

Dr Petr FIALA (CZ)

28/08/2014

Traduction française : Thierry COLLAUD

<p align="center">Petit guide pour l'économie et l'organisation des soins de santé (Soins de santé comme système)</p>

1. Introduction
2. Les systèmes et les modèles
3. Les coûts et l'économie du système
4. Le système en soi ; L'homme comme système. Les soins de santé comme système
5. Conclusion

Chers collègues, chers amis,

Dans la conférence d'aujourd'hui je ne m'étendrai pas sur le développement historique des systèmes sociaux et de santé. J'aimerais plutôt vous apporter des éléments sur la **situation actuelle** dans différents pays. Les systèmes peuvent nous plaire ou non, nous pouvons les accepter plus ou moins – nous en reparlerons plus tard –, mais pour nous tous il est nécessaire de les connaître pour mieux pouvoir comprendre la position des patients et des médecins. Également à l'intérieur de la médecine de la personne nous avons besoin d'arriver à une meilleure compréhension.

En fin de compte nous sommes tous des citoyens européens, que ce soit officiellement dans un pays de l'UE ou dans un autre pays. Il est donc souhaitable de mieux connaître les conditions qui prévalent dans les pays particuliers.

Soit dit en passant, je n'aime pas tellement le terme de « **conférence** ». Chaque fois que je donne quelque part une « **conférence** » (la plupart du temps à mon université à Prague), j'aime mieux raconter, expliquer, commenter les images les mots-clés, les titres, les commentaires, ouvrir un débat, susciter l'intérêt et poser des questions.

Comme cependant nous sommes ici habitués à suivre notre texte mot à mot pour que vous puissiez le conserver et y revenir plus tard, je suivrai aujourd'hui cette règle non écrite et je m'en tiendrai à nos habitudes. D'ailleurs un adage latin dit : « **Litera scripta manet** » (: ce qui est écrit reste). J'ai cependant préparé une série de diapos pour nos amis anglophones, ce qui va à la fois leur permettre de suivre ce qui est dit et d'y réfléchir en même temps.

1. Introduction

Bien que je l'eusse bien aimé, je ne suis pas tout à fait certain que les racines de nos systèmes de santé et de nos systèmes sociaux actuels sont à rattacher à l'histoire chrétienne. Bien sûr, il s'agit des disciples de Jésus qui, en suivant leur maître, se sont posé la question : « **Qui est vraiment mon prochain ?** » (Lc 10 29-37) et qui, plus tard, ce sont occupés de leur « prochain » dans le sens du bon samaritain. Oui, ils se sont même occupés (jusqu'à aujourd'hui) des malades étrangers, des lépreux, des pauvres, des orphelins et des veuves, mais à part leur bienveillance ils n'ont pas créé de systèmes généraux (voir Albert Schweitzer, mère Teresa, etc.).

Notre célèbre président écrivain Vaclav Havel avait, dans une de ses pièces, fait dire à un de ses héros pas très à jeun, dans une brasserie : « **Ce sont en effet des paradoxes** » et nous, Tchèques, répétons dans ces circonstances volontiers ces paroles ailées.

Lorsque nous voulons parler des systèmes de santé modernes, il nous faut revenir environ 130 ans en arrière jusque dans les années 1881 à 1889. Dans ces temps bénis de la révolution industrielle et des progrès mondiaux dans différents domaines, mais dans ces temps aussi de guerre sur tous les continents, vivait en Prusse le « **chancelier de fer** » **Otto von Bismarck** (1815-1998). Le surnom « chancelier de fer » n'était pas usurpé. Il n'était pas un philanthrope, mais un chef militaire, le grand unificateur de l'Allemagne – non pas avec la colombe de la paix ou une couronne de laurier, mais avec l'épée et le canon, avec "le fer et le sang". Et ce guerrier est venu avec une idée d'assurance en cas de maladie, de vieillesse et d'accident (système de sécurité sociale): « Ce sont des paradoxes ... »

