

6. La santé, un bien commun

Depuis presque une décennie des études sont menées concernant les « coûts » sur la santé de la pollution de l'air par les transports routiers. En juin 1999, l'Office fédéral de l'environnement indiquait qu'« *en Suisse, les coûts de la santé dus à la pollution de l'air par le trafic motorisé totalisaient 3,6 milliards de francs en 1996, dont au moins 70 % en raison de décès prématurés* ». Le communiqué notait : « *La quantification (nombre de cas de maladie et de mortalité prématurée) basée sur les résultats de l'épidémiologie et de la pollution de l'air sert à déterminer les coûts. (...) Dans cette approche [celle dite de la valeur contingente¹], les coûts de la santé sont évalués en fonction de la somme monétaire que la population exposée à la pollution atmosphérique est disposée à payer pour réduire le risque d'être atteinte dans sa santé.* »

1. Un **bien contingent** (ou bien conditionnel) est caractérisé, d'une part, par ses propriétés « physiques », sa date et son lieu de disponibilité, et, d'autre part, par la forme prise par les états de la nature. Cette dernière expression, en économie, est utilisée pour désigner des phénomènes aléatoires exogènes qui ne dépendent donc pas des actions des membres de la société. L'exemple le plus souvent utilisé est celui du climat. Donc un bien contingent (conditionnel) peut être décrit ainsi : un bien x est disponible si l'état de nature y se réalise. Celui qui est disposé à acheter ce bien n'est supposé le payer que si l'état y se réalise... autrement dit, si la pollution de l'air diminue.

1° On retrouve ici, sous l'angle du calcul des coûts, cette obsession à vouloir monétiser tous les « coûts ». Ce qui laisse entendre que « *les coûts immatériels de la douleur, de la souffrance et d'une qualité de vie moindre* » (sic, communiqué du 17 juin 1999) sont saisissables au franc près... sur la base de ce que la « *population exposée est disposée à payer* » ! Mobilisant un appareillage mathématique jetant de la poudre aux yeux et dont les « conclusions scientifiques » doivent épauler les options économiques et politiques des dominants, la dite économie de la santé possède une fonction première : faire entrer ce **bien particulier** qu'est la santé dans ses schémas. Ce qui a pour conséquence, comme le souligne l'économiste et historien du capitalisme Michel Beaud : « *l'application du calcul économique à des questions situées hors du champ de l'économie* » (*Le basculement du monde*, Ed. La Découverte poche, 2000). Evidemment, si le but de l'essentiel des études consiste à conforter une politique qui a pour objectif de faire que les dépenses de santé n'augmentent pas plus que le PIB (Produit Intérieur Brut), dans la meil-

leure des hypothèses, il est cohérent d'**opposer le paradigme de la « rationalisation des coûts » à celui des besoins sociaux**. Autrement dit, de « calculer les coûts » de « la souffrance » et de mettre en place des modèles qui insistent sur l'effet prix (modification des choix d'un agent économique à la suite de la variation des prix), sur les modalités de remboursement des « frais », etc.

2° Or, la santé est justement un bien particulier. En effet, selon les définitions même de la théorie économique dominante, la santé entre dans la catégorie des **biens (services) collectifs** ou **biens (services) publics**.

Dans la catégorie des biens collectifs entrent des services aussi différents que l'ordre public (police), la défense nationale, les infrastructures (routes, ponts, éclairage, etc.). Il existe aussi des biens et services qui pourraient être soumis aux « lois du marché » (et qui le sont partiellement et/ou sectoriellement), mais dans des conditions de production (prix, quantités échangées) jugées non désirables par la collectivité. Cette sous-catégorie recouvre **les services qualifiés de quasi collectifs (ou impurs)**, comme la santé, l'éducation, l'aide sociale, les activités culturelles, etc.

3° Les biens collectifs (purs) ou quasi collectifs (impurs) sont définis comme **non marchands**. En effet, y compris selon la théorie dominante, il n'est pas possible de discriminer entre leurs utilisateurs. Ils sont très souvent indivisibles (éclairage public) et la disponibilité (toujours l'éclairage public, pour faire exemple) pour chacun de ces services n'est pas diminuée parce qu'il y aurait trois consommateurs au lieu d'un.

