

**L'assurance-maladie  
au risque de la mondialisation**

**© L'Harmattan, 2008**  
**5-7, rue de l'École polytechnique, 75005 Paris**

<http://www.librairieharmattan.com>  
[diffusion.harmattan@wanadoo.fr](mailto:diffusion.harmattan@wanadoo.fr)  
[harmattan1@wanadoo.fr](mailto:harmattan1@wanadoo.fr)

ISBN : 978-2-296-05361-8  
EAN : 9782296053618

**Ph. Rault-Doumax**

**L'assurance-maladie  
au risque de la mondialisation**

*La crise structurelle du système de santé*

L'Harmattan

## Pratique et Ethique médicales

Collection dirigée par Richard Moreau et Roger Teyssou

La collection *Les Acteurs de la Science*, prévue pour recevoir des études sur l'épopée scientifique moderne, se dédouble pour accueillir des ouvrages consacrés spécifiquement aux questions fondamentales que la santé pose actuellement. Cette nouvelle série cherche à faire le point objectivement et en dehors des modes sur des connaissances, des hypothèses et des enjeux souvent essentiels pour la vie de l'homme. Elle reprend certains titres publiés auparavant dans *Acteurs de la science*.

### Déjà parus

- Philippe PIRNAY, *L'aléa thérapeutique en chirurgie*, 2008.  
Angélique SENTILHES-MONKAM, *L'hospitalisation à domicile, une autre manière de soigner*, 2007.  
Vincent DELAHAYE et Lucie GUYOT-DELAHAYE, *Le désir médical*, 2007.  
Georges DUBOUCHER, *Adieu ma belle Médecine. Logique d'une métamorphose*, 2007.  
Aziz Charles MESBAH, *Mémoires d'un pédiatre*, 2007.  
Bruno GREFFE, *Mes gardes de nuit à l'hôpital*, 2006  
Georges TCHOBROUTSKY, *Les limites de la médecine*, 2006.  
Vanina MOLLO, Catherine SAUVAGNAC, *La décision médicale collective*, 2006.  
Jacques FRANCK, *La ballade du généraliste*, 2006.  
Henri LAMENDIN, *Petites histoires de l'art dentaire d'hier et d'aujourd'hui*, 2006.  
Arnault PFERSDORFF, *Ethique et pédiatrie*, 2006.  
Claude WAGNER, *L'ergothérapie*, 2005.  
Philippe RAULT-DOUMAX, *Etablissements de soins publics et privés. Y a-t-il un avenir au partenariat hôpital-clinique*, 2005.  
Céline PELLETIER, *Pratiques de soins parentales et négligence infantile. Des signes au sens*, 2004.  
Bahram MATINE, François RÉGNIER, *Des maux en parole. Conversations sur une pratique médicale multiculturelle*, 2004.  
Jacques LIRON, *Médecin malgré tout*, 2004.

## Épigraphe

« Je ne fais jamais de prédictions, en particulier sur  
l'avenir ».

Groucho Marx.



## Avant-propos

### *La société du spectacle.*

L'écume de l'actualité apporte de façon régulière l'amer constat de la misère, de la maladie, des crises sanitaires et du déficit qualifié « d'abyssal » de nos comptes sociaux. Dans leurs rapports annuels, les magistrats de la rue Cambon<sup>1</sup> – qui ne sont jamais avares de formules chocs – dénoncent sans nuance « la plus forte dégradation financière de l'histoire de la Sécurité sociale » (en 2004) ou encore un déficit « sans précédent ». L'actualité médiatique veut aussi maintenir l'intérêt du spectacle qu'elle apporte aux gens pour soutenir son audience. De cela, il résulte que la catastrophe, le malheur, le tragique, occupent une place essentielle dans l'information. Déjà Aristote affirmait que le spectacle doit avoir pour moteur la terreur et la pitié qu'il inspire aux gens. Dans le registre de l'humour, Umberto Eco (*À reculons, comme une écrevisse*, éd. Grasset 2006) n'hésite-t-il pas à qualifier notre société de « carnavalesque », tant l'aspect faussement ludique et convivial des choses et des événements paraît indispensable à notre perception, même dans le travail subordonné ? La matière ne manque pas aux journalistes pour un spectacle captivant leur audimat. Nous l'observons chaque jour dans l'information concernant les catastrophes ou les périls infectieux subintrants ; elle affiche à l'individu la perception d'un environnement mortifère. Terreur et pitié, désormais mondialisées par leur médiatisation, sont faciles à stimuler dans notre société pétrie d'angoisse et d'irrationalité. Le corps social a peur de perdre ce vers quoi elle aspire : le mieux-être. Or celui-ci peut être mis en cause par un service sanitaire défaillant ou mal coordonné et par

---

<sup>1</sup>Cour des comptes, organisme public indépendant de contrôle des dépenses de l'État et de la Sécurité sociale.

la baisse tendancielle de notre capacité à financer une politique de santé socialisée et généreuse.

Notre système de santé ne serait-il pas cet orchestre symphonique qui jouait sur le pont du Titanic sombrant dans l'océan arctique ? L'assurance-maladie n'est-elle pas ce Titanic à la proue noyée, aux ballastes gorgés d'eau par nos avantages sociaux et de santé dont les gouvernants successifs, en maximalisant les attentes, ouvrent des vannes intarissables pour satisfaire un peuple taciturne ?

Parallèlement, dans notre quotidien, nous subissons l'effraction de la mondialisation\* ou, mieux disant, de la globalisation des échanges. Elle bouscule nos avantages acquis et remet en cause notre qualité de vie et de santé. Elle déclenche inévitablement trois types de réactions : La résignation : « C'est l'époque qui le veut ainsi » ! L'indifférence qui est, en fait, une forme d'acquiescement. Ou bien le refus chez ceux qui se nomment désormais les alter mondialistes, sans que nous ne sachions clairement à quel autre système ils renvoient leur interlocuteur.