Nous pouvons nous interroger sur ses motivations (et beaucoup l'ont déjà fait avant nous) ou simplement spéculer ; nous ne sommes cependant pas loin de la vérité si nous supposons qu'une des raisons principales était la nécessité d'un soutien. Dans les temps troublés des guerres, le chef avisé et le politicien avaient besoin de renforcer ses arrières. Par exemple, pour la guerre avec le Danemark (1864), avec l'Autriche (pour la mener dans la "Confédération allemande" en 1866, la bataille de Königgrätz) ou contre la France (bataille de Sedan en 1870). C'est à peu près comme cela - mais je simplifie bien sûr- qu'est né un système qui non seulement a survécu jusqu'à aujourd'hui dans de nombreux pays civilisés, mais aussi représente une manière excellente et fiable d'assurer des soins aux malades, aux personnes fragiles et à ceux qui sont dans le besoin.

2. Les systèmes et les modèles.

Essayons maintenant de survoler les systèmes actuels, leurs valeurs de base et leur leitmotiv. On peut différencier trois à cinq systèmes et leurs différentes déclinaisons ;

- a) Les assurances-maladie
- b) Le Service National de Santé ("NHS")
- c) Les modèles de type Semaschko
- d) Les systèmes de santé axés sur le marché
- e) Des variantes de ces modèles

A) **Les assurances-maladie** se sont principalement développées en Europe centrale et du Sud (naturellement grâce au « chancelier de fer »). Dans l'ancienne Europe des 15, 7 pays auxquels il faut encore rajouter la Suisse avaient de tels systèmes. Ces systèmes sont un peu plus chers que, par exemple, le NHS en Angleterre, parce que les coûts de fonctionnement interne des caisses avalent 3-5 % de leurs recettes. Au sommet, on trouve naturellement « comme toujours » les nombreuses et riches caisses maladie suisses qui en 2006 avalaient 13.7 % des primes. En face de ça, la caisse unique tchèque n'utilise que 3 % et nous parlons tous de son comportement frauduleux. La République tchèque est donc retournée à son système d'avant-guerre. La plupart des nouveaux membres de l'Union européenne ont fait de même. Certains d'entre nous seront

surpris de savoir qu'aussi en Asie, particulièrement en Extrême-Orient (Corée du Sud, Taiwan, etc., mais aussi en Chine) ces systèmes trouvent un bon accueil.

- B) **Le Service National de Santé ("NHS")** : nous trouvons son origine en Grande-Bretagne dans l'entre-deux-guerres. Son fondateur est le fameux économiste anglais **William Beveridge** (1879 – 1963), un des fondateurs de l'État social britannique („welfare state“). Il se disait redevable, pour ces réformes, à plusieurs penseurs libéraux contemporains.

Dans le domaine de la santé, il a travaillé entre autres aussi avec le modèle tchécoslovaque de l'entre-deux-guerres. En 1942, par son rapport „Social Insurance and Allied Services“, il a ouvert la porte, au milieu de la guerre, à la réforme britannique. Celui-ci est mieux connu sous le nom de **Rapport Beveridge**. Ceci a permis à la réforme du système social anglais de commencer en 1948. Peu après, les Scandinaves s'y sont adjoints ainsi que le fidèle allié au sud des Pyrénées, le Portugal. En tout huit pays de l'Europe des 15.

L'organisation et les coûts sont pris en charge par l'État qui attribue des ressources fiscales au domaine de la santé („National Trust“). Le système fonctionne de manière relativement satisfaisante et les Anglais en sont fiers. Les coûts internes sont bien réglables et sont un peu inférieurs au système d'assurance. Ce qui cependant pose problème, ce sont les fameuses listes d'attente et le tourisme médical sur le continent.

- C) **Nikolai Alexejevitch Semaschko** (1874-1949) était un proche collaborateur de Lénine et un **commissaire du peuple pour la santé** en Union soviétique. Comme médecin - et dans ses jeunes années avant la révolution d'octobre comme social-démocrate russe convaincu - il avait aussi été confronté à l'hygiène sociale de la Russie arriérée. Dans ce pays délaissé, il pourrait un peu améliorer la situation sanitaire de la population.

