



Production de soins et financements

Introduction, Dominique Noiré	446
Recherche de l'équilibre entre satisfaction des besoins et utilisation des moyens	446
Cellule de réflexion de l'Espace éthique	449
Conflits d'intérêts	449
Analyser les pratiques	452
Le médecin, acteur économique	454
Décision collective et critères de choix	456
Les contraintes du système	457
Normes et régulations	458
De l'équité à la responsabilité	460
Déterminer démocratiquement des priorités	463

Introduction

Dominique Noiré *

Recherche de l'équilibre entre satisfaction des besoins et utilisation des moyens

Le problème de la santé est l'un des plus sensibles au sein de la société, car il concerne chaque personne directement. Pouvoir bénéficier des soins que son état de santé rend nécessaire est considéré par chacun comme naturel, consacrant l'idée que la santé est à placer comme priorité dans la prise en compte des aspirations de chaque citoyen.

Cette aspiration est renforcée par le développement de la science médicale et la médiatisation de certaines réussites exceptionnelles donnant l'illusion de la toute puissance de la médecine sur la maladie, voire même sur le vieillissement.

Il est naturel, dans ces conditions, que les responsables en charge de la conduite de l'État, s'engagent à maintenir et à développer la qualité du système de santé et de la médecine, mais également à garantir les possibilités d'accès aux soins pour tous.

Ces options irréfragables doivent cependant être confrontées aux contraintes de la réalité, en particulier économiques, qui limitent dans l'absolu les possibilités de financement de l'offre et rendent indispensable de définir les principes permettant de concilier la production des soins et l'économie.

Les réflexions développées au cours de cette réunion de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique, s'attachent à identifier les principaux enjeux et les éléments du débat. Quelques points clefs de celui-ci peuvent être présentés en guise de repères.

Pour la société, il s'agit en premier lieu de définir la place qu'elle souhaite donner à la prise en compte des problèmes de santé en regard d'autres types de besoins, eux aussi nécessaires à l'équilibre général de la nation, comme l'éducation, la sécurité et la justice, sachant que la réponse apportée est variable suivant l'époque, le lieu et le mode d'exercice du pouvoir de chaque pays.

* Directeur, hôpital Beaujon, AP-HP, diplômé de l'Institut éthique et soins hospitaliers de l'Espace éthique.

Cette question est éminemment politique et relève des représentants démocratiquement élus. Elle implique des choix d'organisation de la société qui doit prendre en compte l'existant, fruit d'une évolution historique consolidant les choix fondamentaux antérieurs, tels que, pour la France, la prédominance du curatif sur le préventif, un financement basé sur la solidarité collective plutôt que sur la responsabilité individuelle, un partage des responsabilités en matière d'organisation du système de santé et de financement entre l'État et la Caisse nationale d'assurances maladie.

Ces orientations de base, se doivent d'évoluer pour rester adaptées à l'environnement social et économique, de même qu'aux progrès de la médecine. Elles sont cependant politiquement et techniquement difficiles à remettre brutalement en cause, et nécessitent une réflexion d'ajustement permanent, tant sur le plan des concepts politiques que sur les modalités de mise en œuvre de ceux-ci.

Une des principales questions aujourd'hui posée, est de savoir comment concilier santé et économie. L'ensemble des démarches individuelles de demande de soin, s'inscrit dans le cadre d'un financement collectif, fondé sur l'idée de solidarité. Ceci conduit chacun à légitimement revendiquer un accès permanent à des soins de qualité quel que soit son état. Or, le contexte économique semble ne plus permettre d'apporter, partout et pour tous, une réponse optimale dans le mode organisationnel actuel.

Dès lors, la recherche de l'équilibre entre satisfaction des besoins et utilisation des moyens devient un chantier majeur d'évolution de notre société avec les questions principales suivantes :

- comment développer les démarches préventives de santé publique tout en préservant les libertés individuelles ?
- doit-on développer la responsabilité de chaque personne, en regard de son comportement vis-à-vis de la préservation de son capital santé ?
- peut-on admettre le développement d'un système de financement individuel, type assurance, en matière de soins ? si oui, comment faire pour que ce système ne conduise pas à créer une médecine à deux vitesses, voire à exclure une partie de la population de l'accès aux soins ?
- dans le cadre d'un financement collectif, celui-ci doit-il reposer sur l'impôt, sur le principe de salaire différé collectivisé, modèle Sécurité sociale, sur un mixte des deux solutions ?
- quelle logique de répartition des moyens convient-il de retenir ?
- comment garantir un accès aux soins conciliant égalité et équité ?

-
- comment, dans cette optique, diminuer les inégalités interrégionales d'offre de soins ?
 - peut-on admettre un mode de paiement différencié suivant les producteurs de soins ?
 - quels sont les avantages et les inconvénients du paiement à l'acte, de l'enveloppe forfaitaire globale ?
 - quelles mesures adopter pour garantir le respect des accords contractuels passés avec les professionnels de santé ?
 - quels indicateurs retenir pour mesurer l'efficacité des structures d'offre, sachant que doivent être appréciés, outre le rapport qualité/prix, les items d'utilité d'efficacité et de qualité de l'acte de soin.

Cette liste de questions, loin d'être exhaustive, montre la diversité des problèmes posés et l'importance de ne pas réduire ceux-ci à un débat strictement financier, compte tenu des enjeux pour l'avenir de la société et de chaque personne.

Le débat éthique s'impose !

Production de soins et financements *

17 décembre 1998

Invités experts

Pr Jean de Kervasdoué (chaire d'économie et gestion des services de santé, Conservatoire national des arts et métiers), Yvon Merlière (département contrôle de gestion, direction des finances AP-HP), Louis Omnès (chef de projet et directeur de l'hôpital européen Georges-Pompidou, AP-HP).

Membres de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique

Michel Baur, Michel Bilis, Pr Quentin Debray, Pr Herbert Geshwind, Emmanuel Hirsch, Pr Didier Sicard, Pr Robert Zittoun.

Conflits d'intérêts

Michel Baur

La production de soins et ses financements, relèvent désormais de l'Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

D'un point de vue éthique, trois questions peuvent être soulevées.

