

# FINANCE, POLITIQUE ET SANTÉ : BILAN DE QUELQUES MILLÉNAIRES

PRATIQUES, LÉGISLATION ET COÛTS JUSQU'À LA FRANCE DE 1945

JEAN-MARIE THIVEAUD\*

L'établissement, conformément aux vœux de notre comité de rédaction, d'un bilan historique du financement de la santé est une entreprise périlleuse qui me conduit à imposer encore au lecteur un parcours pénible à travers les âges<sup>1</sup>. Mais pour résumer sans tarder cette longue promenade dans le passé, il suffit de dresser un constat d'emblée: le bilan rétrospectif du financement de la santé révèle que, pendant des millénaires et jusqu'à ces récentes années, la question du financement collectif ne s'est pas, ou pratiquement pas, posée. Le rapport de fatalité ou de nécessité que l'homme a entretenu, depuis la préhistoire, avec la question de sa santé semble, en effet, guère comparable avec celui qui inquiète chacun de nous aujourd'hui. Au long des millénaires, entre les variations climatiques, les guerres, les grandes épidémies, les famines et les catastrophes naturelles, d'autres questions de survie collective ont préoccupé Etats et sociétés. La relation entre le malade et la société est restée longtemps intermédiée par le médecin qui se substituait à la famille ou à la communauté dans une sorte de colloque singulier. Les moyens scientifiques et techniques n'ont jamais connu le développement et la sophistication que la société industrielle a commencé d'enregistrer dans la deuxième moitié du siècle dernier. L'évolution des cinq dernières décennies, dans le domaine de la santé, comme au reste dans celui de la finance et ailleurs, marque ainsi une rupture majeure dans l'histoire de l'humanité et nous confronte à l'inédit. Tout le problème sera alors pour nous de savoir si ces situations nouvelles affectent fondamentalement l'avenir de l'homme et celui de nos sociétés ou si elles ne constituent, dans notre longue histoire, qu'une péripétie que le progrès permettra de dépasser. Voire, si elles ne nous ramènent pas brutalement à notre lointaine origine. L'historien, même épris de futurologie, avance donc avec circonspection

15

---

\* *Conseiller historique de la Caisse des dépôts et consignations.*

1. Je tiens à remercier pour leur aide précieuse dans la collecte des sources archivistiques et documentaires, Frédéric Vidal, chargé de recherche, et Tiherno Sek, chercheur stagiaire, à la Mission des travaux historiques de la Caisse des dépôts et consignations.

· dans cet univers inconnu qui met au défi un rapport multimillénaire à l'ontologie, dans sa forme la plus stricte. Certes, comme l'avait écrit Tertullien, « Au commencement, Dieu créa l'angoisse », mais cet effroi d'un nouveau type qui, depuis un siècle environ, saisit l'humanité, trouve ses causes immédiates à la fois dans la transformation ou la dilution des rapports sociaux et dans les mutations provoquées par l'essor des nouvelles technologies. Depuis la psychologie des foules du Dr. Le Bon, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, jusqu'à la « foule solitaire » de l'Amérique des années soixante ou aux « exclus » de la France d'aujourd'hui, le rapport entre l'individu et la communauté s'est tragiquement modifié.

· Contrairement aux enthousiasmes qu'il suscitait il y a moins de deux cents ans, le progrès technologique à l'oeuvre dans les sciences du vivant devient un nouveau facteur d'incertitude dès lors que se dessinent les indicibles perspectives ouvertes par la biologie, le génie génétique, les systèmes électroniques, replaçant l'humanité devant une nécessaire réflexion éthique sur, tout simplement, la vie.

· Si l'on revient aux questions plus financières, un autre facteur contribue très sensiblement, et de façon tout à fait paradoxale, à l'éclatement des valeurs de solidarité qui ont pourtant fondé le système de santé de la Sécurité sociale de 1945. Le transfert, sur une collectivité nationale, quantitativement mesurable mais qualitativement abstraite, des responsabilités qui incombent depuis des millénaires à la personne, à la famille, puis aux collectivités territoriales, ne peut qu'accélérer le mouvement de la dissolution dans l'anonymat. Partant, chacun ne se souciant que de sa propre santé, ou chaque médecin de celle de son client, il devient inévitable que le sens de la mesure s'efface devant l'anxiété de l'être isolé et que l'on sombre dans l'excès du traitement, l'excès de la dépense, le vertige de la démesure. L'exemple des fonds de pension américains montre à quel point la fusion des souscriptions individuelles dans des agrégats financiers colossaux, eux-même relayés par les effets de levier des marchés financiers, vient, comme un raz de marée, submerger les relations au sein de la famille, les rapports entre les générations, les liens de proximité, les solidarités de groupe, etc., augmentant les risques d'une situation sociale déjà explosive. Ces divers comportements, individuels, collectifs, universels, chaque jour transformés, massifiés, manipulés, induisent dès lors inexorablement les grands problèmes concrets du financement de la santé que nous affrontons aujourd'hui, l'augmentation massive et soudaine des coûts de la consommation médicale. Les médicaments, les traitements nouveaux, nés des découvertes scientifiques, les équipements de pointe qui se développent au gré des progrès incessants de la technologie, sont eux-même portés par les capacités financières gigantesques des investisseurs, entre industrie et marchés, hors de tout système de redistribution ou

de solidarité. Aussi, me paraît-il essentiel de bien poser, fût-ce schématiquement, les éléments inédits de notre situation en cette fin de siècle, en Occident et en France plus spécialement, pour mieux comprendre les oppositions ou les similitudes avec une situation antérieure dont l'éloignement, en France, ne dépasse guère cinquante ans.

Pour fastidieuse que pourra paraître cette longue remontée en arrière - j'en ai éprouvé déjà les effets -, elle permettra peut-être de mieux saisir le débat immémorial entre l'homme et la nécessité. Comme l'écrivait Chesterton, vers 1920, : « Si la fabrication du savon est incompatible avec la fraternité, tant pis pour la fabrication du savon, mais pas pour la farternité... Mieux vaut certes se passer de savon que de se passer de société. »<sup>2</sup>

#### *Finance, santé et politique : les racines communes*

Les rapports entre la finance et la santé sont, pour l'anthropologue et l'historien, merveilleusement évidents. Finance et santé nous ramènent d'un bref coup d'aile aux époques des origines et du mythe, toutes deux plongeant leurs fantasmatiques racines dans les profondeurs incertaines du sacré, de la religion et de la magie. De la même manière que l'acte financier est associé de toujours à un acte de foi, à la croyance, au crédit, la santé, l'acte médical repose sur un même engagement de la confiance, selon les mêmes mécanismes qui suscitent l'adhésion aux professions de foi des hommes politiques. Finance et santé - comme finance et politique - s'inscrivent dans la dimension de la promesse, de l'anticipation rêvée ou attendue. Pour reprendre une figure chère à M. Aglietta et A. Orléan, la santé, comme la finance et la monnaie, nous entraîne, de toujours, sur les chemins du sacrifice. Et le premier médecin est cet homme qui a établi une relation singulière avec les puissances supérieures - celui qui a reçu ou dit qu'il a reçu le \**kred*-, le prêtre ou le magicien, le même qui deviendra aussi le *rex*, le roi, celui qui fera le droit avant de tailler la monnaie. Dans l'univers indo-européen, comme le montre parfaitement E. Benveniste<sup>3</sup>, le vocabulaire initial de la santé, le mot même de médecin, renvoient à la notion de mesure, elle même dérivée du vocabulaire du droit puis de la justice. « La notion désignée n'est pas « faire passer la santé à un malade » mais « soumettre un organisme troublé à des règles prévues, ramener l'ordre dans une perturbation. » Le chaman, le sorcier, le prêtre de toutes les divinités, dont certains deviendront rois ou magistrats, organisent le rapport du « droit » (par opposition au « pervers ») entre l'homme et son

2. G.K. Chesterton, What is Wrong in the World, trad. fr., Le Monde comme il ne va pas, Lausanne, L'Age d'homme, 1994.

3. E. Benveniste, Vocabulaire des institutions indo-européennes, t.II, Paris, Ed. de Minuit, 1969.

corps, entre l'homme et son esprit, entre l'homme et la maladie, la mort et la vie. Dans l'Inde ancienne, dans la Grèce préhomérique, comme encore chez des primitifs contemporains, l'exercice de la médecine reste partagé entre magie et empirisme, les soins sont le plus souvent prodigués dans des enceintes sacrées, dans les temples, entre formules rituelles incantations et huiles consacrées.

#### *La médecine et sa rémunération dans l'antiquité classique*

Avec Hippocrate et Alcméon de Crotonne la médecine se transforme, devient une *techné*, décomposée entre la pharmacologie, la physiologie et la pathologie, fixée dans le corpus hippocratique. A la même époque, le monde hellénique, quoique très fragmenté entre ses nombreuses cités, s'organise sur la monnaie. Toutefois, dans le domaine de la santé,<sup>4</sup> si une sorte de doctrine scientifique commence de s'imposer, il n'en reste pas moins que, chez les Grecs, les liens de type affectifs constituent encore une base essentielle de l'exercice de la *techné iatriké*. La relation entre le médecin et le malade repose sur la *philia*, que l'on a trop souvent assimilée à l'amitié, tandis qu'il signifie davantage une sorte de pacte moral, de contrat d'adhésion, selon une formule que l'on retrouve dans les transactions financières de la même période<sup>5</sup>. Mais, à la différence de ce que l'on observe, à peu près dans le même temps, en matière financière et monétaire, le domaine de la santé se fonde sur un tissu fragile de relations interpersonnelles, entre deux individus, le médecin et le malade. Aucune forme de lien social, comme celui que représente la monnaie, ne vient transformer, soit en système de souveraineté par l'entremise de l'Etat, soit en réseau de solidarité au travers de la communauté, ce qui n'est toujours perçu que comme une gestion individuelle de la mort et de la vie, dont chacun assume, en propre, la responsabilité.

Selon l'éthique hippocratique - comme dans la plupart des civilisations anciennes -, l'homme est animé par une sorte d'instinct qui le conduit à porter assistance à son semblable qui souffre. Cette attitude, soumise à la liberté individuelle et donc à la possibilité du refus, trouve aussi sa limite dans les lois de la nature. *L'ananké phuseos*, la nécessité de la nature fixe des limites au delà desquelles l'assistance, les soins, l'art thérapeutique sont impuissants et que l'homme ne doit pas dépasser, au risque de sombrer dans *l'hubris*, la démesure. Dans chacune de ces situations, chaque homme, médecin ou malade, assistant ou assisté, est confronté à son libre arbitre, la nature, les dieux et non la société ou l'Etat servent de référence à ces valeurs que porte la *philia*.