Cependant, ce qui représentait un progrès pour la Russie était, après la Deuxième Guerre mondiale, un fléau et un déclin pour les autres pays plus développés du bloc de l'Est. L'Union soviétique leur a pour ainsi dire « prescrit » de force ce système comme un médicament inapproprié.

Le modèle Semaschko est souvent considéré comme un des extrêmes du système Beveridge, c'est-à-dire le strict contrôle gouvernemental, une planification et un contrôle centralisés (principalement politique plutôt que professionnel), aucune liberté des patients et des médecins, une hiérarchie rigide et comme seul moyen la part d'impôts libérés par l'État (en règle générale seulement les excédents et les miettes après les investissements dans l'industrie lourde et l'armement). Un « modèle du manque » typique qui a échoué sur toute la ligne. Les pays concernés n'ont pu s'en débarrasser qu'après la chute du mur ; les conséquences amères s'en font sentir jusqu'à aujourd'hui.

- D) **Le système de santé orientée vers le marché** – Ici il nous faut traverser l'Atlantique et regarder vers les **États-Unis** où ce modèle prévaut (est-ce que c'est vraiment un système ? – Voir ci-dessous). La santé et les services sociaux représentent dans l'économie de marché – comme toutes les autres affaires - uniquement des « commodités » des affaires ordinaires.

Les États-Unis sont un pays de pionniers où, dès la jeunesse, on est stimulé à l'indépendance, où on célèbre l'individualisme et la philosophie comportementale (une pensée orientée sur le comportement humain). Il y a bien une possibilité d'assurance, mais elle semble inaccessible pour de nombreuses couches de la population parce que trop cher. De cette manière presque 80 millions de personnes sur 300 millions d'habitants restent sans assurance. Et la plupart des assurés sont très souvent assurés de manière insuffisante, tous les domaines n'étant pas couverts.

Dans le système de santé sont engagés de nombreux groupes financiers et des compagnies d'assurances commerciales puissantes. Il couvre toute la chaîne et les soins médicaux sont orientés presque exclusivement dans leurs propres hôpitaux et médecins, les soi-disant. "**Managed Care**". Les gains sont fabuleux.

Pour nous européens « avec une sensibilité sociale » il est difficile à comprendre pourquoi la réforme Obama s'est heurtée à une si incroyable résistance. Je n'ai pas d'explication plus raisonnable que de nombreux groupes ont peur que l'âge d'or des gains confortables arrive à sa fin ...

Comme là-bas, les coûts de la santé atteignent déjà 17 % du produit intérieur brut (UE 10 %) et peut-être bientôt 20 %, ce modèle se révèle être le plus cher du monde.

Le Canada a abandonné son puissant voisin et s'est rapproché de l'Europe avec sa réforme. Les états d'Amérique latine cependant tiennent les USA pour leur modèle et aimeraient bien les copier. Ils n'ont malheureusement pas autant de moyens à disposition que les USA. C'est pourquoi ils sont restés très en retard et leur système de santé fait plutôt penser aux pays en voie de développement.

Ils n'ont probablement pas eu la chance d'avoir une formation classique sinon il saurait que « **Quod licet Jovi, non licet bovi** » (: Ce qui est permis à Jupiter n'est pas permis aux bœufs).

- E) Variante de ces modèles : dans chaque pays nous pouvons naturellement observer la plus grande variété de variantes, de spécialités, de systèmes de transition, de particularités spécifiques. Ils se rapprochent plus ou moins d'un ou de plusieurs des systèmes décrits ci-dessus.

3. Les coûts et l'économie du système.

La question qui se pose : que coûtent de tels systèmes ? Est-ce qu'ils sont économiques, peu dépensiers et en même temps efficaces ? Est-ce qu'ils sont comparables ? Les économistes utilisent pour cela différents nombres, indexes, indices. Ceux-ci leur sont aussi importants que pour un médecin la température, la pression artérielle, la biochimie ou l'hématologie. Avec cela ils déterminent si le système (= notre patient) est sain ou malade.

