



**HAL**  
open science

# Les idées d’hier ont façonné les institutions d’aujourd’hui, lesquelles ne résisteront pas à la crise de demain

Jean de Kervasdoué

► **To cite this version:**

Jean de Kervasdoué. Les idées d’hier ont façonné les institutions d’aujourd’hui, lesquelles ne résisteront pas à la crise de demain. *Revue française d’administration publique*, 2020, 2 (174), pp.509-518. 10.3917/rfap.174.0213 . hal-03967779

**HAL Id: hal-03967779**

**<https://cnam.hal.science/hal-03967779>**

Submitted on 6 Mar 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Copyright

Témoignage

# Les idées d'hier ont façonné les institutions d'aujourd'hui, lesquelles ne résisteront pas à la crise de demain

Jean de Kervasdoué

DANS **REVUE FRANÇAISE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE** 2020/2 (N° 174), PAGES 509 À 518  
ÉDITIONS **INSTITUT NATIONAL DU SERVICE PUBLIC**

ISSN 0152-7401

DOI 10.3917/rfap.174.0213

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-509.htm>



**CAIRN.INFO**  
MATIÈRES À RÉFLEXION



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

**Distribution électronique Cairn.info pour Institut national du service public.**

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## Témoignage

# LES IDÉES D'HIER ONT FAÇONNÉ LES INSTITUTIONS D'AUJOURD'HUI, LESQUELLES NE RÉSISTERONT PAS À LA CRISE DE DEMAIN

Jean de KERVASDOUÉ <sup>1</sup>

*Professeur émérite d'économie au Conservatoire national des arts et métiers  
(chaire d'économie et de gestion des services de santé)*

Si, depuis 1968, les lois « santé » se comptent par dizaines, ce qui frappe l'observateur est qu'elles n'ont guère touché la structure du système de soins médicaux français et notamment pas à sa médecine de ville. Il est vrai que les réformes qui bouleversent de tels systèmes sociaux sont rares, comme sont rares les changements des valeurs et des idéologies qui les sous-tendent. Il arrive cependant que des idées aboutissent à la création d'institutions qui dès les premiers jours de leur existence s'efforceront de se pérenniser. Si donc quelques institutions traversent des décennies, voire des siècles, c'est que l'idée qui a présidé à leur création semble toujours légitime, mais cette légitimité ne suffit jamais, encore faut-il que des forces sociales aient intérêt à leur survie et suffisamment de pouvoir pour y parvenir. En effet, toute institution donne lieu à la défense d'intérêts : les intérêts de ceux qui y travaillent et, plus largement, de ceux qui en bénéficient. Pouvoir et intérêts sont toujours indissociablement associés. Le syndicaliste, le capitaliste, le militant associatif, l'écologiste ont des intérêts, qui ne sont pas les mêmes, pas nécessairement financiers, mais qui sont des intérêts <sup>2</sup>. Dans le domaine de la santé, la masse financière des sommes prélevées puis redistribuées génère à elle seule des intérêts multiples, puissants et contradictoires ; beaucoup d'argent donc, de nombreux intérêts et de puissants pouvoirs, souvent camouflés sous de grands principes.

Remarquons en outre qu'à l'idée qui a présidé à la création d'une institution sont associés des mécanismes opérationnels qui eux-mêmes vont perdurer ; le paradigme des

1. Cet article est original, toutefois plusieurs paragraphes ont été tirés de : Jean de Kervasdoué, *Qui paiera pour nous soigner ? L'asphyxie solidaire*, Fayard, 2017.

2. Signalons en passant la vaine et naïve recherche de pureté qui laisse à penser qu'il existerait des personnes sans conflits d'intérêts. Si elles existaient, elles seraient absolument... sans intérêt.

conditions initiales n'est pas seulement idéologique, mais aussi procédural, voire technique. Ainsi, à la naissance de l'assurance maladie ont été définis, non seulement des principes, mais aussi des règles de solidarité interprofessionnelle qui ont précisé la nature des bénéficiaires (les « ayants droits »), les conditions du bénéfice, le montant des cotisations et des outils technico-financiers comme, par exemple, les nomenclatures et les tarifs des actes professionnels. Ils datent de 1930 avant d'être étendus en 1945.