4. P. Latir Entralgo, *Le médecin et le malade*, Paris, Hachette, 1969.

5. E. Bénveniste, op.cit.supra.

Ainsi, la *philia* entre malade et médecin repose sur un équilibre fragile. D'une part, pour le médecin, elle est à la fois le produit de sa *philotechnia*, son amour de l'art et de la nature, et celui de sa *philanthropia*, amour de l'être humain dans la nature, quoique toujours soumise à la fatalité, l'*ananké phuseos*. Pour le malade, d'autre part, elle est une sorte de contrat de confiance, souvent biaisé par la croyance religieuse, toujours en butte néanmoins à la fatalité et à la nécessité. Cette situation partagée ou équivoque se vérifie au plan financier, le contrat d'amitié n'est pas exclusif d'un intérêt économique, le médecin est rémunéré pour ses actes par le malade, compensation mutualisée de la foi et de la nécessité. Dans la Grèce et la Rome antiques, les conditions du traitement varient selon l'origine des malades et sont inégalitaires. Les esclaves sont le plus souvent soignés par des médecins esclaves, les négociations se règlent entre esclaves. Les étrangers, les Barbares, doivent négocier durement avec les thérapeutes locaux et, peu à peu, s'adresser à des médecins étrangers qui s'installent dans les cités pour répondre aux besoins. Les hommes libres et fortunés bénéficient de soins plus attentifs contre une rémunération substantielle, les citoyens libres mais pauvres paient moins cher mais la nature de la *philia* entre eux et leurs médecins change de signification. Sauf dans certains cas d'exception, lorsque le médecin veut soigner sa réputation par un acte héroïque ou lors d'épidémies importantes, la santé est toujours financée à titre individuel, le médecin est payé par son malade ou sa famille. La prise en charge de la santé par une communauté, hors de la relation interpersonnelle, n'intervient que dans des circonstances spécifiques. A Rome, deux systèmes d'organisation collective des soins se mettent en place, à la fin de la République, qui expriment un transfert de souveraineté face aux libertés individuelles. La prolifération des esclaves dans les grands domaines fonciers privés ( les *latifundia* ) conduit à l'organisation de maisons de santé ou d'infirmes pour cette population. L'Etat, de son côté, organise pour les militaires des services de soins et des hôpitaux.

Mais, dans la majorité des cas, ces initiatives communautaires ramènent dans le champ du sacré, dans les enceintes des temples qui servent peu à peu d'hôpitaux ou d'hospices. Depuis très longtemps, les temples consacrés à des divinités douées du don de guérison sont innombrables, en Egypte, en Grèce, en Mésopotamie, en Inde ou en Chine, mais les malades s'y présentent seulement pour les rites et n'ont pas le droit d'y prendre séjour. Sans doute l'accumulation des offrandes permet-elle une évolution de la destination des sanctuaires et l'on fixe, vers le III<sup>e</sup> siècle av.J.C., en Inde, la première transformation de temples et monastères bouddhiques en hôpitaux pour les pèlerins et les malades nécessiteux. L'assistance médicale se collectivise partiellement et par l'intermédiaire de la religion.

*La révolution chrétienne : santé et salut*

Ce phénomène religieux se généralise, dans l'Empire romain déclinant, avec l'implantation du christianisme et va ainsi induire un mouvement multiséculaire en Occident.

Mais la grande révolution chrétienne au regard de la santé précède historiquement les créations institutionnelles et tient d'abord à un renversement fondamental des notions qui organisent les rapports entre les hommes.

Comme on le sait, le concept hellénique de *philia* ou de *philanthropia* cède le pas à celui de *l'agapé*, que l'on traduit en latin par *caritas* et qui va servir de socle au modèle durable de la charité. La *philia* grecque sous entendait un rapport de possession, et donc une définition préalable, un choix de l'ami, tandis que *l'agapé* devient l'amour du prochain, dans sa généralité d'être humain, par principe, à l'exclusion de toute acceptation individuelle. Les limites de la nature, *l'ananké phuseos*, s'effacent désormais puisque le salut - donc la santé - dépasse les bornes de la vie et de la mort pour s'étendre aux promesses de la vie éternelle, l'âme et le corps ont besoin de soins. La charité chrétienne inspire le nouveau rapport à la santé qui se fonde sur un égalitarisme dans le traitement, qu'on soit libre, esclave, étranger, riche ou pauvre et, dans le cas des nécessiteux, sur la gratuité des secours. L'assistance médicale vise à la fois la thérapeutique du corps physique mais aussi la préparation au passage vers l'au delà du corps glorieux, traitement et sacrement font cause commune. Ces bouleversements dans l'ordre de la pensée, des relations entre les personnes, entre le monde d'en haut et celui d'en bas, entre les pouvoirs temporels et le pouvoir spirituel, vont imprimer, pour des siècles, une marque spécifique à la notion de santé, à sa gestion individuelle et collective, organisant un retour radical vers le sacré, domaine réservé dont l'Etat et la société doivent, plus ou moins, se tenir à l'écart.

Dès les premiers temps du christianisme, ces notions fondamentalement novatrices de l'égalité et de la fraternité universelles sont mises en pratique dans les communautés naissantes. Les diacres, dans le ressort de leurs diaconies, sont préposés à l'assistance des pauvres et des malades, à la collecte des secours nécessaires et à l'encadrement des veuves et vierges qui les aident dans ces tâches.

Cette mutation ne signifie pas pour autant une cléricisation soudaine de la médecine, ni un long confinement du secteur de la santé dans le monde de la religion mais elle implique des prises de positions distinctes entre les différents acteurs.

Ces positions s'expliquent, dans le camp des puissants, par des raisons éminemment politiques, par des motifs plus prosaïquement financiers, qui

évolueront et basculeront au cours du temps. En revanche, dans les rangs confus du peuple ou de ce que l'on nommera un jour le corps social, les positions sont soumises, d'un côté, à la fatalité archaïque ( l'*ananké pbuseos* des Grecs), de l'autre, à la promesse du salut dans l'éternité.

L'organisation de la santé passe ainsi entre les mains de l'Eglise, dès le III<sup>e</sup> siècle après J.C., lorsque Saint Jérôme fonde, avec de riches romaines, à Jérusalem, des hôpitaux qui abritent malades et convalescents. Les conciles édictent des prescriptions relatives aux questions d'assistance et de santé. En 325, le concile de Nicée dispose que chaque évêché doit se doter d'un établissement capable d'accueillir les voyageurs, les pauvres et les malades. Sous Constantin, lors de l'adoption du christianisme comme religion officielle, l'Empire participe au développement des infrastructures de santé ou d'assistance. Les établissements se multiplient avec le concours de financements publics et privés mais, comme pendant longtemps, la destination est spécialisée et englobe des catégories de population qui ne relèvent pas toutes d'un traitement médical. Le vocabulaire atteste de ces spécialisations, les *xénodochies* reçoivent les étrangers, pèlerins et voyageurs, les *orphanotrophies* recueillent les orphelins, les *gérontocomies* les vieillards invalides, les *nosocomies* sont plus directement vouées au soin des malades. Dans les périodes qui suivent, Byzance prend le relais de Rome en proie aux invasions et contribue à l'essor des institutions sanitaires, comme l'hôpital de Basile le Grand, dit aussi Ptocheion, à Césarée, celui de Saint Jean Chrysostome, à Constantinople, érigés entre 375 et 400. Autour de 550, Justinien édicte dans ses codes des mesures multiples visant à la constitution et à l'administration de fondations hospitalières, religieuses et privées, qui serviront de modèles pendant des siècles. Des hôpitaux sont créés en Gaule entre les III<sup>e</sup> et VI<sup>e</sup> siècles (Châlons sur Marne vers 295, l'hôtel-Dieu de Lyon vers 545), avant que ne s'effondrent les écoles de médecine d'Arles, Marseille, Lyon et Toulouse.

### *Finance et santé dans l'Occident du Haut moyen âge*

Avec le développement du monachisme, les monastères deviennent très vite des centres de santé, dans la Chrétienté orientale et occidentale. La Règle de Saint Benoît, rédigée vers 540, précise que « *le soin des malades doit passer avant tout et au dessus de tout et leur être offert comme au Christ lui-même qui a dit : « j'étais malade et tu m'as secouru »* »<sup>6</sup> Cassiodore, depuis son monastère calabrais, à la fin du VI<sup>e</sup> siècle, organise des formations médicales, des bibliothèques de médecine, des herboristeries qui se déploient dans tous les pays<sup>7</sup>. Conformément aux préceptes de

6. Sancti Benedicti Regula monachorum, sec. cod. Sangall..., cap. XXXVI, éd. de Mardesous, 1955.

7. J. Leclercq, *L'amour des lettres et le désir de Dieu*, Paris, Cerf, 1963.

la règle bénédictine, les soins des moines sont prodigués sur un mode égalitaire, quelle que soit la condition des malades, et avec le maximum d'attention et de moyens. La période carolingienne verra encore le développement des structures hospitalières dans l'environnement des abbayes et des sièges capitulaires. Charlemagne, en 805, inscrit l'enseignement de la médecine dans les écoles monastiques, l'Hôtel Dieu de Paris est fondé vers 815. Si les médecins laïcs demeurent encore très présents - la cour impériale conserve longtemps son *comes archiatrorum*, le chef des médecins -, les prêtres exerceront de plus en plus l'art médical, notamment dans l'univers des monastères, entre les VII<sup>e</sup> et XII<sup>e</sup> siècles.

En Orient, le développement des fondations de santé se renouvelle autour du X<sup>e</sup> siècle dans l'empire byzantin, tandis que les pays d'Islam construisent un modèle très élaboré d'assistance aux démunis, d'hygiène publique et d'institutions hospitalières. Alors qu'à Byzance et dans le monde musulman, l'Etat fixe la législation et prend en mains une partie de la gestion aux cotés des initiatives privées, l'Occident chrétien, livré à la confusion politique et économique, laisse volontiers les affaires de santé et de charité à l'Eglise, chargée du salut des corps et des âmes. Certes, Charlemagne, dans plusieurs capitulaires, fait obligation aux ducs et comtes de protéger les pauvres et les malades attachés à leurs domaines, mais l'application de ces mesures est contrariée à la fois par les moeurs ambiantes et par la prompte dissolution de l'empire.

