

# SANTE ET CAPITALISME

## POURQUOI LA SANTE

\* C'est un INDICATEUR DE SOCIETE (conséquence du mode de vie et de travail), qui permet de développer la critique du capitalisme (concrétisation du texte de M.N. sur la condition ouvrière moderne) et qui fait partie des critères pour une transition socialisante (la santé entre dans plusieurs besoins élémentaires).

\* C'est un aspect important de la REPRODUCTION de la force de travail.

1. LA SOCIALISATION DE LA REPRODUCTION est devenue une part importante de l'économie (cf. texte "Capitalisme d'aujourd'hui, socialisme de demain"). La production pour la consommation ouvrière et l'infrastructure pour son entretien (sécurité sociale, santé, enseignement) représentent une grosse partie du produit national. Cette socialisation est un aspect de la base économique de l'intégration de la classe ouvrière au capitalisme.

Etudier la socialisation de la santé:

- ses contradictions avec l'économie artisanale (médecine libérale) et domestique;
- la contradiction interne entre son aspect social et ses buts privés. Dégager une socialisation supérieure, transitoire, son contenu et ses rapports avec l'artisanat et l'économie domestique.

2. LA LIBERATION DES FEMMES implique la libération du travail reproductif capitaliste, le passage à cette socialisation supérieure (socialiser plus et autrement le travail domestique). La recherche sur la santé devrait permettre de progresser sur la question des femmes, traditionnellement impliquées dans ce domaine (soins et hygiène domestiques; personnel soignant; mouvements de femmes sur la santé; rapport plus étroit avec le corps).

\* C'est un secteur important des SERVICES PUBLICS, où l'on peut étudier les écarts envers la loi de la valeur, la tendance du capitalisme développé à sortir de son cadre. Quels critères économiques interviennent ? Le nouveau domaine de l'économie de la santé essaie de les définir et de les maîtriser (le prix de la santé). Quels critères socialisants leur opposer ? (Ici, plouf ! je ne sais pas nager – appel à M.N.)

## CAPITALISME ET SANTE

### 1. HISTORIQUE.

*Comment s'est instaurée la socialisation de la santé.*

#### PREMIERE PERIODE 1850 - 1945

Les conditions de travail et de vie amènent une dégénérescence physique de la classe ouvrière. La productivité baisse, le lumpen<sup>1</sup> se multiplie, les taudis et les épidémies aussi. Marx raconte la famille détruite: la femme au travail, les avortements, les bébés morts, les enfants vieillissés à 12 ans, les maladies, la mort précoce, le logis pas entretenu, l'alcoolisme.

La réaction principale vient bien sûr du mouvement ouvrier qui impose les hausses de salaire (d'où amélioration de l'alimentation, du logement, du chauffage...), la réduction du temps de travail et une certaine réglementation de la sécurité, le retrait des jeunes enfants de la production et la limitation du

---

<sup>1</sup> Lumpenprolétariat: personnes déclassées.

travail des femmes (nuit, mines). La famille ouvrière est rétablie et avec elle, un service domestique assurant des conditions de reproduction minimums.

La petite bourgeoisie et les couches populaires prennent la tête d'une lutte pour l'hygiène.

La bourgeoisie s'accommode de ces changements et prend des mesures publiques d'hygiène: égouts, eaux, assainissement urbain, logements sociaux, qui profitent aussi aux autres classes; des jalons pour l'assurance maladie sont posés entre les deux guerres.

L'ensemble de ces mesures amène une amélioration sensible de la santé, notamment la victoire contre les maladies infectieuses (tuberculose, maladies infantiles), bien avant que les médicaments anti-infectieux soient mis au point<sup>2</sup>.

Les soins de santé eux-mêmes sont peu développés et peu socialisés; l'artisanat se développe (plus de médecins), ainsi que les soins domestiques (éducation sanitaire des femmes). Les hôpitaux occupent une place très secondaire, ils sont toujours une forme de charité publique (religion, patron, ville) où les pauvres sont soignés en échange de leur statut officiel de "cobaye". Les gens aisés n'y mettent pas les pieds et se font traiter chez eux ou plus tard dans des cliniques privées. Le mouvement ouvrier travaille à sa propre socialisation des soins (mutuelles, hôpitaux socialistes).