Pourtant, les flux financiers qui furent imaginés sur les données démographiques de l'après-guerre ne sont plus ceux de 2020, mais tout se passe comme si la classe politique, piégée dans un carcan institutionnel, ne s'en dépêtrait pas. Ainsi, même si l'idée de solidarité qui a prévalu en 1945 et est plus que jamais d'actualité, ses mécanismes sont inadaptés au contexte actuel, notamment pour des raisons démographiques. Il faudrait en conserver l'esprit, mais en bouleverser la lettre, entreprise difficile, car les bénéficiaires sont puissants, attachés à leurs intérêts et peu préoccupés de l'avenir. Ils ont dû tous lire Groucho Marx : « Pourquoi devrais-je me préoccuper des générations futures ? Elles n'ont rien fait pour moi. »

## LA LONGUE HISTOIRE DES RELATIONS ENTRE LA PROFESSION MÉDICALE ET L'ASSURANCE MALADIE

En toute rigueur, pour comprendre la naissance des relations entre les professionnels de santé et l'État, il faudrait remonter à la loi du 15 juillet 1893 qui permettait enfin aux malades les plus pauvres d'accéder aux soins médicaux. Toutefois, ces relations qui, à l'époque, se nouaient à l'échelon départemental étaient très diverses, il faut donc faire un saut de trente ans et venir au début des années 1920 pour analyser la naissance des relations entre le corps médical et l'assurance maladie. Débattue au Parlement dès 1921, la première loi créant l'assurance maladie est votée en 1925 et l'essentiel du rapport conflictuel entre la profession médicale et l'État va se jouer entre 1925-1930<sup>3</sup>.

Cette première loi prévoit en effet que le tarif des médecins sera « opposable », autrement dit fixé par convention entre les syndicats médicaux et les caisses. Si la majorité des praticiens l'accepte, une minorité de « grands patrons » parisiens et lyonnais rejette ce conventionnement et invente, en 1926, la charte de la médecine libérale<sup>4</sup>, dont l'un des principes est la liberté des honoraires. En 1927, la Fédération nationale des syndicats de médecins de France, quoique minoritaire, défend cette charte et l'emporte. La profession manifeste, le Parlement recule une première fois en 1928, une seconde en 1930. Les médecins obtiennent le tarif de « prestation », le meilleur des mondes. En effet, l'assurance maladie rembourse au minimum ce tarif dit de prestation et, ce faisant, solvabilise la demande des plus pauvres, car les médecins, tout en demeurant conventionnés, peuvent facturer, avec « tact et mesure », un montant supérieur à ce tarif.

Entre 1930 et 2020, un tarif national « opposable » pour l'ensemble de la profession médicale n'a existé que durant neuf années, de 1971 à 1980. En 1980, le gouvernement de Raymond Barre autorise le « secteur 2 » à honoraires libres, version moderne du « tarif de

3. Patrick Hassenteufel, *Les médecins face à l'État*, Paris, Presses de Science Po, 1997.

4. Elle n'est pas « libérale » au sens économique puisqu'elle présuppose un monopole de la profession, elle n'est pas « libérale » non plus au sens politique, elle n'est « libérale » qu'au sens que la corporation a réussi à donner à ce qualificatif, plus proche du laisser-faire que de l'exigeante concurrence.

prestation» de 1930. On joue et rejoue donc la même pièce depuis plus de quatre-vingts ans. L'antagonisme entre l'assurance maladie et la profession médicale demeure, ce qui n'est pas le cas en Allemagne où le système est cogéré par les syndicats, le patronat et la profession médicale depuis 1932.

## LES TROIS GRANDES LOIS HOSPITALIÈRES : 1941, 1958, 1970

Quant à l'hôpital public, c'est seulement à partir de 1941 que les personnes qui n'étaient ni « indigentes », ni militaires, ni accidentées du travail ont pu y être admises. Auparavant, la bourgeoisie, petite ou grande, avait besoin d'établissements hospitaliers pour s'y faire soigner ; c'est la raison pour laquelle existent en France autant de cliniques privées<sup>5</sup>. Il fallut attendre 1958 pour que les jeunes réformateurs de l'époque trouvent un « patron » qui porte le projet qu'ils avaient élaboré dès 1955, grâce à Jean Dausset, futur prix Nobel de médecine, mais alors membre du cabinet de Mendès France. Ce patron s'appelait Robert Debré et était le père du Premier ministre de l'époque ; cela n'a pas nui. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) sont créés et deviennent le lieu de formation exclusif des jeunes médecins. Le plein temps à l'hôpital se généralise. La reconnaissance va aux spécialistes, les généralistes sont formés par défaut. Très vite, Robert Debré s'aperçoit des dangers de cet aspect de l'ordonnance de 1958 et propose d'y porter remède<sup>6</sup>. Il n'a toujours pas été entendu ! Puis vient la première grande loi hospitalière de l'après-guerre, présentée par Robert Boulin, ministre de la santé du gouvernement Chaban-Delmas, et votée le 31 décembre 1970. Elle crée un statut juridique spécifique pour les hôpitaux publics, organise la carte hospitalière, jette les bases de la planification sanitaire et accompagne la transformation de l'hôpital public. Beaucoup d'établissements se construisent, d'autres se rénovent, la médecine hospitalière est à son apogée.