Les systèmes de santé et la globalisation des échanges sont progressivement devenus deux éléments mis sous tension qui se craignent et s'épient. Ceux-là voudraient garder leur tradition sociale de la providence d'État, paternaliste et distributive issue des grands combats sociaux qui ont marqués l'époque contemporaine ; et celle-ci impose insensiblement une remise en cause des prodigalités sanitaires dont notre assurance-maladie est si riche. La globalisation marchande – tout comme dans une certaine mesure, le projet européen – par la mise en concurrence des produits manufacturés pénalisent des pays, comme la France, aux coûts fixes de productions élevés.

L'histoire économique du siècle de la révolution industrielle nous apprend que l'agenda\* du « laisser-passer » des marchandises impliquait aussi celui du « laisser-faire » entrepreneurial. En effet, le libre-échangeisme des produits et services apporte l'avantage comparatif au producteur le plus efficace\* ; ce qui implique une politique industrielle forte et une politique sociale faible ou pour le moins maîtrisée. Si la mondialisation, tout comme à une moindre échelle notre Europe élargie, ne reconnaissent pas par principe de protectionnisme,

les systèmes de santé relèvent, dans leur organisation, du domaine des puissances publiques nationales<sup>2</sup>. Notons ici la distorsion fondamentale de la problématique où chacun veut bénéficier des avantages de l'économie marchande qui implique de ne pas refuser les principes de liberté, tout en demandant la redistribution des richesses produites aux laissés-pour-compte de l'économie libérale. Cruel dilemme, car cela revient, soit à appauvrir l'État ou soit à ponctionner les ressources de l'économie exposée... Laquelle risquera de choisir des cieux plus propices pour s'y développer. Nous voyons ici poindre les limites de l'intervention publique dans ses programmes sociaux.

Par un effet de prisme, la globalisation contemporaine apportera-t-elle dans ses bagages la nécessité de limiter les coûts fixes de production par une remise en cause de notre système socialisé des soins ?

Le caractère public du bien de la santé qui connût ses beaux jours dans les décades 1970 et 80, fait peu à peu place à une privatisation implicite de ce bien. Celle-ci se manifeste sous la forme de partenariats public-privé ou d'externalisations de services, toutes configurations appelées de leurs vœux par le décideur public. Dans l'opinion en général, la santé est de plus en plus considérée comme un bien marchand, un produit comme un autre qui est soumis aux aléas de l'offre et de la demande. Un bien qui s'achète peut alors être contesté pour une non-qualité supposée ou apparente du soin. Cela justifie un dédommagement quand le produit n'est pas à la hauteur des espérances attendues par un consommateur en santé.

Sans doute avant de s'engager davantage dans cette analyse, faut-il rappeler le grand récit de la protection sociale et le replacer dans le mouvement de « planétarisation humaine », selon la formule originale de Teilhard de Chardin, qui était déjà de la mondialisation avant l'heure. En effet, la protection sociale de l'individu n'est pas un fait sociétal qui débute seulement après le second conflit mondial. A cette époque, elle avait déjà le fruit d'une longue maturation. La mondialisation, tout comme la protection et l'aide de l'individu en état de

---

<sup>2</sup>L'article 152 du traité de Rome stipule que les métiers de la santé doivent rester de la compétence des États membres de la Communauté européenne.

faiblesse, est un mouvement qui a accompagné toute l'histoire de l'humanité. Cette protection individuelle, passe progressivement de celle accordée par la providence divine pour aboutir, plus pragmatiquement, à l'intervention publique d'un pays solvable.

Ce liminaire posé, il faut distinguer la particularité de création et de fonctionnement du système français issue de l'après-guerre et les principaux systèmes de soins des pays étrangers.

Le déséquilibre abyssal de la santé déjà souligné en incipit ne se situerait-il pas plutôt entre la misère sanitaire des pays historiquement défavorisés que l'on qualifie par euphémisme « en développement » et le gâchis de biens et de services de santé qui caractérise nos sociétés occidentales ?

Un fait social est en apparence paradoxal : plus un pays se développe économiquement, plus il devient intolérable à ses individus de devoir directement payer pour leur santé quand le besoin se manifeste. Ainsi les pays les plus pauvres de la planète n'assurent-ils pas la couverture sanitaire de leurs individus qui doivent payer les soins sur leur propre dépense. S'ils n'y parviennent pas, c'est une malchance qui s'inscrit dans la relativité générale de la vie humaine.

À l'opposer, nos sociétés développées à haut pouvoir d'achat ont acquis des systèmes de soins socialisés les plus complets. Ils peuvent être de type assurantiel ou relever du social étatismes européen. Tous répondent à une évolution duale de nos sociétés caractérisées par deux tendances :

- ✓ L'aversion au risque financier de la santé, qui incite le corps social à développer les transferts des frais des soins à un organisme tiers d'assurance ou à l'État ; ceux-ci garantissant une couverture aussi complète que possible des besoins en santé.
- ✓ L'augmentation exponentielle des coûts en santé où tout est déjà dit dans les médias sur les raisons du phénomène, notamment le vieillissement des populations des pays riches et leur appétence pour les soins, notamment ceux les plus coûteux.

Ce processus est souvent qualifié « d'inéluctable ». Cette qualification ne balaye-t-elle pas d'un revers de manche toute

pensée créative concernant l'esprit de rupture dans le système de soins ?

Le modèle français est original, bien qu'assez proche, par filiations, du système allemand nommé bismarckien. Il affiche un libéralisme politiquement correct régulièrement rappelé par le législateur. Parallèlement, il est lié à un système socialisé de ses coûts par les régimes d'assurance-maladie de base obligatoire et complémentaire facultatif.