Même dans une optique libérale, les services (biens) collectifs justifient une intervention de l'Etat dans la mesure où la collectivité doit décider : quels biens (services) collectifs produire (quantité, qualité) ; comment

les financer. **L'affrontement social et politique porte, en particulier, sur ces deux aspects.**

4° Personne ne conteste que la défense nationale doit être financée par l'impôt (sauf à vouloir sa suppression, au moins sous sa forme militaire). En effet, même l'Etat libéral n'est pas prêt à faire financer la défense nationale selon un critère de marché, c'est-à-dire en fonction de l'importance que chaque individu lui attribue. Beaucoup de nos « patriotes » certifiés pourraient avoir intérêt à ne pas annoncer la « vraie valeur » qu'ils lui attribuent pour ne pas contribuer à son financement !

Or, précisément, l'impôt ne fait intervenir en rien les appréciations de chacun. Des individus ayant les mêmes revenus déclarés sont taxés de la même façon, même s'ils ont des appréciations différentes des services rendus par la défense nationale. L'impôt n'a rien à voir avec la « quantité » consommée de défense nationale (ou d'éclairage public, ou d'utilisation de la police), ni avec le prix de ce genre de service (bien) collectif.

Aujourd'hui, de plus en plus, les classes dominantes et leurs représentations politiques – qui défiscalisent le grand capital et les plus grandes fortunes et revenus – visent à **faire payer de manière directe/immédiate une part plus importante des services quasi collectifs (ou impurs) par le « consommateur » et/ou d'en réduire l'accès.**

Le but est clair : les faire financer de manière à introduire une redistribution régressive des ressources (en faveur des plus aisés), sélectionner de manière socialement régressive la qualité et la quantité des services. Tout cela afin de réduire la part financée par l'impôt « supporté » par les très riches.

La prime payée à une caisse maladie, en Suisse, prend la forme obligatoire de l'impôt, mais elle n'est pas modulée sur la progressivité de l'impôt (même si cette progressivité ne touche pas l'essentiel de la plus-value accaparée par le Capital).

On assiste donc à une **remise en cause croissante de ce statut de service collectif, en fait pur, que devrait être l'accès égalitaire aux soins.**

5° Face à cette orientation, il est urgent de **revaloriser** la notion de **services collectifs (purs)** et de reprendre celle de **bien commun**, sous un angle nouveau pour ce qui relève de la santé, entre autres.

Dans une explicitation du *Commentaire de l'éthique à Nicomaque* de saint Thomas d'Aquin (1225-1274), Léo Strauss et Joseph Cropsey – *Histoire de la philosophie politique*, PUF, Quadrige, 1999 – mettent en avant trois éléments caractéristiques de ce qui était défini comme bien commun : 1° Le bien commun transcende les intérêts privés et n'en est pas la somme. 2° Il suppose le débat et la délibération au regard de ce qui semble juste et bien. 3° Il peut s'opposer à des valeurs définies par voie de convention (comme, par exemple, que le prix d'un service doit recouvrer ses coûts).

Partons maintenant d'un droit reconnu par la *Déclaration des droits de l'homme* datant de 1948. Dans son article 25, il y est affirmé : « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires.* »

Dans son commentaire à la *Charte des droits fondamentaux*, à propos de l'article 35 (Protection de la santé), l'éminent juriste Guy Braibant écrit : « *Dans la pratique, les droits à l'accès aux soins et au bénéfice de la recherche médicale sont parmi ceux dont le champ d'application est le plus étendu, car ils sont largement ouverts, pour des raisons d'humanité, au-delà des catégories des citoyens et des résidents en situation régulière, aux immigrés illégaux, ceux que l'on a appelés les "sans-papiers."* » (*La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. Témoi-*

gnage et commentaires de Guy Braibant, Ed. Le Seuil, Essais, 2001, p. 195).

Autrement dit, des besoins humains fondamentaux et universels sont reconnus en tant que droits dans des documents qui devraient faire autorité. Toutefois leur concrétisation est mise en cause par la « souveraineté du marché » qui est en opposition avec ce qui fonderait une conception démocratique effective – sociale et économique, comme politique – d'un bien commun.

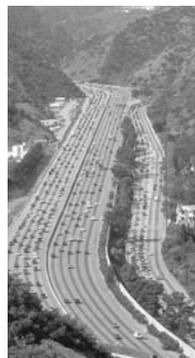
6° Qui peut contester que, même selon la théorie économique dominante, l'accès à des soins relève d'une « obligation d'usage » (comme la sécurité publique), ce qui constitue un des critères clés pour définir un bien collectif, un bien public ?