En général, on considère comme important de savoir combien on dépense pour le système de santé dans tel et tel pays. On mesure cela de plusieurs manières où les données les plus importantes – comme déjà évoqué en parlant des USA – concernent les dépenses en pourcentage du produit intérieur brut.

À une grande distance, nous voyons au sommet les États-Unis avec leur système orienté sur le marché. Leurs dépenses consomment aujourd'hui (en 2011) **17.7 % du produit intérieur brut** !

Les Européens de l'Ouest, plus sobres et avec une fibre sociale, ont des chiffres nettement inférieurs : Hollande – 11.9 %, France – 11.6 %, Allemagne – 11.3 %, Suisse – 11 %, Autriche – 10.8 %, Grande-Bretagne – 9.4 %. Les résultats des « nouveaux pays » sont encore plus modestes : République tchèque – 7.5 %, Slovaquie – 7.9 %, Hongrie – 7.9 %, Pologne – 6.9 %. Ce que l'on appelle « **le groupe de Visegrad** » (V4) se trouve dans un milieu entre les pays européens les plus riches et les plus pauvres. Les pays des Balkans peuvent à peine se permettre 5 % et plus à l'Est c'est encore pire.

Dans nos médias on entend relativement souvent parler des pays de Visegrad. Il faut expliquer que cette initiative n'a rien de nouveau, au contraire, elle est déjà une vieille dame, née en 1335. A l'époque, trois rois se sont rencontrés à environ 30 km au nord de la ville hongroise de Buda (aujourd'hui Budapest) dans une place forte dominant le Danube nommée « Visegrad ». Il s'agit d'un mot slave qui veut dire forteresse. D'autre part, Prague aussi a sa forteresse (en tchèque : Vyšehrad) sur la falaise dominant la Moldau. C'est ici que l'histoire de Prague a commencé.

Maintenant, les trois rois – le tchèque Jean de Luxembourg, le polonais Casimir III le Grand et le hongrois Charles Robert – se sont ligués contre l'appétit d'Habsbourg, originaire au départ d'Aarau (comme le « confédéré » Guillaume Tell ...). Donc une alliance négative contre quelqu'un.

Beaucoup plus tard, en 1991 après la chute du bloc de l'Est soviétique les présidents nouvellement élus des démocraties restaurées ont pu de manière très symbolique se réunir au même endroit. Il y avait le tchécoslovaque Vaclav Havel, le hongrois József Antal et le polonais Lech Walesa. Cette fois, c'était de part en part une alliance positive. Le slogan était « ensemble dans l'Europe ».

Et encore quelques chiffres :

En valeur absolue les différences que l'on peut observer entre les états sont encore plus marquées. Afin de pouvoir comparer les différents niveaux de prix nationaux, nous utilisons l'index PPP

(Purchase Power Parity = parité du pouvoir d'achat). Celui-ci met en évidence, dans le système de santé, la somme utilisée dans un pays durant une année pour une personne (habituellement en dollars).

Pendant que les USA ont un index PPP au-delà de \$ 7000, les pays d'Europe de l'Ouest sont à 4-5000 \$ et ceux du V4 à 1500-2500 \$. On doit tenir compte que les entrées dans le système ("inputs"), c'est-à-dire l'énergie, les médicaments, les appareils, etc., sont achetées au prix du marché mondial, tandis que les médecins ne gagnent qu'une partie du salaire de l'Ouest. (Un **déséquilibre** frappant dans le système : un reçoit ce qu'il demande ; l'autre seulement ce qui reste !). Ainsi le salaire mensuel d'un médecin tchèque oscille entre 1000 et 2000 € par mois et une infirmière 800 à 1200 €. Dans les autres pays du V4 c'est encore moins (pour ne pas parler des Balkans).