La représentation individuelle et collective de la santé ne connaît pas d'évolution sensible par rapport à l'antiquité. Le servage, qui perdurera dans les temps féodaux, ramène le statut de l'esclave, le serf appartient à son seigneur qui le traite à sa guise. L'expression commune d'*homines quotidiani*, souvent relevée dans les chartes carolingiennes, montre bien que pour la plupart des hommes la vie se vit au jour le jour, la fatalité et la nécessité règlent, à très court terme, les destins. Le statut de mainmortables attaché à nombre de communautés de serfs augmente encore, d'un point de vue économique, la précarité de leur condition. Dépourvus de biens propres, ils ne peuvent guère subvenir à leur existence même immédiate. Ce sentiment de dépendance de la volonté suprême, celle de Dieu ou celle du maître et seigneur, est inscrite dans les mentalités pour de longs siècles. L'alternative du salut, réelle ou rêvée, est offerte dans les monastères qui, pendant près de trois cents ans, apportent vraiment des secours aux serfs et paysans de leurs domaines, aux voyageurs, aux guerriers, aux voisins qui traversent leurs terres. Les donations, les privilèges publics, les acquisitions foncières, les dons privés permettent d'accumuler des ressources suffisantes. Pourtant, dès le XI<sup>e</sup> siècle, comme en attestent les déclarations du concile de Clermont, l'administration religieuse de la santé commence de susciter quelques émotions et la question financière est au centre des



interrogations, entraînant des prises de position en forme d'interdictions. Certains clercs, disent les évêques « *apprennent la médecine pour le plaisir du gain et promettent la santé contre un argent détestable* »

### *Santé, finance et politique dans la France médiévale*

Le XII<sup>e</sup> siècle, période de renaissance et de transition dans tous les domaines, inaugure une première rupture dans le système de santé de la Chrétienté. Des motifs multiples expliquent cette évolution. Dans le seul domaine médical, les apports de la médecine grecque retrouvée et de la médecine arabe novatrice favorisent l'essor des grandes écoles de médecine, le renouveau de l'école de Salerne, la fondation des écoles de Bologne, de Montpellier, celle de Paris, en 1200, sur décision de Philippe Auguste. Le développement parallèle, dans le réseau naissant des universités, de la pensée philosophique et théologique permet d'associer l'héritage grec à la tradition chrétienne et de restaurer, au travers des études de la nature, un véritable art de soigner, moins empirique, plus scientifique. Mais à ces progrès spécifiques au terrain de la santé doivent s'ajouter les bouleversements politiques et les mutations économiques, l'hégémonie croissante des royaumes, la monétarisation relancée, l'expansion urbaine qui modifient les rapports entre les détenteurs du pouvoir et les rapports au sein des sociétés.

23

Les Etats commencent de disputer finances, territoires et privilèges à l'Eglise, les communes revendiquent, souvent contre l'autorité ecclésiastique, libertés et franchises, les grandes institutions monastiques en déclin laissent la place aux ordres mendiants et prêcheurs qui n'ont plus la même vocation et ne disposent plus de grandes infrastructures. Sur le modèle déjà éprouvé dans la chrétienté primitive et à Byzance, de nouveaux établissements sont créés sous forme de fondations qui accueillent, avec les paroisses ou les communes, des dons financiers, des immeubles, des ensembles fonciers. Le développement de la technique des rentes, vers la même époque, favorise aussi les placements. Le mécanisme des rentes en dons et legs, au très long avenir, commence de s'appliquer dès ces périodes. En outre, selon une formule héritée des temps carolingiens, ces fondations, comme les propriétés ecclésiastiques, sont considérées comme des biens de mainmorte, appartenant à des associations pérennes où le principe de succession n'intervient pas. Ce statut, mis en cause au XVIII<sup>e</sup> siècle et partiellement supprimé en 1905, présente l'avantage financier d'une capitalisation constante et d'une rentabilité soutenue par le long terme, au même titre, dans le système public et à quelques décennies de distance, que les emprunts en rente perpétuelle, sur lesquels, au reste, seront souvent gagés les biens des ces communautés. Le pouvoir royal

s'attaquera souvent à cette forme d'organisation qui entrave l'augmentation des finances publiques, mais il la protégera aussi, pour se décharger de contraintes trop lourdes. Dans le domaine sanitaire et social, au sens où nous l'entendons aujourd'hui, les biens de mainmorte seront - et sont encore - maintenus, pour ce motif de transfert de charges.

Si les moyens financiers des nouveaux établissements semblent raisonnablement disponibles, les besoins des malades n'en sont pas amoindris, d'autant plus qu'au travers des échanges internationaux surviennent les grandes épidémies. La lèpre, qui escorte les retours de croisades, réclame l'organisation rapide des maladreries, dont le nombre atteint presque 2 000 établissements, de taille variable, dans la France de Louis VII, au milieu du XII<sup>e</sup> siècle. Au XIII<sup>e</sup> siècle, sur des ensembles territoriaux correspondant à nos actuels départements, l'on compte une moyenne de soixante fondations, deux tiers en zone urbaine et un tiers en milieu rural.

Les responsabilités se partagent alors, moins sans doute par souci de solidarité que pour mieux marquer les limites respectives de souveraineté. Dans la tradition archaïque qui associe le droit et la médecine, et avec le renouveau des écoles de légistes, les princes chrétiens, dont l'autorité s'accroît sans cesse, vont recourir de plus en plus à la loi pour encadrer la santé. Les souverains de la période, et l'Empereur Frédéric II montre l'exemple au nom de sa théorie personnelle de la *Necessitas*<sup>8</sup>, augmentent peu à peu la part de la législation et de la réglementation en matière médicale, s'inscrivant parfois comme des substituts de la Providence divine dans la régulation de la Nature. Ces avancées législatives ne sont guère dissociables des progrès concomitants de la fiscalisation qui touche à la fois les professionnels de la médecine et les établissements de soins. La répartition des pouvoirs sur les territoires permet aussi de partager les charges, au gré des alliances entre le Roi et les différentes entités décentralisées, renvoyant la question de la santé dans les limites d'une gestion de proximité, au niveau local, où elle restera pour de longs siècles. Les communes, les organisations de métiers à l'intérieur des villes, les confréries et certaines congrégations religieuses participent ainsi à l'effort d'assistance médicale, sous la pression des Etats et moyennant des contreparties financières.

L'Eglise continue de tenir le premier rang dans le concert de la santé mais déplace aussi les responsabilités. La création, entre le XII<sup>e</sup> et le XIV<sup>e</sup> siècles des grands ordres hospitaliers, vient remplacer le réseau précédent des monastères à l'échelle de la Chrétienté. Au plan local, le clergé séculier, en association le plus souvent avec les nouvelles structures municipales et les confréries, se lance, comme à Lyon, en 1129, par la

8. E. Kantorowicz, *L'Empereur Frédéric II*, Paris, Gallimard, 1987.

création de l'hôpital des pauvres, dans l'aventure de la charité communautaire. Après les déclarations du concile du Latran, en 1179, qui règlent le fonctionnement des hôpitaux, les clercs ne peuvent plus désormais exercer l'art de la médecine et leur rôle se transforme en tâches de soutien, de collecte de moyens et d'administration. En France, le XIII<sup>e</sup> siècle connaît, avec Philippe Auguste puis surtout Saint Louis, une floraison d'institutions hospitalières, fondées à l'initiative royale, qui accueillent une population spécifique ( l'hôpital des Quinze Vingt, à Paris, pour les aveugles, les maisons des confréries de métiers, etc.). Les communes prennent parfois en charge la rémunération du personnel médical, comme à Marseille, en 1325, mais le procédé est assez rare.

Un point mérite d'être souligné, et qui vaudra encore jusqu'au siècle dernier : la fonction première des hôpitaux et autres établissements analogues n'est pas, au sens où nous l'entendons en cette fin de XX<sup>e</sup> siècle, le traitement des malades, l'amélioration de la santé mais d'abord et surtout d'offrir aux nécessiteux un logement et de la nourriture, même si nombre d'entre eux sont réellement atteints de maux graves ou dangereux. Ils sont aussi des outils de prévention et de répression entre les mains des pouvoirs royaux et locaux pour garantir la sécurité publique. La période des XIII-XV<sup>e</sup> siècles est, en France et en Europe, traversée par le cortège des guerres, des famines et des pestes qui opèrent une chute catastrophique de la démographie et occultent ainsi les nécessités quotidiennes de la santé. L'urgence est de survivre aux bandes armées, aux épidémies et à la disette mais cette nécessité insuffle néanmoins des motivations généreuses au coeur des populations riches et moins riches, au nom de l'amour chrétien du prochain comme, probablement, par souci de protection contre les risques d'explosion sociale. Par le fait, la mendicité se développe brutalement au cours de ces deux siècles et va rester la préoccupation majeure des autorités. La logique primordiale, qui vaudra jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle, est donc d'isoler, d'enfermer les pauvres, les mendiants, les miséreux pour qu'ils ne viennent ni troubler l'ordre social ni propager leurs maladies.

Les dotations royales, les dons, les souscriptions, les quêtes et autres moyens de collecte font ainsi affluer des ressources abondantes dans les établissements d'assistance, provoquant assez rapidement des abus de gestion interne de la part des clercs, qui entraîneront à leur tour de nouvelles réglementations. Lorsqu'il offre à l'Hôtel-Dieu de Paris une dotation importante, sous forme de rente, Louis VIII assigne ainsi à cette gestion deux bourgeois de Paris, à l'exclusion de tout ecclésiastique. Au sein de l'Eglise, au début du XIII<sup>e</sup> siècle, le concile d'Arles s'élève contre les pratiques des religieux qui détournent les fonds destinés à la charité et, un siècle plus tard, en 1312, le pape Clément V promulgue une constitu-

tion pontificale pour prévenir les excès. Toutes ces mesures relatives à l'administration financière se révèlent généralement vaines mais vont réveiller - non sans de longs délais puisqu'il faut attendre la fin du XV<sup>e</sup> siècle - l'autorité royale qui peut saisir un prétexte supplémentaire dans sa lutte constante avec l'Eglise.

### *La réforme publique des Temps modernes*

Au cours du XVI<sup>e</sup> siècle, l'Etat intervient avec force dans la réforme du système hospitalier, le plus souvent à la requête de l'Eglise, en accord avec les Parlements et en liaison avec les municipalités. La question de l'assistance, au sens large qui prévaudra jusqu'au XX<sup>e</sup> siècle, sinon expressément celle de la santé, intéresse désormais les différents pouvoirs, spirituel et temporel, législatif et exécutif, national et local. Le XVI<sup>e</sup> siècle ne subit pas autant le drame des grandes épidémies des deux siècles précédents mais l'angoisse demeure dans les populations et conduit la puissance publique à rénover l'organisation des moyens sanitaires, particulièrement à Paris. Tout au long du siècle, au gré de la progression des «pestes», c'est à dire de toute forme d'épidémie, le Roi, le Parlement et la Ville multiplient les arrêts, les édits ou les décisions administratives pour prémunir les populations contre les risques de contagion. Les médecins qui soignent les pestiférés ont interdiction de traiter d'autres patients, sous peine de pendaison ; les constructions se multiplient à la périphérie de Paris pour isoler les malades, des cimetières spécialisés sont creusés, les hôpitaux sont réorganisés.

Les conditions dramatiques de l'Hotel-Dieu, décrites par de nombreux contemporains, en font un foyer idéal de contagion de toutes les maladies. Près d'un millier de malades se trouvent entassés dans les salles et la contagion ne tarde pas à s'étendre dans les quartiers voisins<sup>9</sup>. Aussi, en avril 1505, à l'instigation du pouvoir royal, les chanoines du chapitre de Notre-Dame de Paris, administrateurs de l'Hôtel-Dieu, demandent à l'Hôtel de Ville de prendre en charge la gestion de l'établissement, transfert qui est opéré avec le soutien du roi et du Parlement. En 1508, le *sanitat* de Saint-Germain et la maladrerie du Roule sont restaurés par l'Hôtel de Ville pour y enfermer les véroleux et prévenir toute épidémie. L'hôpital des Quinze Vingt sera réformé à son tour, par François Ier, en 1520, il accueille alors entre 100 et 150 malades.