#### **DEUXIEME PERIODE: 1945 - 1975**

L'intégration de la classe ouvrière s'accompagne d'un boum économique: une production de masse, pour la consommation de masse; la reproduction de la force de travail est largement socialisée. La nourriture ne vient plus de l'artisanat agricole, mais des trusts agraires et de l'industrie alimentaire; les vêtements, les meubles, la voiture, les loisirs sont produits industriellement, la grande distribution écarte le petit détaillant.

Les soins sont socialisés et supportent une grosse infrastructure de services (nouveaux hôpitaux, assurance maladie généralisée, intégration des mutuelles) avec participation de l'Etat, et un gros secteur productif (médicaments, construction, matériel médical). Cette socialisation empiète sur l'artisanat des soins; dans certains pays, la médecine libérale disparaît – la médecine est nationalisée (Suède, Grande-Bretagne, Italie); ailleurs, le système est mixte (plus ou moins 1/3 de médecins fonctionnarisés, en général) et, de toute façon, le statut du médecin libéral se modifie (prix fixé par convention, intervention du tiers payant). Même si le nombre de médecins augmente, ils sont satellisés par l'appareil de santé.

Raisons de ce choix capitaliste:

- besoin de main d'oeuvre en état de fonctionner (en Angleterre, les promoteurs de la nationalisation de la médecine étaient convaincus qu'après quelques années de ce système, les dépenses diminueraient, car la santé connaîtrait un progrès durable);
- revendication ouvrière "droit à la santé" conçue comme le droit aux soins;
- marché très intéressant, soutenu par l'Etat, où la demande semble inépuisable.

Les conditions nouvelles de production et de reproduction conduisirent rapidement à une nouvelle dégénérescence physique de la classe ouvrière (camouflée cette fois). La réponse (de la bourgeoisie et

---

<sup>2</sup> Au milieu du 19e siècle, en Grande-Bretagne, le "front commun contre la crasse" finit par devenir une affaire d'Etat. Des groupements civils participent à la remise en état des habitations insalubres, encouragent la création de jardins publics. En Allemagne, le mouvement hygiéniste persuade les édiles de Munich d'amener l'eau pure des montagnes à la ville, de planter des arbres et des fleurs, d'organiser les services d'immondices et les égouts. La mortalité par typhoïde tombe alors très fort, Munich devient la ville la plus saine d'Europe. Aux USA, dès 1830, le mouvement populaire pour la santé (formé par la fusion d'un mouvement d'artisans, de paysans, d'ouvriers qualifiés, et du mouvement des femmes axé sur la santé) s'oppose au monopole des médecins et à leurs erreurs en créant des groupes d'étude des plantes médicinales; il publie 5 journaux dans les centres ouvriers, rassemble jusque 14 millions d'adhérents (presque 25 % de la population) et obtient sa reconnaissance légale.

du mouvement ouvrier) est de pousser plus loin la socialisation des SOINS. L'option CURATIVE déséquilibre le système de santé: la maladie est générale, le recours aux soins aussi, on ne touche pas aux causes des maladies (comparer la croissance du secteur santé aux autres secteurs: du point de vue de l'emploi, du point de vue des dépenses des ménages; dépenses de l'Etat; dépenses globales; chiffre d'affaire des trusts pharmaceutiques, de la construction pour les hôpitaux, des industries médicales...). L'hôpital et le médicament sont rois. Les hôpitaux de plus en plus grands poussent partout. La consommation de médicaments grimpe en flèche. L'option curative et l'influence des industries médicales dans la recherche orientent la médecine vers toujours plus de TECHNOLOGIE (examens et analyses de plus en plus sophistiqués, par des appareils automatisés; réanimation, prothèses, greffes, insémination in vitro, médicaments complexes), toujours plus de MARCHANDISES et non de services.

L'artisanat et le service domestique sont repoussés toujours plus loin: le médecin généraliste ne sert plus qu'à prescrire des médicaments et des examens et à trier les malades vers l'hôpital et le spécialiste. Les activités de la femme n'ont plus prise sur la santé (alimentation polluée, mode de vie stressant incapables de retaper l'organisme, prestige des "experts" pour les soins aux enfants, aux malades). La MEDICALISATION de nombreux aspects de la vie étend le champ de la socialisation et restreint celui du ménage: les vieux vont dans des homes, s'ils sont malades à l'hôpital; idem pour les handicapés, les "caractériels", les "dépressifs". La vieillesse, la révolte des jeunes, le malaise des adultes sont traités comme des maladies. La naissance, l'éducation des petits, la souffrance, la vieillesse, la mort échappent à la compétence ancienne des femmes. Les structures capitalistes de soins s'annexent en partie cette compétence à travers le personnel infirmier et soignant, à 90 % féminin.