Mais pourrait-on encore longtemps s'en tenir au grand principe français qui se résume en la formule : « Je me soigne comme je le veux, où je le veux, mais c'est la société qui paye mes excès » ? Car les ressources octroyées au système sont ponctionnées dans les ressources disponibles. Nous consacrons de dix à onze pour cent de notre Produit Intérieur Brut (PIB, la somme des biens et services finaux sur une année) et cinq pour cent du produit de l'impôt à nos dépenses de santé. Quelles que soient les mesures prises par les plans de redressements successifs, elles n'empêchent pas l'augmentation régulière des dépenses pour la santé qui se calent entre quatre et cinq pour cent par an. Il en résulte un déficit cumulé pour l'assurance maladie de près de 14 milliards d'euros en 2004 et qui est évalué à 33 milliards d'euros pour 2010.

Cette masse financière considérable est principalement soustraite à l'économie domestique. Ce fait nous pose deux questions de fond :

- ✓ Est-elle justifiée d'un point de vue de la santé publique, autrement dit les sommes considérables affectées à la santé des individus sont-elles réellement profitables à leur qualité de vie ?
- ✓ Est-elle réellement nuisible à notre compétitivité industrielle ou apporte-t-elle une valeur additionnelle à notre pays ? Dans ce sens, les dépenses de la santé créent-elles une économie domestique en matière industrielle et en matière d'emplois ?

Quelle que soient les réponses à ces questions, l'ouvrage contribuera aux débats, la question de fond est encore celle de limiter l'emballement du système de soins. De nombreux plans qualifiés « de sauvetage », plus ou moins audacieux selon

l'intensité de la crise du financement ont été appliqués aux Français depuis les vingt dernières années.

*Last but not least*<sup>3</sup>, contenu dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie, enrichit plus le débat d'idées que les caisses de trésoreries car des ressources supplémentaires sont dédiées aux activités des soignants. Il en résulte un sentiment global de résignation face aux différentes rustines appliquées au système. Nous anticipons toute nouvelle mesure pour continuer à en tirer des avantages conséquents. De très haute tradition dans la gestion de notre système de soins, les plans de sauvetages font inévitablement appel à la limitation des remboursements – qui est éventuellement compensée par les couvertures santé complémentaires – et à l'augmentation des prélèvements obligatoires. Ceux-ci quittent progressivement le cadre forcément limité des cotisations salariales pour investir le champ de l'impôt à travers les contributions sociales diverses mises en place depuis plus de dix ans par les gouvernements successifs. Si bien que le système de santé continue de courir après les dépenses, ainsi qu'après leurs financements et ses contradictions.

L'ensemble devient de plus en plus ingérable car tributaire de la variable des cycles économiques ascendant ou descendant – même si les économistes ne sont pas unanimes sur la portée et les limites du cycle Kondratieff.

Les pouvoirs politiques de droite ou de gauche s'enferment dans une alternative caractérisée :

- ✓ dans les périodes économiquement fastes qui sont derrière nous, les politiques sont attentifs au « marquage » serré de la société dont ils se font les partenaires en maximalisant les attentes à travers une machine redistributive de productions de santé dont la cohérence n'est pas la première qualité ;
- ✓ dans les périodes de cycle réel baissier de l'économie, ce système devient sous tension et rapidement intolérable principalement pour l'économie exposée ; celui-la paupérise l'État qui court après ses déficits et doit finalement diminuer les ressources dévolues à

---

<sup>3</sup> « Le dernier nommé, mais non le moindre ».

d'autres secteurs. Le médico-social et la recherche-développement font généralement les frais des arbitrages budgétaires.

C'est aussi lors de ces périodes de contraction économique que les gens sont demandeurs de plus d'État social. En effet, dans les périodes dites de *stagflation*<sup>4</sup> c'est vers ceux qui les gouvernent que les gens se tournent pour être aidés. Dans ces périodes critiques, le coût financier des avantages accordés devient intolérable et pousse le politique à des mesures impopulaires, alors que l'on espère beaucoup de l'État. C'est le cas actuellement de l'Allemagne fédérale qui se voit contrainte à un agenda de restriction des avantages sociaux et de la santé alors que certaines régions sinistrées, celles de l'Est du pays, attendraient davantage de l'État fédéral. Nos voisins d'Outre-Rhin semblent comprendre la démarche politique proposée. Les réformes impopulaires sont perçues comme une nécessité dès lors qu'elles sont équitablement réparties.

Un de nos anciens dirigeants, pourtant socialiste bon teint, avait osé s'exclamer un jour naïvement : « L'État ne peut pas tout faire ! ». Cette banalité apparente du propos fut reçue dans la consternation générale et l'effroi de l'opinion publique. Car pour tous, l'État paternaliste occidental doit tout faire ! S'il n'y parvient pas, il sera jugé sur son incompétence.

Et, sans vergogne, le pouvoir politique engage sa démarche par les trois actes de la tragédie publique et démocratique, à savoir : l'effet d'annonce ; suivi de l'analyse de la réactivité de l'opinion publique ; laquelle permet ensuite l'adéquation du discours politique. Et gare à l'homme public qui ne mènerait pas son action à l'aune de cette triangulation ! Elle n'est, assure-t-on, qu'une technique marketing parmi d'autres !

Ainsi l'assurance-maladie est-elle prise en étau entre :

- ✓ d'une part, des recettes anémiées voire fléchissantes sous l'effet de la faible croissance et du chômage ;
- ✓ d'autre part, des obligations extérieures qui nous sont imposées, comme :

---

<sup>4</sup> Stagnation économique, diminution de compétitivité, chômage et inflation.

- nos obligations communautaires européennes à travers le pacte de stabilité qui nous demande de limiter les déficits publics à trois pour cent du PIB ;
- et la globalisation des échanges marchands dont nous tirons bénéfice dans nombre de secteurs mais qui fait jouer l'avantage comparatif dans le secteur de la production du tout-venant industriel.

