, d'éthique individuelle celui-là, la fin de la vie. A l'instigation de Jean Leonetti, la France a légiféré dès 2005 sur les droits du patient en fin de vie. Bien qu'adoptée à l'unanimité des représentations parlementaires, cette Loi reste encore d'application perfectible. Probablement parce qu'elle contraint chaque acteur de la société à se projeter aux limites de sa vie...

Le patient au cœur du système sanitaire et médico-social, ce sont aussi d'autres enjeux plus

techniques. La généralisation du dossier médical partagé se profile enfin ; les exemples étrangers en démontrent les bénéfices cliniques et économiques. Reste qu'il traite de sujets éminemment intimes et suscite légitimement des craintes. Autre évolution, la télémédecine. Autorisée et réglementée depuis peu, elle procède de l'hyperspécialisation médicale et de l'évolution de sa démographie, ainsi que de la régulation des autorisations visant à concentrer l'expertise sur un petit nombre de centres à forte activité. Mais elle bouscule évidemment la relation médecin – malade traditionnelle.

Ainsi et bien au delà de ces quelques exemples, la santé reste au cœur des évolutions de la société. Sous le regard de la justice, de nouvelles déontologies vont s'imposer. Des métiers nouveaux sont à créer. Chacun d'entre nous, patient et médecin malgré lui, est concerné.

## **Les clés d'une réforme sans tabou de l'assurance-maladie**

*par Jacqueline Simon, conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes, ancien directeur général au Groupe Victoire*

**Réformer en France le système de l'assurance-maladie, c'est techniquement possible. Et cela, sans trahir l'esprit des origines. Des solutions existent pour assurer le retour à l'équilibre d'un système que les Français imaginent, à tort, voué au déficit. Mais cela passe par le dépassement de quelques idées reçues et la remise à plat de mécanismes de fonctionnement alourdis par des décennies d'améliorations ou de réparations ponctuelles. Jacqueline Simon identifie six thèmes d'action prioritaires.**

Il n'y aura probablement pas de réforme de l'assurance maladie, du moins au sens plein du terme, parce que la remise en cause de l'existant se heurte à trop de tabous. C'est dommage parce que c'est possible. Le problème ne défie pas l'entendement. Tout le monde a bien compris un certain nombre de choses. Mais chaque fois qu'on arrive au bord d'une vérité, le pas n'est pas franchi, même par les clercs qui, à la différence des hommes politiques, ne jouent pourtant pas leur carrière. Voici quelques vérités qui sont, pour le moment encore, jugées iconoclastes.

### **1 - Oui, il faut mobiliser massivement le financement privé**

Le financement privé, ce sont les sommes que le système public laisse à la charge des assurés. Il a très mauvaise réputation. On lui reproche d'être inéquitable et de peser plus lourd sur les pauvres que sur les riches. Or, depuis les travaux menés sur le bouclier sanitaire, on sait que ce n'est pas vrai et qu'il est possible de faire varier le « reste à charge » (c'est l'expression consacrée) en fonction des revenus des ménages. On pourrait mettre place ce dispositif en France à brève échéance (dès 2012 ?).

On sait aussi qu'il est impossible d'espérer une augmentation du financement public. Ni l'état des finances publiques, ni le poids des charges sociales ne le permettent. Pas plus sous la forme de la TVA sociale qu'autrement car on ne peut pas non plus augmenter

indéfiniment la TVA.

La solution du recours au financement privé se déduit presque directement de la lecture des très officiels rapports de l'INSEE et du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le HCAAM. Tous décrivent la très faible part que les soins occupent dans le budget des ménages ; c'est une des plus petites consommations, 4% des budgets, loin derrière le logement, la nourriture, la voiture et son carburant, les services à la personne, les loisirs, les communications... C'est à peine plus que le tabac et les alcools (3,6%) !