## **2. CONTRADICTION ENTRE LA SOCIALISATION ET LES BUTS PRIVÉS**

Socialisation, mais résultats de plus en plus parcellisés, isolés, individuels.

Exemple: plus les hôpitaux sont grands, plus le malade est isolé, perdu, impuissant, dominé. Les grands hôpitaux constituent un marché intéressant pour les entrepreneurs, les constructeurs de matériel médical (grande échelle → production en série de ce matériel standardisé), les firmes privées de service (nettoyage, buanderie, hôtellerie).

A grande échelle, il est possible d'appliquer le taylorisme pour les services non médicaux et en partie pour les services médicaux: les tâches des infirmières, etc. sont divisées et spécialisées (piqûres, tension, pansements...), 10 ou 12 personnes défilent sur un même malade. On a parlé du "malade en miettes", en référence au "travail en miettes". Le contact avec le malade s'effiloche, plus personne n'a de vue d'ensemble sur lui, le rythme de travail est abrutissant et monotone, le malade ne sait à qui s'en prendre ni ce qu'on lui fait, il est traité comme un objet par ce travail à la chaîne qui préfère traiter des "cas", des maladies, que des gens. Le traitement lui-même est soumis à la rationalisation par type de maladies (pas de malades !), un schéma standard de soins, examens, etc. est établi et suivi. Le malade a intérêt à ne pas s'écarter du schéma, à être docile. Le diagnostic commence à être automatisé par ordinateur. Les actes médicaux, soins infirmiers, utilisation des machines, prescription de médicaments, avec leurs délais d'exécution et leur taux d'occupation sont "listés" à la manière des fiches de réparations type pour les voitures, dans certains hôpitaux.

A la soumission exigée du malade par l'ancien hôpital féodal (respect des tout-puissants "patrons" de l'hôpital, discipline inspirée de l'armée ou des prisons), succède la soumission exigée par la rationalisation industrielle, la technologie moderne.

Exemple: on médicalise, on socialise, mais c'est pour établir des DISCRIMINATIONS, DIVISIONS dans la population et ne soigner qu'une minorité. Les 3 filières de soins (cf. f. Chauvenet);

A. les nantis, les pistonnés plus les “veaux à 5 pattes” (les cas intéressants): on leur consacre le “nec” médical, du point de vue technique et du point de vue personnel. Ce point le plus avancé de la médecine obéit à un impératif de rareté, car il s’agit de soins très coûteux en matériel et en personnel (pas assez de gens qualifiés de ce type). Alors que les innovations médicales antérieures pouvaient se généraliser à tout le monde.

B. les productifs, couverts et récupérables: c’est le matériel typique de “l’atelier de réparation”, cible du taylorisme et des rationalisations. Dans des limites précises, on lui applique la médecine de routine.

C. les improductifs, les non-couverts, les incurables (invalides, jeunes délinquants, vieux, pauvres, sans papiers, nomades...): la médecine débarrasse la société de cette couche marginale et les “stocke” dans des services à part ou des institutions, avec très peu de soins, même s’il s’agit de malades graves. Face à des couches non intégrées de l’économie, le capitalisme renoue avec la féodalité (enfermement des mendiants, orphelins, vagabonds dans les hôpitaux des 16e et 18e siècles). Ces gens sont coupés de leur milieu social, complètement isolés.

Exemple: tout le monde se soigne, est assuré (ou presque), mais la conception de la maladie comme PHENOMENE INDIVIDUEL et non social, se renforce: les campagnes contre le tabac, etc. mettent l’accent sur la discipline personnelle. Le capitalisme est incapable de combattre les causes principales du cancer, des maladies cardio-vasculaires, car elles résultent de l’organisation fondamentale de l’économie.

Le rapport avec le généraliste s’est individualisé à l’extrême; avant, le médecin de famille connaissait la famille et le milieu, mettait son service à l’avant-plan. Aujourd’hui, il n’en est plus ainsi, le rapport est limité à l’achat du médicament censé répondre à chaque malaise. La réaction de consommateur domine: je ne suis pas bien, donc je consomme un médicament, comme “j’ai faim”, donc je mange. Le médecin n’a plus le temps, ni l’intérêt, d’écouter le patient. Le contenu social de la maladie est évacué, ou reconnu à travers la prescription de calmants.