Les contraintes économiques ne commencent à être évoquées qu'en 1966 grâce notamment aux travaux du Plan<sup>7</sup>. En 1967 naît la Caisse nationale d'assurance maladie<sup>8</sup> ; l'argent coule encore à flots. Ce n'est qu'après le premier choc pétrolier que les ministres de la santé auront aussi pour mission de « rationaliser » les dépenses – nous sommes cependant loin du rationnement britannique<sup>9</sup>. Ces dépenses continueront de croître, certes pas au même rythme, et y compris même durant la crise économique que la France traverse depuis 2008. Aussi les Français sont-ils, avec les Américains et les Néerlandais, les Occidentaux qui consacrent le plus d'argent aux soins médicaux – environ cinquante milliards de plus que la moyenne, soit une somme sensiblement supérieure au budget de la défense nationale – alors que leur santé<sup>10</sup> n'est pas meilleure que celle de pays plus

5. Il est heureux qu'elles existent, car c'est grâce à elle qu'il n'y a pas, en France, de files d'attentes pour de nombreux actes chirurgicaux.

6. Jean de Kervasdoué, « Santé – Pour une révolution sans réforme », *Le Débat*, 1999.

7. Éric Kocher-Marboeuf, *Le patricien et le général. Jean-Marcel Jeanneney et Charles de Gaulle 1958-1969*, volume II, Institut de la gestion publique et du développement économique, Comité pour l'histoire économique et financière de la France (<https://books.openedition.org/igpde/2529?lang=fr>)

8. Il n'y avait jusque-là que des caisses primaires, le plus souvent départementales.

9. Julian Legrand, *The Economics of Social Problems*, avec R. Robinson, Houndmills, Macmillan, 1976 (rééditions en 1984, 1992 et 2008).

10. La santé se mesure notamment par l'espérance de vie à la naissance, mais aussi à tout âge et il est possible de pondérer ce critère selon que la vie s'écoule avec ou sans handicap.

économiques comme le Japon, mais aussi l'Espagne ou l'Italie <sup>11</sup>. Notre rigueur prononcée par les gouvernants et redoutée par les acteurs n'a jamais été que très relative, et cela parce que l'on a persuadé les Français que si l'on maîtrisait les dépenses de santé, leur santé en pâtirait ! Merveilleuse communication !

## L'ÉTAT S'ARROGE DE PLUS EN PLUS DE POUVOIR

Un mouvement de fond, si lent et si profond qu'on a du mal à le distinguer, se manifeste par ailleurs depuis un quart de siècle : la mainmise de l'État sur le système hospitalier d'abord puis progressivement sur l'ensemble de la médecine. En 1970, à l'hôpital, tout ce qui n'était pas interdit était autorisé, l'autonomie était réelle. Progressivement, cette liberté relative s'est amenuisée jusqu'à disparaître. Aujourd'hui l'État régleme encore et toujours : quarante-trois familles de règlements s'appliquent à l'hôpital pour la seule sécurité. Il s'immisce dans la gestion hospitalière jusqu'à la prendre en charge définissant le moindre emploi. Désormais, l'hôpital se fond dans l'État, la loi du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » (dite « HPST » ou loi « Bachelot »), n'étant que la dernière étape d'une évolution commencée il y a une trentaine d'années <sup>12</sup>.