- Comment prendre en compte les besoins de santé pour décider de l'allocation de la répartition des moyens, sur un mode de responsabilité démocratique? Les notions d'égalité et de justice sociale constituent l'enjeu essentiel, dans la mesure où nous constatons une inégalité entre les citoyens dans les conditions d'accès aux soins. La répartition régionale des moyens, mais aussi les critères de choix qui peuvent s'avérer discriminants, justifient une approche argumentée.
- La consommation de soins dépend très fortement de la richesse du pays et incite à la mise en place de politiques qui doivent relever d'arbitrages démocratiques. Comment hiérarchiser les décisions?
- Notre relation à la norme édicte les principes retenus pour définir les objectifs de la santé publique. Comment respecter les droits individuels tout en préconisant des mesures de nature à limiter les risques et à accompagner harmonieusement

* Cette réunion de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique, prolonge l'échange consacré le 21 mars 1996 à : *Marqueurs économiques et critères d'activité* publié dans *Espace éthique. Éléments pour un débat. Travaux 1995-1996*, Paris, AP-HP/Doin, 1997, pp. 233-288.

le développement des personnes? Où doit s'arrêter la normalisation collective par rapport à l'épanouissement individuel?

On constate à quel point, dans ces domaines, la détermination d'objectifs publics peut inférer sur les conditions de vie en société. Les financements, dans un contexte limitatif, ne sont jamais neutres; leurs conséquences sollicitent une réflexion nécessaire.

Jean de Kervasdoué

Il est frappant de constater, en France comme aux États-Unis, l'intérêt des questions soulevées, depuis le début des années 1980, par l'éthique médicale et l'absence, dans les débats, de toute référence aux questions financières. Les manipulations génétiques, la biologie de la reproduction, les essais thérapeutiques, la transplantation d'organes, la confidentialité des données médicales, la traçabilité des produits d'origine humaine, pour ne citer que quelques sujets, sont des exemples de thèmes faisant non seulement l'objet de colloques mais aussi de reprises par la presse et les médias destinés au grand public.

En revanche, sur le rôle que pourrait jouer l'argent dans les relations médecin/malade ou médecin/assurance maladie, le silence est pesant. Certes, depuis de longues années, le Conseil national de l'Ordre des médecins interdit le compérage. La dichotomie est aujourd'hui condamnable, les médecins doivent afficher dans leur cabinet le prix de leurs consultations (directive peu contrôlée), les cadeaux des industriels sont interdits mais tout se passe comme si les médecins, agissant toujours dans le seul intérêt de leur patient, avaient un comportement qui ne serait jamais influencé par leur mode de rémunération.

Or, les 800 milliards de dépenses de santé sont aussi 800 milliards de revenus, d'honoraires, d'achats de médicaments et autres produits médicaux. Les recettes des uns sont les dépenses des autres. Serait-il le seul domaine qui, malgré son importance, se trouverait en dehors de tout comportement rationnel des acteurs au sens où l'entendent les économistes? Les professionnels de santé, les cliniques, les hôpitaux, les industriels, ne chercheraient-ils pas à maximiser leur revenu, et, si c'était le cas comme nous le pensons, ceci n'aurait-il aucun impact sur les soins ou la pratique de la médecine? À l'évidence non, il faut donc briser ce tabou, cette *omerta* qui pèse sur la question du rôle de l'argent en médecine.

Je le fis en 1996, avant de connaître les travaux de Marc Rodwin pourtant antérieurs (1993) qui, lui-même, cite Bernard Shaw (1913). Rien de nouveau sous le soleil donc et le soleil de 1913 paraît plus brûlant que celui d'aujourd'hui. Citons trois passages des textes publiés par Bernard Shaw en 1913.

- *"L'objet de la profession médicale est d'assurer un revenu aux médecins ; et, de ce point de vue, toute considération pour la science et la santé publique doit s'effacer quand les deux entrent en conflit. Heureusement ce n'est pas toujours le cas..."*
- *"Et quels sont les autres hommes qui prétendraient être impartiaux quand ils ont de leur côté un très fort intérêt financier ? Personne ne pense que les médecins sont moins vertueux que les juges ; mais un juge dont le salaire et la réputation dépendraient du fait que son verdict serait pour le plaignant ou l'accusé, le procureur ou le prisonnier, recueillerait aussi peu de confiance qu'un général payé par l'ennemi. De choisir un médecin pour juge, et alors orienter sa décision en lui versant une importante somme d'argent et la quasi garantie, que s'il fait une erreur elle ne sera jamais retournée contre lui, c'est vraiment dépasser l'effort acceptable que la nature humaine peut supporter..."*
- *"Qu'une nation saine, ayant observé que l'on pouvait s'assurer d'obtenir du pain en offrant au boulanger un intérêt financier à le cuire pour vous, en ait déduit qu'il fallait intéresser financièrement un chirurgien pour vous couper la jambe, suffit à vous désespérer de l'humanité politique."*

Bernard Shaw, remarquant déjà que les médecins avaient des intérêts dans des cliniques et que leur décision s'en ressentait, posait trois questions simples.

- Comment les médecins peuvent-ils agir dans l'intérêt de leur patient ?
- Comment les patients peuvent-ils bâtir leur confiance ?
- Comment, enfin, doivent-ils se comporter à l'égard de médecins qui leur ont causé du tort ?

La réponse à ces questions était, à l'époque, laissée à la seule profession médicale ce qui le scandalisait. C'est pour l'essentiel toujours le cas aujourd'hui.

Les patients confient aux médecins un pouvoir considérable. Ils attendent de lui loyauté et indépendance. Rappelons que de très nombreux patients sont très malades, jeunes, effrayés, peu éduqués. Ces conditions et bien d'autres, les rendent particulièrement vulnérables et dans l'incapacité de contrôler d'éventuels abus.

Rappelons, que depuis Bernard Shaw nous avons appris que les alternatives au paiement à l'acte, salariat et capitation, ne sont pas toujours non plus sans inconvénients. Mais l'essentiel des problèmes posés au début du siècle demeure et Marc Rodwin les aborde en développant la notion de "conflit d'intérêt".

Soulignons, tout de suite, qu'un conflit d'intérêt n'est pas un comportement malhonnête. L'un peut conduire à l'autre, heureusement rarement. Le conflit d'intérêts est un danger potentiel qui s'exprime quand des engagements ou des enjeux financiers influencent le jugement ou la loyauté du médecin à l'égard de son patient.