### **3. CONTRADICTION ACTUELLE 1976 - 1986**

Les responsables du secteur se sont inquiétés de l’explosion des dépenses de santé. Le prix payé pour la socialisation paraît avoir finalement des résultats assez faibles: les ouvriers sont en mauvaise santé, la productivité (absentéisme, etc.) ne répond pas. La crise économique a mis le doigt sur la plaie. L’ensemble des capitalistes estiment qu’il faut freiner les dépenses pour la santé, peu rentables et moins nécessaires vu le besoin plus limité en main d’oeuvre. Les capitalistes produisant pour ce secteur, par contre, veulent poursuivre l’extension.

#### **PREMIERES CONSEQUENCES**

Participation plus grande des ménages aux frais; restrictions dans l’ouverture de nouveaux lits, essai de planification des entreprises hospitalières; recherche pour soumettre la gestion des hôpitaux et la thérapeutique aux “rationalisations de choix budgétaires”. L’économie de la santé est incitée à définir la rentabilité des traitements, institutions, etc. en tenant plus strictement compte du statut social (productif et récupérable).

En France, le travail des généralistes est fiché pour établir un “profil thérapeutique” moyen (prescriptions, durée de consultations, nombres de consultations par maladie, examens divers...) et le médecin qui s’écarter trop de ce profil est sanctionné, voire exclu de la convention.

Enfin, réorientation importante à l’étude: coup de frein à l’hospitalocentrisme de ces 15 dernières années. Les trop grands complexes se révèlent des monstres impossibles à gérer, invivables. Le choix se porte sur des hôpitaux de plus ou moins 1.000 lits, avec une tendance apparemment centrifuge, vers la ville: développer les hospitalisations de jour (le malade dort chez lui), les hospitalisations à domicile, associer les généralistes aux soins à l’hôpital, remettre dans le circuit des petites unités de soins (dispensaires, hôpitaux de quartiers, de deuxième zone, hôpitaux ruraux).

Sous couvert que le malade préfère rester proche de son cadre de vie (famille, quartier), d'humanisation, ce retour en arrière de la socialisation vers les services artisanaux et domestiques n'est qu'apparent. Il s'agit en fait d'une extension de la socialisation, englobant et tirant profit de sphères encore en dehors de sa domination: l'activité, les compétences de la famille, des voisins, mis à contribution pour s'occuper du cancéreux en phase terminale ou de l'handicapé grave; le dévouement, mais aussi l'esprit d'initiative, les capacités d'organisation des infirmières chargées du malade à domicile (elles sont plus autonomes qu'à l'hôpital, mais ont plus de responsabilités, de travail); idem pour le généraliste, appelé de nuit, etc. (alors qu'à l'hôpital, pas de médecin la nuit !). La démarche ressemble à celle des groupes semi-autonomes (instaurés dans les usines), qui annexent l'initiative, les liens de coopération des ouvriers, tout en les aliénant plus. Ici aussi, la famille, le personnel médical se dépenseront plus, rivés à leur malade, dépendants du système général sur lequel ils n'ont pas prise (l'hôpital reste maître du traitement).

L'hospitalisation à domicile s'inscrit dans la tendance à renvoyer les improductifs qui ont un chez eux: les vieux, les handicapés; les enfants caractériels sont replacés dans leur famille (ou une autre). Pour les productifs, il s'agit de limiter leur séjour à la phase aiguë de la maladie; les examens avant et après l'opération se font en hôpital de jour, l'opéré ne reste que 2 ou 3 jours. Cette rotation plus grande des malades permet une utilisation maximum du matériel et du personnel qualifié; seuls les malades aigus sont traités, mais cela élève le prix de journée à l'hôpital. Les cas courants seraient aiguillés vers des structures plus légères (petits hôpitaux).

Les calculs pour prouver la rentabilité de ce système vont bon train, mais n'ont encore rien démontré, d'autant plus qu'ils ne tiennent pas compte du service gratuit des familles. Pour le personnel soignant, la surcharge en déplacements et en tâches administratives, dans l'hospitalisation à domicile, est à considérer. Il faut prévoir que, étendue à plus grande échelle, elle débouche sur des soins encore plus expéditifs et dangereux qu'à l'hôpital.