D'autre part, les budgets des ménages sont très élastiques. Il n'a fallu que quelques années pour qu'une part considérable de la dépense soit consacrée aux réseaux modernes de communication. Pour prendre l'exemple du téléphone portable, qui n'est que l'un de ces instruments, il représente aujourd'hui une dépense de 27 euros par mois et par utilisateur (or il y a presque toujours plusieurs utilisateurs, y compris dans les familles modestes). A titre de comparaison, le déficit actuel de l'assurance maladie, que l'on hésite toujours à faire prendre en charge par ces budgets, est de 8 euros par personne et par mois. S'il faut vraiment réguler la dépense - et bien sûr il le faut - qui est le mieux placé pour le faire si ce n'est les intéressés eux-mêmes ? Refuser par principe d'utiliser cette solvabilité des ménages est, dans les circonstances actuelles, un jeu dangereux.

## **2 - Oui, il faut accepter de revoir l'architecture du système d'assurance**

Tout le monde sait que l'architecture du système est mauvaise. Ce fut, dès 2004, le thème du premier rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie nouvellement créé. Mais le même HCAAM, s'il n'a pas hésité à critiquer les résultats, n'a pas cherché à remonter jusqu'aux causes.

Cette architecture a été mise en place en 1945 en même temps qu'étaient définis les principes du modèle social. Ces principes, il n'est pas inutile de le rappeler sont au nombre de trois : l'assurance maladie doit être publique, son financement doit être solidaire, les assurés doivent conserver à leur charge une partie de leurs dépenses. Ils peuvent supporter des modalités d'application différentes. En même temps, le législateur avait défini les méthodes qui permettaient de les mettre en œuvre dans la société de son époque. La simultanéité a fait que principes et méthodes sont couverts par la même approbation générale, la même sacralisation. Aujourd'hui, on est face à un tabou : les méthodes de l'origine font partie des droits acquis. Pourtant, on l'a dit et rabâché, notre société n'est plus celle de 1945. Quand le recours aux soins était rare, on pouvait les prendre en charge « au premier franc », c'est-à-dire dès la première dépense et enchaîner toutes les dépenses suivantes sans la moindre variation. Aujourd'hui, consulter est devenu un acte de la vie courante très répétitif. La prise en charge au premier franc conduit à multiplier de petites prestations qui, accumulées, représentent une très lourde charge pour le régime - au moins un tiers de ses dépenses - alors qu'elles trouveraient naturellement leur place dans le budget des particuliers.

En 1945, la médecine, peu efficace, n'était pas non plus très coûteuse et il n'était pas déraisonnable de demander aux assurés de garder à leur charge un certain pourcentage de leurs dépenses. Aujourd'hui, le coût de ce que l'on appelle le « grand risque » a atteint des sommets. On continue à le partager entre l'assureur et l'assuré, au titre du ticket

modérateur, sur un mode proportionnel. Un pourcentage d'une dépense extrêmement élevée débouche par définition sur une somme... extrêmement élevée. On a rencontré ce problème il y a longtemps déjà et on lui a donné avec le système des affections de longue durée (ALD), la plus mauvaise solution possible. Qu'on en juge par les résultats : un tiers des personnes qui relèvent incontestablement du grand risque ne peuvent pas, pour des raisons diverses, bénéficier du régime des ALD et le système public les laisserait cruellement démunies s'il n'y avait pas l'assurance complémentaire. Et ce n'est pas la seule anomalie. Un quart seulement des personnes qui bénéficient desdites ALD relèvent du grand risque, les trois autres quarts se répartissant au petit bonheur la chance dans toutes les tranches de dépenses, même les plus basses. Il y a visiblement là quelque chose qui ne va pas du tout.

Le projet de bouclier sanitaire aurait pu être l'occasion d'une remise à plat des méthodes historiques. Il n'en est rien. Elles sont au contraire pieusement conservées. On se contente de rajouter au dispositif actuel une nouvelle mesure en vertu de laquelle chaque fois que les tickets modérateurs payés en amont par un ménage atteindront un certain montant, ce dernier sera exonéré de toute charge supplémentaire. En clair, on conserve la prise en charge très généreuse du petit risque et on lui ajoute une prise en charge améliorée du grand. Les chances pour que cela facilite l'équilibre des comptes sont extrêmement minces. Les auteurs du projet ne l'ont d'ailleurs pas suggéré. Ils se sont bornés à décrire ce qu'il fallait faire pour que le déficit ne soit pas aggravé.