Cette situation concerne la relation médecin/malade, mais aussi la relation entre un médecin et plusieurs malades et, enfin, la relation médecin/malade-tiers, notamment l'assurance maladie et les assureurs complémentaires. Il peut donc y avoir conflit d'intérêts même quand le patient, en tant que tel, n'est pas lésé mais que son assurance ou un autre tiers l'est.

Analyser les pratiques

Pour limiter les conflits d'intérêts, Marc Rodwin distingue :

- **la prévention** : empêcher (par la loi ou le règlement) les acteurs de se trouver dans des situations où il pourrait y avoir conflit d'intérêt ;
- **la régulation** : contrôler la conduite des professionnels de santé et limiter leur pouvoir discrétionnaire ;
- **la sanction** : condamner les professionnels de santé pour toute violation de confiance et indemniser les patients lésés.

Pour Marc Rodwin, la première situation, par son importance, dans laquelle il y a un conflit d'intérêts, est l'auto-prescription. Un clinicien peut augmenter son revenu en faisant revenir son patient plus souvent qu'il est nécessaire, un radiologue peut étendre le champ de ses prescriptions, un biologiste choisir un test onéreux alors qu'il existe une alternative bon marché comme dans le cas des tests de grossesse.

Si toutes les situations américaines ne s'appliquent pas à la France, notamment l'achat d'une clientèle médicale par un hôpital, beaucoup d'autres pourraient, en France, nous concerner :

- le fait d'être payé, honoré ou gratifié pour avoir adressé un malade à un autre professionnel de santé ou à un établissement de soins ;
- tout honoraire perçu par un médecin dans une clinique, un laboratoire, un centre d'analyses où il a des actions (Marc Rodwin considère que c'est aussi un cas d'auto-prescription) ;
- tout revenu perçu par un médecin dans la vente directe (interdite en France) de médicaments ou produits médicaux, ou la prescription de médicaments, de prothèses fournies par des entreprises dans lesquelles il a un intérêt financier ;
- tout salaire, indemnité ou autre paiement faits par une clinique ou un hôpital pour s'attacher le service d'un médecin ;
- tout cadeau donné aux médecins par les industriels ;

- toute situation où un médecin a un intérêt à limiter les dépenses : c'est le cas des médecins dans les *Health Maintenance Organization* (HMO) américains, peut-être demain en France dans les réseaux de soins ; mais aussi aujourd'hui pour notre pays, la situation où, ayant un budget de service, le chef de service serait amené à limiter les soins pour des raisons financières. Nous nous rappelons ici le cas du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Tours qui, il y a quelques années, interdit une sixième transplantation cardiaque car cinq avaient été budgétées et réalisées !...

Avant de revenir aux questions financières, rappelons qu'il y a des conflits d'intérêts qui ne sont pas d'ordre financier et qui nécessiteraient d'autres développements. Le psychiatre doit être loyal à l'égard de son patient, mais on attend aussi qu'il interne les malades dangereux pour protéger la société !

L'American Medical Association (AMA) et l'association des psychiatres américains considèrent qu'il est éthiquement souhaitable que le médecin d'un malade porteur du VIH informe le ou les partenaire(s) sexuel(s) connu(s) de ce patient du risque qu'il(s) encourt(ent).

Le médecin du travail peut aussi subir des pressions de l'entreprise. Le médecin du sport, qui est à la fois le médecin d'un joueur et de l'équipe, peut être tiraillé entre l'un et l'autre, etc. Il n'y a donc pas uniquement des conflits d'intérêts financiers, même si dans les deux derniers cas il est aussi indirectement question d'argent.

Pour revenir au thème central : l'intérêt financier, Marc Rodwin souligne, à son tour, que l'impact sur le comportement est d'autant plus grand que la décision clinique d'intervenir est floue. Un orthopédiste français qui a travaillé dans le secteur public et le secteur privé, illustre cette analyse : en cas d'arthrose de la hanche tolérée par le malade, à l'hôpital, il conseillait d'attendre, dans le privé, il suggérait d'opérer car si ce n'était pas lui, ça serait probablement l'un de ses confrères. Pour revenir en Amérique du Nord, si le taux de réduction des fractures de la hanche est le même, à âge égal, d'un état de l'Union à l'autre, le taux des interventions sur le genou pour des ruptures de ligament varie de 1 à 3 !

La décision d'intervenir pour reprendre le ligament d'un genou, est cliniquement moins claire que la nécessité de réduire une fracture. Une situation dans laquelle il peut y avoir conflit d'intérêts, donnera donc lieu à plus d'abus dans le premier cas que dans le second. Il a été démontré, à plusieurs reprises aux Etats-Unis, que, quand les médecins sont aussi actionnaires d'une clinique, leurs malades coûtent plus chers : un certain nombre d'États (23 sur 50) ont alors décidé d'intervenir. Dans certains cas, ces interdictions sont étendues et très contraignantes ; dans d'autres, l'État impose aux médecins de ne pas posséder plus de 5 % ou 10 % des actions.

Dans pratiquement tous les cas, le patient doit être informé ; parfois cette information doit obligatoirement être écrite.

Ce qui s'applique aux établissements hospitaliers s'applique également aux laboratoires d'analyses biologiques. Il est amusant de constater qu'en France, la réglementation dans ce domaine est inverse : le pourcentage d'actions que des non-biologistes peuvent posséder est limité par la loi au titre de l'indépendance clinique. Aux États-Unis, elle est parfois limitée car il y a conflit d'intérêts!...

Marc Rodwin montre que, du fait des procédures judiciaires engagées dans ces États par les médecins, ces lois sont cependant peu mises en œuvre et leur efficacité est incertaine. Quant à la dichotomie, elle n'est interdite que dans 37 États et, là encore, le contrôle de ces interdictions, plus ou moins strict, n'a qu'un effet limité.

Le médecin, acteur économique

Il n'y a pas de solution idéale mais des situations qui, chacune, représente des conflits d'intérêts possibles mais de natures différentes :

- le médecin est payé par le malade,
- le médecin travaille pour plusieurs malades (malade du secteur public et du secteur privé à l'hôpital, par exemple),
- le médecin a la responsabilité du budget d'un service hospitalier et décide des priorités : quel malade faut-il traiter d'abord ?
- le médecin a des consignes pour limiter les dépenses,
- le médecin est lui-même intéressé financièrement à la limitation des dépenses,
- le médecin reçoit un forfait global par patient et est son propre arbitre dans la délivrance des soins.