Ce tableau paradoxal est en réalité un jeu permanent de forces centrifuges ou centripètes au centre duquel le système de soins risque d'être emporté vers un futur qui ne serait plus sa finalité première : soigner l'ensemble de la population selon des critères homogènes en ne laissant personne au bord du chemin. En quelque sorte, il serait dans l'œil du cyclone : flottant dans une zone apparemment calme entourée de tempêtes tournoyantes.

À cela s'ajoute l'extrême malaise des professionnels médicaux en proie au doute sur la durabilité d'un système auquel ils ne croient plus mais qui tout de même les nourrit confortablement. Avec raison, ils remettent en cause son efficacité en matière de santé publique ; ils sont conscients de tous les abus d'un système à bout de souffle qui se délite, tels les jeux de l'arène de la Rome finissante. Ils subissent aussi la déstabilisation des évidences et la transition sociologique d'une société qui considère de plus en plus les biens et services médicaux comme soumis à la logique de la marchandisation. Les médecins, plus particulièrement les libéraux, ne sont pas les plus à plaindre du système. Ceux-ci jouent sur leur statut libéral tout en exigeant du décideur public des revenus en croissance garantie. Les gouvernements, de droite ou de gauche, en appellent à leurs concours tant pour limiter les abus des assujettis, que pour leur poids électoral, non négligeable dans le pays. C'est pour cela qu'ils leur apportent des ressources sans cesse croissantes, même dans les périodes de déficit de trésorerie de l'assurance-maladie. Ainsi, en août 2006, une augmentation de la valeur fiduciaire de la consultation médicale fut-elle accordée en gage d'une diminution de prescription au dépend du malade. Ce qui revient à dire que le malade paye

deux fois son médecin : d'abord par sa cotisation d'assurance-maladie, ensuite par l'économie que le professionnel s'emploie à réaliser à son dépend.

Vue de cet angle, la problématique de notre système est donc structurelle et pas seulement comptable. Ramener celle-ci à un refinancement sans fin revient à esquiver les vraies questions qui risquent de fâcher. Le système est incapable de gérer l'inflation des dépenses qui sont les conséquences naturelles du progrès et d'une solvabilité en regard, apparemment sans fin, du payeur : la nation. Apporter davantage de ressources à une consommation médicale boulimique ne fait qu'enfler le système. Il en demandera toujours plus, grâce à une solvabilité, appréciée sans limite, de notre pays. Et si par inadvertance, il n'y a plus d'argent dans les caisses, c'est au pouvoir politique d'en trouver, notamment en taxant les producteurs et les bénéficiaires des richesses de notre pays !

Ce pacte social redistributif cher au cœur des Français – ils le qualifient de démocratique ou de citoyen voire d'équitable – est mis à mal par la globalisation d'une économie désormais mondialisée. Méduse aux nombreux voiles, la mondialisation nous apporte de la richesse en facilitant l'écoulement de nos produits mais elle nous en coûte beaucoup dans les domaines que nous ne maîtrisons pas comme principalement en matière de prix de l'énergie extractible ou de délocalisation industrielle. Les décisions économiques majeures échappent aux cercles des puissances publiques. Les délocalisations du tout-venant de l'industrie et des services sont des options prises à un échelon supranational, tandis que le pays en subit le traumatisme social et humain. Les exemples ne manquent pas, tel celui de la firme Sogerma services, filiale de la société EADS, sur son site de Mérignac (Gironde). C'est dans ce sens que s'interroge l'économiste Ulrich Beck, professeur à l'Université de Munich : « Le développement économique échappe au contrôle étatique, tandis que les conséquences sociales s'amoncellent dans les filets de l'État-social : chômage, migration, pauvreté... Que faire ? »

Que faire de plus quand le taux de redistribution sociale frôle les trente pourcent du produit intérieur brut, comme en

France en 2003 ? [Drees, 2004]. Sommes-nous dans un cercle peu vertueux dans lequel l'excès de redistribution hausse les coûts salariaux et fait fuir les bonnes volontés entrepreneuriales ? La désindustrialisation appelle à encore plus de coûts d'ajustements sociaux... Et le cercle infernal politique et social est engagé.

Le risque de la mondialisation est celui qui menace la cohésion sociale si la réponse de l'intervention publique n'est pas à la hauteur des espoirs attendus. Le risque est aussi d'un affaiblissement de la couverture maladie garantie par les puissances publiques. Une partie de notre système de soins risque d'être menacé avec pour aspect corollaire :

- ✓ le développement accéléré de la concurrence marchande dans la relation thérapeutique, le dialogue médecin-malade se trouvant doublé par une approche en terme de marché de la santé ;
- ✓ le développement de la privatisation dans le système de soins telle qu'en témoignent l'importance affirmée des régimes maladie complémentaires de droit privé ainsi que l'émergence, à l'hôpital, de la délégation de services à des opérateurs privés;

Or, un pays peut se trouver déstabilisé par la médiocrité de l'offre de soins et il ne peut trouver son équilibre sans un objectif d'équité entre ses individus. L'égalité devant l'accès aux soins est un paramètre incontournable de nos déterminants culturels.

La qualité des soins prodigués et la santé de la population d'un pays sont des éléments stratégiques de l'économie pour le futur. Les individus seront de plus en plus soucieux de leur état de santé. Celui-ci ne se résume pas à une absence de maladie, mais concerne le mieux être et le mieux vivre des gens. A la demande de la population, la qualité de réponse du système de santé ne devient-il pas un élément classant dans la crédibilité d'un pays ? A l'inverse, la médiocrité du système de santé ne risque-t-il pas de déstabiliser et de fragiliser une nation ?