## L'ASSURANCE MALADIE PERD TOUTE DIMENSION ASSURANTIELLE

Au cours du dernier demi-siècle, l'assurance maladie a progressivement perdu ses caractéristiques d'assurance, ne serait-ce que parce que les cotisations varient avec les revenus et non plus avec le risque couvert. À l'origine, l'assurance maladie était non seulement une assurance dont les cotisations étaient plafonnées, mais elle avait été principalement conçue pour que ses affiliés puissent disposer d'un revenu durant leur maladie ; c'est ce que nous appelons aujourd'hui les « indemnités journalières ». Le remboursement des soins était alors secondaire et inférieur, en montant global annuel, à celui de ces arrêts de travail et ceci jusqu'en 1958. En outre, alors qu'en 1945, comme en 1925, les réformateurs voulaient créer un système universel d'assurance maladie, plusieurs professions le refusèrent. Toute l'histoire de l'assurance maladie, de 1945 jusqu'en 2000, consistera à rattraper cette erreur en créant une multitude de régimes (régime agricole, minier, des clercs de notaire, des petits rats de l'opéra, de la SNCF, du port autonome de Bordeaux...) et cela fut fait en étendant la notion de « travail » aux chômeurs notamment, mais aussi aux religieuses et aux... prostituées.

L'assurance maladie était l'un des éléments de la démocratie sociale voulue par la Résistance, et cogérée à ce titre par les syndicats et le patronat. Mais en l'an 2000, c'est la résidence légale sur le territoire national et non plus le travail qui permet d'obtenir des

11. <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm>

12. Il est toujours étonnant qu'un gouvernement de ce qui était la droite parlementaire propose des lois d'inspiration si bureaucratique, si peu libérales !

droits. La conception de « salaire différé » perd toute justification et les caisses d'assurance maladie toute légitimité spécifique. Pourtant, elles continuent pour l'essentiel à vérifier les droits de chacun, comme si tous ne les avaient pas ! L'essentiel n'est toutefois pas là, même si cette fiction est onéreuse, elle est dans le partage des rôles entre l'État et l'assurance maladie qui exerce sa compétence sur la médecine de ville alors que l'État contrôle les établissements hospitaliers. Il y a donc coupure là où il faudrait une continuité. Or, on sait que la France hospitalise bien plus de patients que les pays comparables (70 %), et que la priorité devrait être un transfert de compétences et d'argent de la médecine hospitalière vers la médecine de ville.

## **LE RÔLE DE PLUS EN PLUS TÊNU DES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES**

Toutefois, en ville, si l'assurance maladie contrôle les tarifs et les nomenclatures, elle ne contrôle en rien les prescriptions dont on sait qu'elles sont éminemment variables d'une région à l'autre et que cette variation ne s'explique pas par des données objectives, comme la prévalence de telle ou telle maladie. Quant aux assurances complémentaires qui à l'origine couvraient les tickets modérateurs, leur légitimité a changé du tout au tout puisqu'aujourd'hui le but n'est plus de modérer, mais d'éviter toute barrière financière à l'accès aux soins. Faute d'avoir trouvé un rôle autre que celui d'afficher à l'Europe une moindre « dépense publique », on voit mal à terme la survie des mutuelles et assureurs « santé » des régimes dits « complémentaires », car ce partage génère des frais de gestion de plus de 6 milliards d'euros.

En attendant, le système institutionnel est stable. Les caisses d'assurance maladie subsistent alors que le fondement de leur légitimité a disparu ; les droits des assurés sont identiques, le régime est de fait unique, même si les institutions anciennes des différents régimes demeurent. Par ailleurs, de facultatifs, les assureurs complémentaires deviennent de fait quasi obligatoires, mais eux aussi survivent à ce bouleversement de perspective. Quant aux syndicats médicaux, contre l'avis des jeunes médecins qui cherchent le salariat, ils défendent toujours le paiement à l'acte dont on sait que ce n'est en aucune façon la meilleure manière de rémunérer les médecins généralistes. En outre, ils réussissent l'exploit, comme tous les médecins libéraux, de ne pas être contrôlés sur leurs prescriptions, alors que c'est notamment la règle aux États-Unis, pays « libéral » s'il en est.

## **LA MAIN TROP VISIBLE D'UN ÉTAT À LA LÉGITIMITÉ CHANCELANTE**

En étant juge et partie, tuteur et gestionnaire, l'État se paralyse et, par exemple, se montre incapable de fermer les services hospitaliers qui devraient l'être, car toute fermeture prend un aspect politique or, localement, l'emploi prime sur la qualité des soins. L'hôpital c'est l'État et non plus une entité indépendante qu'il régle.

Ces onéreuses contradictions sont payées par ceux qui ne savent pas – les patients de ces établissements – et par ceux qui ne peuvent pas encore se plaindre – les générations

futures auxquelles sont transférées, par l'intermédiaire de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), la charge de payer demain le déficit d'hier et d'aujourd'hui<sup>13</sup>.