### **3 - Oui, on peut structurer le système autour des notions de « grand risque » et de « petit risque »**

L'idée de laisser le petit risque à la charge des ménages n'est ni neuve ni originale. Longtemps on l'a écartée en soutenant qu'on ne pouvait pas donner une définition raisonnable du petit risque et du grand risque. On s'appuyait alors sur des définitions médicales qui, en effet, sont totalement inopérantes (la grippe est-elle un grand ou un petit risque ?). Reconnaissons cette vertu au projet de bouclier sanitaire de donner les définitions appropriées en se référant non pas à une pathologie, mais à un montant de dépenses. Il y a grand risque quand les dépenses (celles qui sont éligibles à l'assurance) dépassent un certain seuil, et petit risque tant que ce seuil n'est pas atteint. Le projet a aussi étudié dans le détail comment on pouvait faire varier ce seuil en fonction des revenus des intéressés. La voie est ainsi ouverte.

Le système actuel est le fruit d'une création continue et, naturellement, au cours des années, on a beaucoup ajouté et très peu retranché. Aujourd'hui on hésite à dire que le petit risque restera à la charge des malades car c'est une décision qui va toucher pratiquement toute la population... qui ne va pas forcément la mettre en balance avec l'amélioration de la prise en charge du grand risque. Les clercs n'osent donc pas même prononcer le mot. Mais s'ils ne le font pas, qui le fera ? Qui osera rappeler qu'il n'y a pas une différence de substance entre le contenu d'un système et son équilibre financier, que ce sont l'avertissement et le revers d'un seul et même problème ?

Quant à la façon de le faire, elle est simple et bien connue. En langage courant, cela s'appelle une franchise Cette franchise devrait avoir un niveau de base, un niveau plus faible pour les gens qui ont peu de revenus et un niveau zéro pour ceux qui ont zéro



revenu.

#### **4 - Oui, il faut revoir le champ de la gratuité**

Voilà une cause de l'explosion des déficits qui n'est jamais évoquée. Il est tout à fait remarquable que chaque fois qu'on a rencontré un problème, on l'ait résolu par une extension du champ de la gratuité. On l'a fait d'abord pour les soins les plus coûteux, ceux dont la « cotation » dépasse un certain montant, puis pour les plus pauvres, bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) puis pour les personnes atteintes d'une ALD.

Nous reconnaissons donc deux sources de gratuité : celle qui est dictée par le coût des soins et celle qui est une réponse à l'insuffisance des ressources. Cette dernière a été introduite très tard et elle ne nous coûte pas très cher. Elle est légitime et devra être accrue et diversifiée. Rien en revanche ne légitime une gratuité totale quand le coût des soins est élevé. Ces dispositions sont extrêmement onéreuses et leur coût ne cesse d'augmenter alors même qu'elles ne sont pas particulièrement équitables. Elles n'ont été introduites dans notre législation que parce que le régime de base n'est pas organisé pour limiter le coût du grand risque, comme pourrait le faire une franchise. Il faut donc que notre organisation évacue le champ de cette gratuité et ne retienne que celle qui est liée à l'insuffisance des ressources. Ce sera source d'économies considérables

#### **5 - Non, il ne faut pas compter sur la maîtrise de la dépense**

C'est une idée qui a exercé un pouvoir de séduction considérable parce qu'elle était moralisatrice, ce qui plaît toujours. Tout système de protection induit un « risque moral ». Les assurés et surtout leurs fournisseurs sont tentés d'exagérer leurs demandes de remboursement. Il faut donc lutter contre ce risque moral et les méthodes employées sont toujours les mêmes. L'assureur passe des conventions avec les fournisseurs pour être sûr de ne payer que le juste prix, il limite sa couverture à ce qui est réellement nécessaire, il développe autant qu'il le peut la prévention. Tout cela est légitime en soi mais ne garantit pas le retour facile à l'équilibre des comptes. Si les droits ouverts sont inflationnistes, une pression trop forte sur les fournisseurs est source de dysfonctionnements. On l'a vu concrètement. Dès qu'un effort excessif a été demandé, cela a produit des effets pervers. Cette politique est responsable de l'insuffisance du nombre des médecins, de leur mauvaise répartition et de l'existence des déserts médicaux Elle a nui à la compétitivité de l'industrie pharmaceutique, etc. Il est donc impératif d'apporter par le biais d'un financement plus abondant la souplesse qui manque au système.