Devant ces difficultés soulevées, peut-on envisager une autre voie, une troisième voie située à mi-chemin entre le « tout État » et « la main invisible du marché » ? Véritable serpent de

mer du discours politique, cette troisième voie nous préviendrait-elle pas du risque de nivellement par le bas des garanties offertes par le régime obligatoire de l'assurance maladie ?

C'est alors que les expérimentations de micro projets de santé ainsi que les expériences étrangères peuvent nous être profitables.

Elles permettent de sortir des débats franco-français réguliers concernant essentiellement les revenus des professions de santé ou des budgets hospitaliers, tous deux qualifiés de pharamineux ou de calamiteux selon le bord où se place l'observateur. Les acteurs médicaux sont bloqués sur des situations acquises que l'on pense, fallacieusement, comme étant les meilleurs, dans le meilleur des mondes.

Une rupture est-elle possible en France ? Paradoxalement, le pays a toujours évité – miraculeusement – les situations financières critiques qu'ont connues le Royaume-Uni ou l'Allemagne fédérale. À plusieurs reprises, comme en 1997 puis en 2004, alors que la croissance semble des plus anémique, contrairement à nos voisins, une embellie inespérée de l'économie française vient à changer la mise : le pays se positionne avec une petite croissance économique. Cela fait crier victoire aux gouvernants, affirmant inévitablement que la politique engagée porte maintenant ses fruits. Alors, « embrassons nous Folleville ! »<sup>5</sup>, ces petits sursauts de la croissance permettent à l'État de se passer provisoirement des réformes structurelles majeures concernant la capacité de paiement des caisses et le contenu de leurs prestations garanties. Autant de sujets qui fâchent. L'embellie inespérée permet de remettre pour plus tard les projets novateurs trop ambitieux mais pourtant nécessaires en l'état de notre économie. Si la timide reprise s'affirme, le surplus de recettes budgétaire, la fameuse *cagnotte fiscale*, devient l'objet de convoitises diverses. Car sitôt qu'il y a de l'argent disponible, ne faut-il pas se l'accaparer dans une lutte où la solidarité n'est plus de mise ? Les nouvelles recettes permettent au pouvoir quelques petites

---

<sup>5</sup> Comédie de mœurs d'E. Labiche (1815-1888).

largesses providentielles toujours bonnes à prendre par les intéressés. Car que pèsent quelques milliards de trésorerie quand la dette publique dépasse allègrement, selon l'Insee, les mil milliards d'euros ? Dans le même air du temps, si la médecine de ville dépense moins pour ses clients, quelles qu'en soient les raisons, les professionnels concernés s'estiment propriétaire de ce « bénéfice ». Les syndicats médicaux – au demeurant plus efficaces que les syndicats de travailleurs – demandent sans vergogne aux caisses que cette moindre dépense soit reversée en augmentation d'honoraires. Sous la menace de rétorsions corporatistes comme celle de voir s'emballer les dépenses de santé de ville, cette prime de mérite leur est naturellement accordée par le décideur public.

Notre protection de la santé est-elle mise en péril par l'effraction de la globalisation des échanges et la marchandisation de la planète ? Dans ce sens, serons nous invités à remettre en cause notre système de solidarité et de soins ? Telles sont les questions de fond qui se posent à l'observateur avisé de notre situation concrète face à la marche du monde.

Apporter des arguments aux problématiques soulevées nécessite un retour sur les événements culturels et sociaux qui ont permis l'émergence et le développement de notre protection sociale. La première partie de l'essai retracera la fresque historique de l'évolution et même de la révolution qui a accompagné ce mouvement de l'humanité. Il vient de loin et est encore en devenir ou peut être remis en cause par la force des choses.

A l'image de Janus, le dieu à deux visages, l'une tournée vers le passé, l'autre vers l'avenir, l'enquête se poursuit sur un panorama de notre système de soins et ce qu'il pourrait être dans un futur proche. Un examen comparatif des différents modèles de systèmes de soins à l'étranger est développé en insistant sur l'apport considérable de la réflexion anglo-saxonne dans le domaine de la santé publique. Elle pourrait nous éclairer dans notre démarche de rupture.

Pour enfin s'élargir sur une perspective plus générale à l'horizon 2020. Nonobstant les moyens mis en œuvre, notre

pays est marqué par une crise durable et sans précédent du système de soins. Cette crise concerne les patients qui doutent de la médecine et le corps des professionnels qui ne trouvent plus de lisibilité dans leur action de soignant. Serait-elle l'occasion de nous extraire de nos archaïsmes pour nous adapter à la mentalité – incontournable – de notre société contemporaine ?

Telles sont les principales problématiques qui seront soulevées dans cet essai. Que le lecteur veuille bien en excuser certaines litotes ou certaines approximations des chiffres, la matière étant dense et d'évolution tendancielle. L'essentiel n'est-il pas de poser les bonnes questions même si elles sont dérangeantes ? Des solutions organisationnelles et professionnelles sont proposées au lecteur. Un projet trop économiciste risque de laisser pour compte les individus les plus vulnérables de notre société et donc d'oublier l'équité intrinsèque de toute action publique. C'est le socle indéfectible de toute organisation des solidarités dans le domaine de la santé publique et aussi d'autres domaines.

Faut-il rappeler qu'aucune science sociale ne peut se dispenser d'une grille d'interprétation chronologique des conditions de développement de la problématique soulevée et lui trouver un fil conducteur.

Dans le cas traité, le domaine si évolutif et divers de la protection sociale, où commence le passé ? Se situe-t-il dix ans en arrière ou seulement la semaine dernière ?

Avant d'appréhender les apports brûlants de l'actualité sociale, il est nécessaire de souligner les faits historiques généraux qui peuvent l'expliquer. Ainsi, l'aspiration générale à la solidarité est la matrice initiale ancrée dans l'individu ; son origine se perdant dans les sources de l'espèce humaine.