Les nécessités de l'ordre public prennent le pas sur la charité chrétienne. Le contexte de la Réforme et des guerres de religion favorise évidemment les avancées de l'Etat dans ces domaines et le passage

9. J.P.Babelon, *Nouvelle histoire de Paris, Le XVI<sup>e</sup> siècle*, Paris, B.H.V.P.-Hachette, 1986.

progressif du monde des soins religieux à celui du service public. Les lettres royales de 1543 confèrent ainsi aux officiers royaux, sur tout le royaume, les charges de l'administration hospitalière qui incombait jusque là aux évêques. Les municipalités, par ordonnance de 1551, sont autorisées à percevoir un impôt particulier ( droit des pauvres ) pour subvenir à l'entretien des établissements hospitaliers. Dans le même temps, le concile de Trente essaie, en résistance, d'organiser une nouvelle réglementation au sein de l'Eglise mais les édits royaux pris en 1545, 1546, 1553, l'ordonnance de Moulins de 1556, la grande ordonnance de Blois, en 1579, retirent peu à peu au clergé toute forme de participation à la gestion des hôpitaux et maisons de santé. En même temps, ces différentes mesures législatives imposent aux administrateurs des hôpitaux de rendre compte régulièrement de leur gestion financière auprès des juridictions compétentes.

Cette évolution n'est pas propre à la France, elle s'impose plus rapidement, dans les faits, dans l'Allemagne protestante et les autres pays réformés, elle fait son chemin dans les esprits, en Espagne et en Angleterre.

Il n'en reste pas moins que le souci primordial est toujours celui de la lutte contre la mendicité, la pauvreté et la misère. La préoccupation de la santé n'intervient que très marginalement.

Pourtant, dans le même temps, la médecine a connu de réels progrès, depuis les grands chirurgiens italiens du XIV<sup>e</sup> siècle, comme Arnaud de Villeneuve, jusqu'aux Vésale, Paracelse, Fallope ou Paré des XV<sup>e</sup> et XVI<sup>e</sup> siècles qui développent la pharmacopée, la chimie et l'anatomie. Mais, comme dans la période médiévale, le traitement de la santé reste dans les limites étroites de la relation entre le médecin et le malade. Le médecin est au service de la puissance divine, il est soumis à l'ordre de la nature, entre amour de l'art et amour de l'homme, entre thérapeutique antique et charité chrétienne, mais il reste seul avec son malade. Comme en Grèce ou à Rome, il exerce son art de façon différente selon les catégories de patients, la médecine des pauvres est gratuite et expéditive dans les hôpitaux, la médecine urbaine, pour les gens de métier ou les commerçants, se fait à domicile et en passant mais contre argent comptant, pour les grands, elle peut devenir un poste permanent (*medicus a cubiculo*) muni de gros privilèges. La rémunération des actes médicaux s'opère donc toujours de façon singulière mais, depuis le XIII<sup>e</sup> siècle environ et dans la majorité des pays, la législation encadre de façon de plus en plus stricte les conditions de rétribution du médecin ou du chirurgien et la fiscalité s'applique plus fortement à ces professions dites déjà libérales. Si les Etats, les provinces ou les villes trouvent dans cette catégorie d'agents une nouvelle ressource fiscale, leur intérêt pour la maîtrise de la santé de chaque citoyen est

largement obéré par la loi commune de la nécessité. Les rois, les princesses, les cardinaux, les magistrats, les échevins meurent au hasard comme les bourgeois ou les manants, ils souffrent des mêmes maladies et, comme l'atteste la littérature de la période, de Rabelais à Molière, personne n'espère un grand secours de la médecine. Il est plus important de garantir la sécurité publique en encadrant les classes misérables, d'aider au développement économique en mettant au travail les pauvres et les sans abri.

#### *Laïcisation de la santé et ordre public*

La politique française des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles s'inscrit dans la continuité d'une relève, effectuée par l'État, des services que l'Eglise avait assurés pendant plus de mille ans. Mais le souci du financement de l'univers hospitalier qui, dans cette période, devient parfois aussi un instrument de crédit, semble sans doute plus aigu qu'auparavant.

Malgré les aménagements apportés durant les règnes précédents, la situation des hôpitaux ne s'améliore guère et Henri IV charge le cardinal Duperron, Grand aumônier de France, d'une nouvelle opération de réforme. Une Chambre de la Charité chrétienne est installée en 1606, doublée, par un édit d'octobre 1612, d'une Chambre de réformation générale des hôpitaux, vouée à la vérification des comptes des établissements. Une grande campagne de construction transforme Paris, édification des hôpitaux Saint Louis, Sainte Anne, de la Pitié, sous le règne d'Henri IV, puis, sous Louis XIII, des Convalescents, des Cent-Filles et des Incurables. Tous ces nouveaux ensembles sont supportés à la fois par des dotations royales et municipales et par des fondations ecclésiastiques et privées. Les ordonnances, édits, lettres patentes accompagnant ces réformes et ces créations (entre 1629 et 1637 notamment) font obligation aux administrateurs de soumettre leurs comptes aux magistrats des Chambres spécialisées. Dans certains cas, la modicité des financements interdit le fonctionnement des nouveaux établissements. Ainsi, parce que les pouvoirs publics n'ont « assis aucune taxe ni imposition sur le peuple pour y subvenir », l'hôpital de la Pitié, en 1612, ne parvient pas à remplir la fonction qui lui était assignée. Le recours systématique à l'impôt n'est pas encore concevable et le « droit des pauvres » ouvert aux municipalités, au siècle précédent, ne suffit pas ; l'Eglise prend alors le relais pour solliciter des concours parmi ses ouailles.

D'une manière générale, si l'administration hospitalière revient, aux termes des édits, à des laïcs, les religieux forment l'essentiel du personnel de ces hôpitaux et asiles, de nouveaux ordres se dévouent au soin des malades. A bien des égards, l'assistance aux pauvres est souvent peu dissociable de l'aide aux malades et le XVII<sup>e</sup> siècle voit ainsi la naissance

d'associations, compagnies et congrégations, comme les Dames et les Filles de la Charité, sous la houlette de Louise de Marillac et de Vincent de Paul, qui visitent et soignent les pauvres à domicile. La Compagnie du Saint Sacrement participe, en termes plus strictement financiers, à ces efforts. Elle crée des hôpitaux à Orléans, à Angoulême, à Marseille et bâtit, à Paris, en 1656, l'Hôpital Général, en participation avec la Ville qui affecte, cette fois, le produit de diverses taxes indirectes à l'entretien de l'établissement. Les médecins se rallient aussi à l'oeuvre de charité publique et le bureau de la Faculté de médecine de Paris dispense des soins deux jours par semaine aux pauvres malades « gratis et pour l'amour de Dieu ». Ainsi, passant de l'amour du prochain de l'évangile primitif à l'amour de Dieu de la faculté de médecine, la coordination entre l'Eglise, l'Etat et la société commence de se mettre en place, ouvrant les perspectives d'une nouvelle attitude de la collectivité face aux problèmes de la maladie et de la santé.

Dès sa prise de pouvoir, et tout en rêvant de ses prochaines conquêtes, Louis XIV s'emploie à une nouvelle réforme de l'appareil d'assistance publique. Un édit d'août 1661 vient réglementer les conditions de financement des communautés et fondations, interdisant la pratique de dons à fonds perdus, sauf pour certains grands établissements comme l'Hôtel-Dieu, et les récents établissements de l'Hôpital Général et des Incurables. Ces derniers bénéficieront aussi du versement d'un certain nombre d'amendes de justice pour leur fonctionnement.

29

En juin 1662, un nouvel édit ordonne que soit établi, dans chaque ville et bourg du royaume, un hôpital « pour y recevoir tous ceux qui n'auroient d'autres moyens de subsister que dans la charité publique, ou dont les infirmités exigeroient des secours ». Les plus grands d'entre eux jouiront de privilèges et exemptions fiscales, les autres bénéficieront d'immunités particulières, notamment de la levée des droits d'octroi pour leur approvisionnement.

Après la création par son père, en 1639, du premier hôpital militaire, Louis XIV, en amoureux de la guerre, se soucie du sort des militaires victimes des combats. L'établissement de l'Hôtel des Invalides, créé pour la marine en 1673, représente une exception novatrice, au regard des questions de financement de la santé. L'établissement des Invalides de la marine est composé de trois entités différentes: la Caisse des invalides de la marine, la Caisse des gens de mer et la Caisse des prises. Au sein de cet ensemble institutionnel, la Caisse des invalides de la marine est chargée de pourvoir au paiement des retraites des marins et soldats de marine. Cette Caisse des Invalides est à la fois une caisse de dépôts et une caisse de retenues et de pensions. Un règlement du 23 septembre 1673 prescrit une retenue de 6 deniers par livre, soit 2 1/2 p.100 sur la solde des équipages des bâtiments de l'Etat. A l'origine, cette retenue n'est pas prévue pour

constituer des pensions mais pour financer la construction des hôpitaux. Sous l'administration de Pontchartrain, quelques années plus tard, la mise en place de fonds pour les pensions devient un emploi alternatif des retenues opérées sur les traitements. Aux termes du règlement du 6 octobre 1674 puis de l'édit de mai 1709, Louis XIV a voulu constituer une caisse dont l'objectif était de «*secourir et de soulager*» les marins estropiés au service de l'Etat ou du commerce. Dans une sorte de contradiction aisément assumée par l'Etat, le processus financier est prééminent sur les effets sociaux qu'il induit, car, au delà du caractère humanitaire affiché, les pensions servies par la Caisse des invalides, et constituées des retenues sur les soldes, sont considérées comme un don volontaire du roi et non comme un droit des marins. La part réservée au traitement même des infirmités est somme toute assez limitée, la nouvelle institution vise une prise en charge globale de la vie des invalides. Néanmoins, pour la première fois de façon aussi nette, un établissement sanitaire joue, dans le système des finances publiques, le rôle d'établissement de crédit, éveillant ainsi ce qui sera le rêve du siècle des Lumières.

Sous le ministère de Louvois, des hôpitaux spécialisés sont construits dans toutes les places militaires, entraînant de lourdes dépenses budgétaires pour des effets vite insignifiants.

30

Dans le domaine civil, le pouvoir royal poursuit son oeuvre législative et contribue aussi de façon sensible aux efforts de financement. En mars 1680, l'Hôpital Général de Paris est doté d'un règlement administratif, doublé, en avril 1684, par une ordonnance qui dispose de nouvelles mesures strictes pour la gestion mais aussi de l'attribution de fonds royaux pour l'extension des bâtiments. Les problèmes financiers ne sont pas résolus pour autant et, en 1690, 1693 puis 1698, une série d'édits et de déclarations royales essaient de trouver des remèdes à l'endettement croissant des hôpitaux parisiens et provinciaux, autorisant, notamment, la vente des biens immeubles pour assurer les paiements, ou, en 1702, pour l'Hôpital Général, le droit de percevoir une taxe sur les carrosses de louage...