La qualité du système est mesurée avec des indicateurs comme la morbidité, la mortalité, l'espérance de vie moyenne, etc... Il y a déjà de nombreuses années, j'ai vu dans une brochure officielle une comparaison de l'état de santé des habitants de la ville américaine de Pittsburgh et de celle de Manchester en Angleterre. Les chiffres étaient alors très nettement en faveur des Britanniques.

Cela signifie en d'autres mots que le service national de santé britannique (et d'autres systèmes européens semblables) serait plus efficace et plus économique que le système américain. Avec moins d'argent, plus de santé. Il est même plus systématique. C'est là que je veux en venir maintenant.

4. Le système en soi(*). L'homme comme système. Le monde de la santé comme système.

J'aimerais maintenant, au début de ce chapitre, vous rendre attentifs au fait que nous devons aller un petit peu dans des réflexions théoriques. Un petit peu plus que d'habitude et je m'en excuse. Qu'est-ce que fondamentalement un système ? Il est très probable que chacun d'entre nous comprend et se représente quelque chose de différent sous ce mot.

La théorie des systèmes n'est pas très vieille. Ces postulats ont été formulés par le mathématicien américain **Norbert Wiener** (1894 – 1964), en 1948. Il s'est d'abord intéressé à la philosophie, plus tard aux mathématiques et aux théories managériales. Il a étudié les **processus organisationnels chez les organismes vivants et chez l'homme**, ce qu'il a plus tard transposé à d'autres systèmes (particulièrement des systèmes non vivants : les machines, les sociétés, etc.). En 1948, il a publié son ouvrage fondamental, «La cybernétique : Information et régulation dans le vivant et la machine». Il définissait un système comme une quantité d'éléments rassemblés et ordonnés hiérarchiquement avec des **liaisons** internes et externes. Le tout est ainsi plus que le nombre total (la somme) des éléments.

Par exemple, l'homme. On pourrait dire : « L'homme correspond à 3-4 kg de sels minéraux, un peu de carbone et d'eau par là-dessus ». En tout cas quand il sort du crématoire après sa mort. Et cependant nous sentons bien que cela ne joue pas ; l'homme est plus... (« Qu'est-ce que l'homme que tu penses à lui ? », se demandait, il y a 3000 ans, le roi David dans le psaume 8, 5).

Un système qui fonctionne correctement est caractérisé par un flux ininterrompu et un échange d'informations aussi bien à l'intérieur du système qu'entre les divers systèmes. (Ou bien des connexions système – environnement). Un tel comportement minimise la quantité d'entropie (l'indéterminé, le chaos) dans le système qui se comporte alors **d'une manière énergétique la plus économique**. En d'autres mots, un tel comportement économise de l'énergie dans le système, l'argent, etc. et lui donne de meilleures chances de survivre ou alors de se développer durablement. Cela représente aujourd'hui une thèse globale très importante pour notre planète.

L'échange d'informations ininterrompues conduit finalement le système à un état d'équilibre semblable à celui qui est décrit dans la deuxième loi de la thermodynamique (voir aussi la constante de Boltzmann). Nous observons quelque chose d'identique chez l'homme quand nous disons : « **Cette personne (patient) est en bonne santé** ». Bien sûr nous n'avons pas besoin de connaître la deuxième loi de la thermodynamique, le vieux physicien Boltzmann ou le système en soi, etc. pour pouvoir être des médecins bons et efficaces ...

Tous les systèmes sont soit ouverts, soit fermés, en fonction de leur interaction avec leur milieu. L'homme est sûrement un système ouvert. Le système de santé est aussi un système ouvert. Il n'est pas isolé, « il ne vit pas sur une île déserte », il est et il forme une partie de la société, de l'économie nationale, etc. – dans chaque pays de notre monde – et il interagit avec les autres éléments.

Par quoi est caractérisé un système ?

Le système en soi est caractérisé par **une structure et une fonction** solides. Elles déterminent le comportement du système. Elles nous disent les buts du système, pourquoi il est approprié et qu'est-ce que nous pouvons en attendre.