Pourtant on a « réformé » et on réforme aujourd'hui chaque année. On baisse le *numerus clausus* des étudiants admis en deuxième année de médecine, puis on l'augmente, répercutant ainsi sur plus de quarante ans les conséquences de décisions prises à la légère. On crée dès 1970 une carte sanitaire afin de réduire les inégalités territoriales dans l'accès aux soins, mais ces inégalités non seulement demeurent, mais s'accroissent qu'il s'agisse de pharmacie, de scanners, d'appareils de résonance magnétique ou de lits d'hôpitaux<sup>14</sup>. Plus grave encore, on sait que selon l'endroit où sera admis un patient victime d'un infarctus du myocarde, les soins prodigués ne seront pas les mêmes. Rien d'étonnant, car ceux-ci ne sont pas contrôlés.

Ce qui compte dans une réforme ce n'est pas tant qu'elle s'inspire d'exemples réussis mais qu'elle convienne aux croyances des réformateurs : croyances religieuses, croyances politiques sur l'homme et la société, croyance dans des modèles de « bon sens ». D'ailleurs les réformes qui voient le jour ne sont pas les plus claires, mais bien les plus ambiguës, celles dont le plus grand nombre d'acteurs pense pouvoir espérer, un jour, en bénéficier.

Au cimetière des réformes, les conditions objectives des échecs sont nombreuses. Il y a tout d'abord des erreurs logiques, comme celles d'annoncer que l'on va atteindre un objectif alors que les conditions nécessaires ne sont pas remplies. Comment, par exemple, évaluer la qualité des soins sans dossier médical ? Il y a ensuite des réformes qui tentent d'agir sur des phénomènes que l'on mesure, mais que l'on ne sait pas modifier. Comment, par exemple, prévenir le suicide ? Au lieu de reconnaître que l'on ne sait pas, on prétend savoir, ou l'on agit de manière symbolique. Ou encore, pour revenir au suicide, c'est ainsi que l'on crée au ministère de la santé un bureau qui va suivre ce terrible phénomène, décision assez éloignée de toute forme de prévention !

Il y a enfin des réformes fondées sur des théories qui semblent robustes mais qui sont soit fausses, soit insuffisantes. Ainsi, contrairement à ce que prétendait en son temps l'ancien Premier ministre Jean-Pierre Raffarin, on ne « responsabilise » pas les Français en augmentant le ticket modérateur des soins médicaux dont on sait que, par ailleurs, il ne modère rien. Certes les patients surconsommant quand les soins sont gratuits, mais ils sous-consommant quand ils sont payants. L'argent ne permet donc pas de définir un « bon » niveau de dépenses de soins, il recule l'accès aux soins quand il faut déboursier de sa poche des sommes importantes. Une fois que le malade est dans le système, il n'influence plus ses examens ou ses prescriptions et donc le coût de sa prise en charge.

Si les grands systèmes sociaux sont stables, c'est donc qu'il est rare que les idées nouvelles – à condition qu'il y en ait – pèsent suffisamment pour contrebalancer les intérêts existants. Peu de grands pays occidentaux ont réformé en profondeur leur système de santé. Le Canada et l'Italie sont l'exception<sup>15</sup>. Les États-Unis, notamment, se heurtent encore et toujours aux mêmes intérêts, et si la réforme courageuse de Barack Obama a donné un accès à une assurance santé à quelque trente millions d'Américains, ce qui n'est

13. Jean de Kervasdoué, *Qui paiera pour nous soigner ? L'asphyxie solidaire*, Fayard 2018

14. Roland Cash et Jean de Kervasdoué, *Soigner mieux, soigner moins cher – La véritable inégalité des soins*, Economica, Paris, 2018.

15. Michel Grignon, « Le système de santé au Canada », *Revue française des affaires sociales* 2008/4, pages 67 à 87 ; cf. aussi : *Le système de santé italien*, *Graph Europe* 2019, numéro 588, septembre 2019. Les Italiens ont copié le système britannique, mais ils ont oublié qu'ils n'étaient pas... Anglais. Les valeurs culturelles sous-jacentes ne sont pourtant pas similaires.

pas négligeable, cette réforme ne touche pas aux problèmes les plus criants du système de santé des États-Unis et d'abord à ses facteurs inflationnistes.

Qui en France, quelle coalition, quel parti politique est aujourd'hui capable de concevoir ce que pourrait être une réforme du système de santé, alors que les militants de tous les partis politiques sont dominés par des groupes d'intérêt et veulent avant tout que rien ne change ? Demain ressemblera donc beaucoup à hier, jusqu'à la crise politique majeure, nous y sommes je pense : la crise des urgences de l'automne 2019 n'en est vraisemblablement que le premier signe.