#### **6 - Oui, il faut éviter les nationalisations rampantes**

L'histoire a conduit à confier de plus en plus de responsabilités aux assureurs complémentaires, ce qui ne leur a pas déplu puisque leur métier est d'assurer et qu'ils le font bien.

Longtemps, les purs et durs du régime public ont tordu le nez puis, constatant qu'on ne peut plus se passer de cette solution, ils acceptent l'idée que ces assureurs complémentaires collaborent au service public. Mais ils en tirent la conclusion qu'ils doivent être soumis aux mêmes servitudes. On étudie donc, dès à présent, quelles sont les règles à imposer à des

acteurs qui jusqu'ici opéraient librement en secteur concurrentiel. On a aussi découvert que tout honnête citoyen avait, après tout, droit comme tout un chacun à sa couverture complémentaire. On a donc subventionné ceux qui ne pouvaient pas en acheter et par ricochet, les assureurs complémentaires eux-mêmes. Aux dernières nouvelles, on réfléchirait à l'idée de rendre l'assurance complémentaire, qui est aujourd'hui purement facultative, obligatoire. Et la boucle d'une socialisation totale des soins sera ainsi bouclée.

Nous n'avons nul besoin de ces nationalisations rampantes. Il vaudrait bien mieux que le régime public assume entièrement ses obligations et que les assureurs concurrentiels conservent leur liberté.

Ces propos n'ont rien de révolutionnaires. Ils tendent à revenir à un exercice plus sain, plus proche de l'inspiration des origines. A corriger les dérives du système. A lui donner l'efficacité que l'on est en droit d'exiger de la part d'un système public d'assurance maladie. Encore faut-il accepter de mettre sur la table les sujets qui fâchent. Les clercs n'hésitent jamais à souligner le manque de courage des hommes politiques. Ils ne se rendent pas compte qu'en refusant de s'affranchir des idées reçues et de briser quelques tabous, ce sont eux qui se déroberent devant leurs propres responsabilités. Ce qui pose alors le problème du rôle et de l'organisation de l'expertise publique. Mais ceci est une autre question...

### **Pratiques et jurisprudences médicales : aider le médecin, rassurer le malade, prévenir le risque juridique**

*par Thomas Cassuto, docteur en droit, vice-président chargé de l'instruction au tribunal de grande instance de Nanterre 1*

**La réforme du parcours de soins coordonnés vise à sauvegarder l'équilibre d'un système d'assurance maladie chahuté par les progrès fulgurants de la science et l'alourdissement continu des budgets de la santé. Placé en première ligne, le médecin généraliste se voit investi de responsabilités nouvelles. Les risques juridiques qui pèsent sur les activités médicales prennent des formes variées et complexes. La réforme ne réussira pas sans de meilleurs outils d'aide à la décision.**

Au cours des soixante dernières années, l'offre et la qualité des soins se sont considérablement diversifiées et améliorées grâce à la conjugaison du système d'assurance maladie et du progrès scientifique. La sécurité sociale a maintenu le principe de l'égalité devant les soins et la connaissance repousse les inégalités devant la maladie. Mais la combinaison de cette institution majeure de la République et d'un progrès que l'on ne peut ralentir font peser une menace sérieuse sur l'avenir du système en mettant en péril les équilibres économiques qui les garantissent dans une société soucieuse de préserver l'équité des charges collectives et responsable vis à vis des générations à venir.