Le GERM (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine – proche du PCB) et les maisons médicales (socialistes; PTB) en Belgique, appuient le projet d'hospitalisation à domicile, de "centre de santé intégré" (dispensaires locaux)<sup>3</sup>.

#### **EVOLUTION PROBABLE.**

Quelques tendances se dégagent, qui ne donnent bien sûr pas encore une vision cohérente:

- dans les régions ou les pays en déclin, le secteur de la santé connaîtra une régression importante. Désinvestissement privé et public, faillite d'hôpitaux, suppression de beaucoup de lits, moins de médecins et de consommation médicale.

Dans les hôpitaux subsistants, discrimination plus nette selon les revenus, rentabilisation maximum centrée sur les cas aigus (et solvables), le reste étant rejeté à domicile ou dans de petits hôpitaux peu équipés, des maisons médicales, etc. Peut-être, réapparition de circuits charitables pour les pauvres sans soins (religieux, campagnes de solidarité style restaus du cœur...).

---

<sup>3</sup> Pour prévoir l'évolution, il faudra démêler le jeu des intérêts et des logiques économiques opposés. Les organismes payeurs, comme les cliniques privées, escomptent une rentabilité supérieure des hôpitaux avec la rotation plus rapide des malades (voir aux USA) – la direction des hôpitaux publics, par contre, a toujours tablé pour son équilibre financier sur les séjours les plus longs possibles, puisqu'elle est remboursée en fonction du nombre de lits occupés, pour un prix de journée moyen: "Mieux vaut un lit occupé par un bien-portant, qu'un lit vide". En URSS, la durée moyenne de séjour est beaucoup plus élevée qu'en Europe, sans parler des USA. Il est aussi bien connu que le personnel des établissements privés a une productivité supérieure à celle des publics; le Ministre De Haene a aligné les normes du public sur celles du privé. Il est question aussi de supprimer le système du prix de journée, qui fait obstacle à la rationalisation des hôpitaux publics. Cet aspect secondaire d'alignement sur le privé serait en fait au service d'un plan global de socialisation capitaliste plus nuancée.

- ailleurs, maintien de l'infrastructure avec un certain dégraissage, part grandissante pour les entreprises privées, écumant les aspects rentables (cf. aux USA: cliniques de jour, radios, labos automatisés, dialyse rénale...), développement des services et de la consommation privés (infirmière privée à domicile, matériel miniaturisé pour les dialyses à domicile, pour faire soi-même son check-up, etc.).

Percée et intégration des médecines douces, compensant la technologie et la froideur du circuit habituel ? (cf. en France: le Ministère de la Santé mène des expériences en hôpital avec les médecines douces, pour comparer leurs résultats avec la médecine traditionnelle et envisager leur intégration dans le système officiel de soins).

L'article photocopié sur la situation aux Etats-Unis donne une idée des diverses tendances.

#### **4. REACTIONS DES GENS**

Les réserves apparues envers le mythe du progrès technologique se répercutent sur le mythe du progrès médical. La dissolution des liens avec les médecins de famille (confiance, cadre étroit, peu de conflits) et la confrontation avec la socialisation capitaliste (médicaments + hôpital) a donné une base aux critiques. Le monde médical situe la fin de la "lune de miel" avec le public vers 1970, où une vague de contestation est venue le frapper, et n'a plus cessé depuis. La petite bourgeoisie en a pris la tête – mai 68 a violemment dénoncé dans les hôpitaux la domination des "mandarins", le mépris des malades traités en objets; il en est resté, semble-t-il, un courant de remise en cause, assez souterrain, parmi les infirmières.

Le mouvement écolo, appuyé par les organisations de consommateurs, vétérans dans la dénonciation de certains médicaments dangereux (cf. Nader aux USA), critique la médecine curative, l'excès de soins et leurs effets nocifs et appelle à une prévention individuelle.

Le mouvement féministe, dans sa lutte pour la légalisation de l'avortement, a contesté la dictature des médecins sur le corps des patients, il a créé des "centres d'auto-santé", où les femmes apprennent à s'examiner, à avorter, ou plus largement à soigner. Aux USA et au Canada, ce courant a connu un succès de masse, renouant avec la tradition du 19e siècle du mouvement populaire pour la santé, dont les féministes étaient partie prenante.