## **L'ÉTAT S'ARROGE CHAQUE JOUR DE NOUVELLES COMPÉTENCES, MAIS SA LÉGITIMITÉ EST FRAGILE ET SEMBLE NE PLUS SUFFIRE**

En 2008, Lionel Jospin qui présidait « la commission de rénovation et de déontologie de la vie publique » indiquait déjà que « notre démocratie traverse une crise de confiance. Cette crise [...] peut aussi apparaître comme une crise de légitimité »<sup>16</sup>. Cette défiance nationale se constate aussi à un échelon moins étudié, celui des institutions publiques qui traversent cette crise profonde, et touche à leur essence même. La contradiction entre l'appétit et la fragilité de l'État peut sembler paradoxale. Comment peut-on être à la fois envahissant, omniprésent et douter de sa force en transférant l'essence de sa raison d'être à d'autres ? Il s'agit bien entendu ici des conférences dites « citoyennes » ou des commissions d'experts ad hoc, à la légitimité discutable. Là encore le secteur de la santé et, plus précisément l'hôpital, l'illustrent et montrent comment, se faisant, l'État se discrédite et paralyse les institutions qu'il tente de gérer par décrets. Il entretient la confusion entre la légitime recherche d'un fonctionnement plus participatif, plus décentralisé et la prolifération dangereuse d'un nombre élevé et toujours croissant de sources de légitimité.

L'hôpital est une organisation techniquement complexe où, simultanément, se déroulent plusieurs processus :

- des processus administratifs (le patient est admis, placé, transféré...);
- des processus hôteliers (linge, cuisine, chauffage, nettoyage, maintenance...);
- des processus cliniques (auscultation, commande de médicaments, commandes d'examen de biologie et d'imagerie, planification du bloc opératoire...).

Peu d'organisations vivent ce foisonnement et atteignent ce degré d'interactions possibles avec un niveau d'exigence chaque jour renforcé. L'hôpital devient donc l'archétype d'un dilemme classique de la sociologie des organisations, à savoir que si l'on spécialise des pans de plus en plus nombreux de l'organisation, ce qui semble ici nécessaire, il devient difficile de les coordonner, ce qui est pourtant indispensable. Ainsi, dans un grand hôpital, il y a à la fois une centaine de spécialités médicales et plus de deux cents métiers différents ! Quant aux mécanismes de coordinations qui sont les valeurs, les règles, la hiérarchie et les systèmes d'information, le primat est accordé aux règles et à la hiérarchie, mais elles ne peuvent pas tout régenter, car elles sont incapables de prévoir toutes les situations possibles. La décentralisation est indispensable. Or, la bureaucratisation prospère à tout

16. *Le Monde*, 5 octobre 2015, « Au chevet de la démocratie ».

niveau et avec elle l'éclatement des sources de légitimité et un décalage culpabilisant entre les pratiques et les règles.

La complexité de l'hôpital n'est pas seulement technique et organisationnelle, elle est aussi politique. En effet, l'activité hospitalière repose en France, sur au moins sept sources différentes de légitimité<sup>17</sup>. Laquelle domine ? Comment les autres interagissent-elles ?

— La légitimité des savoirs (car il y en a plusieurs) détenus notamment par la médecine clinique et de santé publique, mais aussi celle que tente de se bâtir, avec un certain succès, le corps infirmier ;

— La légitimité de l'État ;

— La légitimité des collectivités locales ;

— La légitimité de l'assurance maladie<sup>18</sup> ;

— La légitimité des partenaires sociaux pour lesquels existent des instances spécifiques (Comité technique d'établissement, notamment) ;

— La légitimité des usagers, depuis la loi du 4 mars 2002 ;

— La légitimité institutionnelle, enfin, celle de l'hôpital en tant qu'entité juridique autonome.

Qui domine *in fine* ? L'État ou l'institution ? Le Parlement, sur proposition du Gouvernement, a choisi l'État, achevant ainsi sa mainmise sur l'institution hospitalière. Il y avait cependant une solution institutionnelle qui aurait permis à l'État de ne pas être à la fois acteur, régulateur et tuteur donc, au mieux, paralysé. Il est d'ailleurs de ce point de vue significatif de souligner que la France a choisi cette voie au moment où l'Angleterre<sup>19</sup> prenait le chemin inverse. En effet, alors que ses hôpitaux publics étaient des services de l'État (le système britannique est financé exclusivement par l'impôt), le gouvernement de Tony Blair a cru bon de donner une indépendance à ces établissements en favorisant la création de *Trusts*, établissements publics, certes, mais indépendants.