#### *Politique hospitalière et dette publique*

Si, au cours du XVII<sup>e</sup> siècle, et surtout dans les années glorieuses du règne de Louis XIV, l'Etat apporte un concours important au développement de l'appareil sanitaire, la période de troubles militaires, politiques et financiers, entre 1700 et 1715, renvoie les affaires de santé bien loin derrière les questions diplomatiques et monétaires. La Régence ne connaît guère d'améliorations sensibles, à l'exception d'un nouveau texte fixant,



en mars 1720, « la destination des fonds les plus certains » de l'Hôpital Général.

Sous Louis XV, un arrêt du 21 janvier 1738, concernant les droits de domaine, permet à toutes les institutions d'assistance et de santé, depuis les hôpitaux généraux jusqu'aux plus modestes maisons de charité des paroisses rurales, d'être exemptés des droits d'amortissement pour tous les biens meubles et immeubles qu'elles pourront acquérir. Ce privilège cesse dès lors que ces biens sont utilisés à d'autres fins que celles du secours des pauvres et du soulagement des malades ou qu'ils passent dans le commerce.

Les pratiques traditionnelles de la charité privée et des dons royaux ne sont pas abandonnées mais elles ne peuvent suffire aux besoins. Lorsque le roi envoie généreusement des boîtes de médicaments dans les provinces, il n'a guère de doutes sur la portée limitée de son geste.

Soucieux désormais de la gestion de sa dette croissante, l'Etat, quoique conscient de la situation fâcheuse des structures diverses vouées à la santé, essaie de proposer aux hôpitaux des mesures de placement de leurs ressources qui viendront participer à l'allègement de l'endettement public. La législation financière du XVIII<sup>e</sup> siècle est ainsi parsemée de dispositions visant les hôpitaux, au gré des édits portant sur les problèmes d'amortissement. En effet, malgré le désordre de la gestion, les abus de l'administration et l'efficacité très relative des soins prodigués tant aux miséreux qu'aux malades, il est évident pour le pouvoir royal comme pour la société des rentiers que la majorité des établissements hospitaliers constitue une réserve considérable de ressources dont la transformation en effets publics permettrait de soutenir le crédit de la nation.

Au Moyen Age, les clercs s'enrichissaient sans vergogne grâce aux institutions de santé et de charité, les administrateurs laïcs qui leur succèdent ne changent rien aux procédés sauf qu'ils multiplient davantage leurs gains. Les mémorialistes et les auteurs littéraires du XVII<sup>e</sup> siècle brocardent le statut d'administrateur d'hôpital qui assure des revenus plus sûrs que celui de traitant et financier où le hasard peut jouer de mauvais tours. La politique se mêle aussi souvent aux problèmes de gestion, comme à l'Hôpital Général de Paris, entre 1700 et 1750, dont les jansénistes ont pris la majorité des sièges. Si ces administrateurs ne sont pas accusés de détourner les biens de l'institution, ils s'emploient cependant à embarrasser le pouvoir royal, jusqu'à être définitivement évincés par un édit de 1751. Cette mesure arbitraire provoque aussitôt la colère du Parlement et une déclaration royale de 1758 rétablit le *statu quo ante* et les désordres se perpétuent comme auparavant. Finance, santé et politique, même au siècle de la Raison, restent empreintes de l'univers magique des communes origines.

Des évolutions sensibles se manifestent cependant et la naissance du concept de la Prévoyance sert de moteur à l'innovation pour associer de façon très explicite la finance et l'assistance. Comme on le sait, la prévoyance englobe la vie entière mais vise surtout les années de la vieillesse, laissant malgré tout la maladie sur le bord du chemin de la fatalité, entre les mains de la divine Providence, dont elle se veut pourtant le substitut. Toutefois, comme la fonction des établissements hospitaliers et de charité demeure toujours très confuse, entre l'encadrement des pauvres, l'enfermement des fous et des mendiants et le traitement des malades démunis, les initiatives qui visent les progrès du bien-être de l'homme engagent aussi nécessairement l'amélioration de sa santé. Le siècle des Lumières s'illustre par l'émergence parallèle et souvent interactive de disciplines nouvelles, calcul des intérêts composés et des probabilités, calcul démographique, calcul statistique, rentes viagères et premiers systèmes d'épargne, assurances, vaccine et hygiène publique, etc. Sous l'égide de la Prévoyance, ces sciences et techniques unissent entre les mains, le plus souvent, des mêmes hommes, l'amélioration des finances et celui de la société. La période voit ainsi se multiplier les projets ministériels ou individuels qui proposent, un peu selon le modèle des Invalides de la marine, de convertir les hôpitaux en établissements de crédit. Certains, comme Piarron de Chamousset, vers 1750, inventent aussi des systèmes de bons de santé, effets convertibles dans tous les pays d'Europe permettant à chacun de se prémunir contre les risques de maladie ou d'accident.<sup>10</sup> Dans les mêmes années, la profession médicale connaît une nette progression sociale. L'Académie de chirurgie est créée en 1731 et, en 1756, les chirurgiens se voient conférer un statut de notables, avec l'accès aux charges municipales. Un édit de 1765 met les médecins sur le pied des « avocats et bourgeois vivant noblement » et les chirurgiens sont assimilés aux négociants en gros. Tous jouissent de privilèges fiscaux importants. Le corps des médecins et chirurgiens militaires est réorganisé en 1775, des écoles spéciales créées en 1775 et 1777.

Toutefois, l'opinion est, dans son ensemble, assez défavorable aux membres de la profession médicale et les cahiers de doléance, à la fin de l'Ancien régime, stigmatiseront « ces assassins patentés qui, entre purge et saignée, égorgent méthodiquement », « ce fléau le plus effrayant pour l'humanité, plus destructeur que toute l'artillerie des plus nombreuses armées. »<sup>11</sup>

Malgré les recommandations des philosophes et de l'opinion éclairée, qui, après Montesquieu, pensent que l'Etat « doit à tous les citoyens...un

10. Cf. P.A.Fabre, Zengb Kang et J.M.Thiveaud, *Deux cents ans de prévoyance*, Paris, C.N.P., 1989.

11. M.Marion, *Dictionnaire des institutions de la France, XVII-XVIII siècles*, Paris, Picard, 1989.

genre de vie qui ne soit pas contraire à la santé », <sup>12</sup> il faut bien constater que la priorité demeure toujours le traitement social de l'indigence, entre prévention et répression. Plus encore que dans le passé, pour des raisons démographiques notamment, l'assistance publique, au sens large, est le problème crucial de l'Etat et de la société.

Appelé à la direction des finances, Necker, souvent considéré comme le premier économiste de la santé, va transformer avec beaucoup d'efficacité les institutions d'assistance et les structures sanitaires. Dans son « Traité de l'administration des finances », Necker donne un tableau de la situation sanitaire et sociale dans le royaume <sup>13</sup>. Il évalue le parc immobilier à plus de 700 hôpitaux et une centaine d'établissements, de trois ou quatre lits, fondés par des particuliers. Ces institutions disposent d'un revenu annuel d'environ vingt millions, dont le quart appartient à l'Hôpital Général de Paris. Elles accueillent quelque cent dix mille malheureux, quarante mille pauvres et infirmes d'un âge avancé, quarante mille enfants trouvés et vingt cinq mille malades. L'analyse fournie par Necker met toutefois l'accent sur les problèmes de la misère plus que sur ceux de la santé, toujours présentés comme induits par la pauvreté. « *La classe nombreuse des hommes, dépourvue des secours de l'éducation et déconcertée sans cesse par la misère de son état, a besoin d'être soutenue par une idée rapide du bien et du mal et par un sentiment de crainte et d'espérance qui la contienne au milieu des ténèbres.* » En août 1777, Necker organise une commission pour l'amélioration des établissements de charité de Paris. A son initiative, le roi crée, par lettres patentes, le 9 décembre 1777, le Mont de Piété, administré par le lieutenant général de police et quatre administrateurs de l'Hôpital général. Les bénéfices de ses fonds seront destinés à l'Hôpital Général, et il deviendra l'un des plus efficaces établissements de crédit populaire jusqu'au delà de la Révolution; en 1784, le montant de ses prêts dépasse quinze millions. Necker et sa femme fondent, en 1779, l'hôpital du Gros- Caillou, aujourd'hui hôpital Necker, qui accueille cent vingt malades. Selon les comptes qu'il publie, le coût journalier des lits s'élève à 16 sous dix deniers, la première année, à dix sept sous, quatre ans après; une journée à l'Hôtel-Dieu revient, d'après ses calculs, à vingt sous.

En janvier 1780, un édit royal, « monument de sagesse, de justice et de bienfaisance », en exigeant, une fois encore, la publication régulière des comptes des établissements charitables, autorise tous les hôpitaux du royaume à vendre leurs immeubles et à en placer les revenus en effets publics, conformément aux dispositions de 1749 sur l'amortissement de la dette publique. Cette mesure, assortie d'autres privilèges en forme d'exemp-

12. Montesquieu, *Esprit des lois*, LXXIII, ch.29.

13. Necker, *De l'administration des finances*, s.l., 1784.

tions fiscales, a un double objectif, permettre, d'une part, aux établissements charitables d'améliorer leur fortune particulière mais les engager, d'autre part, à contribuer à la fortune de l'Etat. Cette association des intérêts sociaux et financiers se retrouve, dans les mêmes années pré-révolutionnaires, au fil des innombrables projets de réforme des finances publiques qui, au nom de la prévoyance, essaient de réunir tous les efforts dans le rêve du bien-être général. Nombre de traités de prévoyance et d'épargne mettent, du reste, en cause le système de l'assistance hospitalière parce qu'il entretient la paresse et empêche les pauvres de se consacrer précisément à l'épargne et à la prévoyance, en vue de leurs vieilles années.

Les plans de réforme de Necker conduisent encore à la réorganisation de l'Hôtel Dieu, en 1781, pour permettre l'isolement individuel des trois mille malades qui y sont entassés et dont un grand nombre vient de l'Hôpital Général où l'on ne les garde pas lorsqu'ils sont difficilement curables. Comme au Moyen Age, les malades sont nombreux dans le même lit et les risques de contagion sont toujours aussi importants. Des transferts de charges, des dons des fermiers généraux et autres officiers de finance, concourent à ces transformations. Des infirmeries sont créées dans les maisons de force ou de fous de la Pitié, de la Salpêtrière, de Bicêtre. Dans les années 1780, un certain nombre d'aménagements sensibles seront encore apportés dans le cadre militaire où, en quelques décennies, la situation des hôpitaux s'était gravement détériorée.