Pour faire face à ces défis, la réforme du parcours de soins coordonnés introduit par la loi du 13 août 2004 peut apparaître comme un carcan administratif supplémentaire destiné à

restreindre l'offre de soins et le principe de la liberté du choix du praticien. En l'absence d'évolution dans les pratiques, il ne semble pas que cette réforme puisse donner sa pleine mesure. Au mieux, dans l'esprit des usagers, le parcours de soins permet de rationaliser les coûts dans l'offre de soins ; au pire, il constitue une immixtion de la puissance publique dans la relation particulière, et essentielle à la réussite des soins, entre le patient et son médecin, le dialogue singulier. Or cette réforme présente des perspectives bénéfiques sur l'ensemble du spectre de la santé publique en énonçant des missions nouvelles à la charge du médecin coordonnateur. Mais pour que cette réforme aboutisse, il est nécessaire d'offrir des moyens supplémentaires à ce médecin, le plus souvent généraliste, pour lui permettre de remplir les missions nouvelles qui lui sont confiées dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Ainsi, les exigences légitimes croissantes de patients-usagers du service public de la santé devront être satisfaites en canalisant les risques de mise en cause de la responsabilité civile ou pénale du praticien, en mettant à sa disposition une information pertinente immédiate sur son poste de travail mobile ou lors de la consultation en cabinet et ce, en limitant le nombre d'actes et les événements indésirables.

1/ La somme des connaissances acquises dans le domaine de la santé est colossale et ne cesse de se développer. Grâce aux outils de communication électronique, cette connaissance est en libre accès au niveau mondial et à un coût dérisoire. Mais cette connaissance n'a de valeur que lorsqu'elle est administrée correctement. Cette connaissance mise à disposition d'un professionnel devient le savoir. Ainsi, la compétence d'un praticien résulte de la combinaison de sa formation, de la mise à jour de ses connaissances et de l'expérience acquise dans sa pratique. L'administration de ce savoir par le praticien reflète l'éthique de la connaissance, c'est-à-dire la capacité à mettre en oeuvre ce savoir dans le geste et la prescription ainsi que dans l'association pédagogique du patient à sa propre prise en charge.

L'instauration du parcours de soins coordonnés consacre entre les mains du médecin coordonnateur des missions essentielles pour la santé individuelle et la santé publique. Ce praticien est investi d'une mission de prévention, de centralisation de l'information utile à l'élaboration du diagnostic, d'orientation et d'accompagnement du patient dans ce parcours de soin qui peut être long, lourd et parfois obscur pour l'entendement du patient naïf. Pour ce faire, il doit disposer pendant le temps de la consultation d'un outil d'aide à la décision qui l'assiste au cours de l'examen et de l'élaboration d'un diagnostic pertinent en limitant les allers-retours des consultations chez des spécialistes et l'amorce de traitements lourds, onéreux et inutiles, voire inappropriés.

L'utilisation des technologies de la communication doit permettre au praticien d'administrer son savoir. Le fait de disposer d'outils de méta-analyse simplifiera et sécurisera sa pratique quotidienne. Les technologies doivent également favoriser la diffusion et la mise en oeuvre de la médecine translationnelle, résolument tournée vers la pratique. Les grandes avancées de la science médicale, lorsqu'elles ne sont pas le fruit du hasard ou d'investissements lourds et incertains, résultent de la résolution de problèmes pratiques comme du renforcement de la prévention, toutes activités dont la portée économique est toujours délicate à évaluer.

2/ Il est frappant de constater que l'activité médicale est trop souvent source d'événements indésirables au travers des infections nosocomiales et iatrogènes. Ces événements