Bien entendu, la bureaucratie n'est parfois qu'une façade, car ce mode de régulation est aussi politique. La ligne hiérarchique est directe et continue entre le Gouvernement, les directeurs d'agences régionales de santé (ARS) – nommés en Conseil des ministres – et les directeurs d'hôpitaux. La main de l'État est très visible. Il était alors facile de prévoir, par exemple, que l'engagement pris en 2009 par Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé, en matière de fermeture de 180 petits services de chirurgie ne serait pas tenu. Si elle fermait ses services, elle ne pouvait pas prétendre, pas plus que le Président de la République ou le Premier ministre, qu'ils n'étaient pas concernés. De 2009, les fermetures ont été annoncées pour 2010, Madame Bachelot est partie ; la France entrait en période électorale, rien ne s'est passé. 180 services concernent aussi 180 circonscriptions... Plus tard, en 2015, un rapport propose à Marisol Touraine, la ministre de la santé, de fermer 67 services d'urgence car leur activité est faible, ils n'arrivent pas à trouver des médecins, tout cela est dangereux et onéreux ; mais, elle aussi, se refuse et dit que ces fermetures ne sont pas d'actualité. On peut la comprendre, car elle aurait alors attiré sur sa personne les critiques unanimes de 67 communautés. Peut-on l'excuser ? Quant à s'engager à ne jamais fermer d'hôpitaux, c'est jouer sur les mots tant la nature d'un centre hospitalier universitaire (CHU) n'a pas grand-chose à voir avec un hôpital de proximité.

17. Il faudrait ajouter la légitimité des tribunaux, toujours en arrière-plan, mais, ô combien présents, dans la gestion de l'hôpital !

18. Les assureurs complémentaires financent peu les dépenses hospitalières.

19. Il s'agit bien de l'Angleterre et non pas du Royaume-Uni. En effet, les différentes nations de ce royaume sont, en la matière, indépendantes et le *National Health Service* (NHS) de plus en plus décentralisé.

On assiste donc à un double mouvement. D'un côté, l'État consacre la légitimité de nouveaux acteurs comme celle des usagers, négligeait jusqu'à une date récente la légitimité des savoirs (celle des académies en général et de l'Académie de médecine en particulier), réduit à une peau de chagrin le champ d'exercice des partenaires sociaux et des instances décentralisées et s'attribue des pouvoirs qu'il se refuse d'exercer. « Si l'on retire l'autorité de la vie politique et publique, cela peut vouloir dire que désormais la responsabilité de la marche du monde est demandée à chacun. Mais cela peut aussi vouloir dire que l'on est en train de désavouer, consciemment ou non, les exigences du monde et son besoin d'ordre, on est en train de rejeter toute responsabilité pour le monde : celle de donner des ordres et celle d'y obéir <sup>20</sup> ».

## ÉGALITÉ DES DROITS, INÉGALITÉS DE FAIT

Enfin, la République se moque royalement – si j'ose dire – des inégalités de fait, car l'on se cantonne à des débats à l'échelle des principes sur l'égalité des droits. Le vaste champ des inégalités, aussi tangibles qu'injustifiées perdure : « moi aussi j'y ai droit » ! Certes, mais êtes-vous prioritaires ? Par exemple, faut-il autant de dentistes scolaires dans le 7<sup>e</sup> arrondissement de Paris qu'en Seine-Saint-Denis ? Et les exemples abondent sur le mépris de faits connus, anciens, documentés et pour certains, regrettables, voire scandaleux.

— Peu importe, semble-t-il, que les pharmacies d'officine soient deux fois plus nombreuses dans le sud que dans le nord de la France, puisqu'existe depuis 1941 une loi qui affirme que le ratio de pharmacies d'officine par millier d'habitants est le même partout ;

— Peu importe que les places pour personnes âgées dépendantes varient de un à six par département, puisqu'existaient autrefois une carte sanitaire et aujourd'hui des schémas d'organisation sanitaire gérés par les agences régionales qui affirment que chacun a partout les mêmes droits aux mêmes soins ;

— Peu importe que les dépenses de soins, en contrôlant pour l'âge et le sexe, varient de 40 % entre les régions métropolitaines puisque le système répond aux « besoins » (terme vide de sens, car le plus souvent tautologique) de la population ;

— Peu importe que les dépenses de cardiologie varient de un à neuf par département, puisque les médecins prescrivent toujours à bon escient ;

— Peu importe que les radiologues aient un revenu imposable presque trois fois supérieur à celui des généralistes, puisque cela a toujours été comme cela ;

— Peu importe que votre chance d'être bien soigné varie infiniment (l'infini étant ici la différence entre la vie et la mort) d'un praticien à l'autre, d'un hôpital à l'autre, puisque les médecins sont tous aussi bien formés et tous aussi compétents ;

— Peu importe...