Le succès des médecines douces implique une critique de la médecine actuelle.

Des comités de malades graves, d'incurables, de parents d'enfants malades se créent pour "humaniser" les soins, s'entraider, récolter des fonds.

La pratique de changer souvent de médecin ou d'en consulter deux à la fois (sans le leur dire) est assez répandue. La presse spécialisée sur la santé, les rubriques médicales dans les publications féminines et populaires se portent bien.

L'automédication est à suivre (quelle ampleur ?).

Quelques enquêtes relèvent que les femmes se soignent moins que les hommes, mais sont plus critiques qu'eux dans les milieux ouvriers.

Le sondage sur l'hôpital d'Ougrée comportait pas mal de critiques, de propositions.

L'expérience (limitée) de J. Carpentier à Paris est intéressante.

Rappelons enfin la révolte des femmes de la FN contre le Centre régional de contrôle médical (après la mort d'une ouvrière renvoyée prématurément au travail, elles avaient envahi les bureaux du centre, jeté les dossiers médicaux et les meubles par les fenêtres; pendant plusieurs mois, il n'y avait plus eu de contrôle à la FN). Les médecins sont encore plus méprisants envers les femmes, accusées de maux imaginaires.

L'obstacle aux réactions et pratiques collectives est que tout le monde n'est pas malade en même temps, ni de la même chose dans des conditions identiques; lorsqu'on est malade, on est amoindri et une fois guéri, on a oublié. Les hôpitaux ont un grand turn-over, un public disparate, confronté à une machinerie énorme, qu'on ne sait par quel bout prendre.

## TRANSITION

Il faut sortir de l'option curative. L'optique est de "démédicaliser", de réduire fortement le domaine médical en assainissant le travail et le mode de vie, en intégrant le critère de la santé dans le travail, l'industrie agroalimentaire, les transports, l'urbanisme etc. La nouvelle dégénérescence physique de la classe ouvrière demande un bouleversement social plus profond que celui de la première époque du capitalisme, visant cette fois consciemment à un progrès DURABLE de la santé, à l'épanouissement humain tout en tenant compte de certains impératifs économiques.

On doit envisager un mouvement de masse pour la santé, relié à la lutte contre l'alimentation nocive, la pollution et les nuisances au travail. Les "accidents" ne feront que se multiplier et s'aggraver (cf. les intoxications alimentaires mortelles, les accidents à Seveso, Bhopal, trains ou camions...) et provoqueront des mobilisations. Sur la lancée de ce mouvement, la démedicalisation peut s'étendre au traitement de la vieillesse, des troubles psychiques et nerveux (75 % des maladies courantes examinées par les généralistes sont une réaction au "mal-vivre"), de la naissance et de la mort: ces phénomènes sont sociaux et non pathologiques, les ouvriers doivent se réapproprier leur vie, leur corps, le retirer à la toute-puissance des experts petits-bourgeois.

Les femmes seront sans doute les forces vives de ce mouvement, qui s'appuiera sur leur expérience et leurs préoccupations familiales, mais en les arrachant au cadre borné des tracas ménagers individuels. Les femmes ont toujours eu comme objectif de procurer le bien-être et la santé à la famille à travers l'alimentation, l'hygiène domestique, certaines règles de vie, etc. C'est un point de départ correct, mais que seul rend possible une intervention concertée de la population sur le fonctionnement de nombreux secteurs économiques; les femmes peuvent s'en convaincre par l'échec de leur activité traditionnelle, limitée aux murs de la maison. [...]

### NOTE SUR LA LIBERATION DU TRAVAIL REPRODUCTIF.

Les femmes du milieu ouvrier, même les ouvrières, sont moins intégrées dans la socialisation capitaliste que les hommes. Elles y sont confrontées plus ou moins directement, mais une partie importante de leurs activités se déroule en marge, dans un cadre privé, NON-MARCHAND, régi à la fois par les vieilles valeurs d'usage et par des valeurs socialisantes (s'occuper des BESOINS des gens).