Marc Rodwin suggère que, pour lui, la situation la moins conflictuelle est celle où le médecin doit pouvoir recevoir des orientations budgétaires, mais sans incitation financière personnelle. Les mécanismes financiers seuls ne suffisent pas à éliminer tout conflit d'intérêts et la liste des situations possibles montre que l'on peut basculer de l'incitation à la restriction. C'est pourquoi il propose de favoriser le contrôle par les pairs, d'une part, et les mécanismes d'assurance qualité, d'autre part. Mais, là encore, ces remèdes ne sont pas la panacée : longs, coûteux et difficiles, leur efficacité est incertaine.

Marc Rodwin, juriste, pense surtout que la législation en médecine doit s'inspirer des règles qui s'appliquent à la profession d'avocat, très stricte dans ce domaine. La loyauté ne peut pas être partagée : quand on a défendu un client contre un adversaire, on ne peut pas, même dix ans après, être l'avocat de celui qui fut autrefois cet

adversaire, sans demander d'autorisation, et celle-ci peut-être refusée, même avec l'accord des parties.

Les médecins, les avocats, les conseillers financiers représentent leurs clients. C'est la loi qui, depuis 1908, définit les conduites inacceptables chez les avocats. En outre, l'avocat de la partie adverse a intérêt à souligner les conflits d'intérêts. Il en est de même des fonctionnaires pour qui les délits d'initiés sont interdits. C'est d'ailleurs au nom des lois financières qu'un psychiatre américain, ayant appris sur le divan l'annonce d'une transaction et, s'étant servi à titre personnel de cette information pour acheter des actions, a été condamné.

Avocats, conseillers financiers, fonctionnaires, ces professions sont, aux États-Unis, très régulées. Ce n'est pas le cas de la profession médicale, par exemple. On voit de plus en plus de médecins fournir des informations médicales, certes anonymes, à des entreprises qui les revendent à l'industrie pharmaceutique. De telles pratiques, quand elles sont rémunérées, devraient être, selon Rodwin, interdites.

Les solutions présentées par Marc Rodwin sont trop spécifiquement américaines pour être reprises ici, sauf à rappeler qu'il faut simultanément agir sur la prévention par l'interdiction de certaines pratiques, le contrôle et, enfin, la poursuite d'actions jugées délictueuses. À l'exception des RMO, le contrôle des pratiques médicales n'est pas effectué en France. À ma connaissance, il n'existe aucune étude comparant le comportement de médecins ou de chirurgiens selon qu'ils s'ont actionnaires de cliniques ou non. Coûtent-ils très sensiblement plus cher à l'assurance maladie ? Il serait intéressant d'obtenir une réponse à cette question. Un récent arrêt du Conseil d'État, précise que l'état de propriétaire ou de président-directeur général d'un établissement privé n'est pas incompatible avec l'activité médicale de ce dernier au sein de ce même établissement (article 26 du Code de déontologie médicale).

Enfin, le problème des poursuites des comportements non-éthiques, pose la question des juridictions compétentes : celle du Conseil national de l'Ordre des médecins ou de la Sécurité sociale ? Marc Rodwin imagine aux États-Unis la création d'une commission fédérale chargée de ce type de régulation ; elle s'inspirerait du fonctionnement de la commission des opérations de bourse. À la lecture de sa réflexion, on s'aperçoit que la réglementation nord-américaine est à la fois moins stricte dans certains domaines (compéragé autorisé dans certains États américains, interdit en France) et plus stricte dans d'autres (auto-prescription contrôlée, détention d'actions dans des cliniques privées ou des laboratoires d'analyses réglementées aux États-Unis).

Comme tout acteur économique le médecin est influencé par la manière dont il est rémunéré. Il importe donc d'être conscient des mécanismes financiers qui orientent

les comportements médicaux pour réduire les abus potentiels, le médecin étant conseiller de son malade et celui-ci souvent en situation d'absolue dépendance. Il ne faut jamais demander aux hommes un excès de vertu !

Bien que Marc Rodwin souligne qu'il n'y a pas de panacée qui ferait disparaître tout conflit d'intérêts, il montre la nécessité d'agir simultanément sur la prévention, ici d'ordre législatif, le contrôle d'ordre médical (gestion du risque) et la sanction.

Enfin il élargit le champ des débats sur l'éthique en rappelant l'importance de l'argent.

Décision collective et critères de choix

Yvon Merlière

Je retiendrai deux grandes idées développées dans le cadre des débats de l'Espace éthique. D'une part, une demande sociale de plus en plus importante pour une meilleure qualité du soin, d'autre part, une exigence citoyenne plus affirmée d'une justification de l'utilisation des moyens financés par les prélèvements sociaux.

Je me rends compte, cependant, que l'on nous présente des projets toujours plus nombreux, toujours plus coûteux. Cette situation crée un dilemme qui impose des critères de choix. La difficulté est de définir clairement ces critères de choix. La décision collective devra s'appuyer sur des objectifs définis dans le cadre d'un débat collectif.

Effectivement, nous parlons de production de soins, et qui dit production dit mesure. Nous aurions envie de ne financer que ce qui est acceptable. Que signifie le terme "acceptable"? On ne peut choisir que si on peut évaluer le résultat. La difficulté ou le risque, réside dans le fait que l'on doit tout mesurer avec des indicateurs dont la validité est relative. Par exemple, sommes-nous certains de la validité des indicateurs montrant que telle région est sous-dotée par rapport à telle autre ?

Aujourd'hui, toute une politique de redéploiement est mise en œuvre sur la base d'indicateurs quantitatifs et nous éprouvons quelques difficultés à apprécier si ces indicateurs prennent bien en compte l'ensemble des éléments nécessaires à une telle décision. Cette difficulté de vouloir adopter des indicateurs de mesures pour essayer d'évaluer pose un réel problème. Lorsque nous n'avons pas à notre disposition tous les critères mesurables de qualité suffisants, c'est le débat collectif qui peut et doit prendre le relais pour décider des modalités.

Nous ne pouvons associer production de soins et financement, si nous ne disposons pas d'indicateurs de mesure fiables. Il restera toujours la nécessité d'évaluer

le résultat des politiques engagées. Le développement des moyens entre les régions et entre les hôpitaux, la réduction de l'évolution des dépenses de santé, auront-ils contribué à améliorer l'état de santé de la population à moindre coût ?