C'est d'ailleurs parce que l'accès aux soins est considéré comme un **service indispensable à l'ensemble de la population** qu'il bénéficie d'un financement public. Ce type de financement résulte : 1° de la reconnaissance par la collectivité de la contribution d'un secteur non marchand au bien-être des individus dans leur ensemble et à leur qualité de vie ; 2° de l'impossibilité de laisser gérer ces besoins par le marché, si l'on veut respecter un rapport entre besoins et droits relevant de **l'égalité**².

La restriction des financements publics ou leur limitation maximale traduit simplement la réticence, allant jusqu'au refus, de reconnaître le rôle décisif d'un secteur non marchand. Ce qui est le cas en Suisse, hier, aujourd'hui et encore plus demain. L'opposition actuelle virulente à une réelle participation délibérative des usagers et de leurs représentants dans la gestion d'une « caisse unique » puise à la même source. Or, ce rejet d'un droit démocratique contrevient à la deuxième caractéristique d'un bien commun.

7° Comme nous l'avons mis en relief en introduction de ce chapitre, les effets de la pollution sur la santé

2. Le terme **équité** remplace celui d'**égalité**. Or, **l'équité** consiste à aménager des efforts pour corriger des déséquilibres de « l'ordre naturel du marché ». C'est en fait le fondement philosophique de la charité et de l'assistance... qui fait un grand retour, y compris sous la forme de la philanthropie des Bill Gates (Microsoft) et Warren Buffet (Fonds d'investissement Berkshire Hathaway Inc.)... sans parler de Roger Federer. **L'égalité** est un droit politique historiquement acquis par le combat social. C'est le fondement philosophique du principe de l'accès égal pour tous.



3. **Externalité négative.** Une externalité est définie, dans l'économie néoclassique, comme une interaction entre agents économiques sans transactions sur le marché. Il y a **externalité négative** lorsque A « bénéficie » de la pollution émise par B avec sa 4x4, ou de la fumée de son voisin... avec leurs effets connus sur la santé. Une externalité négative peut détruire une **externalité positive** : ainsi certains désherbants ou la pollution de l'air peuvent porter atteinte à la vie des abeilles d'un apiculteur dont le voisin, un horticulteur, bénéficiait du « travail » des abeilles, décisif pour assurer la pollinisation des fleurs qu'il cultive.

sont envisagés aujourd'hui comme des « externalités négatives »³. En réalité, la pollution automobile n'est pas « externe » au système, elle est bien un produit interne, intrinsèque à la réalité et à la logique du système capitaliste.

Le marché automobile est construit par l'un des plus puissants « lobbies » économiques du monde : le conglomérat des « majors » du pétrole, de l'automobile (avec ses fournisseurs allant de la sidérurgie à l'aluminium, en passant par la pétrochimie et l'électronique), du secteur oligopolistique du béton (Holcim de Thomas Schmidheiny) et du gros œuvre (Implemia, firme issue, en 2006, de la fusion des premières entreprises du secteur en Suisse : Zschokke et Bati-group).

Les études mentionnées au début de ce chapitre – au-delà de leur pertinence méthodologique – montrent que le « coût sur la santé » (le coût social) de la pollution de l'air par les transports routiers peut dépasser les « bénéfices privés » issus de la croissance de la vente et l'utilisation d'automobiles comme de l'extension des transports liés à la logistique (donc à l'explosion de la sous-traitance).

Le professeur français Dominique Belpomme, directeur du Centre de recherche sur le cancer (CERC) et président de l'Association pour la recherche thérapeutique anti-cancéreuse (ARTAC), publiait en 2004 un ouvrage remarqué : *Ces maladies créées par l'homme. Comment la dégradation de l'environnement met en péril notre santé* (Ed. Albin Michel). Ce livre constitue un dossier à charge de première importance pour mettre en cause la conception actuellement dominante, en Suisse, de l'économie de la santé et de la politique du cartel des caisses maladie, appuyées toutes deux par les autorités.

Une politique publique de santé, inscrite dans la conception du bien commun, se doit de s'inspirer des principes énoncés par l'économiste René Passet dans le domaine de la bioéconomie. C'est-à-dire de partir du fait, constaté, « que l'intérêt général est autre

chose qu'une somme d'intérêts individuels» et qu'il existe « des biens communs dont les problèmes transcendent la logique des nations [migrations et santé, par exemple, sans parler des pandémies] comme celle du marché » (René Passet, *L'économie et le vivant*, Petite bibliothèque Payot, 1983, et *L'illusion néolibérale*, Fayard, 2000).