indésirables, que la loi Hôpital Patients Santé et Territoires du 21 juillet 2009 tente de réduire, engendrent un surcoût exorbitant sur le plan individuel et collectif. Cette situation est source de tensions, d'une méfiance réciproque et d'un contentieux certes encore maîtrisé mais qui pourrait dérapier à tout moment. Plus généralement, depuis 1936, la jurisprudence et la loi ont fait évoluer les contours de la responsabilité médicale. Cette évolution a accompagné les progrès de la médecine, mettant en regard des exigences légitimes accrues avec des capacités et une efficacité sans cesse renforcées. Aujourd'hui, une notion telle que celle « d'obligation de sécurité-résultat » met à la charge des praticiens des exigences sur la pratique, bénéfiques pour tout un chacun. Mais la preuve de la faute ou de la négligence à l'origine du dommage demeure une charge difficile pour les victimes. Du côté des praticiens, ces obligations et le risque juridique qui les accompagne ont de plus en plus favorisé le formalisme froid de l'information du patient au détriment de la dimension humaine de la relation. Soucieux de préserver sa responsabilité juridique, le médecin est invité à se soucier avant tout de la preuve de l'information qu'il a délivrée au détriment de son intelligibilité et de sa valeur pour le patient pour l'accompagner dans la décision et le cheminement thérapeutique.

La notion de responsabilité est duale. Active, elle signifie le diagnostic, l'acte et l'accompagnement du patient dans la prise de décision. Passive, elle signifie rendre des comptes, particulièrement lorsque le résultat de son action est remis en cause et critiqué. Un certain nombre de garde-fous existent pour encadrer la mise en jeu de cette responsabilité. Mais ces garanties interviennent plus a posteriori qu'a priori par manque de validation de la décision et de certification des mécanismes de son élaboration, singulièrement en médecine de ville. De même, l'évaluation de la qualité des soins peine encore à s'imposer. La complexité des structures publiques et privées qui participent au grand service public de la santé nécessite également de stabiliser le périmètre des responsabilités individuelles et collectives ainsi que l'enseigne l'arrêt du 28 janvier 2010 de la 1<sup>ère</sup> chambre civile de la Cour de cassation (N°08-20.571).

La délivrance d'une information, formalisée et comprise, et le respect des bonnes pratiques sont sanctionnés a posteriori et n'offrent plus toutes les garanties que le patient sera de plus en plus en droit d'escompter, voire d'exiger.

## **Conclusion**

La mise à disposition d'un outil d'aide à la décision encore inédit, validé par les autorités scientifiques, certifié sur le plan processuel et agréé par les autorités publiques au titre de l'amélioration de la santé publique, doit voir le jour pour sécuriser la décision, rassurer l'usager, et prévenir les risques juridiques croissants pesant sur les activités médicales. D'importantes économies d'échelle peuvent être réalisées non pas en limitant autoritairement l'accès aux soins mais en améliorant l'offre de soins. Les médecins généralistes sont en première ligne par leur nombre et le nombre d'actes qu'ils réalisent chaque année. De leur pratique doit pouvoir émerger une médecine optimisée, soucieuse de la prévention en santé publique et répandant les meilleurs savoirs et pratiques médicaux. Une telle évolution, si elle venait à se diffuser à l'ensemble des praticiens de santé, constituerait à n'en pas douter un des plus grands progrès de la médecine.

<sup>1</sup> Dernier ouvrage publié : « La santé publique en procès », PUF 2008. L'auteur a dirigé la

rédaction de l'ouvrage « Les défis du vivant », éd. Presaje 2004.

## **A propos du livre**

### **« Le bazar bioéthique - Quand les histoires de vie bouleversent la morale publique »**

#### **rencontre avec son auteur Véronique Fournier**

**par Hélène Braun**

**Depuis 2002, à l'hôpital Cochin à Paris, un Centre d'éthique clinique reçoit des personnes confrontées à des situations tragiques. Chaque année, environ 200 cas sont étudiés par une équipe rassemblée par Véronique Fournier, cardiologue et médecin de santé publique. Elle a publié un livre témoignage que présente Hélène Braun à la suite d'une réunion de la Société internationale des conseillers de synthèse.**

Vu de loin, le don d'organes entre vifs est une belle idée. Au cas par cas, son application n'est pas évidente. Une jeune mère de famille doit-elle donner la moitié de son foie à son vieux père usé pour qui le bénéfice n'est pas certain ? Elle est sûre d'elle, mais le chirurgien s'interroge... Par ailleurs, le don d'organes vivants est à l'origine d'un épouvantable trafic dans les pays du tiers monde.