Les contraintes du système

Louis Omnès

J'aimerais exprimer ma position par rapport aux premiers points exposés par Michel Baur, qui concernent la neutralité ou la non-neutralité du système de financement collectif sur les comportements, et comment dans une société évoluée, comme la nôtre, avec un système de financement collectif on peut garantir l'équité dans la prise en charge.

Selon moi, cette équité n'est pas garantie et je place sur le banc des accusés le système du paiement à l'acte, qui, par principe, est non-éthique. Le même acte pratiqué dans un petit hôpital, dans un CHU ou dans une clinique n'aura pas le même contenu, compte tenu des systèmes de financement qui s'appliquent à ces différents établissements. Dès lors, la même personne âgée ayant la même fracture du col du fémur et ayant la même couverture socialisée de l'assurance maladie, n'aura pas de prothèse mais une ostéosynthèse à l'hôpital local, une prothèse de catégorie standard dans le grand hôpital et une prothèse avec tête en titane et faite sur mesure après simulation informatique dans une clinique privée faisant de la "prothèse sur mesure" un argument marketing, rendu possible par le système du paiement à l'acte. La cohabitation d'un financement de production de soins, soit payant à l'acte, soit par enveloppe globale, est par essence difficilement acceptable.

Par ailleurs, j'ai eu l'occasion de suivre le travail d'un consultant renommé, dans une grande structure de production de soins, qui a défini la stratégie de sauvetage de cette entreprise. Cette stratégie s'est fondée sur les points ISA (Indice synthétique d'activité) qui, d'un certain point de vue, constituent une sorte de succédané au prix de la journée d'hospitalisation. Or, ayant connu ce système du prix de la journée, je n'ai jamais trouvé très éthique de conserver des malades en hospitalisation pour "faire des journées". Nous avons évolué, mais le système des points ISA conserve la même philosophie. On produit des soins, donc des points ISA, et en fonction d'une stratégie tarifaire de recettes par rapport à des dépenses, une stratégie d'entreprise est définie. L'entreprise dont je parle a fait la balance de ses activités, c'est-à-dire de ce qu'elles coûtent et de ce qu'elles peuvent rapporter en points ISA. Ce bilan a conduit le conseil de l'entreprise à abandonner des champs d'activité non rentables. Ces activités ont un rapport direct avec la santé publique, par définition non rentable.

En revanche, dire que le paiement à l'acte pose problème par rapport à l'équité de traitement, n'est pas faire le panégyrique du système de l'enveloppe globale, qui a lui même ses propres défauts et ses faiblesses dans son mode de construction. Alors, peut-être que la régulation introduite par les conventionnements actuellement en cours de discussion, conduisant à avoir des objectifs quantifiés nationaux, régionaux par spécialité, constitue un frein au paiement à l'acte, mais cela le moralisera un peu.

Est-il éthique de considérer qu'un contrat n'a pas été respecté, sur un plan collectif, et d'apporter des sanctions individuelles alors que dans sa pratique professionnelle le médecin aura peut-être été parfaitement et éthiquement correct dans sa manière de prescrire ?

Normes et régulations

Tout ce qui nous régule dans le système de financement repose sur une forte médiatisation, une politisation et un jeu d'acteurs qui rassemble des représentants nationaux et des acteurs décentralisés. Le problème réside dans la légitimité des représentants nationaux.

Prenons l'exemple des radiologues. Il y a quelques années, des accords nationaux ont été passés, sur la base d'une bonne compréhension de la maîtrise des dépenses de santé, d'une nécessité de compétition européenne et d'un constat : le parc des équipements des radiologues était plutôt obsolète. L'accord conduit à revaloriser les actes en ajoutant un 26 pour aller dans le sens d'une imagerie médicale digitalisée.

Dans la réalité de l'exécution de l'accord, rien n'a été remplacé, seules des plaques à phosphore ont été ajoutées à d'anciennes machines. La France est ainsi devenue le pays le plus consommateur de plaques à phosphore du monde, avant même le Japon qui en est le producteur ! Notre pays a, dans le même temps, conservé son retard dans la mise à niveau des équipements radiologiques sur le plan européen.

Coexistent donc des accords nationaux, reposant sur l'intelligence collective partagée, un contrôle incertain de l'exécution de ces accords et l'impossibilité de réguler le comportement des acteurs. Or, le système de financement est porteur d'une non-neutralité du comportement des radiologues qui gèrent comme ils l'entendent leur entreprise de production d'images.

La valeur de la vie et la prise en charge des personnes, quelle que soit leur situation de solvabilité, sont considérées en France comme nos grands principes. En revanche, nous sommes désormais dans la troisième ligne dite de l'acte de confort.

Or, dans ce cadre, je considère que l'hôpital européen Georges-Pompidou fonctionnera à plusieurs vitesses : prestation standard pour tout le monde, et "menu au choix" réservé à ceux qui pourront payer pour les prestations annexes aux prestations de soins. C'est encore plus flagrant pour les malades de la même classe solvable : la qualité de prestations entre le jour, la nuit et le week-end diffère. Peut-on faire mieux ou tout au moins stabiliser la dérive existante ?

Enfin, le dogme de la prévention induit un effet de mode qui provoque une absence d'évaluation. Nous sommes dans une société mimétique où les politiques sont en cheville avec les financiers et avec tous les lobbies. Comme l'évaluation manque, l'individu n'exerce pas un regard critique sur la norme collective. Par exemple, la prévention du cancer s'intéresse aux gènes, à l'immunologie, à l'angiogénèse, mais personne ne s'est intéressé à construire de vraies bases de données sur la classification des nouveaux cancers et sur les facteurs individuels, y compris psychologiques, qui peuvent déterminer, autant que fumer ou boire, l'apparition d'une tumeur.

La radicalisation de normes collectives médiatisées ne reposant pas sur des évaluations scientifiques, est par essence non éthique. De même, certains experts ont avancé l'idée qu'il fallait pratiquer la chirurgie de jour et tout réaliser dans la journée. Est-ce que réellement, si vous passez une nuit après une petite opération rapide, le coût marginal de la nuit s'ajoutant à la journée constitue véritablement le facteur qui contribue au déficit de la Sécurité sociale ? Progressivement, par amplification mimétique de tous les acteurs, des dogmes apparaissent, contribuant à cette norme collective qui s'impose à tout le monde. Un dogme sera, par exemple, l'organisation à tout prix de la chirurgie de jour.