34

#### *La grande confusion de la Révolution (1789-1795)*

La question de l'assistance publique, et subsidiairement celle de la santé, vont connaître une considérable amplification et entraîner une profonde perturbation dans les années de la Révolution. Au nom des idées égalitaires et de la fraternité universelle, la préoccupation de la prévoyance et de l'assistance, le souci de la lutte contre la pauvreté, l'urgence des secours aux infirmes sont constamment au coeur de tous les débats de la Révolution. Pourtant, malgré les motivations généreuses et l'immensité des travaux consacrés à ces questions, les résultats sont catastrophiques. Des textes sont pris à foison qui ne sont presque jamais appliqués, ils s'enchaînent souvent dans la contradiction et conduisent à une désorganisation du système qui fonctionnait à la fin de l'Ancien régime. Rien de concret ne subsiste à la chute de la Convention, mais un principe est néanmoins définitivement admis qui transmet à la puissance publique les charges que le pouvoir royal partageait jusque là avec le clergé et les particuliers. Si la laïcisation (ou la sécularisation), attribuée souvent à la Révolution, était déjà en place dans le siècle précédent, en revanche, le

transfert décentralisé des responsabilités vers l'Etat et ses entités déléguées est une véritable novation.

Un décret-loi du 22 décembre 1789 ordonne la décentralisation de la gestion des hôpitaux dans les assemblées administratives, au niveau des départements. Les dispositions prises, durant la même période, à l'encontre des privilèges des associations, fondations, et, au printemps 1790, contre les hôpitaux contrarient passablement une situation déjà confuse. Les mesures diverses qui maintiennent certains avantages fiscaux, comme les octrois ou les dîmes, dans une situation provisoire qui voue une grande partie des établissements à la vente comme biens nationaux, ne favorisent guère les évolutions, toujours attendues, vers un nouveau régime des hôpitaux.

Le Comité de mendicité de la Constituante, créé en janvier 1790, s'intéresse essentiellement aux problèmes de l'assistance et de la prévoyance publiques, à l'enfance, à la vieillesse, à la pauvreté « maladie inhérente à toutes les grandes sociétés ». Le Comité de la Santé placé à ses côtés n'a qu'une brève existence. Ces instances, dont on sait avec quel opiniâtreté elles ont travaillé, fournissent des rapports fouillés et des projets innombrables, et en particulier, une statistique très précise de la situation hospitalière, mais qui ne trouvent aucun débouché en termes de décision.

Au printemps 1790, l'Assemblée met « au rang des devoirs les plus sacrés de la Nation l'assistance des pauvres dans tous les âges et dans toutes les circonstances de la vie » mais une confusion de plus en plus grande commence de s'installer dans les débats, laissant les projets en suspension. Un décret de septembre 1790 décide que les secours et les fonds destinés aux hôpitaux et aux hospices ne seront plus fournis par le Trésor mais directement dispensés par les municipalités et les départements. Mais au début de l'année 1791, la promulgation de décrets contradictoires, en particulier la suppression générale des octrois en mars 1791, provoque une dégradation financière supplémentaire.

Le Comité des secours publics est formé, en octobre 1791, sous la Législative, et il fait adopter le principe que l'assistance est un devoir de l'Etat. Des textes divers et rarement appliqués disposent encore de la réforme hospitalière. Un décret de juillet 1792 sans effets - le même qui fonde la Caisse nationale de prévoyance - prévoit de réunir les fonds des hôpitaux « dans une masse commune et ils feront partie du fonds annuel de secours jusqu'à ce qu'il ait été prononcé sur l'ajournement de leur aliénation. » Un autre article vise l'établissement des officiers de santé qu'un décret de juin 1793 mettra à nouveau en place. Les préoccupations politiques et économiques, le nouveau contexte de guerre mettent, comme à la fin du siècle précédent, toutes ces affaires en arrière-plan.

La Convention maintient ou refonde, en septembre 1792, le Comité des secours publics et, en mai 1793, proclame, à son tour, que « *les secours publics sont une dette sacrée* ». Mais, cette fois, le devoir d'assistance se transforme en une sorte de monopole d'Etat. Un décret d'avril 1794 confie à la commission des secours publics l'administration des hôpitaux, hospices, etc. Et quelques mois plus tard, le décret du 11 juillet 1794, décide de la liquidation du passif des établissements de bienfaisance, considéré comme une dette nationale, et de la réunion de l'actif et du passif des hôpitaux, maisons de secours, etc., au domaine national pour être administré ou vendu comme biens nationaux. Peu avant la chute de la Convention, un autre texte, le 2 octobre 1795, place l'administration hospitalière sous la tutelle du nouveau ministère de l'intérieur.

#### *Retour de l'ordre sanitaire et social (1795 -1815)*

Le nouveau gouvernement, quelques semaines plus tard, annule le décret de l'an II et prévoit la restitution des biens des hôpitaux. Cette mesure sera définitive un an après, le 7 octobre 1796, par un décret qui stipule que « les hospices civils sont conservés dans la jouissance de leurs biens et des rentes et redevances qui leur sont dues par le trésor public ou les particuliers. » Un nouveau décret, en février 1797, précise les conditions de règlement des créances et des dettes et les modalités de remplacement des biens qui auraient été vendus. Les embarras financiers accumulés durant les années de trouble conduisent l'Etat consulaire à prendre en charge plus énergiquement les questions de financement.

Après la banqueroute des deux-tiers, en 1797, le problème de la dette publique a largement diminué et la mise en oeuvre d'une importante réforme de l'appareil financier public, entre l'organisation du Trésor, de la Caisse d'amortissement et de la Banque de France, facilite l'approche, encore très marginale, du financement de la santé.

Entre 1798 et 1804, l'administration de Bonaparte, prend une succession de dispositions législatives qui, par le biais de l'impôt ou de placements publics, permettent aux hôpitaux et hospices civils d'améliorer leur situation et de récupérer des ressources. L'ensemble est confié à la supervision du ministère de l'intérieur. Comme sous l'Ancien régime, les hôpitaux spécialisés restent sous la mainmise directe de l'Etat. Des dispositions sont prises pour l'exercice de la médecine gratuite dans les départements, la vaccination est systématique et gratuite. Des bureaux de bienfaisance sont créés, en 1800, dans chaque justice de paix, qui organisent les secours à domicile et favorisent la gratuité des soins médicaux. Pour la gestion des hôpitaux et hospices, les communes sont autorisées à vendre leurs immeubles, à emprunter sur le marché et à recevoir, comme autrefois, des

donations particulières, munies d'exemptions fiscales. Les administrateurs et receveurs des établissements de santé et d'assistance sont assujettis au versement de cautionnements, eux-même versés dans les fonds des monts-de-piété qui font un retour remarqué dans l'univers de la protection sociale. Une Direction de la comptabilité des communes et des hospices est constituée pour centraliser le contrôle et la gestion des établissements, elle est instituée avec un statut autonome.

Comme on peut l'imaginer aisément dans ces périodes de guerre, un effort particulier et bien plus important qu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle est apporté aux hôpitaux et au système de santé militaires.

Dans le monde civil, la législation et la réglementation impériales sont encore plus abondantes et fourmillent de mesures ponctuelles qui tendent toujours à faciliter le financement des structures nationales et locales de santé. En 1809, les établissements hospitaliers obtiennent le droit de recueillir les successions des malades sans héritiers qui sont morts dans leurs murs et en 1811, de nouvelles dispositions élargissent les capacités de vente et de placement de leur domaine immobilier. Durant la même période, à côté de l'encadrement de l'Etat qui vise surtout les établissements hospitaliers, de nouvelles formules institutionnelles se développent, quoique encore très timidement, dans le secteur privé. Les associations philanthropiques fleurissent, les caisses de prévoyance, déjà nombreuses dans les deux dernières décennies du siècle, connaissent un nouvel essor et, tolérées plus qu'autorisées par l'Empire, les sociétés de secours mutuels commencent de voir le jour (elles sont 120 en 1812). Quoique destinées surtout à la prévoyance pour la vieillesse, ces structures, les sociétés mutualistes en particulier, prennent de plus en plus en compte le risque maladie.

37

#### *La monarchie constitutionnelle et le financement public*

Le XIX<sup>e</sup> siècle s'avance sous la bannière du progrès - dont on a souvent dit qu'il était la forme moderne de l'antique fatalité - et la « question sociale » va dominer, presque de bout en bout, le débat politique. Comme durant les siècles antérieurs mais avec une intensité infiniment plus grande, du fait de l'urbanisation et de l'industrialisation, les problèmes de la pauvreté, du chômage et de la vieillesse concentrent toute l'attention.

La Restauration opère, en matière de santé comme partout, en reprenant l'héritage révolutionnaire et, notamment, en accentuant le mouvement de déconcentration vers les collectivités territoriales. L'ordonnance de février 1815 sur la comptabilité communale confirme la prise en charge des hôpitaux et établissements de bienfaisance par les communes. Des aménagements sont cependant apportés qui permettent aux fondations

religieuses de s'engager de nouveau dans l'action d'assistance. Une ordonnance d'avril 1817 rétablit la pratique des dons et legs pour les établissements ecclésiastiques et s'applique aussi à tous les établissements d'utilité publique. Un autre texte de 1818 régit les conditions de révocation et de nomination des administrateurs de ces institutions.

Mais le texte le plus fondamental qui restera en application jusqu'à la fin du siècle est l'ordonnance royale du 8 novembre 1821 relative à l'administration des hospices et établissements de bienfaisance. Elle dispose des attributions des commissions administratives et des conseils de charité, les place sous l'autorité du roi, du ministre de l'intérieur et du préfet. Les hôpitaux et hospices sont des établissements publics communaux, dotés d'une autonomie conditionnelle. Toutes les opérations financières sont soumises aux délibérations du conseil municipal; le budget est sous contrôle du préfet et, au delà de 100 000 francs sous l'autorité du ministre. Des seuils de dépense sont fixés qui délimitent les compétences des conseils, du préfet et du ministère. Le service des soins au sein des établissements est déterminé par les préfets qui nomment le personnel médical, les conseils se chargeant du recrutement des personnels soignant, le plus souvent en faisant appel aux congrégations religieuses autorisées. Un statut spécial est réservé aux hôpitaux parisiens. L'édifice est complété, en 1822, par la création d'un Conseil supérieur de la santé, auprès du ministre de l'intérieur et la mise en place d'un réseau départemental de police sanitaire sous l'autorité des préfets.

Diverses ordonnances prises en 1822, 1823 et 1830 règlent de nouveau la comptabilité des communes, des monts-de-piété et des hospices.

La Monarchie de juillet intervient davantage en matière sociale que dans le champ spécifique de la santé. Une ordonnance de 1831 confie les secours à domicile aux bureaux de bienfaisance et différents textes augmentent le contrôle public sur les monts-de-piété. La grande ordonnance du 22 juillet 1837 sur l'administration municipale renforce les pouvoirs des maires et réunit entre leurs mains l'administration des hôpitaux et des secours publics, qu'ils peuvent déléguer à leurs adjoints. Un autre texte de 1838 confie aux départements la responsabilité administrative et financière des asiles d'aliénés. Une ordonnance du 15 avril 1844 enlève à la ville de Paris et replace sous la tutelle directe du ministre de l'intérieur et du conseil supérieur de la santé, les hôpitaux spécialisés (pour sourds-muets, aveugles, aliénés) fondés dans les siècles précédents par les rois de France.