Par la suite, ce trait dominant fut masqué à la période moderne par un nouvel impératif : celui de l'accaparement de la richesse produite. Dès lors, cette protection sociale doit s'arracher au prix de luttes si violentes qu'elles emporteront parfois des régimes politiques. Dans ce sens, peut-on dire de l'histoire moderne et contemporaine qu'elle est étroitement liée au principe et au développement d'une solidarité humaine ?

## Le « grand récit » [m. serres, 2001] de la planétarisation humaine.

### *De la société primordiale aux sociétés complexes.*

La protection sociale est la protection de l'individu en état de faiblesse : l'enfant, le malade, le vieillard. Le désir de sécurité est sans doute un des premiers schèmes que l'homme au matin du monde, comme encore dans de nombreux pays, recherche dans sa communauté de vie. Les découvertes anthropologiques faites dans les gisements archéologiques prouvent toutes la prévalence de cette attitude. L'*homo ergaster*\* l'homme travailleur de l'Afrique de l'Est, sait déjà partager la nourriture, est génétiquement apte à parler et à créer des liens solidaires dans sa communauté. C'est le début de ce que les paléontologues nomment plaisamment l'*East Side Story* qui forgeait les premiers hominidés du *Great Rift Valley* ; lesquels, sous l'effet présumé de l'aridification de leur territoire, iront coloniser la planète. Karl Lorentz et von Frish nous apprennent que la communication ou même le langage ne sont pas réductibles à la race humaine ; sa seule spécificité est sa capacité de se situer vis à vis des congénères et donc d'apprécier leur situation par rapport à l'observateur. Tout en migrant dans différentes régions de la planète, les hominidés continuent leur transformation : l'os sphénoïde se fléchit, le mandibule se réduit et leur crâne se développe frontalement. Dans un monde où l'extinction des espèces est la règle, l'évolution des hominidés reste une exception. L'*homo sapiens sapiens*, doublement sachant, enrichit ses capacités cognitives et

développe des liens sociaux au niveau d'une harde d'individus. Dans une stratégie de survie, il sait lire le monde, anticiper, et surtout les *sapiens sapiens* savent vivre ensemble et aider les autres.

Cette solidarité existe aussi chez les animaux qui vivent en groupe. Dans le règne animal, une solidarité grégaire vis-à-vis de ses éléments les plus faibles est facile à identifier par l'observateur de la nature. Le règne animal comme celui des sociétés archaïques est aussi marqué par un fort caractère adaptatif et prédateur pour ce qui est en dehors de son groupe.

Des premiers temps de la vie humaine grégaire, jusqu'à l'époque moderne, la protection du plus faible et les soins au malade, même s'ils ne sont que symboliques, sont les éléments de base de l'humanité. Les préhistoriens interprètent des rites de guérisons individuelles ou collectives à travers les premiers pétroglyphes. Ceux de la main en négatif, fréquents dans l'art pariétal, peuvent être une figuration de l'imposition des mains dans l'exorcisation.

Pour écrire comme Auguste Comte, la subordination des âges et des sexes faisait partie du lien primitif de la vie commune. Alternant avec les guerres, les sociétés premières étaient marquées par des prestations réciproques. Comme nous l'apprend l'anthropologue Marcel Mauss dans son « Essai sur le don » publié en 1934, la vie primitive reposait sur « la triple obligation : donner, recevoir, rendre ». L'échange ne s'y résume pas à la nullité de l'opération puisqu'elle est toujours soutenue par l'obligation de donner. La dépendance générale des partenaires est la règle de la vie tribale où se créent des articulations indissolubles pour la survie du groupe. L'individu est pris dans les mailles des solidarités de traditions égalitaire et unanimiste où s'attache la survie de chacun. L'observation des gisements archéologiques, notamment des foyers primitifs, atteste déjà de cette solidarité des groupes tribaux et claniques.

*En transition, anthropologues et historiens nous apprennent que la société primordiale est caractérisée par l'égalité entre les membres du groupe ; tandis que les sociétés complexes dont elles sont issues seront fondées sur une tradition hiérarchique et inégalitaire.*

Le grand saut historique fut celui intervenu, il y a 6000 ans, par le regroupement des lignages et clans premiers en tribus organisées. Ces pôles se développent autour de techniques nouvelles et d'un ordre social puissant, au commencement matriarcal. Cette hiérarchisation sociale organise la place de chacun dans la chaîne de l'organisation qualifiable de citadine. Tous ensembles bâtissent alors une cité, la ville-mère, qui se développe grâce aux richesses issues des premiers échanges commerciaux. La force de progrès de la civilisation humaine vient des richesses créées par ce négoce. Celui-ci implique une cohabitation des individus dans une spécificité de tâches organisées par des dirigeants et de règles partagées entre ces individus. La ville-mère de *Caral* dans l'actuel Pérou offre la démonstration de l'émergence d'une société structurée et commerçante, celle qui marque l'aube de la civilisation. Celle-ci fait apparaître une tradition hiérarchique et inégalitaire. Par la stratification sociale qu'elle implique, l'ère civilisée émerge d'une situation humaine nouvelle, celle des inégalités sociales établies. Leurs détracteurs chercheront, de tous temps, à les corriger – sans succès –. Avec la civilisation et son apport de richesses est apparu, en contraste, un ressenti nouveau : la peur de la mort. Cette crainte accompagne les premières pratiques funéraires qui succèdent au cannibalisme premier. Dès lors, les individus du haut de l'échelle sociale, par un déni de la mort, consacreront une énergie éperdue à se construire des tombeaux. Le matriarcat pacifique primitif sera peu à peu contesté par la gente masculine. Avec la prééminence de l'homme, se développent l'idée de puissance et son corollaire : la guerre. L'issue de la guerre refonde la hiérarchie en classant les vaincus au niveau le plus bas de l'échelle sociale.