Si nous prenons l'hospitalisation à domicile, c'est la même chose. Actuellement, en raison des enjeux financiers et parce que l'argent est partout, certaines grandes entreprises ont compris qu'il ne suffisait plus de vendre un produit mais plutôt un service, par exemple les fluides médicaux que l'on donne à un malade hospitalisé à domicile. Tous les grands groupes, vont essayer de réaliser une marge bénéficiaire en considérant que stratégiquement le soutien à domicile est essentiel, et donc en influençant les décideurs politiques pour qu'ils interviennent dans ce sens.

Didier Sicard

La médecine est passée d'une relation humaine à une relation technologique. Cette relation est délétère, en même temps qu'elle fait progresser. Il est évident qu'aux urgences de l'AP-HP, paradoxalement, le passage obligatoire par l'imagerie a parfois retardé la prise en charge d'une urgence abdominale. Autrement dit, l'obsession du transfert biologique et technologique comme valeur ajoutée à l'acte médical, est en

train de rendre moins performante une certaine médecine. Car, au fond il existe une forme d'idéologie d'un progrès médical technologique extrêmement coûteux et l'on ne s'interroge pas assez sur le rationnement comme amélioration.

Ce travail de discernement et d'attention consacrée à une enveloppe économique close qui n'augmente pas de façon permanente et infinie, devra être mené. C'est pour cette raison qu'il ne faut pas uniquement évaluer, mais alléger, revenir inlassablement à des procédures rigoureuses sans laxisme économique.

Jean de Kervasdoué

Je suis absolument d'accord. Mais je pose la question suivante : tout cela relève de la faute de qui ?

Un des points centraux de ces débats, est celui de la formation en médecine. Dans notre pays, nous nous sommes fondés sur le modèle biologique. Le professeur Robert Debré s'est rendu compte, quinze années après sa réforme, de tous ses effets néfastes et du fait que le système de formation en médecine était scandaleux à plus d'un titre. D'abord, parce qu'il s'agit d'une formation par la sélection : la première année s'avère inutile et vexatoire pour la plupart des étudiants ; il en va de même s'agissant des généralistes qui sont des spécialistes n'ayant pas pu passer le concours de l'internat. En fait, la docimologie l'emporte sur la formation. Les professeurs qui enseignent la médecine aux généralistes, ne vont plus chez le malade, ne savent pas ce dont leurs jeunes confrères disposent et ont comme équipement à portée de la main, etc.

De l'équité à la responsabilité

Robert Zittoun

Je trouve que ce débat est révolutionnaire, d'autant plus qu'il émane de ceux qui, en principe, sont au pouvoir puisqu'ils sont responsables des modalités de production de soins et d'allocations des ressources. J'ai donc du mal à déchiffrer ce que tout cela dissimule ou révèle. Des charges caractérisées sont lancées contre le corps médical et, en tant que médecin hospitalier, je comprends ce qui est dit et que je considère en partie vrai. Mais, les interventions sont tellement révolutionnaires que j'ai l'impression d'être projeté en 1917, c'est-à-dire à l'aube d'un système complètement socialisé ! Or, nous savons que la production de soins intégralement socialisée a été un échec dans les pays soviétiques.

En fait, il a fallu des systèmes d'intérêts multiples et même de conflits d'intérêts jouant les uns par rapport aux autres, pour générer notre système, tout de même

bien supérieur au système de médecine intégralement socialisé. Différents types de systèmes socialisés existent dans le monde occidental et je ne suis pas sûr que nous soyons tout à fait à même de comparer le système français hospitalier ou de ville à celui de l'Angleterre !

Nous sentons bien qu'en France il reste difficile de parler objectivement d'argent, car les lobbies en présence interdisent tout discours objectif, ceux-ci étant immédiatement obnubilés par des discours politisés et médiatiques. J'imagine avec terreur ce que pourrait être un système américanisé où, en prévision de chaque acte médical plus ou moins coûteux, des médecins seraient obligés de négocier ligne par ligne avec l'assurance comme payeur.

La notion de valeur comporte celle de valeur monétaire ; évidemment ce qui est pressenti derrière celle-ci, c'est un effort de tout rationaliser au maximum. Mais il existe une autre valeur non-rationnelle, non-monétaire ni mesurable. Cette valeur d'échange non-économique, les acteurs de santé la vivent au quotidien, et je regrette profondément que les instances politiques et administratives ne s'intéressent pas à cet aspect.

À mon avis, vous ne parlez pas assez avec les malades.

Quentin Debray

Sur le plan psychiatrique, je dirai que cette spécialité est atteinte d'une maladie appelée épidémiologie ! Nous sommes en train de comptabiliser tous les troubles mentaux et nous arrivons à des chiffres tout à fait extravagants. Nous trouvons par exemple que seuls 10 % des gens sont déprimés, 27 % ont été au moins déprimés une fois dans leur vie, 15 % sont anxieux en permanence, etc.

Face à cette inflation, l'éradication de toutes ces pathologies s'avère impossible. La conséquence, pour les psychiatres s'occupant habituellement de patients en situation grave, c'est qu'une frange de la population est amenée à consulter les médecins généralistes qui, tant bien que mal, prescrivent des antidépresseurs de façon excessive à des gens pas vraiment malades. Pour sortir de cette impasse, il ne faut plus raisonner en termes de maladie mais de souffrance et d'objectifs que le patient se propose de réaliser ou d'obtenir. À partir du moment où nous nous fixons un objectif, une thérapeutique et une évaluation du résultat sont mises en place.

Il faut évaluer la souffrance et mener une politique large d'éducation publique de plus en plus précise, pour que la personne puisse établir son diagnostic, trouver une forme d'auto-thérapeutique à travers des livres, des conseils, etc.

Il s'agit donc de réduire la notion de maladie et d'augmenter celle de dysfonctionnement. Je ne parle pas des schizophrènes ou des maniaco-dépressifs graves ; je mets en valeur un certain nombre de dysfonctionnements récupérés par l'épidémiologie et les lobbies du médicament.