Cette superbe ignorance de la réalité, si facile à constater dans le domaine des soins médicaux, comme dans d'autres, est une nécessité vitale pour les tenants de l'égalité formelle. S'ils reconnaissaient un instant d'honnêteté ou de clairvoyance l'existence persistante d'inégalités factuelles, palpables, malgré des décennies de prêches et de bourrage de crâne de congrès innombrables, ils constateraient la coupable légèreté de leur propos généreux, à bon compte.

20. Hannah Arendt, *La crise de la culture*, Folio essais, 2014, p. 243.

Après des décennies de vaines tentatives, la France n'a pas réussi à répartir de manière à peu près équitable les médecins, les pharmaciens ou les hôpitaux sur son territoire ; aussi, prétendre réduire les inégalités de santé d'origine culturelle, économique et sociale semble alors pour le moins immodeste ! Quand il s'agit de santé, les choses se compliquent encore, car la santé d'une personne ne dépend pas seulement des médecins qu'elle consulte et des traitements qu'elle reçoit, mais aussi et surtout de ses croyances, de son éducation, de ses conditions de vie, de ses habitudes alimentaires, de ses pratiques sexuelles, du hasard... et de son âge. Si donc l'on constate depuis deux siècles les inégalités sociales de santé, on ne sait pas toujours comment les réduire par des techniques médicales ou un meilleur accès aux soins, car, le plus souvent, elles n'en relèvent pas. Ainsi, que faire quand l'on découvre, par exemple, que l'espérance de vie d'une personne est très corrélée au niveau d'éducation de sa mère ? Faut-il alors investir dans l'éducation des femmes pour améliorer la santé de tous, notamment des hommes ? Ou, pour prendre un exemple plus médical, beaucoup de campagnes de dépistage – en matière de cancer du sein notamment – ne touchent que la moitié de la population, toujours la même : la plus éduquée. Alors, comment atteindre les femmes que l'on n'arrive pas à toucher, malgré de nombreux et louables efforts ? Faut-il les traîner de force, les réquisitionner ? Jusqu'où la société doit-elle intervenir pour améliorer la santé de ceux qui ne se sentent pas concernés ?

En France, donc, les inégalités de revenus ne sont pas, tant s'en faut, les seules raisons qui expliquent les inégalités d'accès aux soins, même s'il y a un très fort lien entre les inégalités de revenu et les inégalités de santé : la pauvreté et le chômage sont infiniment plus pathogènes que la charcuterie ! La fixation des partis de gauche sur la question de l'accès aux soins médicaux (et non de la santé) empêche d'ailleurs de traiter des autres formes d'inégalité, beaucoup plus lourdes de conséquences, notamment l'inégalité des pratiques médicales qui pourraient limiter, sans totalement les effacer, les inégalités d'origine sociale.

\*

\* \*

Pour conclure, il va sans dire qu'un système de médecine libérale conçu en 1930 n'est guère adapté à la médecine de 2020 alors que sont publiés 700 000 nouveaux articles dans les revues médicales à comité de lecture, qu'il existe des dizaines de milliers d'applications « santé » accessibles par téléphone portable, que la médecine se spécialise à l'extrême, que les métiers de soignants prolifèrent et que l'on croit que le médecin traitant va gérer le parcours de soins de ses patients avec une consultation tarifée autour de trente euros. La crise des urgences manifeste à l'hôpital le dysfonctionnement de la médecine de ville, alors que lui-même, trop rigide, est en train de se briser. S'asseoir sur le couvercle permet de retenir la vapeur, un certain temps... L'épidémie de Covid-19 a donné une démonstration empirique de cette analyse. Si les Français ont été soignés avec compétence et dévouement, c'est parce que toutes les règles imposées jusque-là ont provisoirement volé en éclat et que les soignants étaient seuls à la manœuvre.