Les civilisations orientales, notamment dans l'antiquité, honoraient leurs vieillards. A leur mort, ils passaient du statut de défunt au statut d'ancêtre. La doctrine enseignée par Kong zi, [551-479] notre Confucius, fondement de la civilisation chinoise, prônait l'éthique des vertus familiales et sociales. Dans ce monde sans dieu, la valeur dominante de la société se base sur l'harmonie entre les forts et les humbles, entre la pensée et l'action et entre soi-même et son environnement. Le respect et l'obéissance aux anciens, la solidarité des jeunes

envers leurs parents et la bienveillance envers autrui permettent de cadrer la population et les conflits des royaumes chinois que les historiens qualifient justement à cette époque, de « Royaumes combattants ». La linguistique chinoise témoigne de la civilisation confucéenne. Le langage fonctionne sans pronom. Ne pas dire *je* ou *tu* à l'autre est une marque de respect pour son interlocuteur ; c'est ce que les orientaux appellent le respect de la *face*. Pour faciliter la compréhension de l'écrit, les pronoms ne seront introduits en chinois que par la réforme de 1911 ; tandis que le japonais moderne les ignore toujours.

Paradoxalement, les sociétés primitives ont été plus solidaires que celles qui s'épanouissent dans l'Antiquité méditerranéenne. Avec le développement de l'activité conceptuelle et l'apparition d'une économie marchande, il se développe une grande capacité d'individuation qui prime sur les relations de solidarités interpersonnelles. La société secondaire des territoires de la grécité fonctionne selon des lois impersonnelles et la toute puissance individuelle. Pour la première fois, les individus y sont classés selon leur résidence et non plus selon leur clan totémique ou leur lignage. La démocratie athénienne s'épanouit dès le cinquième siècle avant J.C. Elle est cadrée par une éthique de société marquée par le projet aristotélien. Platon dans sa *République* évoque la Cité idéale construite sur l'eugénisme et l'élimination des êtres faibles. La maladie est liée au mal et celui-ci vient d'un désordre infligé au génie chtonien\*, le maître de la terre. Le char *phacom*, qui nous a donné incidemment notre moderne « pharmacie », transportait malades et débiles vers le passeur Charron puis à une seconde parousie. Les assemblées grecques font l'apologie de l'institution de esclavage car il permet aux hommes libres de s'épanouir dans leurs travaux intellectuels, les *oprae liberales*. Les plus grands philosophes comme Platon ou Aristote n'hésitent pas à traiter l'être humain comme un moyen et non comme une fin en soi. Le culte de l'individu, alors, s'épanche richement chez les philosophes de l'antiquité tardive gréco-romaine, allant même jusqu'à l'égotisme tel qu'il s'épanouit dans la philosophie épicurienne ou l'hédonisme de l'antiquité tardive.

Le monde asiatique, en particulier celui du sous-continent indien, essence des croyances orientales, est influencé par un sentiment religieux prégnant qui règle la société. Il donne espoir aux malheureux en faisant de la misère et la maladie un moment transitoire inclus dans la roue du karma. Dans l'espérance d'une bonne réincarnation, il ne convient pas d'en modifier le cycle ; sans pour autant manquer de compassion pour ceux qui sont en punition, les malheureux. La douleur devient un état qui, s'il est assumé, permet une transmigration heureuse de l'âme. En ce temps, le prince Gautama abandonne sa fortune pour éprouver volontairement la pauvreté. De cette épreuve, il considère que le malheur est relatif aux besoins que l'on ressent. Le message qu'il donne aux bouddhistes est celui de la compassion orientale. Elle se résume à un amour mutuel marqué par la non-intervention dans le déroulement de la vie de chacun, jusqu'à son accomplissement dans le *Paradis de l'Ouest*. La charité n'y a que peu de place car cet interventionnisme viendrait troubler le cycle de l'âme, sa métempsychose et sa palingénésie cosmique.

Au Proche-Orient, les lois hébraïques issues du Décalogue régissent les aumônes destinées aux nécessiteux. Ce sont déjà de véritables contributions de solidarité envers les plus pauvres. La tradition rabbinique diverge sur la notion de rachat de l'individu par ses œuvres et sur la représentation de l'au-delà pour le fidèle.

### ***L'apport des Écritures et le passage à l'anthropocentrisme.***

Le grand apport du christianisme – en dehors de toute appréciation religieuse – est incontestablement son message social développant l'égalité des humains. La nouveauté est l'accueil inconditionnel de l'humanité en tout homme. Il se libère, vient occuper une place centrale dans un monde moins cruel. Toute personne humaine est une finalité, une finitude qui souligne le caractère unique de chaque vie. C'est alors que s'affirme le *je* qui accompagne l'essence du sentiment religieux. Le destin a un sens et chacun de nous peut l'infléchir par ses actions. L'approche de l'autre n'est plus réductrice à la pitié que

chacun ressent envers le malheureux ou à l'obole qui libère de l'obligation de faire. L'amour du prochain dépasse la placidité compassionnelle en impliquant l'aide positive et la charité pour le nécessiteux. L'aumône est guidée par une nouvelle orientation, celle de l'amour désintéressé de l'autre vécu sans aucune contrainte. Le christianisme en donnant un sens actif à la maladie – celui d'une conversion intérieure – contribue, avec les moyens de l'époque, à participer à la guérison des individus... si elle doit survenir. La perspective eschatologique de la destinée individuelle anime celui qui donne, comme celui qui reçoit le soin. Sans pour autant diminuer ce sentiment chrétien de dérédiction, s'ajoute pour la personne à la charité agissante, le concept de rachat individuel selon ses œuvres. Du Moyen-Âge jusqu'à l'époque moderne, se développe ainsi une économie du Salut, manifestée principalement à travers les ordres religieux spécialisés dans les soins et instruction en religion aux plus démunis. Ils tempèrent les injustices de la vie et l'âpreté des rapports humains. La dîme réclamée aux chrétiens est la première contribution sociale du genre, bien qu'elle ne fût pas généralisée ; sa collecte contribue aux ressources des hôtels-dieu et autres œuvres qui traitaient ceux qui n'avaient pas les moyens de recevoir un praticien chez eux. Soulignons la fondation de l'hospice des Quinze-Vingts par Louis IX pour panser les problèmes oculaires infectieux épidémiques au retour des Croisades. Chassés de Terre sainte, les Ordres hospitaliers se redéployaient en Europe. Au voisinage de leurs commanderies, ils ouvrent des lazarets pour nourrir et soigner les indigents. L'Ordre souverain de Malte est toujours le représentant de ces ordres hospitaliers et sans doute, dans la chronologie historique, la première organisation humanitaire non gouvernementale (ONG). Ses centres de soins étaient, pour l'époque, des modèles d'organisation hospitalière.