En 1835, la France compte 1300 hôpitaux et hospices, les dépenses s'élèvent globalement à 45 millions de francs pour un prix de journée qui demeure étonnamment stable, tout au long du siècle, autour de 1,8fr.

En 1844, dans le ressort de la ville de Paris, pour les quinze établisse-



ments hospitaliers, généraux et spéciaux, on compte une population de près de 8 500 malades, 5 600 lits occupés pour un équivalent de 2 millions de journées. Les dépenses courantes s'élèvent à près de 12 millions de francs, à l'exclusion des coûts de bail, de construction et d'entretien, le prix de journée est d'1,8 franc dans les hôpitaux, 1,11 francs dans les hospices, 1,44 francs dans les fondations. Les postes de personnel, environ 2,650 salariés, dépassent 1,1 million de francs. Les ressources proviennent des revenus propres et dons et legs, d'une subvention municipale de 5,5 millions sur les droits d'octroi, des revenus annexes des fondations privées. Les placements en rentes perpétuelles représentent 1,350 millions, les dons et legs acquis en 1844, en capitaux, rentes et divers, montent à 180 000 francs<sup>14</sup>.

Simultanément, les institutions de prévoyance, caisses d'épargne nées en 1818, sociétés de secours mutuels et autres associations philanthropiques développent dans la population une pédagogie de la santé et plus spécialement de l'hygiène qui devient l'un de thèmes essentiels de la lutte contre la misère, l'alcoolisme, les maladies et les épidémies. Les apôtres des caisses d'épargne démontreront ainsi, à plusieurs reprises et chiffres à l'appui, comment l'implantation de leurs bienfaitantes institutions a permis de réduire l'ivrognerie et même le choléra. En revanche, les sociétés de secours mutuels qui sont autorisées dès 1829 ont beaucoup de peine à garantir à la fois les risques de la maladie, des accidents et des retraites. Malgré leur dynamisme, elles essuient de nombreux échecs et les faillites se multiplient.

39

#### *L'encadrement du système de santé (1848-1870)*

La Révolution de 1848, le gouvernement provisoire et celui de l'éphémère II<sup>ème</sup> république sont, plus que jamais, obsédés par la question sociale et l'on connaît l'abondance des débats consacrés à ces problèmes et le nombre des institutions qui en découlent, entre caisse des retraites pour la vieillesse et statut nouveau des sociétés de secours mutuel. Ces institutions sont confiées à la Caisse des dépôts et consignations et participent l'une et l'autre de l'expansion de la prévoyance publique, sans concerner vraiment, sauf en partie dans le cas des sociétés mutualistes, les questions sanitaires. Il n'en reste pas moins que leur développement, en favorisant l'assise des finances publiques sur le long terme, servira de socle pour des constructions ultérieures dans le secteur de la santé. En fait, les dispositions relatives à la santé proprement dite sont réduites, elles portent

14. H. Say, *De l'administration du département de la Seine et de la ville de Paris. Secours publics-Hôpitaux et hospices civils*, in : *Journal des économistes*. T.10. 1845.

sur les institutions préexistantes et, comme dans les périodes éloignées du Moyen Age ou du XVII<sup>e</sup> siècle, les relations entre le malade et sa maladie sont plus volontiers renvoyées vers les gestions personnelles et familiales, éventuellement relayées par des associations philanthropiques.

Un arrêté d'août 1848 établit cependant, pour la première fois, un comité consultatif d'hygiène publique auprès du ministère de l'agriculture et supprime le conseil supérieur de la santé du ministère de l'intérieur. En janvier 1849, un nouveau texte élargit à l'ensemble des départements et arrondissements la formule des conseils d'hygiène publique et de salubrité, sous la houlette des préfets et sous-préfets.

Enfin une loi du 13 janvier 1849 fixe l'organisation de l'assistance publique à Paris, en érigeant en administration autonome sous l'autorité du préfet de la Seine l'ensemble des établissements hospitaliers et des services de secours à domicile. L'assistance publique est confiée à un directeur et à un conseil de surveillance qui gèrent ensemble le budget et les placements financiers. Une loi d'août 1851 modifie quelques dispositions de la loi de 1821, autorise l'admission des malades démunis dans n'importe quelle institution et organise une gestion solidaire des problèmes de financement entre les communes et les départements.

40

Napoléon III légifère sans délai en matière hospitalière et sanitaire, pour transformer les mesures immédiatement antérieures. Dès le 15 décembre 1851, il donne une dénomination spéciale au conseil d'hygiène publique et de salubrité qui devient conseil de salubrité à Paris et commission d'hygiène publique de la Seine. Le décret du 30 mars sur la décentralisation administrative renvoie un nombre conséquent de pouvoirs entre les mains des préfets, et leur assigne désormais de nombreuses responsabilités dans le domaine de la santé. Par voie de conséquence, le décret du 31 mars 1852 amende sur quelques points les lois de 1821 et 1851 en réorganisant les commissions administratives des hôpitaux et hospices. Placées sous la double tutelle du ministre de l'intérieur et de celui du commerce et de l'agriculture, nommées par le préfet et présidées par le maire de la commune, elles illustrent la répartition des pouvoirs dans les cercles des délégations de l'Etat.

Les comptes produits pour l'Assistance publique de la Seine, en 1852, intéressant seize hôpitaux, dix hospices et un établissement pour enfants trouvés, font apparaître une population de 90 486 malades, 17 170 lits occupés et 2,1 millions de journées. Les dépenses montent à un total de 12,3 millions de francs, le prix de journée dans les hôpitaux est de 1,7 francs., de 1,11 dans les hospices.<sup>15</sup>

Dans le domaine militaire, des institutions financières nouvelles sont

15. *Compte administratif de l'Assistance publique pour l'année 1852*. Paris. Impr. imp., 1853. 127p.

créées qui visent la prise en charge, à un niveau plus individuel et personnalisé, des dépenses de santé, entre la Caisse de la dotation de l'armée en 1854 et la Caisse des offrandes nationales, en 1860, dont la gestion est confiée à la Caisse des dépôts et consignations.

En matière d'assistance financière aux établissements de santé, une loi du 12 juillet 1860 autorise le Crédit foncier, fondé en 1852, à consentir des prêts aux établissements hospitaliers, par l'intermédiaire des municipalités et sous réserve de l'approbation du préfet. Une autre loi de juillet 1867 sur les conseils municipaux règle les modalités selon lesquelles les commissions des hôpitaux et hospices peuvent emprunter auprès de l'Etat ou sur le marché financier. Les lois de 1868 sur les assurances en cas d'accident représentent une forme d'avancée sur le chemin de la solidarité, en mobilisant les salariés et les entreprises, mais elles ne couvrent nullement les risques de maladie et ne s'appliquent qu'aux infirmités provoquées par des accidents du travail.

Parallèlement aux mesures prises par l'Etat que, depuis 1860, l'on dit aussi Etat-Providence, les initiatives privées se multiplient, dans la tradition antérieure. Les sociétés de secours mutuel qui prolifèrent durant la période peuvent plus facilement, puisqu'elles n'ont plus autant le poids des dépenses de vieillesse à couvrir, participer à la prise en charge des dépenses de santé de leurs membres. Les associations d'utilité publique à vocation sociale et les congrégations religieuses spécialisées déploient aussi une grande activité en faveur des malades démunis.

41

Enfin, dans les sociétés savantes, chez les médecins et chez les économistes et les statisticiens en particulier, la santé et l'hygiène publique deviennent l'objet de travaux scientifiques et de débats passionnés qui contribuent à attirer l'attention de la classe politique et, de plus en plus, de l'opinion publique.

La statistique sur l'assistance publique en France, publiée par le service de la S.G.F.<sup>16</sup>, montre qu'entre 1854 et 1861, les recettes de l'ensemble des établissements passent de 88,8 millions à 108,4 millions de francs, les dépenses de 74,2 millions à 87,2 millions de francs. En 1861, pour 1405 hôpitaux et hospices, le personnel médical et soignant comporte environ 27 000 agents, le nombre des malades de 499 000.

### *Révolution médicale et III<sup>ème</sup> république ( 1870 - 1920 )*

Le changement des mentalités et des pratiques dans l'univers de la médecine vers le milieu du XIX<sup>è</sup> siècle provoque une révolution gigantes-

16. *Statistique sur l'assistance publique en France...*, S.G.F., Starsbourg, Berger-Levrault, 1865. 445 p.

que dans l'histoire de l'humanité qui balaie les relations entre le médecin et le malade établies depuis des millénaires. Le double processus, engagé au tournant du siècle des Lumières, de la sécularisation et de la rationalisation, modifie les convictions des scientifiques, des politiques et peu à peu du public. La catégorie antique de la nécessité tend à disparaître et l'on considère que les progrès de la médecine permettront à terme de guérir les maladies réputées incurables. Le principe de la prévention, vérifié par les bienfaits de la vaccine et de l'hygiène, s'impose dans les esprits et les progrès technologiques, de la chimie, de la biologie, de l'appareillage médical renforcent l'idée, expérimentée dans d'autres domaines, que la nature est désormais au service de l'homme et non plus le contraire. Selon les propos de Claude Bernard : « l'hôpital n'est plus que le vestibule de la médecine scientifique... le laboratoire est son sanctuaire. » Dans ces conditions, la société industrielle va changer radicalement son système de croyance et proclamer sa foi dans les progrès de la science et de la technique. Les associations qui militent pour l'hygiène publique et sociale sont légion et l'on voit le marché du livre envahi de publications pédagogiques sur ces questions.<sup>17</sup>

42

Toutefois, ces mutations ne s'effectuent pas très vite et les premières années de la III<sup>ème</sup> république n'enregistrent, entre 1870 et 1889, que des modifications marginales des législations antérieures relatives aux hôpitaux, hospices, bureaux de bienfaisance et autres conseils d'hygiène publique. Les mesures financières connaissent des améliorations au fil des réglementations par l'addition, au niveau communal ou national, de différentes taxes indirectes dont le nombre augmente sensiblement, depuis les octrois du début du siècle jusqu'au droit des pauvres sur les théâtres, aux droits sur les cimetières ou encore à l'affectation d'une portion des gains du Pari mutuel unifié... Ces différents produits contribuent sensiblement à la couverture des dépenses hospitalières mais sont concentrées sur cet ensemble institutionnel.

Conscient des évolutions en cours dans le corps médical, le législateur révisé, en novembre 1892, le statut fixé sous le I<sup>er</sup> empire de l'exercice de la médecine privée et de la médecine publique, imposant un cadre strict aux praticiens des différentes professions de santé (médecins, chirurgiens, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, etc.). Curieusement, et malgré les progrès de la médecine au même moment, ces mesures répondent aux inquiétudes de la population qui, comme un siècle plus tôt, continuent encore de considérer médecins et pharmaciens comme des « meur-

17. Rouxel, *L'hygiène publique et sociale*, in : *Journal des économistes*, T.31, vol.164, 1885.

18. Voir les débats de la Société d'économie politique, le 5 avril 1884, reproduits in : *Journal des économistes*, T.26, vol159, 1884.

triers imaginaires »<sup>18</sup>. En outre, au sein des professions de santé, les médecins protestent contre la prolifération des officiers de santé, nés sous la Révolution, et qui ne disposent pas des compétences nécessaires.