Nous constatons régulièrement l'avantage d'une situation marginale pour développer le processus de rupture. Le problème est que le secteur domestique reste globalement intégré dans le système marchand: le capitalisme lui a enlevé tout ce qui pouvait être industrialisé et rentabilisé (textile, couture, conserves...) et se décharge sur lui de tout ce qui ne l'est pas. Il y a coexistence, partage des tâches entre les deux systèmes. Avec l'organisation des soins à domicile, de l'hospitalisation d'un jour etc., le capitalisme tente une autre formule de socialisation, qui laisse l'activité dans le cadre domestique tout en la soumettant aux exigences du marché (ressemblances avec le travail productif à domicile, ancien et nouveau ?). Ces exigences vont donc entrer en conflit avec les principes non-marchands pratiqués par les femmes. Il y a là des éléments favorables à la libération des femmes, à la rupture avec la socialisation sanitaire capitaliste, et à l'éclosion d'une alternative.

25/03/86

Luce

(Bulletin d'information, avril 1986)

# En modifiant le système des remboursements aux hôpitaux, l'Etat américain bouleverse le marché de la santé

La croissance des dépenses de santé va-t-elle se ralentir aux Etats-Unis ? En 1984, elles n'ont augmenté "que" de 9 %, après dix-neuf années d'augmentation "à deux chiffres", qui ont donné aux Etats-Unis le ruban bleu dans ce domaine<sup>4</sup> en 1983, elles atteignaient 10,8 % du PIB contre 9,3 % en France et 7,6 % en moyenne dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Une inflexion remarquable donc si le "refroidissement" se prolongeait, comme au cours des premiers mois de 1985.

Cette évolution a sans doute été aidée par des éléments conjoncturels, comme la baisse des admissions dans les hôpitaux (de 8 % par an sur les deux dernières années). Mais le facteur décisif a été l'action des pouvoirs publics – paradoxe dans un pays présenté comme le parangon du libéralisme – pour contrôler la croissance des dépenses médicales. En 1983, en effet, le département fédéral de la santé a modifié, avec l'appui du Congrès, le mode de remboursement des hôpitaux par le *Medicare*, l'assurance-maladie des personnes âgées financé par l'Etat fédéral, dont les versements ont fourni 40% des recettes des hôpitaux.

Au lieu de rembourser sur la base des notes présentées par les établissements, le *Medicare* a décidé d'appliquer des tarifs par maladie, les DRG (*diagnostic related groups*), ces "groupes homogènes de malades" que l'on cherche à définir pour les hôpitaux français (*Le Monde* du 19 janvier 1985). Le système sera généralisé au 1 octobre prochain. D'autre part, le Congrès a gelé jusqu'à la fin de 1986 les tarifs du *Medicare* à leur niveau du début 1985.

Suivant l'exemple des pouvoirs publics, nombre de grandes entreprises qui voyaient leurs dépenses d'assurance-maladie augmenter fortement (14 % par an depuis 1980 pour General Motors par exemple) se sont efforcées de contrôler les hospitalisations. Avec l'appui souvent des syndicats, notamment ceux de l'automobile (United Automobile Workers (UAW), des mines United Mine Workers (UMW) ou des transports (Teamsters). Les deux grandes chaînes de services de santé Blue Shield (Ecu bleu) et Blue Cross (Croix bleue) et les assurances commencent à leur emboîter le pas.

Résultat: les durées d'hospitalisation ont fortement diminué: selon le département fédéral de la santé, la durée moyenne pour les personnes âgées est passée de 9,3 jours en 1983 à 7,7 au début de 1985. Même des établissements qui gardaient moins longtemps leurs malades ont suivi le mouvement: le dernier numéro de *Harvard-Expansion* cite, par exemple, l'hôpital du Bon Samaritain de Portland (Oregon), qui a ramené la durée moyenne de séjour de 7,4 jours en 1983 à 5,3 fin 1985<sup>5</sup>. D'autre part, la progression des dépenses hospitalières s'est considérablement ralentie: elle n'a été que de 5,5 % en 1985 contre 15,8 % en 1982,

Cette pression sur les hôpitaux par le biais du *Medicare* n'est pas sans risques. Une enquête de quatre mois menée par une commission spéciale sénatoriale sur les personnes âgées a constaté que des établissements refusaient d'admettre des personnes âgées, ou les faisaient sortir trop rapidement, utilisant parfois comme des maxima les durées moyennes de séjour sur lesquelles sont établis les tarifs des DRG, afin de préserver leurs bénéficiaires. D'autres critiques ont exprimé la crainte que l'on ne refuse d'hospitaliser les pauvres, qui coûtent plus cher à soigner.

---

<sup>4</sup> *Business Week* des 21 octobre 1985 et 13 janvier 1986.