Le calcul monétaire ne doit pas être la référence unique et ultime. Des indicateurs multiples d'ordre matériel (liés aux conditions de travail et au niveau de vie comme de socialisation d'un chômeur, de nutrition, etc.), qualitatif (qualité de vie, qualité des milieux, déstructuration des réseaux sociaux accroissant les prises en charge), etc. doivent être l'objet d'une délibération collective. Les « experts » y ont leur place. Certains pourront alors quitter le rôle de *spin doctors*, c'est-à-dire d'une personne chargée de présenter les situations délicates sous un jour faussement optimiste, et surtout de justifier « scientifiquement » la compression des dépenses de santé, comme un facteur de la « compétitivité de la Suisse » ! Il est vrai que plus d'un parmi ces « experts » préfère s'attribuer la qualité de spécialistes opérant dans le domaine de « l'aide à la décision »... des élites au pouvoir.

8° Les *Diagnosis Related Groups* (DRG) – Groupes homogènes de diagnostics (de malades) – jouissent d'une grande popularité auprès des gestionnaires du secteur hospitalier. Nous n'aborderons pas dans le cadre de ce premier Cahier *La brèche*, l'analyse des DRG, qui sont au nombre de cinq (et évoluent). Sur le fond, ils renvoient à une préoccupation centrale parmi les « décideurs » : « Face à la raréfaction des ressources affectées au secteur de la santé, le gestionnaire doit introduire des contraintes de gestion, or la nature de l'activité médicale rend sa tâche bien complexe. Pour commencer il faut définir quel est le produit final qui sort de la « chaîne de production » de l'hôpital. La deuxième difficulté consiste à introduire un modèle de contrôle de gestion appro-

prié à ce type d'activité.» (Bernard Morard, Zofia Swinarski Huber, « Quels coûts pour quels produits hospitaliers ? » in *Les Cahiers de recherche*, 1999.14, HEC, Genève).

Le but de l'opération est bien défini par ces auteurs – qui font par ailleurs diverses critiques techniques pertinentes des DRG : « *Si le but final de la recherche du produit hospitalier est d'exprimer "la production" de l'hôpital en termes de produits, générateurs de coûts et de recettes, il est nécessaire de se mettre d'accord sur un paramètre unique. Ce choix se fera de manière consensuelle, en fonction des partis concernés (l'intérêt des gestionnaires pour les produits de type DRG) et/ou en fonction des impératifs du système en vigueur (remboursement des hôpitaux par des forfaits journaliers)* ». (Ibid.)

Sur cette base un amalgame est effectué entre prix et coûts, car les premiers doivent recouvrir les coûts. Or si l'accès aux soins et la santé sont considérés comme **un bien commun, le prix doit être socialisé**. Sans quoi, on accentue un système sanitaire individualisé qui n'est viable que dans un environnement marchand (avec ses privatisations) donc **socialement sélectif**. Le paradigme des besoins et du bien commun est détruit.

Or, l'aspiration à la santé et donc à un accès à des soins de qualité pour toutes et tous est l'expression d'un besoin social profond. Il ne peut que bousculer les résistances financières et institutionnelles propres au capitalisme.

Voilà ce qui explique les efforts et la violence de la campagne de propagande contre toutes les propositions qui vont dans le sens de l'établissement d'un système de santé de qualité, fonctionnant sur la base d'une **fixation d'un prix socialisé**. Ce dernier nécessite un organisme tampon que l'on ne peut qu'appeler **système de sécurité sociale généralisée**. D'ailleurs quelle sécurité n'est-elle pas sociale, au sens premier du terme ?

Dans un tel cadre, la « maîtrise des coûts » pourrait être exercée de manière plus aisée et démocratique. D'une part, dans un tel système, un « prix moyen » (uniforme) suffit, ce qui simplifie les choses et diminue les coûts. D'autre part, les soignants savent, déjà aujourd'hui, qu'ils/elles s'évertuent à calculer des coûts douteux en « remplissant » des systèmes d'information (par exemple, codification des actes qui mélange, de manière perverse, coûts et informations sur les soins aux malades) très peu fiables et très coûteux afin de prétendument mesurer l'efficacité des services de soins et des établissements hospitaliers. Leurs « inventions » quotidiennes dans la pratique quotidienne constituent un réservoir d'efficacité plus pertinente que les résultats des formulaires à remplir (une tâche qui réduit le temps consacré aux soins). Tout cela constitue un élément important du débat public qui occupera une place centrale au cours des années à venir en Suisse et en Europe. En dernière instance, ce débat porte sur un choix de système social, économique et politique.