Chaque système a également besoin d'énergie ou de carburant, ce qui dans un organisme correspond à l'oxygène (processus oxydatifs) et dans le système de santé une chose toute simple et banale comme l'argent. D'une manière très générale, est-ce que ce sont les « informations en soi », est-ce que cela a une valeur énergétique (matérielle) ou non ?

Aujourd'hui, à l'âge de l'informatique, nous savons (ou plutôt nous croyons savoir ?) ce que signifient par exemple un hardware et un software. Au niveau de l'homme, nous pouvons parler de l'anatomie, de la physiologie ou de la pathophysiologie. Dans le cas de la santé, nous travaillons par analogie avec des notions comme les institutions (hardware, anatomie) les règles, les lois, les directives (software, physiologie). Si quelque chose ne va pas dans les soins de santé, quelque chose tombe en panne, ou même se casse, cela veut dire que la pathologie et la physiopathologie prédominent. Cela vaut aussi bien pour l'homme (cf. Norbert Wiener) que pour n'importe quel système, par exemple, pour rester dans notre thème, le système de santé.

La **rétroaction** est un processus de régulation fondamentale dans n'importe quel système. Il est **positif** ou **négatif** tout en **visant toujours à l'optimisation du système donné**. Cela signifie qu'elle est orientée par les sollicitations énergétiques ou plutôt d'épargne (en termes de calories ou d'argent, etc.). En d'autres termes, elle diminue la pathologie et conduit à un comportement économique (en termes d'énergie) du système (par exemple, l'homme) en diminuant l'entropie (c'est-à-dire le chaos, l'incertitude).

Dans une tumeur cancéreuse (qui est lié entre autres à des manquements dans l'immunité), les processus non économiques (= pathologiques) peuvent conduire à l'échec et finalement à la mort de la personne (une désorganisation endogène pathologique dans un système). Cela se produit si elle n'est pas traitée correctement; en d'autres termes - si l'organisme humain "n'est pas dirigé sur la bonne voie".

Un système de santé est un système compliqué et complexe avec de nombreux sous-systèmes – les hôpitaux, les patients, les médecins, l'industrie pharmaceutique, d'autres fournisseurs, etc., etc. Presque aussi compliqué que l'être humain. Chaque sous-système a ses propres intérêts, ses priorités. Est-ce qu'ils peuvent se mettre en accord et être régulés ?

Comme pour l'homme, également dans le cas de la santé tout est lié à des processus **d'auto-régulation et de rétroaction** : entrée, sortie, réponses, contrôle (biofeedback). Tout cela doit conduire au fonctionnement énergétique (ou financier) optimal du système. Est-ce que c'est vraiment le cas ? Que se passe-t-il si nous appliquons cette thèse à nos systèmes de santé – par exemple au système de santé orientée vers le marché des USA ?

Dans tous les systèmes, nous trouvons l'analogie que Norbert Widmer a trouvée avec l'être humain.

1. **Les mêmes principes directeurs** – l'univers, la terre, la nature, l'organisme, la ville, l'état, un machine intelligente (un robot), l'usine, l'ordinateur, etc.
2. **Un ordre fortement hiérarchisé** et des rétroactions « intelligentes » (biofeedback) - Une unité de commande centrale, plusieurs unités exécutives, comme le système nerveux central (SNC) chez les humains, les voies afférentes et efférentes, les organes, etc.
3. **Un degré suffisant d'autonomie** – tout ne peut pas être dirigé depuis le centre. L'homme a un système nerveux autonome pour l'autorégulation et le contrôle de nos fonctions vitales.
4. **La subsidiarité** – une coopération de la périphérie avec les fonctions centrales. Tout doit être dirigé depuis le niveau le plus bas possible. Cela économise de l'énergie. Cela implique, entre autres, un milieu relativement libéral, mais avec des règles claires et précises qu'il faut tenir ainsi qu'un « terrain de jeu » bien déterminé (= anatomie + physiologie de l'organisme, unité dans la diversité).