Jean de Kervasdoué

Malheureusement, il n'existe pas de bons systèmes de paiement des médecins et des hôpitaux. Dans la liste brève que j'ai présentée du paiement à l'acte à la responsabilité budgétaire des chefs de service, existent des inconvénients. Il importe, lorsque c'est possible, de les faire coexister. Aujourd'hui, le corps médical et peut-être aussi la société française, n'acceptent pas de parler d'argent en matière de santé. Or, il est indispensable d'en parler. Ne pas parler des risques et des coûts de la prise en charge peut avoir des conséquences dramatiques. Le débat doit porter sur la question de savoir jusqu'où il faut rendre des comptes, donc du bon niveau de contrôle et des conséquences du système de rémunération, garants de plus de liberté.

Après trente années de planification hospitalière, nous nous rendons compte de son peu d'effet. Deux exemples récents sont à retenir : la fusion des budgets des hôpitaux psychiatriques et des secteurs rattachés à cette spécialité, et l'objectif quantifié national des cliniques privées qui ont engendré, en 1997, une diminution des dépenses, notamment en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA) où une baisse de 11 % a été enregistrée.

En matière d'éthique médicale, les questions d'équité ne peuvent être examinées seules et doivent être contrebalancées par l'examen des mécanismes de responsabilité des acteurs du système. Or, l'un des handicaps de notre système actuel, réside dans un discours centré, sauf pour certaines catégories de la population, sur l'équité et pas assez sur la responsabilité.

Michel Bilis

Quelles que soient les discussions relatives aux irrationalités de notre système ou de nos systèmes de santé et de soins, il me semble qu'en France nous vivons beaucoup mieux qu'en 1948, même si notre système est perfectible ! Il est sans doute vain de vouloir faire régresser les dépenses de santé qui ne peuvent qu'augmenter et, même si nous devons faire des choix, il faut maîtriser plutôt que subir. Les choix doivent être collectifs. Pourtant, nous constatons que ce sont surtout les professionnels de la santé qui réfléchissent aux problèmes de la santé. Cela me paraît dangereux, car ainsi la part belle est faite aux lobbies et sont écartés les problèmes de fond tels que l'alcoolisme, la vitesse sur les routes, etc. La parole des

médecins et donc du monde de la santé, reste sacrée et le public demeure ignorant même s'il questionne davantage.

L'idée de l'intelligence médicale résidant dans l'abstention d'intervenir tend à disparaître.

Déterminer démocratiquement des priorités

Jean Wils

Le 28 novembre 1998, dans le cadre d'États généraux, 1500 malades ont été réunis sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer pour parler de leur prise en charge. Ils reconnaissaient être bien soignés, quant à l'aspect quantitatif et technique du soin, mais ont mis en exergue l'absence d'information médicale, une dimension relationnelle du soin très contestable et des réseaux plutôt inexistantes à la sortie de l'hôpital.

Ces critiques portant davantage sur la dimension relationnelle que sur l'économie du soin, bien que l'aspect relationnel ait aussi un coût, nous interrogent sur les valeurs des malades et sur leur perception des problèmes. Même si aujourd'hui, on doit s'inquiéter d'inégalités graves dans le système de santé, notamment dans l'accès aux soins, ces réflexions nous invitent à nous recentrer sur certains aspects de la qualité en rapport avec d'autres valeurs : celles du prendre soin, celles d'une relation médecin/malade moins hiérarchique et paternaliste, plus adulte et responsable.

Ceci peut contribuer à modifier profondément un système de santé, à condition de mettre réellement en place les conditions d'évaluation et d'expression des usagers du système de santé, de tenir compte d'autres points de vue, notamment de celui du malade, d'autres valeurs telles que la responsabilité. Il convient d'initier un projet nouveau, au sens politique du terme, qui repose sur d'autres valeurs que les seuls enjeux économiques. On perçoit les conflits de valeurs et d'intérêts possibles entre des logiques différentes et difficiles à concilier, entre des choix nécessaires. Mais au nom de quels critères pratiquera-t-on ces choix ? Ces critères seront-ils formulés par des économistes, des politiques, des professionnels de la santé, par les malades, ou seront-ils discutés et négociés ?

Comment ces critères pourront-ils prendre en compte à la fois les exigences des malades et ceux plus généraux d'une collectivité ?

Enfin, quand on se trouve auprès du malade, il faut décider, choisir et trancher : dès lors, les enjeux collectifs peuvent-ils être encore pris en compte ?

Jean de Kervasdoué

Nous accédons à un monde économique nouveau et la France est dans une situation particulière. La période de 1945 à 1995 est très spécifique dans l'histoire de l'économie, notamment en raison de l'inflation. Nous sommes nombreux à penser que nous entrons dans une période sans inflation, ce qui ne sera pas sans conséquences. Toutes les générations ayant vécu en France depuis 1945 ont moins payé l'assurance maladie qu'elles n'en ont bénéficié, car elles ont cotisé entre 25 et 55 ans. Comme les dépenses évoluent plus vite que la richesse nationale, elles en ont plus bénéficié dans la seconde partie de leur vie qu'elles n'ont cotisé dans la première. Pour les seules dépenses de santé, l'arrêt de l'inflation médicale conduira néanmoins à un surcoût estimé à 100 milliards de francs en 2010. Si on y ajoute le surcoût des retraites de la génération du baby-boom, on parvient à l'estimation d'un excédent de 400 milliards. Avec l'Euro et le recours à internet, qui permet de connaître partout dans le monde le prix d'un service ou d'un bien, nous allons connaître une pression déflationniste. Au terme des dix prochaines années, l'enjeu consistera à savoir si l'on aura suffisamment réfléchi à ces questions pour accepter une discipline collective de rigueur.

La France compte cinq millions d'immigrés s'identifiant, en général, à la religion musulmane. En situation économique difficile, ayant du mal à financer la solidarité, quelle sera la réaction des Français? Je ne suis pas certain de pouvoir parier uniquement sur le meilleur, car nous sommes en train de changer de monde. Parallèlement, l'AP-HP est une institution qui a vécu dans la certitude de sa puissance et de la qualité de ses professionnels. Elle s'est isolée de l'ensemble de la communauté nationale du monde hospitalier : comment tire-t-elle, pour elle-même, les conséquences de ces évolutions?

Yvon Merlière

Concernant les critères et la discussion collective, on peut se demander si le débat n'est réservé qu'aux seuls experts. Personne n'est capable d'endosser les critères de choix. La meilleure façon de faire, consiste à solliciter la discussion sans la restreindre aux seuls experts. Il ne faut pas omettre, de toute façon, qu'*in fine* la décision revient au médecin, car dans ce domaine les politiques ne peuvent pas tout décider. Nous formulons les grandes orientations - il s'agit de notre responsabilité - et il appartient aux compétences reconnues d'arrêter les choix.