La loi du 15 juillet 1893 organise l'assistance médicale gratuite, déjà instaurée trente ans plus tôt mais qui devient autonome, distincte des bureaux de bienfaisance. Le financement est assuré par les départements et les communes qui participent chacun pour un tiers, l'Etat apporte sa quote part qui varie entre un sixième et un dixième, le reste étant à la bienveillance des associations de bienfaisance ou des établissements hospitaliers. Deux millions de personnes en bénéficient autour de 1900 et la dépense revient à quelque 24 millions. La loi de 1898 sur les accidents du travail, quoique relevant davantage de l'organisation dynamique d'un nouveau droit social, n'en constitue pas moins un point d'appui pour de nouvelles progressions dans l'ordre de la santé. Elle renforce, autour du jeune réseau des Bourses du travail, l'organisation de la médecine ouvrière.

En matière d'hygiène publique, des mesures nouvelles et plus précises sont également apportées par la loi de 1902 qui fait, notamment, obligation de déclarer les maladies contagieuses.

Une loi de 1913 sur les maladies professionnelles rapproche davantage les questions de santé de celles du travail et annonce les constructions de l'entre-deux-guerres.

Rien, dans la plupart des lois relatives à la santé, prises en France avant la Guerre de 1914, ne concerne sensiblement la question du financement qui, pour les hôpitaux, continue de relever des budgets communaux, parfois augmentés par des ressources provenant du budget du ministère de l'intérieur ou par des emprunts consentis par le Crédit foncier et, à partir de 1879, par la Caisse des dépôts, et pour la population, des moyens de la prévoyance collective ou particulière.

Tandis que l'Etat légifère, les savants de plusieurs disciplines continuent de militer pour le développement de l'hygiène et de la santé publiques qui deviennent un ensemble désormais bien répertorié dans la problématique générale de l'assistance. Les statisticiens poursuivent leurs enquêtes et, au tournant du siècle, en 1906, l'on peut mesurer les résultats acquis depuis la Révolution. Dans le secteur des hôpitaux et des hospices, l'on compte 1800 établissements, dont 1078 ont la fonction mixte d'hôpital-hospice, pour 287 hôpitaux et 485 hospices ; ces établissements rassemblent 210 000 lits, dont 80 000 pour les malades civils, 14 000 pour les militaires, 72 000 pour les vieillards et incurables, 14 000 pour les enfants assistés. 685 000 malades ( la moitié sont des hommes, un tiers des femmes, un tiers des enfants ) sont traités dans l'année, pour l'équivalent de 15 à 22 millions de journées. En termes de dépenses, le montant relevé pour 1906 s'élève à 170 millions de francs, le poste du personnel a augmenté à 23 millions, les

coûts de traitement et de nourriture laissent le prix de journée entre 1,8 et 2 francs, soit, à peu de choses près, les prix indiqués par Necker en 1790. Les ressources sont formées des revenus propres et des dons et legs qui représentent un tiers, soit 60 millions, des subventions communales qui forment un cinquième ( 34 millions ) et enfin de produits fiscaux divers qui couvrent la moitié, soit 80 millions. Il faut encore ajouter les 114 asiles d'aliénés qui réunissent plus de 70 000 malades pour une dépense de 29 millions en 1906, couverte à 60% par les départements, dont ces établissements dépendent statutairement, un tiers par les communes et la frange restante par des concours des familles ou des associations.

L'arsenal législatif constitué entre 1871 et 1914 en matière de prévoyance et d'assistance, même s'il concerne davantage les problèmes de l'enfance et de la maternité, de la retraite ou de droit du travail, tend profondément à unir dans un même dispositif, selon la logique formée depuis la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, les différentes composantes de ce que l'on commence de nommer la protection sociale. Aux cotés de l'Etat se mobilisent de plus en plus des organisations privées, les sociétés mutualistes et les assurances en particulier. Politiques, financiers, scientifiques commencent aussi de regarder, de l'autre côté de la ligne bleue des Vosges, les avantages du système de Bismarck instituant, en 1883, le premier dispositif d'assurances sociales qui prennent en compte la couverture du risque maladie, par répartition égale des cotisations entre employé et employeur. Le *National Insurance Act* voté en Angleterre en 1911 suscite une fois de plus l'attention sur les avantages d'un appareil unifié qui regroupe toutes les composantes de l'assistance publique et sociale.

44

#### *Des assurances sociales à la Sécurité sociale (1920-1945)*

La sortie de la guerre, avec ses innombrables blessés, infirmes et mutilés, relance la question primordiale de la santé et de son coût pour la collectivité. Le retour de l'Alsace-Lorraine dans le giron de la patrie permet d'analyser sur place le système des assurances sociales allemandes. La France se remobilise à l'intérieur. Le syndicalisme ouvrier, le patronat traditionnellement opposé, la Mutualité, la classe politique font, au prix de nombreux compromis, cause commune pour trouver des solutions. La résistance se cantonnera dans deux secteurs, celui de l'agriculture qui n'est pas entré dans l'ère des salaires, celui du corps médical qui rechigne à la réglementation des honoraires. Dès 1921, un premier projet de loi sur les assurances sociales est déposé sur les bureaux du Parlement et la France attendra sept ans et une théorie impressionnante de débats pour que la loi de 1928, modifiée en 1930, vienne couronner les efforts soutenus quoique dispersés d'au moins deux siècles.

La loi du 5 avril 1928 garantit désormais la couverture des risques maladie et infirmité, à côté des risques maternité, vieillesse et décès, le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers. L'assurance est obligatoire pour tous les salariés, avec fixation d'un plafond des rémunérations. Les fonds sont alimentés, outre les contributions de l'Etat, par des cotisations des employeurs et des salariés, soit 10% des salaires, répartis par moitié entre les deux et ils seront gérés par la Caisse des dépôts et consignations. « L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans. » (art.4) Le projet suscite quelques contestations dans l'opinion, et souvent sur les risques financiers que le nouveau système peut faire courir à la collectivité nationale.<sup>19</sup>

Le dispositif se met en place rapidement et l'on en voit la traduction dans les données des finances publiques. Il a fallu attendre, en effet, l'année 1925 pour voir, pour la première fois, l'inscription des dépenses de santé publique apparaître en clair dans le budget de l'Etat. En 1925, le poste Hygiène, assistance et prévoyance sociales monte à 642 millions, il passe à 811 millions en 1926. Avec l'organisation des assurances sociales, les chiffres commencent de croître, mais ils sont désormais confondus avec ceux du Travail, Prévoyance sociale et Santé publique. De 958 millions en 1928, l'on passe à 1254 en 1929, 2009 en 1930, 2 905 en 1935. Ces données n'intègrent pas les dépenses des établissements hospitaliers qui continuent d'être gérés par les collectivités territoriales. Il est ainsi manifeste que, nonobstant la démarche participative induite par les assurances sociales, la généralisation de la couverture du risque maladie au plan national entraîne vite une augmentation des dépenses.

Ce phénomène de la prise en charge collective de la santé va s'accroître et prendre une dimension internationale, dans les années de la Seconde guerre mondiale. En France, le régime de Vichy qui remet en cause bon nombre des mesures sociales antérieures ne modifie pas grand chose en matière de santé publique. Dans le camp des alliés, après les recommandations de William Beveridge, en 1940, la Charte de l'Atlantique de 1941 met en avant la nécessaire prééminence de la protection sociale et, dès le retour de la paix, la lutte contre les « cinq géants », la pauvreté, la maladie, l'ignorance, les taudis et le chômage. Le rapport Beveridge de 1942 développe avec beaucoup de précisions les modalités de cette

19. Cf. par exemple, H.Lasvignes, *Quelques aspects financiers de la loi sur les assurances sociales*, in : *Revue politique et parlementaire*, T.CXXXIX, 1929.

nouvelle croisade. Il appartiendra aux Français de Londres qui ont entendu Beveridge s'exprimer à la Chambre des communes, Jean Monnet et Pierre Laroque particulièrement, de mettre en application ces préconisations en édifiant, en 1945, la Sécurité sociale. Après une très longue histoire qui a associé la politique et la finance, publique et privée, dans le traitement de la santé, la France inscrit cette mission dans le préambule de la constitution de 1946 : « *La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs.* »

Dans l'enthousiasme de la Libération et de la paix retrouvée, les généreux fondateurs de ce monument à la solidarité auraient-ils pu prévoir les prochaines évolutions de nos sociétés, les progrès de la technique, de l'économie, de la finance, leurs effets sur le système de santé, et parallèlement les conséquences induites sur les systèmes de valeur ? L'ouverture du droit à la santé et du droit à l'indemnisation conjugués à l'ouverture quasi illimitée de l'espoir de guérison entraînent nécessairement des dérives dans la relation entre le malade et le médecin, et partant dans la perception de leurs devoirs respectifs vis à vis de la société solidaire. Lorsque l'on ajoute, d'un côté, l'augmentation, jamais vue dans l'histoire, de la pharmacopée et de l'appareillage physiologique et thérapeutique, de l'autre, les perspectives mystérieuses de la science biologique et génétique et du génie médical, il faut bien admettre que nous nous trouvons, dans ce domaine comme au reste dans celui du travail, de l'information, de l'éducation ou de bien d'autres, devant une *terra incognita*.

Quelles seront les valeurs de ce que certains appellent le cybermonde, les principes qui guideront le millénaire de la virtualité en marche ? La notion même de solidarité<sup>20</sup>, qui n'a été formalisée comme vertu politique que vers 1848, aura-t-elle inauguré, avec un siècle et quelque d'avance, cette civilisation de l'éphémère que nous commençons de percevoir ? Au fond, nous nous retrouvons au point de départ, dans les profondeurs insondables de la caverne primitive, saisis, individuellement et collectivement, par l'angoisse de l'inconnu et la nécessité pourtant de la survie.

Mais, peut-être aussi, comme le suggérait le malicieux G.K. Chesterton : « Ce qui ne va pas, c'est que nous ne nous demandons pas ce qui va. »<sup>21</sup>

20. L'inventeur du concept de «solidarité» dans le discours politique et social semble être un juriste républicain de Marseille, Justin Dromel, qui vient à Paris vers 1842 et participe ensuite à l'Assemblée de 1848. L'adjectif «solidaire», inscrit dans le discours juridique de la dette et des contrats au XVII<sup>e</sup> siècle, était déjà très utilisé dans le langage courant au XIX<sup>e</sup> siècle. Cf. Victor Hugo : «Rien n'est solitaire, tout est solidaire» et bien d'autres auteurs, publicistes et économistes de la période.

21. G.K.Chesterton, *jam cit.supra*.