Les techniques d'assistance médicale à la procréation sont en plein boom. Il se pratique aujourd'hui 200 000 FIV par an en Europe, dont 40 000 en France. Jusqu'où peut-on pousser les limites ? En matière de procréation assistée, la loi française encadre et régule beaucoup plus que celle des autres pays. C'est à notre honneur. Mais de quel droit entre-t-on dans l'intimité d'un couple ? Pourquoi le juger apte à procréer sur le critère d'un âge biologique (la quarantaine pour la femme, la soixantaine pour l'homme) qui a de moins en moins de rapport avec l'âge réel, social ou intellectuel ? Au nom de quoi avance-t-on l'intérêt de l'enfant ?

Faut-il opérer les transsexuels ? Les chirurgiens ont du mal à pratiquer un acte aussi violent qui n'a pas pour objet direct la préservation de la vie. Interrogé par une équipe médicale sur cette question du transsexualisme, le Centre a décidé de suivre une vingtaine de cas pendant deux ans avant de donner un avis global.

Et le vieillissement ? En France, on ne prend pas l'âge en considération pour les soins. Mais jusqu'où doit-on aller ? Jusqu'où va l'acharnement thérapeutique ? Où commence le suicide assisté ? Alors même qu'on regarde la mort en face, on peut être porteur de vie et de valeurs enthousiasmantes. Une personne âgée usée physiquement, intelligente, sensible, créative, a encore beaucoup à nous enseigner.

Sur tous ces sujets - et bien d'autres -, il peut sembler facile de trancher en général. Mais dans la vie, chaque histoire est unique. C'est pour aider les personnes confrontées à ces

dilemmes tragiques que Véronique Fournier, cardiologue et médecin de santé publique, a fondé en 2002 le Centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin à Paris, où sont discutés chaque année environ 200 cas, dont 50 particulièrement difficiles.

Des médecins, philosophes, juristes, sociologues... représentant la société civile dans sa diversité, y accompagnent les patients et les médecins. L'équipe reçoit longuement et individuellement chacun des protagonistes (le patient, la famille, les médecins, éventuellement les infirmiers, les aides-soignants, le psychologue, etc.) puis en débat. Ce qui en résulte n'est jamais un avis tranché mais un éclairage sur les enjeux et un dialogue qui se poursuit jusqu'à ce que soit prise la moins mauvaise des décisions.

Du fait de son exercice, le Centre d'éthique est en situation de pouvoir sentir le pouls de la société. Ceux qui viennent le consulter sont toujours confrontés à quelque chose de dramatique et de violent. Il est faux de penser que cela les anéantit. Très souvent, cela les fortifie au contraire et ils n'aiment pas que la société les pense alors vulnérables, incapables de décider pour eux-mêmes.

Par ailleurs, l'observation du terrain permet de constater que personne ne supporte plus l'injonction, ni l'abus de pouvoir : les médecins ne supportent plus l'injonction des patients, qui eux-mêmes ne supportent plus l'abus de pouvoir médical. Enfin, quand on écoute les gens, on se rend compte que nos concitoyens ne plaident pas pour une société égoïste, mais pour un nouveau socle de valeurs où primerait la solidarité et l'autonomie de la personne.

S'il faut assurément des lois pour éviter les dérives, il est regrettable que celles-ci ne soient inspirées que par les « normatifs » par opposition aux « réfléchissants » : les premiers se targuent d'éthique, s'érigent en gardiens du temple et font tout pour que la loi soit au service de leurs certitudes. Ils se méfient des seconds qui, faisant remonter l'information du terrain, risquent de remettre en cause ce qui fait norme aujourd'hui.

<sup>1</sup>Publié chez Robert Laffont, 2010

**PRES@JE.COM**

Une publication de l'association PRESAJE

(Prospective, Recherche et Etudes Sociétales Appliquées à la Justice et à l'Economie)

Siège social : 2 avenue Hoche 75008 Paris - Courrier : 30 rue Claude Lorrain 75016 Paris

Tél. 01 46 51 12 21 - E-mail : [contact@presaje.com](mailto:contact@presaje.com) - [www.presaje.com](http://www.presaje.com)

Directeur de la publication : Michel Rouger