Michel Baur

Il était nécessaire de rappeler la prédominance de l'argent dans le domaine de la santé, tant il est vrai que ce sujet est bien souvent tabou. Dans le fond, la question

est de savoir si les biens de santé font partie du secteur marchand ou non. Pour ma part, j'estime que certaines valeurs fondamentales ne peuvent pas être livrées aux lois du marché. L'un des problèmes qu'il nous faut traiter est certainement celui de l'absence de démocratie au sein du système de la santé, avec le poids excessif des techniciens de santé en matière de choix.

Jean de Kervasdoué

Il serait désolant d'associer le domaine de la santé au secteur uniquement marchand ; c'est pour cette raison qu'il est important d'en parler.

Robert Zittoun

Il ne s'agit pas que de l'appartenance du domaine de santé au secteur marchand, mais aussi de son appartenance à celui de la production. Cette technologie de soins dont on dénonce les effets pervers, fait partie de la production et elle représente une importante valeur ajoutée. Il serait donc très dangereux de la freiner, même si ses conséquences économiques sont difficiles à contrôler.

Emmanuel Hirsch

Paradoxe qui suscite pour le moins l'interrogation dans un pays économiquement développé, c'est bien souvent en terme de pénurie que se conçoit désormais notre perception des questions relative à l'économie de la santé. Nos décisions seraient ainsi soumises à l'arbitraire de contraintes essentiellement financières, estimées insurmontables, avec pour conséquence immédiate la mise en péril d'un édifice fragile : ce système élaboré depuis cinquante ans et qui prend aujourd'hui figure de mythe. Acculées de toutes parts à prendre la mesure d'une telle situation, les différentes compétences en cause s'efforcent de préserver coûte que coûte ce qui peut encore l'être. À les entendre, pourtant, tout laisse penser que le chaos ne nous sera pas épargné ! Notre époque vivrait, là encore, la fin d'une illusion ou d'une espérance.

À reprendre le cours de l'histoire avec moins de passion, plus de retenue et de pondération, force est de constater qu'à bien des égards beaucoup d'entre nous en étaient déjà revenus des représentations idéalisées et séductrices qui confortaient le sentiment d'une harmonieuse et démocratique répartition des moyens. En terme de justice sociale, peut-on soutenir, sans nuance, que l'accès à des soins de qualité constituait une donnée tangible pour l'ensemble de notre population ? Affirmerait-on sans y mettre bien des réserves, qu'équité, transparence et qualité des traitements représentaient un droit véritablement respecté, au bénéfice de tous ? N'y-a-t-il pas de surcroît matière à porter la critique, là où convenances et

pressions catégorielles entretenaient les plus grandes incertitudes quant à la validité médico-scientifique de certaines pratiques sophistiquées d'un coût prohibitif forcément sélectif? Il n'est pas sans objet d'aller au fond d'un certain nombre de débats imparfaitement éclairés et dont émane le goût insatisfaisant d'une débauche de moyens livrés aux tentatives de prouesses souvent vaines.

Évitons donc de nous soumettre trop rapidement à cette mentalité de la pénurie, du manque, de cette détresse entretenue dans un contexte pour le moins encore dispendieux, qui devrait plutôt nous inciter à plus de discernement et de sagesse dans des choix qui s'imposent comme autant d'obligations plus morales que conjoncturelles. Il n'est pas dans la fonction médicale ou soignante de se substituer aux déficits du débat et de la volonté politique, en médicalisant sans discernement des situations humaines consécutives à des négligences ou à des mépris dont les causes justifieraient une analyse rigoureuse. Sa mission, sa crédibilité, sa légitimité sociale ne se situent pas là, je veux dire pour combler utilitairement ce manque ou cette demande de sens qui affecte le lien social. On ne sera jamais en mesure de répondre médicalement ou institutionnellement à une pénurie identifiée comme crise des valeurs!

Dès lors, peut être comprise la responsabilité spécifique qui échoit aux différents intervenants engagés dans la sphère du soin : un acte ou exercice de responsabilité humaine consacré à la personne qui nous sollicite à travers une demande toujours personnelle et infiniment complexe. La richesse de notre disponibilité et de notre capacité de soutenir une relation, d'assumer une réponse n'a que faire de ces pénuries apparentes et souvent idéologiques trop révélatrices d'indifférence, de technicité routinière, mais aussi d'une volonté de maintenir des acquis peu soucieuse de l'intérêt général et donc d'une distribution égalitaire des ressources disponibles par nature limitées.

Il appartient de considérer médecins et soignants comme porteurs d'une parole sociale d'une importance considérable, puisque capable de reconstituer de l'humanité là où elle fait à ce point défaut. Telle est la signification de ces réponses concrètes, dignes et courageuses que reprend progressivement une institution hospitalière animée d'un regain de passion humaine. Nous voilà témoins de conquêtes qui constituent autant de faits de résistance et de créativité au service de la personne et de la société. Une inventivité éthique qui impose désormais ses règles et plante ses valeurs au plus profond des réalités estimées moralement injustes ou intolérables. Des réponses pratiques, d'une signification incommensurable, qui restaurent et transforment les modalités de la décision, de la hiérarchisation des choix, qu'il s'agisse de la prise en compte des précarités, des douleurs et du parcours dans la maladie aux différentes phases de son évolution.

Nous voilà, chacun à sa place, témoins et acteurs d'un mouvement moral que l'on pourrait concevoir dans l'affirmation d'un principe intangible : le devoir de non-abandon. Notre souci de l'autre ne peut dès lors jamais se satisfaire d'une phraséologie incertaine et équivoque qui nous contraindrait à des pratiques minimalistes ou compassionnelles, totalement soumises aux slogans de l'abstention ou du dédain. Il n'est de pénurie que dans notre incapacité de formuler en des termes clairs et résolus notre dessein de consacrer à la personne malade le meilleur de nos capacités, y compris en engageant l'institution hospitalière à cette réflexion indispensable qui nous permettra ensemble d'assumer des choix humains et donc justes.

Au-delà des contraintes s'ouvre donc pour chacun d'entre nous cet espace de liberté humaine qui engage notre sens des responsabilités.