La Réforme protestante apporte un paradigme alternatif par son affirmation d'une grâce qui serait un don gratuit de Dieu. Les œuvres ne changeront rien à son projet pour l'individu. Cette prédestination calviniste de l'élu transforme le doute sur soi-même en une certitude de vie éternelle. Cela ne dispense pas, par surcroît, d'une activité charitable communautaire.

Le monde musulman s'épanouit à partir du VIIème siècle : la Révélation devient totalisante, dans le sens où elle prétend être l'accomplissement des religions préexistantes des juifs et des chrétiens et rétablir l'intégrité du culte abrahamique. Un nouveau prophète, Mohammad, le messenger d'Allāh, restitue la vie du croyant, non plus autour du bien et du mal, mais autour de ce qui est autorisé : *hal'al* ou ce qui est illicite, *ha'ram*, l'obscène. L'esprit de globalisation mondiale apparaît sous-jacent à la religion révélée. Celle-ci n'est pas une fonction différenciée de la vie politique, au sens fort. Ainsi la pratique du jeûne, le *siyam*, est un fait social à haute valeur intégrative ; il est la période de productions de solidarités communautaires. L'impôt religieux, *zakat*, est élevé à la troisième obligation de l'islam. Il est destiné à la guerre sainte mais aussi à la construction d'hôpitaux et de lazarets. Le premier hôpital d'aliéné (asile *Moristan*, refuge protégeant du monde la folie haschischique) qui nous soit connu se construit à Alep en Mésopotamie sous les califes omeyyades. Les confréries musulmanes se créent précocement en terre d'islam. Elles encadrent des activités essentiellement civiles et sociales dans une solidarité de groupe, l'*asabiyya*. A travers ses œuvres, le croyant recherche la grâce divine, la *baraka* qui lui apportera le salut dans la vie future.

Si le cadre des soins hospitaliers de la médecine occidentale ancienne était positivement influencé par le piétisme chrétien, il en était tout autrement des principes thérapeutiques. Nous les devons en effet à l'antiquité païenne gréco-romaine, à leur reprise et leur développement par le monde arabe et hébraïque. L'essor intellectuel de l'Espagne des almohades du début du second millénaire en est l'exemple. Tant que le monde musulman fut conquérant, la philosophie et les sciences médicales y prospérèrent - grâce à des philosophes tels les arabo-shiraziens Rhazès et Avicenne ou le cordouan Averroès - pourvu qu'ils ne discourent point sur la cité. Leurs travaux dans le domaine médical exercèrent une influence profonde sur toute l'Europe. Les médecins du Moyen-Âge ont longtemps démontré en langue arabe, avant que Gérard de Crémone, à partir de 1150, ne traduise en latin les œuvres de médecins arabes. Sitôt que

survint le reflux politique de l'islam, dès le XIV<sup>ème</sup> siècle, le monde musulman, dorénavant sur la défensive, se replie sur un légisme paralysant, figeant pour longtemps la Cité dans la Doctrine.

Bien que le christianisme – à l'opposé de l'islam ou du judaïsme – ne veuille réaliser la fusion de la doctrine et de l'activité politique comme en témoigne le « *Rendez à César...* » des Évangiles, l'influence, à l'époque, du clergé sur la société civile est cependant conséquente. Les recherches réussies de la médecine occidentale renaissante ne purent se faire que par une transgression des règles de l'Église. Cela souligne une possibilité d'interprétation de ses principes, possibilité qui n'a pas toujours cours dans d'autres croyances. Ainsi, à Bâle en 1543, Vésale ne peut rédiger sa nouvelle anatomie humaine *De humani corporis fabrica* que grâce une dispense religieuse qui l'autorisa à disséquer les cadavres.

### ***De la réciprocité à la reconnaissance de soi.***

En résumant, de la période paléochrétienne à la période moderne, l'échange primordial devient réciprocité. Sous l'influence du christianisme, cette réciprocité s'enrichit d'une reconnaissance de soi, tant pour celui qui donne que pour celui qui reçoit. C'est l'âge théologique de la médecine où la recherche de la guérison se fait par une conversion spirituelle réciproque du soignant et du soigné.

Progressivement, la reconnaissance se laïcise pour devenir une évidence éthique non transcendante. En dehors des institutions religieuses, la solidarité se mutualise principalement autour des œuvres charitables collectives. Au Moyen-Âge, de nombreuses confréries s'organisent comme les *charitons* des zones rurales ou les *hermandades*\* ibériques. Ils reprennent les vertus de l'associationnisme primitif. Héritées de la *collegia* romaine, les corporations se cristallisent autour des métiers sous l'autorité de notables des villes. Grâce à leurs fonds de secours et pour atténuer les aléas de la vie, elles offrent à leurs membres une solidarité mutuelle.

Sans doute la première organisation civile de solidarité est-elle celle des compagnons du devoir. L'origine des