Revenons à notre système de santé. Il y a différentes opinions sur ce que doivent être les soins de santé :

1. les soins de santé sont principalement un service public (res publica).
 2. Le système de santé est une activité économique comme une autre.
 3. La santé est un bien public (patrimoine).
 4. la santé est un bien privé (une affaire privée de l'individu).
 5. L'État ne doit pas s'impliquer dans les soins de santé.
 6. L'État doit diriger et réguler les soins de santé.
 7. Le point de vue des patients.
 8. Le point de vue des médecins.
 9. Le point de vue des caisses maladie (privées ou publiques) – ou bien des payeurs pour rester plus général.
 10. Le point de vue du marché en général, etc.
- Lesquelles de ces opinions et de beaucoup d'autres encore remplissent le mieux les critères d'un système optimal ?
 - Est-ce que tel ou tel système de santé forme un système fermé avec des rétroactions, des régulations et des contrôles efficaces ?
 - La fonctionnalité et la coopération de ces composants sont-elles assurées ?
 - Est-ce qu'il y a des réponses correctes à la quantité de flux d'informations et agissent-elles sur l'entropie du système (économie d'énergie, économie d'argent) ?
 - Comme déjà évoqué, le système de santé est un système ouvert. Comment interagit-il avec d'autres systèmes de l'économie nationale (par exemple avec le système social, le système financier, etc.) ?
 - Comment réagit-il à ses modifications internes ?
 - Comment réagit-il aux modifications externes et aux influences (par exemple modifications démographiques, difficultés financières, etc.) ?
 - Dans quelle mesure les critères économiques peuvent-ils être acceptés ?
 - Dans quelle mesure les critères sociaux politiques ou autres doivent-ils être respectés ?

5. Conclusion

Norbert Wiener a remarqué que notre organisme ne vit que parce qu'il est et qu'il forme un système. Nous sommes un système presque parfait – nous avons un centre de commande et des organes exécutifs. Nous sommes dirigés à l'aide de rétroaction intelligente et notre organisme se dirige d'une certaine manière lui-même. Il a aussi un système autonome, sur lequel sont branchées nos principales fonctions vitales – de la respiration en passant par la fonction cardiaque jusqu'à l'excrétion.

Notre mort est également programmée. Nos cellules répliquent le code DNA aussi souvent qu'il est possible, mais seulement jusqu'à ce que les télomères soient atteints.

Je pense que Dieu, dans sa sagesse, a pris une bonne décision. Ou bien non ? Pourquoi l'homme cherche-t-il perpétuellement une vie plus longue et même l'immortalité ? Est-ce qu'il s'est infiltré quelque chose dans notre esprit qui lui est étranger ? Ou est-ce qu'il y a quelque chose de plus profond dans les mots : « Tu as fait l'homme à peine moindre qu'un dieu... » ? (Le vieux roi David comme psalmiste dans le psaume 8, 6). Est-ce qu'en nous il y a quelque chose comme une « étincelle divine » (Friedrich Schiller dans l'Ode à la joie) ?

Nos considérations touchent à leur fin. La recherche d'un système qui remplisse les critères mentionnés pour un comportement optimal, le « **système en soi** » – comparable à notre organisme humain – reste ouverte. Quel est-il ? Existe-t-il même quelque part ?

Et encore un petit ajout. **Que doit faire la médecine de la personne de tout cela ?** Qu'est-ce qu'elle peut ? Qu'est-ce qui est du domaine de nos propres forces et qu'est-ce qui ne l'est pas.

Les questions sont posées, je me réjouis du débat qui va suivre.
Je vous remercie pour votre attention.

() Sous « la chose en soi » Emmanuel Kant (1724 – 1804, Königsberg, Prusse orientale, aujourd'hui Kaliningrad, Russie) comprend une catégorie philosophique : la réalité qui est indépendante de nos expériences et qui tient en elle-même.*

Mais je ne comprends pas sous « mon » concept de « système en soi » une notion philosophique abstraite qui pourrait flotter n'importe où dans l'univers, mais une chose toujours très concrète qui a cependant une validité générale.

Littérature et références à disposition auprès de l'auteur.