<sup>5</sup> Dean C. Coddington, Lowell E. Palmquist et William V. Trollinger, "Stratégies de survie dans l'industrie hospitalière".



La réduction des durées de séjour a eu aussi pour effet d'augmenter le prix de journée de 23 % en 1984, ce qui relèvera d'autant la part des dépenses laissées à la charge des personnes âgées hospitalisées, alignée sur celui-ci.

Ces effets pervers préoccupent beaucoup le Congrès, mais ne devraient entraîner aucun relâchement de la pression sur les hôpitaux. D'autant que la loi Gramm-Rudman sur la limitation des dépenses budgétaires pousse à des économies sur le programme *Medicare* (71 millions de dollars en 1985). Le Congrès envisage d'étendre les DRG au remboursement des dépenses d'équipement des hôpitaux; d'autre part, l'administration souhaite les perfectionner en y ajoutant un "*indice de gravité*" des maladies tenant compte des complications.

## L'apparition de « conglomérats » médicaux

Ces mesures vont aiguïser une concurrence déjà féroce, par suite de l'excédent de lits hospitaliers (200.000 au moins sur 1,3 million, selon *Harvard-Expansion*). Ce suréquipement va entraîner des fermetures par suite de déficits irrémédiables – 18 % des services d'aigus seraient déjà dans le rouge, selon *Business Week* – ou par décision des autorités politiques: ainsi une commission parlementaire du Maryland a déjà estimé nécessaire de supprimer un tiers des lits hospitaliers de l'Etat.

Cette concurrence accélérera-t-elle le mouvement actuel de concentration ? Les années 70 ont été marquées par le développement des chaînes hospitalières et des établissements à but lucratif – ce que le sociologue Paul Starr appelle la "*corporate medicine*"<sup>6</sup>. On comptait déjà 200 de ces chaînes en 1980, alors qu'il n'y en avait qu'une cinquantaine en 1970; elles réunissaient 300.000 lits, soit près de 30 % de la capacité hospitalière américaine. Si la majorité de ces lits (57 %) appartenaient encore à des établissements à but non lucratif, ce sont les chaînes à but lucratif qui s'étendaient le plus – 65% des lits créés en 1980 en faisaient partie. Et trois chaînes contrôlaient les trois quarts des lits "lucratifs": Hospital Corporation, qui, à elle seule, en détenait un tiers, avec 43.000 lits et 300 hôpitaux, Humana (92 hôpitaux) et American Medical International, implantées particulièrement dans l'ouest et le sud des Etats (Floride, Texas et Californie).

La formation des chaînes a été une première réponse aux contraintes financières: pouvant se doter d'équipes de planificateurs, de conseillers juridiques et d'avocats, elles ont pu rationaliser leur gestion:

- moins peut-être pour diminuer leurs prix de revient que pour choisir les domaines les plus profitables;
- mieux se diriger dans la complexité des règlements et réussir un *lobbying* plus efficace auprès des autorités locales.

Aujourd'hui, la nouvelle réglementation semble plutôt favoriser la formation de "conglomérats" réunissant différents services particulièrement rémunérateurs: hôpitaux plus ou moins spécialisés, cliniques de jour (qui se développent rapidement avec l'apparition d'opérations sans hospitalisation), centres de soins (dialyse rénale, par exemple), cabinets dentaires ou de radiologie. Laboratoires, maisons de cure médicale ou de rééducation.

En revanche, il n'est pas sûr que les contraintes exercées sur l'hôpital profitent aux médecins libéraux. Chez eux aussi, la concurrence s'aggrave. Le nombre de praticiens est passé de 377.000 en 1975 à 450.000 en 1980, et on devrait atteindre 600.000 à la fin de la décennie, soit un médecin pour 404 habitants au lieu d'un pour 505 en 1975. La consommation risque de ne pas augmenter dans les mêmes proportions: selon des statistiques de l'American Medical Association (AMA), le nombre de visites par médecin a déjà baissé de 12 % entre 1970 et 1980. Or, le département fédéral de la santé envisage d'étendre les DRG aux praticiens pour les soins aux personnes âgées payés par le *Medicare*...

Guy HERZLICH  
("Le Monde", 25 février 1986)

---

<sup>6</sup> Paul Starr, "*The Social Transformation of American Medicine*", Basic Books, Harper Colophon 1984.